



Instituto de Clínica

TRABAJO FINAL DE GRADO

Monografía

“La psicoterapia grupal en niños en el marco del Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental”

Estudiante: Guadalupe, Tanía. C.I. 4.760.517

taniaguadalupecomas@gmail.com

Tutor: Tabó, Julia.

Montevideo, 30 de Octubre del 2015

Índice

1. Introducción.....	4
2. SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.....	6
3. Plan de Prestaciones en Salud Mental.....	6
4. La Institución: conceptualización general.....	11
• Intervenciones grupales en la Institución salud.....	13
5. Psicoterapia grupal de niños.....	16
• Antecedentes.....	17
• Aportes de la teoría psicoanalítica.....	19
• Aportes de la teoría cognitivo conductual.....	20
• Aportes de la teoría gestáltica.....	21
• Aportes de la teoría sistémica.....	23
• Encuadre.....	24
• Selección y agrupamiento.....	27
• Fantasía grupal- identidad grupal- enfermedad grupal.....	29
• Proceso grupal.....	30
• El terapeuta y las consideraciones técnicas de su rol.....	34
• Las pareja de terapeutas.....	37
• Grupo paralelo de padres.....	38
• Criterios de alta.....	39
• Conclusiones finales.....	40
• Referencias bibliográficas.....	42

Resumen

El presente trabajo monográfico tiene como objetivo principal problematizar acerca de la psicoterapia grupal de niños en el marco del “Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)”

El interés por la temática surge a partir de la participación como practicante en el **“Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado)”** de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República del Uruguay (Udelar) en convenio con ASSE.

Dentro de las actividades que desempeñé como practicante, se encuentra la realización, junto a la asistente social, de un grupo de niños en edad escolar. Es allí donde comienza el interés por la temática y se plantean las siguientes interrogantes: ¿para qué el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental ofrece dentro de sus servicios la psicoterapia grupal de niños?, ¿cuál es su objetivo? Por otro lado, ¿cuáles son los aportes de la psicoterapia grupal como intervención en el trabajo con niños?

Desde un abordaje psicodinámico se desarrollarán los siguientes ejes: conceptualizaciones generales sobre institución, intervenciones grupales en la institución; SNIS; Plan Prestaciones en Salud Mental y Psicoterapia grupal en niños. En este último punto se utilizaron los siguientes autores como referentes: Eduardo Pavlovsky, María Rosa Glasserman, María Elisabeth Sirlin, Héctor Garbarino y Mercedes Freire de Garbarino.

Palabras claves: psicoterapia grupal de niños, Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, psicología infantil.

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo problematizar acerca de la psicoterapia grupal de niños en el marco del “Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)” que comenzó a implementarse en Setiembre del 2011 con carácter obligatorio para todos los prestadores integrales. Este se enmarca en el contexto de la Reforma del Estado y en la profundización de la Reforma Sanitaria.

El interés por la temática surge a partir de la participación como practicante en el “Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado)” de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República del Uruguay (Udelar) en convenio con ASSE.

El objetivo de dicho programa es desarrollar procesos de formación de psicólogos que se correlacionen, adecuen y ajusten a las necesidades de la reforma del sistema de salud en nuestro país. Con una concepción integral de la salud, se pone énfasis en las competencias y capacidades para el desarrollo de una praxis comprometida con la salud comunitaria desde el enfoque de la Psicología Comunitaria, la Educación Popular y la Psicología Clínica como marcos referenciales. (Bianchi, De la Cuesta, Gandolfi & Muniz, 2010)

Durante un período de un año (2014-2015) realicé una pasantía dentro del Equipo de Salud Mental (ESM) en la Policlínica de Primer Nivel Maracaná Sur.

El Equipo de Salud Mental de Maracaná Sur se encuentra ubicado en la Regional Oeste de la RAP- ASSE, área de Salud 17.1, siendo esta *Área Priorizada* dado que allí se concentra la población con mayor nivel de exclusión social y sanitaria.

Dicho equipo está conformado por una Asistente Social que a su vez es la coordinadora del equipo desde el comienzo, dos psicólogas, tres psiquiatras (dos de adultos y una de niños), una administrativa y una enfermera. Además del ESM, la policlínica cuenta con una médica general, una pediatra y una partera.

Las funciones que cumplen cada uno de los funcionarios son las inherentes a su especialización, trabajando de forma interdisciplinaria. Los servicios se prestan en la Policlínica Maracaná Sur, a nivel domiciliario y comunitario en el área de referencia.

Dentro de las actividades que desempeñé como practicante, se encuentra la realización, junto a la asistente social, de un grupo de niños en edad escolar. El mismo será utilizado a modo de ejemplo en el correr del trabajo y será denominado “grupo A”.

La idea comenzó a gestarse a partir de la participación en las actividades realizadas en el año 2014 por parte de ASSE sobre “Capacitación en Técnicas de Coordinación de grupos con niñas, niños y adolescentes” a cargo de la Lic. en Psic. Marina Tesone, (docente en la Facultad de Psicología UBA y psicodramatista) y el Lic. Carlos Saavedra. Al respecto de esto en la página web oficial de ASSE se publica:

En el marco de las nuevas prestaciones de abordajes grupales con niños, niñas y adolescentes; la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, viene desarrollando para los Equipos de Salud Mental de la Red de ASSE, Encuentros de Capacitación en Técnicas de Coordinación de grupos con niñas, niños y adolescentes a cargo de la experta invitada Lic. en Psic. Marina Tesone. Docente en la Facultad de Psicología UBA en la asignatura: Teoría y Técnica de Grupos”. Cátedra: Dra. Ana Fernández, Argentina. Con el objetivo de generar espacios de desarrollo teórico-conceptuales, que permitan reflexionar sobre las prácticas, articulando los modos de intervención a partir de las experiencias desarrolladas, integrantes de los Equipos de la Red, se reúnen con frecuencia mensual desde el mes de Junio y hasta el mes de Setiembre del año en curso. (Web: www.asse.com.uy, 29/07/2014)

Por otro lado, a nivel del equipo se detecta la necesidad de generar un nuevo espacio, en respuesta a la alta demanda de atención psicológica y psiquiátrica de niños en edad escolar de 6 a 12 años, con motivo de consulta por dificultades en la institución escolar.

Es allí donde comienza el interés por la temática y se plantean las siguientes interrogantes: ¿para qué el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental ofrece dentro de sus servicios la psicoterapia grupal de niños?, ¿cuál es su objetivo? Por otro lado, ¿cuáles son los aportes de la psicoterapia grupal como intervención en el trabajo con niños?

A partir de una aproximación teórico-conceptual sobre la psicoterapia grupal en niños desde un abordaje psicodinámico y aportes desde lo institucional, se reflexionará y problematizará sobre dichas interrogantes.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

Nuestro país partía de una situación en la cual la salud, como derecho humano, tenía un estatus cuestionado. El acceso al sistema de salud, a la asistencia, estaba siendo determinado por la capacidad económica de los individuos, por lo tanto, este acceso no era universal y la calidad de los servicios a los que accedían los diferentes grupos de población no era la misma. (Muñoz, 2011)

Desde el punto de vista asistencial, predominaba un modelo asistencialista, con un fuerte predominio de las especialidades médicas. A esto se sumaba la presencia de un Estado prescindente, que no cumplía con sus obligaciones reguladoras más básicas. A pesar de contar con una extensa normativa reguladora, el Estado la delegó en el mercado, en la competencia entre los prestadores. (Muñoz, 2011)

A partir del año 2005 se asume por parte del gobierno el compromiso de realizar una reforma de la Salud, cuyo objetivo principal era consagrar la salud de toda la población uruguaya como derecho humano esencial, dicha reforma toma cuerpo a partir de un conjunto de normas en el año 2007. (Muñoz, 2011) La misma consistía en producir cambios en el modelo de atención y de gestión, siguiendo los principios rectores de universalidad, accesibilidad, equidad, calidad de la atención, promoción y prevención integral a través del trabajo en equipos interdisciplinarios. (Trillo & Piñeiro, 2011)

Como ya fue mencionado anteriormente en la introducción, el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental se enmarca en dicha reforma.

A continuación se desarrollarán los principales objetivos y modos de intervención en adultos y niños de dicho plan, haciendo énfasis en lo que se propone como forma de intervención grupal en niños.

Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental

En el año 2010 comienza a elaborarse el presente Plan. A partir de setiembre de 2011 comienza a implementarse con carácter obligatorio para todos los prestadores integrales. (Trillo & Piñeiro, 2011)

Para su elaboración se tomó como base el documento sobre psicoterapias elaborado por la CATP (Comisión Asesora Técnica Permanente), las experiencias de las Facultades de Medicina y Psicología y otras del campo internacional. (Trillo & Piñeiro, 2011)

El mismo se enmarca en el contexto de la Reforma del Estado y en la profundización de la Reforma Sanitaria. Cuyo objetivo general consiste en: "Realizar intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud

mental correspondiente a todos los efectores integrales del país, a través de la implementación de nuevas prestaciones (...)" (Trillo & Piñeiro, 2011, p.8)

Dentro de las áreas de desarrollo, percibidas como de importancia, se destacan:

- Las acciones en las áreas de prevención y promoción en Salud Mental, que contribuyan a vencer la discriminación de la que son objeto las personas con trastornos mentales y la detección precoz de las patologías, priorizando las acciones tendientes a evitar el surgimiento de estas.
- La atención de personas con trastornos mentales, con énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio, cautelar y asilológico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo, integrándola a su medio." (Trillo & Piñeiro, 2011, p.5)

La inclusión de estas prestaciones y modalidades de acción terapéutica dentro del SNIS implica:

1. Abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias, con las especificidades correspondientes a la niñez y adolescencia, y por otra parte al adulto, incluyendo los aspectos instrumentales, psicológicos y sociales.
2. Que la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud.
3. Priorizar el primer nivel de atención, actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables.
4. Actuar sobre aquellas situaciones más frecuentes para contribuir a facilitar el desarrollo saludable de niños, adolescentes y jóvenes.
5. Poner el acento en aquellos motivos de consulta más frecuentes en la infancia y adolescencia cuya atención puede actuar como prevención de situaciones posteriores de exclusión, violencia y/o muerte prematura.
6. Poner el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud.
(Trillo & Piñeiro, 2011, p. 8)

La población usuaria comprende a los niños, adolescentes, jóvenes y adultos de todos los efectores integrales del país.

Se distinguen tres modos de abordajes, los cuales se dividirán en adultos y adolescentes y niños.

En adultos se establecen tres modalidades de intervención:

En el **MODO 1** la atención en grupo con carácter gratuito y hasta 16 sesiones anuales para cada usuario.

En el **MODO 2** asegurarán la atención individual, de pareja, familia o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario y con un copago preestablecido.

En el **MODO 3** asegurarán la atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un copago menor al establecido en el modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones. (Trillo & Piñeiro, 2011, p.9)

En niños y adolescentes también se establecerán tres modos de abordaje:

En el **MODO 1** los prestadores integrales asegurarán la atención en grupo con carácter gratuito y hasta 12 sesiones anuales para cada usuario.

En el **MODO 2** asegurarán la atención individual, grupal o de familia, hasta 24 sesiones anuales para cada usuario y con un copago preestablecido.

En el **MODO 3** asegurarán la atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un copago menor al establecido en el nivel 2. En situaciones de discapacidad física, mental o trastorno del espectro autista, la prestación podrá extenderse a 144 sesiones. (Trillo & Piñeiro, 2011, p.16)

Como ya fue mencionado en párrafos anteriores el **MODO 1** consiste en la realización de intervenciones grupales o grupos talleres. Dichas intervenciones están dirigidas a:

1. Padres (o familiares) con hijos en edad preescolar, escolar y adolescente (grupos-talleres de orientación en desarrollo y crianza).
2. Padres (o familiares o referentes afectivos) con hijos con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista.
3. Adolescentes (espacios de intercambio).
4. Embarazadas primerizas.
5. Puérperas primerizas y/o pareja parental primeriza.
6. Madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión.
7. Educadores y cuidadores de niños de la primera infancia (grupos-talleres de orientación).
8. Niños con dificultades en la inserción escolar.
9. Niños con indicación de intervenciones quirúrgicas (psicoprofilaxis quirúrgica). (Trillo & Piñeiro, 2011, p.16)

Las intervenciones grupales serán de modalidad abierta, y en el caso de una modalidad cerrada deberá ser fundamentada por razones de carácter técnico para su habilitación. El número máximo de integrantes es de 15 y cada grupo contará con dos coordinadores. Al menos uno de los coordinadores deberá contar con título universitario de psiquiatra o psicólogo y una formación específica documentada en el trabajo grupal de alguna de las disciplinas de la Salud Mental. El otro coordinador contará con una formación de grado en medicina o psicología y en algunas temáticas se admitirán otros técnicos tales como licenciados de enfermería o de trabajo social y operadores terapéuticos con formación específica en las temáticas en que participen. (Trillo & Piñeiro, 2011)

En este tipo de modalidad no se admite listas de espera. Se puede acceder de forma libre o por derivación de cualquier técnico de la institución. El coordinador entrevistará al postulante antes de los 15 días de efectuada la demanda, pudiendo el usuario comenzar en el grupo antes de realizada la entrevista. En el caso de que el coordinador entendiera que no corresponde su inclusión en el Modo 1 lo derivará: - al Técnico de la institución pertinente, o - al Comité de Recepción (para inclusión en el Modo 2 o Modo 3, de adultos o niños según corresponda). Las derivaciones también podrán hacerse al finalizar el número de sesiones estipuladas. (Trillo & Piñeiro, 2011)

De necesitar la inclusión a más de un grupo, los coordinadores evaluarán antes del comienzo la pertinencia del ingreso y/o la derivación a otro Modo. En el caso de un usuario adulto solo se permitirá la pertenencia a un grupo. (Trillo & Piñeiro, 2011)

El **MODO 2** tiene como objetivo principal brindar atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia. El mismo está dirigido a:

1. Madres deprimidas en el primer año de vida del niño.
2. Niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje.
3. Niños y adolescentes con problemas situacionales y/o adaptativos: situaciones de violencia, abandono, pérdida de un familiar cercano o referente afectivo, separación de los padres, migración, dificultades de relación con pares, portadores de enfermedades orgánicas crónicas e hijos de personas con enfermedades mentales severas y/o adicciones.
4. Niños que tengan una intervención quirúrgica de alta complejidad.
5. Niños y adolescentes con IAE. (Trillo & Piñeiro, 2011, p.18)

El acceso al MODO 2 será por medio de un Comité de Recepción, se puede ingresar a este por diferentes vías: por iniciativa del usuario, por derivación del equipo de salud o por derivación de los coordinadores de grupo del MODO 1. Dicho comité indicará el tipo de abordaje (individual, grupal o de familia). (Trillo & Piñeiro, 2011)

Al igual que en el MODO 1, cada grupo estará a cargo de dos coordinadores y funcionarán en lugares y días fijos con una duración de 70 minutos cada sesión. El número máximo de integrantes es de diez. Se propicia que los técnicos mantengan entrevistas periódicas con padres y educadores. (Trillo & Piñeiro, 2011)

Por último, el **MODO 3** tendrá como objetivo proporcionar atención psicoterapéutica individual y/o grupal a niños y adolescentes, las mismas incluirán entrevistas con adultos referentes. Su población objetivo será la siguiente:

1. Dificultades de aprendizaje específicas no resueltas en el modo anterior

2. Situaciones de abandono, violencia sexual y/o intrafamiliar no resueltas en otros niveles del sistema de salud
3. Discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista
4. Consumo problemático de sustancias psicoactivas (cocaína y pasta base de cocaína)
5. Trastornos disruptivos
6. Trastornos del humor
7. Trastornos de ansiedad (Trillo & Piñeiro, 2011, p.21)

Al igual que en el modo 2, se accederá a este con indicación del Comité de Recepción, el cual decidirá la modalidad de intervención pertinente en cada caso. Los criterios de derivación a Comité de Recepción se mantienen iguales que en el modo 2. Cada grupo tendrá un máximo de diez integrantes, al igual que en el modo 2. Al menos uno de los coordinadores a cargo deberá contar con formación psicoterapéutica en niños y adolescentes. Se trabajará con una frecuencia mínima semanal y una duración de 70 minutos. (Trillo & Piñeiro, 2011)

En los casos en que sean necesario tratamientos con varios profesionales, se determinará por la necesidad singular de cada caso. Los usuarios con dificultades de aprendizaje, discapacidad física o mental y trastornos del espectro autista serán atendidos por un equipo interdisciplinario, los técnicos serán indicados por el Comité de Recepción (incluye al menos: fonoaudiólogo, psicopedagogo, psicomotricista, maestro especializado y psicólogo). Por último, se propiciará la inclusión de entrevistas con padres y educadores. (Trillo & Piñeiro, 2011)

Tanto en el modo 1 como en los modos 2 y 3 se mantendrá la especificidad de la temática de cada grupo. Se le exigirá a cada técnico que en un plazo no mayor a cinco años tenga una formación específica y documentada, relativa al campo temático en el que intervenga. Se propiciará que los técnicos que conforman los equipos de trabajo mantengan reuniones periódicas en lo atinente a las tareas. Deberán realizar coordinaciones con otros técnicos de ser necesario. (Trillo & Piñeiro, 2011)

Para finalizar, es pertinente aclarar cuáles son las principales líneas de acción de los dispositivos anteriormente desarrollados: Promoción de Salud, Prevención Primaria de los Trastornos Mentales y Tratamiento de los usuarios con Enfermedad Mental y su Rehabilitación Psicosocial. (Trillo & Piñeiro, 2011). Según el presente plan, “Los diferentes campos de acción se encuentran interrelacionados, estando todos regidos por el principio de prevención”. (Trillo & Piñeiro, 2011, p. 25)

La Institución: conceptualización general

Para comenzar, todos conocemos lo que es una **institución** porque “la vive, la vivió y la vivirá”, además de vivirla la padecemos, la transitamos, la aceptamos o criticamos (Kaminsky, 1994).

Nuestra subjetividad está atravesada y constituida, aun antes de nuestro nacimiento, por las diferentes instituciones: familia, educación, salud, lenguaje, entre otras. La identidad del sujeto se irá forjando a partir del pasaje por los distintos ámbitos institucionales (Vitale & Civale, 2010).

En su diccionario de sociología, Henry Pratt Fairchild (1971) incluye dos acepciones del término:

1- La primera define a *la institución* como: “Configuración de conducta duradera, completa, integrada y organizada mediante la que se ejerce el control social y por medio de la cual se satisfacen los deseos y necesidades sociales fundamentales”. (Pratt, 1971, citado en Bleger, 1984, p.52).

2- La segunda la define como: Organización de carácter público o semipúblico, que supone un cuerpo directivo y, de ordinario, un establecimiento físico de alguna índole, destinada a servir a algún fin socialmente reconocido y autorizado. A esta categoría corresponden unidades tales como los asilos, universidades, orfanatos, hospitales, etc. (Pratt, 1971, citado en Bleger, 1984, p.52).

Kaminsky (1994) denomina a las instituciones como “espacios de condensación social, porque en sus singularidades conjugan y anudan una constelación de discursos y prácticas económicas, sociales, políticas, jurídicas, técnicas, etc.” (p.32).

La Institución está compuesta por una **organización material** (su o sus edificios, mobiliarios, instrumentos que le son propios, etc.) y una **organización jurídica** (leyes, reglamentos, disposiciones, etc.). Algunas son productoras de bienes de administración y otros tipos de bienes, otras, no necesariamente económicas, también producen: salud, deportistas, psicólogos, entre otros. (Kaminsky, 1994)

Las instituciones, además tienen un sistema de circulación y distribución que va desde la simple circulación y distribución de personas en espacios que se usan para sus actividades formales hasta otros no tan visibles, destinados a la producción de gestos, actitudes e ilusiones. (Kaminsky, 1994)

Según Kaminsky (1994), todo en la institución “habla”, “lo hablado” es todo lo conocido o presuntamente conocido de una institución: las vestimentas, las inscripciones en las paredes, los modos y costumbres prototípicas, etc. La dimensión de lo hablado, está asociado con el plano de lo **instituido**.

Por otro lado está lo “hablante” institucional, este aparece bajo la ruptura de lo habitual, las fracturas, oposiciones, contradicciones, lo paradójico de lo “hablado”. La dimensión de lo hablante, asociado con el par complementario de lo instituido, **lo instituyente**. La articulación permanente de estas dimensiones (instituido-instituyente) hace que la institución esté en continuo movimiento. (Kaminsky, 1994)

Son procesos en movimiento constante, que implican conflictos y desajustes. Es correcto pensar que el proceso de institucionalización es el resultado de un interjuego entre lo instituido y lo instituyente. (Kaminsky, 1994)

Como fue mencionado anteriormente, las instituciones están en permanente movimiento, y son los grupos los que ponen en juego este movimiento. (Kaminsky, 1994)

La institución no es solo las instituciones singulares y concretas, es el matrimonio, la paternidad, el ahorro, las leyes y todos aquellos discursos formalizados en una sociedad, los mismos conforman la **dimensión universal** de la institución. (Kaminsky, 1994)

Las instituciones se expresan a través de particularidades singularizadas, es decir, el complejo dispositivo de instituciones singulares que forma la institución. (Kaminsky, 1994)

Toda institución tiene **objetivos explícitos** (contenidos manifiestos) y **objetivos implícitos** (contenidos latentes). Estos deben ser abarcados de forma separada de los efectos laterales que una institución puede producir. Si bien el efecto colateral puede transformarse ulteriormente en un contenido latente, hasta que ello no ocurra, su peso es totalmente distinto. (Bleger, 1984) “Puede ocurrir que coexistan o entren en contradicción contenidos latentes y contenidos manifiestos, y puede también suceder que el contenido latente sobrepase al contenido manifiesto por su peso.” (Bleger, 1984, p.58)

Según Bleger (1984):

...cada individuo tiene comprometida su personalidad en las instituciones sociales y se conduce con respecto a la misma en calidad de precipitados de relaciones humanas y en calidad de depositarios de partes de su propia personalidad. [...] La institución forma parte de la organización subjetiva de la personalidad, de tal manera que en ciertos sectores de la personalidad, podría decirse, el esquema corporal incluye la institución o parte de ella, o viceversa. (p.80)

El sujeto encuentra allí en las instituciones un soporte y apoyo, un elemento de seguridad, de identidad y de inserción social o pertenencia. Tanto en la medida como en la forma en que ocurre la incorporación de la institución en la personalidad del sujeto, se configurarán distintos significados y valores de la institución para cada individuo o grupo que a ella pertenecen. Por lo tanto la institución es un instrumento no solo de organización, regulación y control social, sino que además es un instrumento de regulación y de equilibrio de la personalidad. El funcionamiento de una institución no solo se halla reglado por las leyes

objetivas de su propia realidad social, sino también por lo que los sujetos proyectan en ella. (Bleger, 1984)

Siguiendo esta línea, Kaës (2004) plantea que toda institución:

... es una organización compleja en la que intervienen diversos órdenes de realidad, entre los cuales se encuentra la realidad psíquica. De este modo, si existe una realidad psíquica, existe una fuente de placer y de sufrimiento para los miembros que están ligados a las dimensiones organizacionales de la institución. El placer estará ligado a la posibilidad de cumplimiento de la tarea primaria y el sufrimiento al incumplimiento del encuadre o al no reconocimiento de la capacidad de los sujetos, entre otras cosas. La institución y el sujeto se halla en una relación de reciprocidad necesaria mediante la cual el sujeto es por y para la institución, y la institución es quien lo crea y lo recibe, sosteniendo de esta manera un ciclo que refuerza el vínculo entre ambos". (Kaës, 2004, citado en Ferrante & Loiacono, 2013, p.3) "No son las instituciones las que sufren sino los sujetos inmersos en ellas, es decir el sujeto y su cotidianeidad. En virtud de los pactos, contratos y renunciaciones que el sujeto debe realizar para apuntalarse en ese otro que la institución representa, es que se puede comprender el sufrimiento institucional" (Kaës, 1989, citado en Vitale & Civalé, 2010, p.2)

Intervenciones grupales en la Institución salud

Al momento de pensar y establecer una intervención dentro de una institución, debemos tener en cuenta que dicha intervención será atravesada y afectada por lo institucional, variables que incidirán en diferente grado durante todo el proceso, las mismas determinarán las posibilidades y limitaciones de cada intervención. Los objetivos planteados, los modos de intervenir, a quienes va a ir dirigida la intervención, el espacio y cantidad de recursos disponibles, el "por qué" y "para qué", serán determinadas en gran parte por la institución.

La posibilidad de visualizar y problematizar entorno a ello en mi opinión posibilita trabajar los obstáculos y potenciar las posibilidades para atender de la mejor manera posible el pedido de ayuda de los usuarios que son al fin de cuentas el objetivo principal y por el cual somos responsables. No obstante se debe tener en cuenta que en ocasiones la demanda de los usuarios excede ampliamente a lo que la institución puede brindar y hacer.

Ardoino (1981) define al concepto de intervención como "un derrotero clínico que va a hacer actuar, al mismo tiempo que ciertos procedimientos, una forma de presencia para asumir y tratar los procesos sociales, buscando su evolución" (p.21), por otro lado Manero (1990) la define como: "un procedimiento clínico, aplicado a las instituciones". (p. 130)

El acto fundador de una intervención es la expresión de una demanda que es la expresión de las necesidades a las expectativas a las que se supone, la intervención responde a su manera. Para llevar a cabo la intervención se debe dar respuesta a las siguientes

interrogantes: ¿Quién tiene el poder de originar la intervención y permitir su desarrollo?, ¿Quién encarga y consecuentemente a quién el o los intervinientes deberán rendir cuentas? (Ardoino, 1981)

La demanda se diferencia del pedido o encargo, el término encargo comúnmente es utilizado para ordenar, mandar, encargar algo. En sociología de las organizaciones, en economía y en psicología significa el encargo que se le hace a un especialista a intervenir en determinada situación. Otros autores prefieren utilizar el término encomienda debido a que pone énfasis en ciertos elementos que tienen que ver con la complejidad del proceso de constitución y producción de este fenómeno. (Manero, 1990)

Según Manero (1990) el encargo surge en el momento en que una demanda o un grupo de demandas es privilegiado sobre los otros, que son negados, curvados, desplazados o resignificados. Es una demanda procesada ya por diversas fuerzas al interior de la institución. Es una demanda que recubre otras tantas y que aparece privilegiada, importante, respecto de las demás. El encargo o encomienda debe ser entendido como una de las múltiples demandas que aparecen en la base social de la institución.

Según Ardoino (1981) la demanda debe, más aún que el encargo, ser considerada procedente y respetable para los intervinientes. Previo a la intervención se realiza un trabajo de apreciación y de estimación de la situación, de las fuerzas que la estructuran y las oportunidades de evolución.

En el interior del establecimiento de la misma surgen una serie de demandas múltiples y contradictorias. (Manero, 1990)

Por ello, debe ser analizada de manera tal de no dejar sombra de duda en los intervinientes, del conjunto de demandas que conforman la demanda inicial.

Por otro lado, debe haber originalmente deseo, motivaciones, además de las capacidades necesarias para asumir lo que implica la demanda. El juego subyacente de las pulsiones, de las manifestaciones transferenciales y contratransferenciales, de las implicaciones libidinales e institucionales también debe ser tomado en cuenta al momento de intervenir. (Ardoino, 1981)

En este punto se hace necesario, definir *transferencia* y *contratransferencia*:

Laplanche (1983), establece en su diccionario de psicoanálisis a la *transferencia* como:

El proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida como un marcado sentimiento de actualidad. (p.439)

Y la *contratransferencia* como: “el conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste”. (p.84)

Con respecto a los grupos psicoterapéuticos enmarcados dentro de una institución, como los llevados a cabo dentro del SNIS, Taborda & Sosa (2005) explicitan que dichas intervenciones serán influenciadas en el desarrollo transferencial, la interpretación de los procesos y la modalidad de coordinar e intervenir del o los terapeutas, por factores como:

- Las características de la institución, históricamente configurada
- La modalidad relacional que se desarrolle en el interior del equipo de trabajo como un todo y de este con la institución en la que se incluya
- La relación que entablen los terapeutas entre sí o el terapeuta con el observador
- El interjuego de las identificaciones proyectivas del grupo terapéutico con la institución y con el equipo de trabajo
- La dinámica misma del grupo psicoterapéutico y de los objetivos que se persiguen
- Las posibilidades emocionales de los terapeutas, su formación teórica, su experiencia clínica. (p. 135)

Taborda & Sosa (2005), plantean que al inicio de cada proceso psicoterapéutico la institución se constituye en el primer continente sobre el cual se depositan la proyecciones de un objeto idealizado vivido como una gran madre que sostiene y envuelve, por lo que deberá ser incorporado en el proceso a través del señalamiento y la interpretación, dando lugar a la paulatina integración de aspectos disociados y proyectados en la misma. Permitiendo así la comprensión de las diferentes modalidades en que se presenta la dependencia, las necesidades de cuidado y las fantasías que se despiertan al momento de ingresar y permanecer en el grupo terapéutico. A medida que las fantasías de carácter persecutorio van disminuyendo debido al ingreso a un grupo, las proyecciones idealizadas dirigidas a la institución quedan como telón de fondo del espacio central que ocupa el aquí y ahora grupal, lugar donde surgen los deseos de fusión y los posteriores procesos de discriminación.

Por otro lado, es importante tener en cuenta la transferencia que se desarrolla con la institución, dado que la misma trasciende a la configuración de un grupo psicoterapéutico y se deposita también en la institución en la cual se desarrolla la tarea, por lo tanto deberá ser incluida en el proceso terapéutico. (Taborda & Sosa, 2005)

Psicoterapia grupal de niños

Al momento de hablar sobre psicoterapia grupal de niños y de adolescentes, debemos tener en claro que dicha práctica tiene un carácter específico y que es diferente a un grupo de adultos, en diferentes aspectos, como en su estructura, la relación defensa y conflicto, etc. Por ejemplo: cuando un niño elabora sus problemas en el juego, con su actividad lúdica, la defensa y el conflicto suelen aparecer de forma conjunta, a veces confundidos, a veces no discriminados; está tratando de hallar una mejor defensa adaptativa, al mismo tiempo que resuelve el conflicto. En cambio, el adulto no actúa de la misma forma. (Glasserman & Sirlin, 1974)

Por otro lado, Menea (1994) señala que: “no puede realizarse una extensión directa de lo individual a lo grupal, tanto desde la teoría que lo sustenta, como desde las particularidades metodológicas”. (Citado en Taborda & Toranzo, 2002, p. 233)

Por otro lado, Pavlovsky (1987) explicita que:

La terapia de grupo no es en los niños un sustituto de la terapia individual, La experiencia me ha demostrado que este tipo de terapia (la grupal) a veces es más eficaz que la terapia individual, y creo que en todo tratamiento psicoterapéutico de niños, púberes o adolescentes debería “idealmente” incluirse alguna experiencia grupal. (p. 32)

En cuanto a sus aportes, para Torras de Beá (1996) la psicoterapia de grupo permite:

- compartir experiencias y sentimientos, gestar nuevas vivencias relacionales y de comunicación, configurar una dinámica en la que cada miembro aporta elementos psicoterapéuticos a los demás y cada uno recibe del conjunto
- elaborar sentimientos de soledad, de anormalidad, de culpa
- darse a conocer y desarrollar intercambios empáticos, facilitando el acercamiento a otros. (Citado en Taborda & Toranzo, 2002, p. 223)

Para Glasserman & Sirlin (1974):

El grupo en sí, es generador de situaciones e intercambios sociales, dentro del cual los miembros hacen un aprendizaje hacia la madurez. La interrelación grupal los enfrenta con sus pautas conflictivas de conductas, motivando cambios grupales. (...) el grupo en sí, como situación particular, tiene valor terapéutico. (p.99)

Por otro lado, es tipo de terapia propicia el contacto entre pares; la posibilidad de compartir el espacio terapéutico con otros niños del mismo grupo etario es beneficiosa para el surgimiento y tramitación de las emociones. (Luzzi & Jaleh, 2010)

El objetivo principal de este tipo de terapia es lograr que cada paciente madure emocionalmente, alcance un mayor conocimiento de sí mismo, adquiera insight, pueda aceptarse como es y reduzca las defensas patológicas, que haga consciente lo inconsciente, para poder instrumentar mayores sectores de su vida psíquica para lograr una

máximo desempeño en las diversas áreas de sus interrelaciones. Además, de comprenderse a sí mismo pueda comprender y compartir con los demás, de dar y recibir y tener un aceptable nivel de tolerancia a las frustraciones. Los grupos constituyen un instrumento eficaz para concretar tales fines, ya que permite analizar los constantes cambios de las situaciones vinculares, el tipo de defensa, la calidad de las reparaciones y regresiones y el crecimiento del yo. (Glasserman & Sirlin, 1974)

Además, Corominas *et al.* (1996) plantean que:

El valor terapéutico del grupo, que lleva a sus miembros a la curación, reside en la posibilidad de introyectar la función integradora del terapeuta, o del grupo. Cada uno de los participantes realiza en el grupo una doble función, la de inducir fantasías en otros miembros del grupo y la de ser portavoz de fantasías que provocan los demás. (Corominas *et al.*, 1996, citado en Gazmuri & Milicic, 2014, p.32)

Antecedentes

La psicoterapia grupal de niños y adolescentes surge por la presión de atender a la demanda asistencial, en la medida en que facilitaba tratar a un mayor número de pacientes, además de los factores de tiempo y económicos. (Garbarino, Freire & Mieres, 1970)

Las primeras experiencias en psicoterapia grupal de niños comienzan en la década del 30. En Nueva York, Slavson (1934) organizó un grupo de terapia en el ámbito infantil-juvenil, al ver que su propuesta tenía propiedades terapéuticas siguió trabajando con grupos. La técnica que desarrolló Slavson (1943) recibió el nombre de *Grupos de Actividad o Activity Group Therapy* y resultó especialmente adecuada para niños en el período de la latencia. (Citado en Arias & Torras De Beá, 2010)

Slavson (1943) consideraba al grupo como un medio para la actuación individual, facilitador de una experiencia interpersonal que ayudaba al niño a modificar sentimientos y actitudes. Valoraba que fuera un espacio de trabajo que permitiera desarrollar las capacidades creativas del niño y reeducar determinadas conductas que le generaban estados de conflicto. El *grupo de actividad* posibilitaba descargar de forma espontánea los impulsos, liberar la tensión y reducir la ansiedad a través de la interacción. (Citado en Arias & Torras De Beá, 2010)

Más adelante, Slavson (1977) crea un nuevo método llamado *Activity-Interview Group Psychotherapy* (Actividad-Entrevista Psicoterapia de Grupo), que posteriormente desarrolló con Schiffer (1977). El terapeuta tomaba una actitud más activa y animaba al niño a que buscara soluciones, proponiendo un modelo para la resolución de sus conflictos. (Citado en Arias & Torras De Beá, 2010)

En la década del 70, en Estados Unidos, Ginott (discípulo de Slavson) trabajó con grupos de psicoterapia llamados *terapia de juego*. Dividía a los niños en dos grupos según edad, uno

entre tres y nueve años y otro entre nueve y trece años. Utilizaba una sala de juego por grupo. Las dos se diferenciaban por el tipo de mobiliario, los juguetes y el material de los que los niños disponían. (Ginott, 1961, citado en Arias & Torras De Beá, 2010)

Axline (1947) continúa con la línea de Ginott y desarrolla una terapia de grupo con niños no directiva. Al contrario de Slavson y Schiffer, Ginott y Axline evolucionaron hacia una actitud menos permisiva. Realizaban intervenciones de carácter interpretativo para reflejar los sentimientos del niño, ponían en palabras aquello que el niño expresaba por medio de la acción. No señalaban fantasías, solo en el caso de que el grupo lo expresase de forma muy abierta. (Citado en Arias & Torras De Beá, 2010)

Tanto para Slavson y Schiffer como para Ginott y Axline, el tratamiento se focalizaba en el niño, considerado individualmente; no tomaban en cuenta los fenómenos de grupo ni la evolución de este. (Arias & Torras De Beá, 2010)

Por otro lado, Foulkes y Anthony (1964), Glasserman y Sirlin (1979) y Resnik (1987) mantuvieron su técnica analítica y su marco de referencia. Consideraban al grupo como una totalidad y le otorgaron al terapeuta el papel de un observador más activo, que ejercía una función interpretativa. (Foulkes & Anthony, 1967, citado en Arias & Torras De Beá, 2010)

Foulkes y Anthony (1967) consideraban válido utilizar los mismos fundamentos de la psicoterapia de grupo analítica de adultos para los niños. Promovían que la comunicación verbal se transformase en asociación grupal. Esto implicaba un clima de “libre discusión flotante”, que sería el equivalente a “la asociación libre” de un tratamiento psicoanalítico, donde el terapeuta debía estar atento al contenido manifiesto y al contenido latente de las intervenciones, y que las asociaciones e interacciones de los miembros del grupo fuesen interpretadas y estudiadas en grupo. Le daban a la situación grupal suma importancia, pues afirmaban que la validez del tratamiento se basaba en el análisis del grupo, no del individuo. El terapeuta actuaba como observador participante y su principal función era la interpretación, especialmente de las defensas. Se aproximaba al niño considerándolo una persona de derecho, con una forma de hacer y de comunicarse específicas, donde el juego ocupaba un espacio privilegiado. (Foulkes & Anthony, 1967, citado en Arias & Torras De Beá, 2010)

En Argentina, hacia la década del 50, se inicia la psicoterapia de grupo psicoanalítica con niños en instituciones hospitalarias. Se destacan terapeutas como Rojas Bermúdez (1956), Salas Subirat (1956), Resnik (1960), Pavlovsky (1960, 1962, 1965), Mora G. de Zion (1960) y Aberastury (1961) entre otros.

De este grupo surgieron publicaciones como las de Pavlovsky (1968), Glasserman y Sirlin (1979) y Jaitin de Langer (1983). El rol del terapeuta en estos grupos se basaba prioritariamente en la interpretación de los contenidos inconscientes que aparecían en el juego y en el análisis de la transferencia y las resistencias. De la técnica de estos autores se

desarrollará el psicodrama psicoanalítico en el abordaje grupal infantil. (Arias & Torras De Beá, 2010)

En líneas generales en su técnica convergen el psicoanálisis, las teorías de los pequeños grupos y la psicoterapia grupal de adultos. (Ramos & Cervone, 2009)

A continuación desarrollaré brevemente aportes de las diferentes Teorías Psicológicas a la Psicoterapia grupal de niños. Como fue mencionado en la introducción, el presente trabajo se enmarca dentro de una postura psicodinámica. Corominas, Farré, Martínez y Camps (1996) plantean que es difícil realizar una clasificación de los distintos tipos de psicoterapias grupales que realizan con niños, ya que lo más común es que se empleen técnicas derivadas de distintas orientaciones. (Citado en Gazmuri & Milicic, 2014)

Aportes de la teoría psicoanalítica

El psicoanálisis de grupo con niños se inicia a comienzos de los años 30, con los aportes de Samuel Slavson. En el Río de la Plata surge tiempo después, en la década del 60.

La psicoterapia de orientación psicoanalítica en niños se concibe como un espacio para el análisis y elaboración de los conflictos intrapsíquicos a través de la interpretación de las fantasías inconscientes que se expresan por medio de las distintas manifestaciones grupales y transferenciales. (Gazmuri & Milicic, 2014)

La interpretación se realiza en dos direcciones que se cruzan, por un lado las manifestaciones individuales de los miembros del grupo en función de un pensamiento múltiple, por otro lado, las manifestaciones tanto verbales como no verbales de los participantes, como la expresión de los objetos internos y partes del *self* que se escenifican en la sesión grupal. (Gazmuri & Milicic, 2014)

Entre las formas de intervención se encuentran:

- *Análisis de transferencia*: se ve favorecida en terapia de grupo pues los integrantes pueden ayudar a otros a observar en ellos conductas repetidas y a comprender las transferencias. (Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Análisis de la actividad lúdica*: Mediante el juego, el niño expresa de forma espontánea sus ideas, pensamientos, recuerdos y emociones. (Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Observación de los mecanismos de defensa*: Este tipo de modalidad de intervención permite a los niños enfrentar de forma activa con sus defensas. Esto se ve facilitado en la medida en que ellos se van conociendo. (Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Trabajo con sueños*: Cuando se comparte un sueño al grupo, los demás miembros pueden añadir libremente sus aportes individuales, que tendrán siempre una dimensión intrapsíquica e intersubjetiva. Dicha instancia puede reactivar el material biográfico interpersonal y favorecer un proceso de elaboración. (Gazmuri & Milicic, 2014)

Otro elemento fundamental en este tipo de terapia es el trabajo de las ansiedades que surgen a nivel del grupo.

Aportes de la teoría cognitivo conductual

La teoría cognitivo conductual pone énfasis en los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta, relevando conceptos como las percepciones, creencias, expectativas, atribuciones, interpretaciones y auto instrucciones. El rol del terapeuta evalúa dichos procesos y, en base a ello, organiza experiencias de aprendizaje que posibiliten al paciente modificar las cogniciones y, de esta forma, cambiar los patrones afectivos y conductuales asociados por otros más adecuados. (Olivares & Méndez, 2001, citado en Gazmuri & Milicic, 2014)

El grupo ofrece un espacio privilegiado en tanto permite conocer las creencias de cada uno de los miembros y evaluarlas con el resto del grupo. El grupo habilita la observación de las conductas de los integrantes y el ensayo de nuevos repertorios conductuales que resulten más positivos. A través del grupo los integrantes pueden visibilizar aquellas conductas que resultan molestas o más adecuadas para los demás, como también las percepciones que cada persona tiene de las situaciones sociales, pudiendo confrontar a cada miembro con las percepciones distorsionadas o defensivas. (Gazmuri & Milicic, 2014)

Otro elemento a destacar es que el grupo de orientación cognitivo-conductual brinda a sus integrantes la oportunidad de refuerzo a través de los demás miembros del grupo y pone a disposición una amplia gama de modelos para el entrenamiento y prácticas de las conductas. (Gazmuri & Milicic, 2014)

Según Skinner (1978) cuando el grupo refuerza una determinada conducta en el niño, como por ejemplo escuchar cuando otros hablan, se fortalece dicho comportamiento, con lo cual aumentan las posibilidades de que vuelva a pasar y de que ocurra en otros contextos. (Citado en Gazmuri & Milicic, 2014)

Olivares & Méndez (2001) desarrollan algunas de las prácticas utilizadas en la terapia cognitivo-conductual, las cuales se emplean en distintos momentos del proceso grupal y se adecuan a las etapas del desarrollo infantil. Las cuales son:

- *Uso del refuerzo positivo:* Se le proporciona al niño un estímulo grato para aumentar la frecuencia de la conducta deseada. El refuerzo positivo permite mostrarle al niño cuales son las conductas esperadas. (Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Retribución:* Consiste en determinar qué monto de responsabilidad es razonable atribuir al paciente y qué a otros factores, dadas las circunstancias de cada caso. (Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Búsqueda de interpretaciones alternativas:* Consiste en indagar de forma activa nuevas interpretaciones a los problemas de cada paciente. Una de las técnicas

utilizadas es la técnica de las dos columnas, la misma consiste en realizar una tabla en donde se registra en la primera columna la interpretación original y en la segunda columna las interpretaciones alternativas posibles. (Gazmuri & Milicic, 2014)

- *Búsqueda de soluciones alternativas:* Luego de definido el problema de forma cuidadosa y exhaustiva, se buscan las alternativas para la solución del mismo. (Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Cuestionar la evidencia:* Busca someter a prueba de realidad las imágenes y pensamientos del paciente. Una forma de hacerlo es a través de interrogantes que lo lleven a buscar la evidencia del problema en la realidad. (Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Técnica de la triple conducta:* Mediante un ejercicio escrito se le pide al paciente que dibuje una tabla con tres columnas tituladas, de izquierda a derecha: *situación, interpretación y error*. Dicho ejercicio favorece la toma de conciencia de los errores lógicos a la hora de analizar la realidad. (Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Descentramiento:* Muchos pacientes suelen pensar que los demás notan o saben qué piensa y siente. El terapeuta debe lograr que el paciente pueda visualizar que esa capacidad que le atribuye a los demás, no es tan potente como él cree. Para que el paciente pueda comprender que él y sus problemas no son el centro de atención de los demás. (Gazmuri & Milicic, 2014)

Para finalizar, la terapia cognitivo-conductual tiene como objetivo que el paciente logre la adquisición de habilidades sociales para asegurar un comportamiento adecuado y efectivo socialmente. Estos procesos son:

- *Pensamiento alternativo:* Frente a la aparición de un problema interpersonal ser capaz de generar soluciones alternativas para la resolución del mismo. (Spivak & Shure, 1980, citado en Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Pensamiento consecuencial:* Habilidad para anticipar las consecuencias de la propia conducta. (Spivak & Shure, 1980, citado en Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Rol taking:* Consiste en poder tomar la perspectiva del otro, captando sus atributos, reconociendo sus necesidades, comprendiendo sus intenciones y tomando en cuenta su punto de vista. Es muy útil la utilización de dramatización y cuentos. (Spivak & Shure, 1980, citado en Gazmuri & Milicic, 2014)

Aportes de la teoría gestáltica

La terapia Gestalt es un terapia experiencial-existencial que pone énfasis en el aquí y ahora de la existencia, las relaciones y el aprendizaje experiencial. (Kaplan & Sadock, citado en Gazmuri & Milicic, 2014)

Huneeus (1978) define el término *Gestalt* como “un todo estructurado compuesto de partes diferentes que derivan sus propiedades de la posición y de la función que tienen respecto a su totalidad.” (Citado en Gazmuri & Milicic, 2014, p.38)

Muchas de las experiencias terapéuticas que se utilizan en todas las psicoterapias grupales infantiles están basadas en el enfoque gestáltico. El principal objetivo de este tipo de terapia es ayudar al niño a convertirse en un todo, es decir, a completar su Gestalt. Convertirse en un todo implica que el niño haga uso pleno y gozoso de sus sentidos, su cuerpo, su intelecto y la expresión de sus emociones. (Gazmuri & Milicic, 2014) En este sentido el grupo brinda un espacio para que aquellos que presentan dificultades en la interacción social descubran y resuelvan lo que sea que esté bloqueando el proceso natural de conectarse y relacionarse bien con los demás. (Gazmuri & Milicic, 2014)

La experiencia terapéutica en el modelo gestáltico consiste primeramente en trabajar con la imaginación (ya que la capacidad de imaginar y de entrar en el ámbito como sí es considerada una de las mayores fortalezas de los niños), posteriormente pasar a alguna expresión creativa que se concrete en el hacer: un dibujo, el moldeado, entre otros, y una vez finalizado este trabajo se motiva a los integrantes del grupo a hablar sobre lo que crearon, describiéndolo con detalles, dialogando con ello o bien transformarse en uno de los objetos creado por ellos.(Gazmuri & Milicic, 2014)

A través de esta descripción metafórica de lo imaginado y de lo vivido se lleva al niño a conectarse con su proyección en el objeto, posibilitando que logre un concepto más integrado de sí mismo. Al finalizar se le pregunta al niño si le encuentra a lo narrado anteriormente, algún sentido que se relacione con su propia vida. El objetivo es poder encontrar una conexión entre lo cognitivo y lo realizado. (Gazmuri & Milicic, 2014)

Por otro lado, el contacto corporal es un punto importante para este tipo de terapia, debido a que todas las emociones tienen correlación con el cuerpo y, por lo tanto, tomar conciencia de la propia corporalidad, postura y respiración favorece la conexión con las propias emociones permitiendo vivenciar un mayor sentido de sí mismo. (Gazmuri & Milicic, 2014)

En cuanto a las técnicas utilizadas en la terapia gestáltica, estas son:

- *Uso de la fantasía:* como fue mencionado anteriormente, la utilización de la fantasía es muy útil al momento de trabajar con niños ya que les resulta muy cercana. El uso de la fantasía posibilita la emergencia de nuevas respuestas como también el desarrollo de recursos latentes o bloqueados. Algunos de los elementos utilizados: imágenes, dibujos, juguetes, juegos, plastilina, cuentos, etc. (Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Rol playing:* Le da la posibilidad al niño de tomar perspectiva, ensayar conductas y favorece el desarrollo de la empatía. (Gazmuri & Milicic, 2014)

- *Imaginería*: Poco a poco se sugiere una secuencia de imágenes que conducen al contenido imaginario elegido según el objetivo terapéutico propuesto.
- *Experiencia de relajación*: son utilizadas como preparación para el uso de la imaginería. Por otra parte, funciona como método de autorregulación. (Gazmuri & Milicic, 2014)
- *Contacto*: Implica el principio de estar completamente presente en una situación específica, con el organismo disponible para su uso: sentidos, cuerpo, expresión emocional, intelecto. Algunas experiencias para abrir el contacto son: mirar y ver, tocar, escuchar y oír, oler, saborear, moverse. (Gazmuri & Milicic, 2014)

Aportes de la teoría sistémica

La perspectiva sistémica se basa en la teoría general de los sistemas, en la pragmática de la comunicación y en conceptos de la cibernética. El modelo sistémico en psicoterapia se fundamenta en las conexiones. Los comportamientos de las personas son entendidos no solo en relación a sus características individuales sino también en relación al contexto donde se desarrollan. (Gazmuri & Milicic, 2014)

En los sistemas de relaciones humanas, la familia, los grupos sociales en general; el comportamiento de una persona va a afectar a los demás y al grupo en su totalidad, así como el funcionamiento del grupo va a afectar también a cada persona en particular. (Gazmuri & Milicic, 2014)

Con el advenimiento del pensamiento sistémico se producen modificaciones en cuanto a la concepción del funcionamiento grupal. El grupo comienza a ser visto como un sistema organizado formado de subsistemas. La unidad básica del grupo no es ni la persona ni su rol, es el subgrupo, que es donde se deben centrar las intervenciones para producir cambios. Por lo tanto el foco de la intervención terapéutica puede estar en la persona, en el subgrupo o en el grupo total; el sistema mismo se entiende en relación a los principios que definen la estructura, la función y las dinámicas grupales y estos aspectos se consideran equivalentes. (Gazmuri & Milicic, 2014)

Tomar un subgrupo como unidad básica permite dar cuenta de las formas de inserción más reiterativas que los niños tienen en el grupo, algunas de las cuales podrían dar explicación a los niños de sus dificultades o las respuestas del grupo hacia ellos, en su contexto natural. Al ser parte de un subgrupo, el niño no trabaja solo su dificultad, no está centrado exclusivamente en ella, sino que tiene que escuchar y tomar contacto con otros que están en una situación similar. Se genera un contexto especular donde cada integrante trasciende sus fronteras personales internas para estar con los otros. (Gazmuri & Milicic, 2014)

Las intervenciones al grupo como totalidad influyen sobre cada persona, de la misma manera las intervenciones dirigidas a una persona en particular van a influir sobre el grupo como totalidad. (Horowitz, 1977 citado en Gazmuri & Milicic, 2014) También, el rol

desempeñado por un integrante del grupo va a cumplir una función no solo para sí mismo sino también para el grupo. El rol en este sentido no se presenta como una característica propia de la persona sino como una función que esta desempeña, por lo tanto cada sujeto desempeñará diversos roles en los distintos grupos de los cuales forma parte. (Gazmuri & Milicic, 2014)

Independientemente del marco teórico referencial y la técnica utilizada, es necesario establecer, delimitar un marco, un encuadre, en el cual se desarrollará el proceso terapéutico.

Encuadre

Bleger (1966), define al encuadre como:

(...) un “no proceso” en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso” (...) El encuadre correspondería a las constantes de un fenómeno, un método o una técnica, y el proceso al conjunto de las variables. (...) dentro del encuadre psicoanalítico incluimos el papel del analista, el conjunto de factores espacio (ambiente) temporales y parte la técnica (en la cual se incluyen el establecimiento y mantenimiento de horarios, honorarios, interrupciones regladas, etc.). (Citado en Usobiaga, 2005)

Para Groch, De la Iglesia & Villanueva (1999) las condiciones mínimas para poder trabajar con grupos son: una sala con una superficie adecuada, condiciones de seguridad, material necesario como cojines, pizarra y juegos. Además del mantenimiento periódico en espacio, tiempo y terapeutas. Las mismas deberán ser pactadas y apoyadas por la institución. Entonces, ¿qué acontece cuando las condiciones no son las mínimas para realizar el grupo y desde la institución se exige igualmente la realización de este? En este caso muchas veces el terapeuta se ve obligado a apelar a la creatividad para sortear dichos obstáculos; sin embargo, en caso de no poder solucionar los mismos debe considerar, en mi opinión, posponer dicha intervención. Que el terapeuta se haga cargo de aspectos que la institución debería hacerse cargo a priori supone un desgaste innecesario para él.

En cuanto al material de juego Glasserman & Sirlin (1974) sugieren: cubos de plástico blando, bloques para encajar, autos, aviones, tazas, platos y cubiertos, muñecos de figuras humanas y animales, etc.; además material manual como lápices, crayolas o pasteles, papel glasé, cascola, hojas de papel, papel de calco, cartón, etc.

Según la edad de cada niño, el uso del material y tipo de juego va a variar: a los 5 y 6 años, si bien juegan mucho con el material que se les ofrece, la aplicación expresiva es más vital que el uso del juguete en sí, su necesidad de expresarse va más allá de los juguetes que tienen. A partir de los 7 u 8 años, disminuye el interés por los juguetes y aumenta el de la actividad manual. Desde los 9 años, se utiliza el material específico para cada juego, a

medida que se incrementa la posibilidad de relacionarse, de jugar entre ellos, disminuye el interés del grupo por los juguetes. Pasado los 10, etapa en la que aparecen los juegos reglados, los juguetes prácticamente no se utilizan. Alrededor de los 12 años prima el entrenamiento manual. (Glasserman & Sirlin, 1974)

El uso del material varía según la etapa evolutiva grupal, al inicio de cada grupo existe una situación de descubrimiento, los materiales son una novedad y la natural tendencia de los niños a explorar los lleva a utilizar el material de juego y disfrutarlo intensamente durante un período que se extenderá de acuerdo a cada edad. A medida que transcurre el tiempo, lo novedoso deja de serlo y este es el momento en el que los niños “inventan” las novedades, creando situaciones, poniendo los juguetes al servicio de la fantasía. El material lúdico es indispensable en la terapia con niños ya que consiste en una forma vital de expresión, inversamente, deja de serlo a medida que el niño va adquiriendo otras vías de expresión. (Glasserman & Sirlin, 1974).

Como normas básicas de funcionamiento Groch, et al. (1999) establecen la confidencialidad sobre lo acontecido en el grupo, no dañarse entre los integrantes, no está permitido llevarse material del grupo ni traer cosas de afuera y compromiso en la asistencia. A esto Glasserman & Sirlin (1974) añaden el cuidado del mobiliario y del espacio, debido a que representaría un agotador esfuerzo para el terapeuta y lo que pudieran sentir al respecto no beneficiaría la contratransferencia. Sumado a esto, además del malestar real que puede significar en los niños permanecer en un lugar descuidado, se produce una interferencia en el desarrollo del proceso terapéutico.

Sobre la asistencia, Groch, et al. (1999) consideran que, junto con la puntualidad a las sesiones, es un aspecto esencial respecto al encuadre. En el caso del grupo de niños “A” se hacía difícil lograr el cumplimiento de dichos aspectos, la asistencia nunca fue regular y el horario de comienzo difícilmente era respetado. Los motivos de la inasistencia se le otorgaban a que el grupo estaba en sus inicios y a un incumplimiento por parte de los padres. En mi opinión hubo una falla en la implementación del encuadre y una dificultad en el sostén del mismo por parte de los coordinadores. Un ejemplo que refleja esto fue que al inicio hubo cambios en la frecuencia (de quince días a una vez por semana), como también la no formación de un espacio paralelo de padres y la intercalación de dos coordinadores cada quince días.

Cuando el grupo se realiza dentro de una institución, el encuadre será afectado por la misma desde su implementación, como en los cambios de horario y de lugar, la duración de los procesos, el número de integrantes, los terapeutas a cargo. Por lo tanto el encuadre no solo será afectado y atacado por sus integrantes y por los terapeutas sino también por la misma institución.

En cuanto a los ataques al encuadre realizado por parte del grupo, Bleger (1966) plantea que la toma de conciencia de que el encuadre está ausente o se rompe y experimentarlo permite introyectarlo en el mundo interno. El encuadre constituye el “no-yo” del paciente, en torno al cual se va configurando el “yo”. En este sentido, el encuadre se vuelve el depositario de la parte psicótica de la personalidad, de lo indiscriminado y no resuelto de los primitivos vínculos simbióticos. (Citado en Luzzi & Jaleh, 2010)

El análisis de los diversos ataques y de la transferencia negativa posibilita que el niño tome conciencia de que el encuadre constituye una constante dentro de la cual se desarrolla el proceso terapéutico, permitiéndole además resignificar sus experiencias traumáticas, disruptivas de sus condiciones de vida, contraponiéndose a la naturalización de la violencia. (Bleger 1966, citado en Luzzi & Jaleh, 2010)

Esto se puede ver claramente en el caso de niños en condiciones de extrema vulnerabilidad, sujetos a situaciones traumáticas de repetición y cambios bruscos en sus condiciones de vida, donde el análisis en profundidad de los ataques al encuadre tiene un valor sustancial, en tanto posibilita la construcción paulatina de un espacio mental continente. (Resnick, 1991, citado en Luzzi & Jaleh, 2010)

En cuanto al número de integrantes la mayoría de los autores concuerda en que el número máximo oscila entre 8 y 10. (Ramos & Cervone, 2009) (Pavlovsky, 1987) La modalidad varía en cerrada o abierta de acuerdo al tipo de intervención, la mayoría de los autores, como Groch, et al. (1999) y Glasserman & Sirlin (1974), utiliza la modalidad de grupos abiertos, con un frecuencia de 45-70 minutos, dependiendo de la edad cronológica. En cuanto a la frecuencia Groch, et al. (1999) recomiendan una vez por semana, en cambio Glasserman & Sirlin (1974) plantean la conveniencia de realizarlo dos veces por semana, igualmente concuerdan con la frecuencia de un vez por semana. En cuanto a la admisión de un niño, está condicionada por el diagnóstico, como también la situación del grupo donde ingresará, se trata de que los horarios del grupo no interfieran con alguna actividad del niño que sea importante para él como tampoco con el horario escolar.

Otro elemento a tener en cuenta, es el encuadre interno, Alizade (2002) lo define como: “la parte íntima y esencial del marco de todo tratamiento. Consiste en un dispositivo de trabajo incorporado a la mente del analista y a la atmósfera de la sesión” (p.13). Para Glasserman & Sirlin (1974), la evolución de cada grupo depende entre otros factores del encuadre interno, si el terapeuta, cuando coordina un grupo, tiene en claro qué espera que suceda y de qué manera va a desenvolverse el proceso terapéutico, lo verá desarrollarse de modo bastante similar a sus expectativas iniciales. Este no condiciona la buena conducta en los niños, pero puede afianzar las normas necesarias para que estos se manejen dentro de lo que conceptúa más eficaz para su tarea.

Al momento de formar un nuevo grupo debemos tener en cuenta una serie de criterios de selección, un mal agrupamiento puede ir en detrimento de la evolución del proceso grupal. Tales criterios de desarrollarán en el siguiente apartado.

Selección y agrupamiento

De acuerdo a Pavlovsky (1987), los criterios para aceptar o rechazar niños en una terapia grupal no son uniformes. Sin embargo, sugiere una serie de criterios como:

1. Historia familiar, quejas y síntomas. Historia individual del niño.
2. Tamaño y aspecto del niño.
3. Grado de madurez.
4. Reacción del niño frente a la frustración.
5. Adaptación en el medio familiar, en la escuela y análisis del problema de la disociación de la conducta en estos dos campos.
6. Cómo emplea su tiempo libre. (Pavlovsky, 1987, p. 33)

Para evaluar dichos criterios Pavlovsky (1987) crea grupos denominados “grupos abiertos para el diagnóstico”. Son grupos abiertos a los cuales los niños concurren durante tres o cuatro sesiones, el objetivo principal es visualizar el funcionamiento del niño en el grupo, luego de finalizado se realiza el diagnóstico “definitivo”.

A los criterios ya mencionados se debe incluir la edad, no solo cronológica, sino la edad mental y el ciclo escolar, con un criterio general de 3 años como máximo de diferencia entre los miembros. (Groch, et al, 1999)

Ginnot (1961) sugiere ubicar a cada niño según los síntomas y estructuras de personalidad. Así, por ejemplo, la integración de niños con diferentes síndromes clínicos permite que cada uno tenga la oportunidad de integrarse con niños de personalidades diferentes y complementarias a la propia. (Citado en Pavlovsky, 1987)

Glasserman & Sirlin (1974) establecen una clasificación que es de gran utilidad al momento de seleccionar: “niños que deben excluirse del grupo” y “niños que pueden incluirse en el grupo”.

En el primer caso *niños que deben excluirse del grupo*, establecen que se debe excluir aquellos niños con diagnóstico de psicosis, trastornos de conducta de tipo psicopático, discapacidad intelectual, fóbicos graves. También se debe excluir niños con la personalidad intensamente carenciada de una relación única, privada en sus primeros años, antes se hace necesario establecer un vínculo mediante terapia individual. Por último la agresividad de forma desmedida sin capacidad de control, y aquellos que están transitando una crisis

severa. En cuanto a este último, podrán integrarse al grupo luego de superado el momento de agudeza. (Glasserman & Sirlin 1974)

En mi experiencia en el “grupo A”, pude vivenciar las dificultades que genera agrupar varios niños, por ejemplo con diagnóstico de Trastorno de conducta. Dentro del grupo participaban varios niños con dicho trastorno, lo que generaba reiteradas situaciones de caos y violencia (física y verbal), que no solo desestructuraba al grupo sino también a los coordinadores. Pavlovsky (1987), con su experiencia en grupos de niños agresivos con diagnóstico de epilepsia, y Speers y Lasing (1965), con su trabajo con niños psicóticos, encontraron una alternativa a los inconvenientes anteriormente mencionados mediante la realización de grupos especiales.

En el segundo caso “*niños que pueden incluirse en el grupo*”, se tendrán en cuenta dos criterios: *el diagnóstico de personalidad*: personalidades de tipo esquizoide, fóbicos no muy agudos, obsesivos, depresivos e histéricos; y *los trastornos generales*, que pueden presentarse en distintos cuadros patológicos: trastornos en los hábitos, como onicofagia, enuresis, trastornos del sueño, desórdenes de conducta no muy severos, sumisión, desafío, dificultad en los límites, dificultades sociales, ansiedad, inmadurez, dificultad en asumir su identidad sexual, competitividad, masturbación, autoagresión, problemas escolares y síntomas psicósomáticos. (Glasserman & Sirlin 1974)

Los criterios establecidos por Glasserman & Sirlin (1974) sobre quiénes se beneficiarían con la terapia grupal concuerdan con los planteados por Pavlovsky. (1987)

Por otra parte, es de suma utilidad un perfil diagnóstico que señale el grado de desviación de la normalidad dentro del proceso evolutivo. Pudiendo afirmarse que cuanto más intacto este el yo y cuanto menos regresivo sea el nivel del conflicto mejor es el pronóstico para tratamiento en grupo. A su vez, es necesario que a la hora de seleccionar se tenga presente alcanzar un adecuado balance grupal, donde cada miembro ejerza una influencia beneficiosa sobre cada uno de los restantes. (Glasserman & Sirlin 1974)

Cuando se realiza un mal agrupamiento, pueden producirse situaciones de agresiones, conductas disruptivas y confusión, pudiendo acabar con la posibilidad de éxito en la terapia grupal. Esto en ocasiones ocurre en los agrupamientos homogéneos, dado que se afianzan características que pueden no beneficiar a los integrantes. (Glasserman & Sirlin 1974)

Al momento de formar los grupos, Glasserman & Sirlin (1974), establecen criterios de agrupamiento, estos son: La inteligencia, que la edad no supere uno o dos años de diferencia, cantidad de integrantes, aspectos físicos, grado que cursa, sexo (cantidades equilibradas), nivel de patología (compensar los aspectos regresivos de unos con características más maduras de otros) y tipos de personalidad. (p.91)

Por otra parte, cuando el grupo es abierto, se debe trabajar con cada nuevo ingreso. El niño que recién ingresa será recibido como en cualquier grupo social donde existen ciertas normas de convivencia. El nuevo miembro en un principio estará cohibido, desconcertado, desubicado y el grupo experimentará una sensación de incomodidad, esto exigirá un esfuerzo de ambas partes. Luego el grupo comenzará a sentir curiosidad: cómo es, su nombre y, por último, deseos de saber cómo instrumenta sus capacidades para integrarse al grupo, jugar con ellos y dentro de qué roles puede ubicarse más fácilmente. Todo esto es manejado como la búsqueda de una adaptación, de un encuentro. En el caso de celos o deseos de exclusión, que por lo general surgen en uno o dos niños, se lo toma para trabajar de forma puntual para que el grupo y el nuevo integrante puedan discriminar que los niños sienten de modos distintos. (Glasserman & Sirlin 1974)

Luego de conformado el grupo, este transitará por diferentes instancias y etapas que se describirán a continuación.

Fantasía grupal - identidad grupal - enfermedad grupal

Para Garbarino et al. (1986) la situación grupal se ordena alrededor de una fantasía común que se va desarrollando y modificando a lo largo de toda la terapia. Consideran como elementos centrales *la fantasía de enfermedad grupal y la identidad grupal*.

Garbarino, et al. (1970) denominan a la *enfermedad grupal* como: Para Garbarino et al. (1986) la situación grupal se ordena alrededor de una fantasía común que se va desarrollando y modificando a lo largo de toda la terapia. Consideran como elementos centrales *la fantasía de enfermedad grupal y la identidad grupal*.

La resultante de la acción conjunta de las enfermedades individuales de sus componentes. No es una suma ni un agregado, sino una síntesis estructural. Se crea en base a las proyecciones de los aspectos enfermos y sanos de cada miembro, proyecciones que son recibidas por los terapeutas. (P.19-20)

A su vez los terapeutas resuenan con su propia experiencia personal y lo expresan a través de la interpretación. De este modo, contribuyen a moldear la fantasía de enfermedad grupal, que es, en definitiva, el resultado de la acción conjunta tanto de los integrantes como de los terapeutas. (Garbarino, et al., 1970)

De forma simultánea a la formación de la *fantasía de enfermedad grupal* se origina la *identidad grupal*. Ambos conceptos se relacionan de manera estrecha, pero no son equivalentes.

La *identidad grupal* según Garbarino, et al. (1970) refiere manifiestamente al conjunto de adjetivos que comúnmente se utilizan para caracterizar a los grupos, por ejemplo, es un

grupo “agresivo”, “modelo”, “miedoso”, “inhibido”, etc. Esta puede persistir o variar a lo largo del proceso grupal. Entonces, denominan a la *identidad grupal* como la modalidad de presentación característica para cada grupo, en tanto que por *enfermedad grupal* se designa a la fantasía predominante en cada momento del grupo.

En mi opinión, durante el proceso la identidad grupal no es fija, es multifacética, al igual que en la fantasía de enfermedad grupal, va a variar según las diferentes etapas que transite el grupo. Además, creo fundamental que el hecho de que la identidad grupal se fije y no se amolde no es signo de buen pronóstico, no hay mejoría.

En cambio, Glasserman & Sirlin (1974) plantean que considerar al grupo como un todo que expresa una fantasía o un sentimiento se convierte a veces en un abstracto que tiene escaso valor para un real acercamiento a los niños. Siendo más efectivo ayudar al individuo a discriminar entre aspectos de sí mismos y de los demás, reduciendo así las defensas patológicas y colaborando en el proceso de identificación que está logrando; si solo se tomara al grupo como un todo se sentiría inmerso en una situación global que dificultaría sus esfuerzos para lograr una identidad.

Proceso grupal

Durante el proceso grupal, se visualizan dos procesos distintos: la evolución de un niño dentro del grupo y la evolución de este último. Ambos interactúan de forma dialéctica. El momento evolutivo de un grupo está determinado por distintos aspectos de sus integrantes y su grado de evolución. Sin embargo, esto no ocurre a la inversa, el momento evolutivo de cada niño en su proceso de curación no está determinado por el grado de evolución del grupo, sino por la calidad de sus conflictos intrapsíquicos. (Glasserman & Sirlin 1974)

Cuando un niño ingresa a un grupo que se halla en etapas más avanzadas, aquel le exigirá desarrollar al máximo sus potencialidades yoicas para funcionar al nivel de los otros. De esta forma, el niño se pliega al proceso del grupo; este lo integra a su nivel y, al mismo tiempo, percibe sus mayores dificultades y lo va enfrentando con ellas. A cambio del esfuerzo realizado, el niño se sentirá integrado y aceptado, además sus aspectos más inmaduros los sentirá comprendidos, aceptados y explicados; que poseen una motivación y un significado que hasta ahora desconocía; que puede compartir sus problemas porque los demás también los tienen, esto aliviará la ansiedad y la culpa. (Glasserman & Sirlin 1974)

Los grupos terapéuticos de niños transitan por diferentes períodos: un período inicial, un período de desarrollo y otro de terminación.

El **período inicial** (fase introductoria) comprende un período corto, donde comienza a desarrollarse la transferencia, aparecen las ansiedades persecutorias frente a la nueva situación, el terapeuta, los otros niños y la situación grupal, que se manejarán con diferentes defensas. (Glasserman & Sirlin 1974) Una de ellas es la “socialización”, las ansiedades se

dirigen a través de una actitud socializada para poder adaptarse al esquema grupal. Es una defensa evolutiva útil que el yo instrumenta antes los procesos adaptativos de cambio. Es eficaz para la evolución en la medida que no se estereotipa. (Glasserman & Sirlin 1974)

La cualidad de las ansiedades, de las fantasías, su intensidad y duración va a variar entre los grupos de distinta edad. La regresión es manifiesta en los grupos de niños tempranos y en los grupos de adolescentes, mientras que en los grupos de latentes (Garbarino, *et al.*, (1970) denomina así a los grupos en entre 6-11 años de edad) se visualiza un predominio de la estructura defensiva, que impide la regresión al comienzo. En los púberes se observa un marcado predominio de la expresión preverbal (lo gestual) y la manipulación con distintos objetos, que traducen la ansiedad predominante que es la preocupación por su cuerpo y por su identidad. (Garbarino, *et al.*, 1970)

En este periodo se observa la prueba de realidad, el descubrimiento; el niño se encuentra en un ambiente con una permisibilidad distinta a la habitual, con un adulto que cumple un rol diferente. A partir de ese momento establece una nueva relación: la grupal, posteriormente surgirán las normas del grupo. (Schiffer año, citado en Glasserman & Sirlin 1974)

Se comienza a formar una identidad y una cohesión grupal. Los niños se interesan por los otros, gradualmente se establecerán vínculos de pertenencia y afectivos como también preferencia, rechazo, modalidades de conducta y de juego. (Glasserman & Sirlin 1974)

En cuanto a este último, es estereotipado, se utilizan mucho los materiales pero con cierta rigidez. Hay una dependencia hacia los objetos lúdicos. (Glasserman & Sirlin 1974)

En el **periodo de desarrollo** (fase intermedia) se desarrollan al máximo los vínculos transferenciales con el terapeuta y los demás integrantes. El grupo se modela de acuerdo con las fantasías que cada integrante deposita en él, internalizándolo plasmado en el interjuego de sus propias fantasías con las de los demás. (Glasserman & Sirlin 1974)

Se produce una sucesión de momentos regresivos-progresivos. De esta manera, se desarrolla el verdadero núcleo de los conflictos en las relaciones transferenciales, que los niños irán elaborando lentamente. (Glasserman & Sirlin 1974)

La modalidad de juego es más laxa, surge un desplazamiento del centro de interés que se traslada de los juguetes hacia las personas, los juguetes son un vehículo de las actividades interpersonales. Se le da menos importancia a los juguetes y más a los materiales que permiten el desarrollo de actividades creativas, pero siempre secundariamente al centro de interés del niño: él mismo. (Glasserman & Sirlin 1974)

“En esta fase, juegan menos y hablan más. El lenguaje se carga de ricos significados, en la medida en que alude más a las relaciones entre ellos que a un material de juego.” (Glasserman & Sirlin 1974, p.74)

Por último, el grupo establece una proximidad afectiva con el terapeuta, esto produce un debilitamiento de las resistencias, las defensas son menos rígidas, los niños comienzan a

adquirir conciencia de enfermedad, esto les permite hacerse cargo de sus conflictos y progresivamente los aspectos inconscientes reprimidos van entrando en el nivel consciente. (Glasserman & Sirlin 1974)

El **período de terminación** (fase integradora) se caracteriza por una mayor madurez emocional. Se observa la preocupación por el objeto, los intentos reparatorios y modificaciones en la calidad de las defensas, más al servicio de fines evolutivos. Las ansiedades depresivas predominan sobre las persecutorias. Disminuyen las actuaciones y aumenta la reflexión. En esta etapa el niño puede expresar preocupación antes sus dificultades y respeto por las de otros, a su vez logra la capacidad de participar y ayudar a los demás en sus problemas, esto genera mucha satisfacción para ambas partes. Al aumentar su responsabilidad, frente a sí mismo y al grupo, alcanza la capacidad de autocrítica. (Glasserman & Sirlin 1974)

Los vínculos se vuelven más flexibles y desaparecen los roles estereotipados dado que disminuyen las identificaciones proyectivas, como también disminuyen las relaciones radiales con el terapeuta, al mismo tiempo que aumenta una relación mucho más homogénea entre los niños. Por otro lado, la tolerancia a la frustración y la capacidad creativa aumentan, y las actuaciones regresivas frecuentes en la fase anterior se reducen al mínimo. La transferencia positiva se mantiene, mientras que la alianza terapéutica se afianza basándose en objetivos más reales, ya que la idealización y la persecución disminuyen. (Glasserman & Sirlin 1974)

Por otra parte cada miembro del grupo logra asegurar su identidad, fortaleciendo el sentir grupal. Como resultado, se diluye la función de liderazgo atribuida al terapeuta. (Glasserman & Sirlin 1974)

En cuanto al juego, les interesa por momentos y solo como un medio para relacionarse entre ellos. Al consolidarse el sentimiento grupal, el estar juntos en grupo se convierte en algo más para sus miembros. (Glasserman & Sirlin 1974)

Tanto en el **período de desarrollo** como en el de **terminación** los niños comienzan a desarrollar y elaborar la fantasía de enfermedad grupal. (Garbarino, *et al.*, 1970)

Todos los grupos infantiles, cualquiera sea la edad, se caracterizan por la angustia que provoca la pérdida simbólica de la identidad individual. Pertenecer a un grupo significa siempre perder en algún grado la individualidad. La conformación de una nueva identidad grupal resulta angustiante para los integrantes del grupo ya que cada uno debe participar, en mayor o menor medida, de una enfermedad que pertenece a todos. (Garbarino, *et al.*, 1970)

En mi opinión, otra de las razones por la que se despliega dicha angustia en los niños se debe a que su identidad está en proceso de formación. Ser copartícipe de la formación de la

identidad del grupo, puede generar en el niño el miedo a volverse indiferenciado, generando en muchas ocasiones situaciones de confusión.

Por otra parte, el grupo va a contribuir a moldear y formar la identidad individual, a partir de la asimilación de aspectos inherentes al pasaje por la instancia grupal.

Siguiendo esta línea, Fontana (1982) plantea que:

Agruparse significa un verdadero intercambio, como un compuesto químico que ha tenido una reacción en la que el nuevo compuesto es irreversiblemente diferente al anterior, es decir que el sujeto tiene una nueva experiencia de modificación. Esta situación (...) provoca ansiedad, por lo que se estructuran defensas para regular y a veces negar dicho intercambio. La psicoterapia de grupo busca promover la elaboración de ansiedades orales vinculadas al temor a ser devorados por el grupo. El intercambio verbal emocional posibilita la paulatina separación del pasado y el reconocimiento de los demás, conjuntamente a la posibilidad de conexión entre los participantes de esta actividad. (Citado en Taborda & Toranzo, 2002, p.224-225)

Por otra parte, Glasserman & Sirlin (1974), establecen en las primeras etapas de proceso, donde el niño está tratando de adquirir una identidad, el interpretar al grupo como un todo dificulta esta adquisición. En las etapas subsiguientes, cuando la identidad está lograda o en vías de lograrse, todos sus miembros pueden ser partícipes de un sentimiento global con respecto al grupo, es posible considerarlo como un todo homogéneo y esto, lejos de ir en desmedro de la propia identidad, contribuye a afianzarla.

Para Garbarino, *et al.* (1970) el grupo constituye una totalidad que está conformada, por un lado, por los terapeutas y, por otro, por los niños. Y en el caso de los grupos a los que denominan *tempranos* (de 2 a 5 años de edad), se debe considerar la participación de los padres en el marco referencial de estos.

En este punto discrepo con lo anteriormente mencionado ya que la inclusión de los padres es necesaria y fundamental en todos los grupos de niños, no solo en los tempranos. Debido a que los padres son el principal soporte del proceso del niño y los cambios que se producen en este, también afectará a su núcleo familiar y viceversa. Por lo tanto, se hace necesario trabajar con ambos para acompañar, fortalecer, y continuar tales procesos.

A continuación, se desarrollará el rol y la función del terapeuta/la pareja de terapeutas y el observador, posteriormente, se profundizará sobre el papel de los grupos paralelos de referentes parentales. Cada uno de ellos constituye un soporte fundamental en el proceso grupal de cada niño.

El terapeuta y las consideraciones técnicas de su rol

Según Pavlovsky (1987), el terapeuta requiere de un entrenamiento específico para poder trabajar con niños, que en caso de haber trabajado anteriormente con grupos de adultos dicha experiencia no le es transferible. El terapeuta inexperto puede llegar a sentirse azorado y desorientado frente a una serie de variables que suelen darse en este tipo de terapia.

Pavlovsky (1987) enumera las condiciones “ideales” que debe poseer la preparación específica del terapeuta (p.72):

- 1- Entrenamiento psicodinámico.
- 2- Observación directa de grupos de niños.
- 3- Supervisión del trabajo por otra persona experimentada.

Estas no son las únicas, variarán según cada caso en particular. En mi opinión, el entrenamiento viene también de la mano con la práctica, “aprender haciendo”, por lo tanto la inexperiencia no debería ser un obstáculo para comenzar a trabajar. Con esto no me refiero a que no sea necesaria la formación y supervisión continua (especialmente al inicio se hace indispensable). Una buena manera de comenzar a adquirir experiencia y práctica es siendo co-terapeuta y/o observador. El observador funciona como sostén para el terapeuta, atenuando el impacto del material clínico, colaborando en su análisis, en una relación continente-contenido que habilita a pensar las diversas emociones e identificaciones proyectivas vivenciadas en el grupo. (Taborda & Sosa, 2005)

Además, el intercambio de experiencias con otros es valioso para comprender sus puntos ciegos y reelaborar permanentemente nuevos puntos de vista y futuras estrategias más operantes.

En cuanto a los aspectos básicos de la personalidad del terapeuta, estos idealmente serían: una actitud plástica, receptiva, sensible y armónica con el mundo del niño, paciencia y estabilidad. Los niños tienden a captar de manera inmediata las inseguridades y debilidades del terapeuta, utilizándolas a su favor siempre que sea necesario. (Pavlovsky, 1987)

Por ello, es fundamental que el terapeuta esté transitando en forma paralela su propio espacio terapéutico para que pueda trabajar dichos aspectos.

Por otro lado, Pavlovsky (1987) remarca la importancia de establecer un vínculo suficientemente estable con el grupo; terapeutas con baja tolerancia a la frustración muestran actitudes muy irregulares en el trato con los niños, y estos necesitan estabilidad por parte del terapeuta para no sentirse culpables o atacados por los climas agresivos que suelen darse en este tipo de terapia, donde el problema de los límites juega un papel fundamental. El terapeuta debe ser lo suficientemente plástico y seguro al momento de establecer límites, sin sentir ansiedad ni culpa. La pena o la culpa que sienten los terapeutas

generalmente corresponden a los sentimientos culposos del grupo, transferido al terapeuta por medio de la identificación proyectiva, debido a la continua agresión de los niños que se reedita durante el proceso grupal.

En este punto considero fundamental definir el concepto de *identificación proyectiva*. El término fue introducido por Melanie Klein (1932) para denominar “un mecanismo que se traduce por fantasías en las que el sujeto introduce su propia persona, en su totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo y controlarlo”. (Klein, 1932, citado en Laplanche, 1983)

Los niños habilitan que los terapeutas puedan, por un lado, recrear su propia infancia, por medio de la identificación proyectiva con ellos y, por otro, ser “los padres comprensivos y tolerantes”, depositarios de las angustias de los niños. (Garbarino, *et al.*, 1970)

Por su rol, el terapeuta tiene la posibilidad de explorar y expresar lo más íntimo de sí mismo, lisa y llanamente queda “desnudo” frente a sí mismo y frente al grupo desde los primeros encuentros. En el caso de los terapeutas con poca experiencia, este tipo de situación hace que siempre estén dispuestos a la intervención o la actuación, ya que, como fue mencionado en párrafos anteriores, por medio de la identificación proyectiva los niños se convierten en objetos internos a los que el terapeuta intenta manejar omnipotentemente, olvidando que cada niño es un ser independiente y separado de los otros integrantes del grupo y de el mismo (Pavlovsky, 1987)

Otro aspecto a tener en cuenta es evitar que el terapeuta solo se incline a señalar los sentimientos positivos de los niños hacia él y no ver los hostiles o agresivos por la angustia que esto le puede llegar a producir. Se deber tener en cuenta que la transferencia negativa está continuamente presente y que el terapeuta no puede confundir a los niños con sus propios objetos internos. (Pavlovsky, 1987) La *transferencia negativa* es definida como: “la interferencia negativa de un primer aprendizaje sobre un segundo aprendizaje”. (Laplanche, 1983, p.439)

El terapeuta requiere de una sensibilidad en el trato con los niños. A aquel que tenga una capacidad natural de comunicación con los mismos le resultará más fácil lograr empatía. Algunos tienen una propensión natural a establecer con los niños un lenguaje semejante, a hablar un idioma común que es sentido por el grupo como algo natural y espontáneo. (Pavlovsky, 1987)

Todo terapeuta debe poder identificarse con los juegos infantiles, comprender la actividad lúdica. El juego es el lenguaje natural de comunicación de los niños a través del cual expresan sus conflictos. Es importante que el terapeuta no solo comprenda la actividad lúdica sino que, además, pueda mantener al mismo tiempo una disociación instrumental para verbalizar en su interpretación el sentido de los móviles de la misma. La interpretación debe realizarse a posteriori de haberse establecido un cierto grado de comunicación o clima

entre los niños y el terapeuta, de lo contrario, difícilmente sea escuchada o aceptada. (Pavlovsky, 1987) También se deberá ser cuidadoso con el *timing* de cada niño, no debe interpretársele todo lo que se comprende de él, sino aquello que puede aceptar, además una interpretación antes de tiempo puede cortar la capacidad de verbalizar y generar frustración. La capacidad de verbalizar según las autoras es un aspecto importante en el proceso de maduración. (Glasserman & Sirlin 1974)

Por otro lado, al momento de interpretar se toma el punto de urgencia; a veces se da en una modalidad de expresión grupal y otras una situación grupal, teniendo en cuenta que interpretar a un miembro significa abarcar aspectos del él y de los demás, tanto por las proyecciones e identificaciones, por la reacción del grupo a la interpretación hecha a un individuo. No solo se interpretan fantasías inconscientes, sino actitudes, roles, formas de comunicación y expresión y aspectos vinculados a la relación grupal y la socialización. (Glasserman & Sirlin 1974)

Dado que el grupo está formado por las múltiples formas de relacionarse entre los individuos o por las modalidades para manifestarse de cada uno en particular, se toma las situaciones tal como se presentan, abarcando a uno, dos, tres o todos sus miembros. (Glasserman & Sirlin 1974)

Se busca entender qué está expresando el grupo, pero se explicita cuando la situación está al alcance de la comprensión de los niños, de otro modo generaría un distanciamiento entre el terapeuta y los mismos. Sin embargo, cuando los niños, comienza a hablar y sentir sus expresiones individuales como parte del proceso grupal, se produce una conciencia grupal madura, en que hablar del grupo y hablar al grupo es resultado del crecimiento de la propia identidad. (Glasserman & Sirlin 1974)

Al momento de interpretar la transferencia es abarcada en un sentido amplio, se utiliza muy poco la interpretación de la misma en sentido estricto, porque incrementa resistencias y distancia al terapeuta de la comprensión del niño. En cambio si el terapeuta ayuda al niño a visualizar que un tipo de conducta, que provoca reacciones en el grupo, también se repite en otros ámbitos (hogar, escuela), y le señala las dificultades que eso le causa, lo ayudará a adquirir *insight*. (Glasserman & Sirlin 1974)

La transferencia utilizada en un sentido amplio aumenta el conocimiento consciente que el niño tiene de sí mismo y de los demás promoviendo un campo más amplio en sus actividades y capacidad expresiva. (Glasserman & Sirlin 1974)

En cuanto a la resistencia, el terapeuta deberá interpretar aquellas dirigidas al tratamiento como tal, pero no deben confundirse con resistencias los motivos perfectamente lícitos que puede tener un niño para no querer ir al grupo. Otros elementos a tener en cuenta son el momento evolutivo del niño, el momento de desarrollo del proceso terapéutico y el despliegue de las posibilidades yoicas que muestra. (Glasserman & Sirlin 1974)

Sin embargo, las resistencias se reducen notablemente sin necesidad de interpretación cuando se establece una adecuada alianza terapéutica con los aspectos maduros del yo que presenta el niño desde el inicio del tratamiento y con la aceptación de sus dificultades. (Glasserman & Sirlin 1974)

Tan importante como interpretar es saber oír y participar en lo que se oye, porque estimula a todos en el aprendizaje de escucharse y comprenderse, conduciéndolos hacia un pensamiento reflexivo. (Glasserman & Sirlin 1974)

Además de la interpretación el terapeuta realizará otro tipo de intervenciones como: puesta de límites, decidir la remoción de un miembro, ayudar a planear o sugerir una actividad, suspender una actividad cuando considera que detiene el proceso. Este tipo de intervenciones son denominadas como *activas*, el fin de las mismas es facilitar nuevas aperturas cuando el grupo lo necesita y lo puede hacer, pero requiere de la ayuda del terapeuta, y cuando el grupo está maduro para poder hacerlo, pero las circunstancias evolutivas junto con las resistencias se lo impiden. Otro tipo de intervenciones son las *verbales* como: responder, dialogar, realizar comentarios sobre temas traídos al grupo, este tipo de intervenciones tienden a extender el diálogo y el interés entre todos, crear conciencia del objetivo del grupo, de sus propias dificultades y promover reflexiones maduras. (Glasserman & Sirlin 1974)

Tanto las intervenciones *activas* como las *verbales*, buscan agilizar el proceso, afianzar la transferencia positiva y evitar una actitud terapéutica interpretativa que puede quedar estereotipada en un distanciamiento entre el grupo y el terapeuta. (Glasserman & Sirlin 1974)

La pareja de terapeutas

En cuanto a la pareja de terapeutas, la misma puede ser vivida por los niños como un objeto parcial o como objeto total. Laplanche (1983) denomina *objeto* en una de sus nociones como:

Correlato de amor (o de odio): se trata entonces de la relación de la persona total, o de la instancia del yo, con un objeto al que se apunta como totalidad (persona, entidad, ideal, etc.) (p.258)

Y objeto parcial:

...tipos de objetos a los que apuntan las pulsiones parciales, sin que esto implique que se tome como objeto de amor a una persona en su conjunto. Se trata principalmente de partes del cuerpo, reales o fantasmáticas (pechos, heces, pene) y de sus equivalentes simbólicos. Incluso una persona puede identificarse o ser identificada con un objeto parcial. (p. 263)

Por lo tanto, los terapeutas pueden ser vivenciados como un objeto parcial, un pecho, o un pene, ya separados, o como una pareja combinada de objetos parciales. O pueden aparecer

como objetos totales, los dos juntos pueden representar en la fantasía a uno solo (madre o padre), también pueden representar cada uno de los terapeutas, a uno de los miembros de la pareja parental. (Garbarino, *et al.*, 1970)

Para finalizar, es indudable que cada terapeuta es diferente con características personales que lo define, que enriquecen y aportan a su rol una impronta única. Asimismo debe tener un conocimiento exhaustivo de sus principales debilidades y cuáles situaciones puede manejar y cuáles no.

Además, debe poseer un deseo e interés de trabajar en este tipo de terapia, ya que la misma es demandante y en situaciones puede resultar muy difícil y frustrante.

Grupos paralelos de padres

Como fue mencionado en párrafos anteriores, la formación de un grupo paralelo de padres o referentes parentales, es fundamental para el proceso de cada niño hacia la curación y su implementación produce un efecto amplificador.

Por otra parte, en mi opinión, se hace necesario aclarar que cuando hago referencia al “grupos de padres” incluyo a los referentes parentales (los referentes parentales no siempre son la madre y/o el padre, sino que en muchas ocasiones esta tarea es compartida con otros miembros del grupo familiar).

Taborda & Toranzo (2002) plantean que la psicoterapia de grupos paralelos de hijos y de padres funciona como soporte mutuo, dado que cada miembro de la relación establece una situación de complementariedad: si se producen cambios en uno, influirá en el otro por el interjuego de las identificaciones e identificaciones proyectivas.

Taborda & Toranzo (2002) señalan que:

El grupo de padres o referentes parentales aporta a la comprensión psicológica de la relación con el hijo, quien a su vez se desarrolla inmerso en la red familiar, y estimula la capacidad de entender los problemas por los que consultan, incrementando la capacidad de contenerlo en sus dificultades. De este modo la experiencia grupal se convierte en un medio facilitador y proveedor. (p.224)

Además, la transferencia desarrollada por los padres incide en sus hijos y viceversa, esto es un factor determinante en la permanencia en el grupo tanto de los niños como de los padres. (Taborda & Toranzo, 2002)

El trabajo en grupo permite establecer una red relacional entre todos los padres que hace de continente, al compartir las dificultades que aparecen en el contacto con sus hijos, modos de resolverlas, diversos enfoques que llevan a desdramatizar el conflicto que los angustia. Generándose una sensación de alivio, que habilita el pensar y buscar de forma activa otros modos de estar y vincularse. (Taborda & Toranzo, 2002)

En el caso del grupo "A" no se formó un grupo paralelo de padres y se pudo comprobar con la práctica la necesidad imperante de formar uno, los padres estaban totalmente aislados y desconectados de lo que ocurría dentro del grupo y con los coordinadores, siendo imposible poder establecer una red de apoyo y una comunicación fluida con ellos. Dado que son en el caso de los niños los principales facilitadores u obstaculizadores del proceso terapéutico.

Criterios de alta

En este apartado me centraré específicamente en los criterios para dar de alta a un niño del grupo.

Para Glasserman & Sirlin (1974), un niño puede ser dado de alta cuando:

- Demuestra capacidad reflexiva, indicador de una ampliación en el campo de la conciencia (permeabilidad e insight).
- Expresa lo que piensa al respecto de sus problemas y sobre los demás de manera directa y concreta.
- Verbaliza sus problemas con naturalidad, inclusive situaciones que le causan vergüenza.
- Puede escuchar a lo demás respetando turnos, sin necesidad de llamar la atención.
- Se identifica y muestra empatía para ayudar a los demás. Esto implica el ponerse en lugar del otro aunque se piense o sea diferente.
- Puede compartir la situación grupal con los otros miembros, ya sea escuchando o participando en un juego o una dramatización. Pero también, puede tolerar quedarse solo mientras otros comparten un juego, sin paralizarse o tratar de atacarlos.
- Se expresa corporalmente de manera espontánea. En edades tempranas, esto se da más a nivel del juego.
- Puede mostrar su capacidad de reparación.
- Su comportamiento satisfactorio en el grupo se ve reflejado en las otras áreas de su vida. Incluyendo la supresión de los síntomas sin aparición de equivalentes.
- Las defensas se vuelven permeables.

Algunos de los indicadores anteriormente mencionados solo pueden lograrse pasada la latencia. (Glasserman & Sirlin, 1974)

Para Groch, et al (1999) el criterio de alta más importante es la desaparición de síntomas y una estabilización general del niño y su familia.

En la actividad lúdica también se pueden observar cambios como la posibilidad de simbolizar, de jugar integradamente con los demás, la utilización del “como si” sin caer en conductas regresivas por intolerancia a la frustración, capacidad creativa, de compartir los juguetes, de intercambiar el juego por la verbalización, de mostrar la madurez del yo en los conflictos que surjan dentro del juego. (Glasserman & Sirlin 1974)

Conclusiones finales

Como fue mencionado anteriormente, al momento de establecer una intervención dentro de una institución, esta será delimitada y determinada por dicha institución. Un ejemplo de esto es el Plan de Implementación de Prestaciones de Salud mental que determina las intervenciones a nivel de salud mental que se llevan a cabo dentro del SNIS, en cuanto a tipo de intervenciones, a quiénes van dirigidas, número de sesiones, tiempo de duración, disponibilidad de recursos materiales y humanos, etc.

Como futura profesional de la salud, creo que es necesario revisar y problematizar lo explicitado en el presente plan, con el fin de atender de forma adecuada las demandas presentadas por los usuarios. Estas demandas en ocasiones no son correctamente atendidas por priorizar los encargos de la institución. Ejemplo de esto es cuando se exige priorizar los tiempos institucionales sobre los tiempos que requiere la intervención. Como también, cuando el encargo institucional no coincide con la real demanda asistencial.

Es necesario escuchar y evaluar de forma rigurosa la demanda para intervenir correctamente. A su vez, al momento de pensar y plantear la intervención se debe tener en cuenta el nivel de atención en el cual será llevada a cabo.

En cuanto a las intervenciones grupales planteadas por el plan, se hace necesario, a mi entender, realizar las siguientes consideraciones:

En primer lugar, se debe tener en claro que la psicoterapia grupal no es lo mismo que un taller, en tanto objetivos y técnica. Si esta distinción no queda clara, genera confusiones y errores técnicos.

Al momento de realizar la selección, en mi opinión se debe sustituir el comité de recepción por “grupos abiertos para el diagnóstico” (Pavlovsky, 1987), teniendo en cuenta los criterios de selección citados anteriormente. Entre ellos la franja de edad cronológica, la edad mental y el ciclo escolar (con una diferencia no mayor a 3 años entre los integrantes). El presente plan no explicita dicha división, solo establece la división en niños y adolescentes; una buena selección aumenta las posibilidades de que el grupo sea exitoso.

Por otra parte, creo fundamental implementar grupos heterogéneos, dado que agrupar niños con diferentes rasgos personales tratando siempre de mantener un balance es sumamente beneficioso, ya que los niños se complementarán unos a otros.

A su vez, se hace necesario crear un grupo de padres o referentes parentales de forma paralela al grupo de niños, ya que como fue mencionado anteriormente los padres son los principales facilitadores u obstaculizadores del proceso terapéutico.

Además, considero fundamental que se establezcan y respeten los criterios de alta, ya que se maximizan recursos y mejora el acceso de nuevos usuarios.

Los profesionales que estén a cargo de las psicoterapias grupales de niños deberán contar con formación específica en el área, ya que, como fue mencionado al comienzo, la experiencia y formación en psicoterapia grupal de adultos, como en psicoterapia individual, no se extrapolable a este tipo de terapia. A su vez, deben tener vocación para realizar dicha tarea, dado que en ocasiones puede ser frustrante y desafiante.

En cuanto a los aportes de la psicoterapia grupal de niños, creo que más allá de que en sus inicios se implementaba por factores económicos y de tiempo, este tipo de terapia ofrece un sin fin de posibilidades específicas.

En mi opinión, el grupo terapéutico es un espacio que le permite ensayar al niño diversas formas de ser él mismo y relacionarse con los otros; para descubrir y posteriormente elegir una manera más saludable de relacionarse, dentro de los diferentes ámbitos (familiar, escolar) que forman parte de su cotidiano. Por otro lado, el grupo abre la posibilidad del intercambio de experiencias y sentimientos, configurando una dinámica en la que cada integrante aporta elementos psicoterapéuticos a los demás y cada uno recibe del conjunto. Se logra obtener una mayor comprensión de sí mismo no solo a través de los aportes del terapeuta sino de sus pares, que en mi opinión son los aportes más valiosos y de mayor impacto. A su vez, tomar conciencia de que lo que le pasa a él también le pasa a otros, reducirá ampliamente los sentimientos de culpa y soledad, y se sentirá comprendido. Además, favorecerá el desarrollo de la empatía y el cuidado hacia los demás, en otras palabras, se pondrá en el lugar del otro.

Asimismo, este tipo de terapia ayudará al niño en el manejo de su frustración, a través de la puesta de límites y el hecho de que la atención del terapeuta no esté exclusivamente centrada en él.

Por último, se debe tener en cuenta que el grupo no es un ente aislado, por lo que se deberá trabajar en red. En este caso, en conjunto con la institución, el entorno familiar, las instituciones educativas, etc.

Para finalizar, quisiera resaltar la importancia de la existencia del Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud de ASSE, dado que aporta a la formación de futuros profesionales según los requerimientos actuales del Sistema Nacional Integrado de Salud. Asimismo, brinda la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la formación de grado.

Referencias Bibliográficas

- Alizade, A.M. (2002). El rigor y el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (96), 13-16.
- Ardoino, J. (1980). La intervención: ¿Imaginario del cambio o cambio de los imaginario? En: *La intervención institucional*. (pp.13-39)
- Arias, E., & Torras de Beá, E. (2010). Psicoterapia grupal con niños, adolescentes y familia: el desarrollo de una experiencia. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 0(1), 130-41. Recuperado de: <http://www.grupoanalysis.net/wp-content/uploads/2013/06/8-Eul%C3%A0lias-Maquetaci%C3%B3n.pdf>
- Arias, P. (2007). Psicoterapias en los Servicios Públicos. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 1(7), 5-77. Recuperado de <http://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/Cuadernos7.1.pdf>
- Administración de Servicios de Salud del Estado. Publicación del 29/07/2014. Recuperado de http://www.asse.com.uy/uc_7303_1.html
- Bardi, D., & Luzzi, A.M. (2010). La psicoterapia psicoanalítica de grupo: estrategia facilitadora de la capacidad lúdica de los niños. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-031/184>
- Baremlitt, G. (2005). "El movimiento instituyente, el autoanálisis y la autogestión" en G. Baremlitt (Ed), *Compendio de análisis institucional*. Buenos Aires: Editorial Madres Plazas de Mayo.
- Bazán, R., & Eugenia, G. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Revista Psicología y Ciencia Social*, (5), 20-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/314/31411284003.pdf>
- Bianchi, D., De la Cuesta, A., Gandolfi, A. & Muniz, A. (2010). Formación de psicólogos para el sistema de salud. Programa de Practicantados y Residencias. Trabajo presentado en el Primer Congreso Latinoamericano de Salud: determinantes sociales y participación ciudadana. Montevideo, Uruguay. Recuperado de

http://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/59051/mod_resource/content/1/Primer%20Congreso%20Latinoamericano%20de%20salud%20-%20Practicantado%20en%20ASSE%20-%20Bianchi%20C%20De%20la%20Cuesta%20y%20Gandolfi.pdf

- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Busto, A. (1999). Abordaje psicoanalítico grupal de niños. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (85), 153-158. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719999007.pdf>
- Busto, A. (2002). Encuadre grupal una propuesta psicoanalítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (96), 57-70. Recuperado de http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup96/rup96-busto.pdf
- Calvente, C.F. (2002). *El personaje en psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- Cervone, N., Luzzi, A.M., Slapak, S., Blemes, D., Ramos, L., Waunszelbaum, D.,...Frylinsztein, C. (2007). Proceso psicoterapéutico: Estudio de caso en psicoterapia psicoanalítica. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-020/186.pdf>
- Cermelo, R., Ibarra, C. & Larrea, N. (2010). El origen de las instituciones: una mirada psicoanalítica. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/039_psico_institu2/bibliografia/ibarra_cermelo_larreael_origen_de_las_instituciones.pdf
- Espiro, N. (2009). Instituciones y grupos. *Revista de Psicoanálisis y Psicología Social*, 1, 1-6. Recuperado de http://www.revistahuellas.es/pdf/3_Instituciones%20y%20Grupos.pdf
- Espina, A. Ortego, A., Villanueva, E., Calzado, M^a. J. & Perea, J.M. (2006). Psicoterapia grupal en niños con trastornos de conducta. *Revista de la facultad de*

psicología de la Universidad de Ramón Illull, 105-116. Recuperado de

http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/71-cas-TGNIconTC.pdf

- Ferrante, María Delfina y Loiacono, Romina (2013). Violencia institucional y sufrimiento psíquico en las instituciones totales: Encrucijadas de la modernidad tardía. Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-054/525.pdf>
- Garbarino, H., Freire de Garbarino, M. & Mieres de Pizzolanti, G. (1970). *Psicoanálisis grupal de Niños y Adolescentes*. Montevideo: Oficia del libro-aem.
- García, M.O, (s.f). Nuestra práctica, nuestro posicionamiento o la psicología institucional como disciplina compleja. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/039_psico_institu2/bibliografia/garcia-disciplina_compleja.pdf
- Gazmuri, V. & Milicic, N. (2014). *Terapia de Grupo en niños: Una alternativa de crecimiento emocional*. Chile: Ediciones U.C.
- Glasserman, M.R. & Sirlin, M.E. (1974). *Psicoterapia de grupo en niños*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Gómez, R. (s.f). *Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones*. Recuperado de http://www.centrelondres94.com/files/PSICOTERAPIA_DE_GRUPO_PRINCIPIOS_BASICOS_Y_APLICACIONES.pdf
- Groch, J. De la Iglesia, L & Villanueva, C. (1999). Actualización en psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica con niños y adolescentes en los servicios de salud mental de la comunidad de Madrid. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n118/08.pdf>
- Kaminsky, G. (1998). Instituciones III: análisis y propuestas. En: *Dispositivos institucionales*. (pp. 29- 40). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor, S.A.

- Luzzi, A. & Bardi, D. (2009). Estudio del juego de niños en el contexto de la psicoterapia psicoanalítico grupal. Recuperado de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5113915.pdf
- Luzzi, A. & Jaleh. (2010). La psicoterapia de grupo como estrategia de elección en una población clínica de niños en condiciones de extrema vulnerabilidad psicosocial. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_profesionales/639_clinica_ninos/descargas.html
- Luzzi, A. & Bardi, D. (2010). Conceptualización psicoanalítica acerca del juego de los niños. Punto de partida para una investigación empírica en psicoterapia. Facultad de Psicología. UBA. Secretaria de Investigaciones. Anuario de Investigaciones. (16), 53-63. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a05.pdf>
- Manero, R. (1990). Introducción al análisis institucional. *Revista Tramas*, (1) 121-157.
- Normand, R.M. (1987). Una experiencia de terapia grupal con niños abandonados y huérfanos en una aldea infantil. *Revista de Psicología*, 1(5) Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4535>
- Pavlosky, E. (1987). *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.
- Protesoni, A. & Zufiaurre, L. (2001). *La dimensión institucional en el campo psicológico* (pp.127-136). En Fernández, J. & Protesoni, A. (Comp.) *Psicología social, subjetividad y procesos sociales*. Montevideo: Trapiche.
- Ramos, L. & Cervone, N. (2009). Psicoanálisis de niños: Estudio de procesos terapéutico. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-020/186.pdf>
- Sánchez, A. (2004). Enfoque preventivo en psiquiatría infantil: grupos de orientación de madres. *Revista Cuadernos de Psicoterapia y Psiquiatría del niño y del adolescente*, (37/38) 131-142. Recuperado de http://www.sepyrna.com/documentos/psiquiatria37_38.pdf

- Sardinero, E. & Pedreira, J.L. (2001). Las psicoterapias grupales en la infancia y la adolescencia. Recuperado de http://www.familianova-schola.com/files/LAS_PSICOTERAPIAS_GRUPALES_EN_LA_INFANCIA_Y_LA_ADOLESCENCIA.pdf
- Sistema Integrado de Salud. Ley Nº 18.211. (2007). Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
- Slapak, S., Passalacqua, A., Cervone, N., Menestrina, N., Luzzi, A.M., Samaniego, C.,...Berenstein, A. (2002). Cambio Psíquico: técnicas e instrumentos de evaluación aplicados a niños que realizan psicoterapia psicoanalítica grupal. *Revista de Psicología*, 1(3). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142002000100006
- Taborda, A. R. & Sosa, G.H. (2005). La institución y el equipo de trabajo como sostén para el abordaje terapéutico. *Revista Cuadernos de Psicoterapia y Psiquiatría del niño y del adolescente*, (39/40), 135-157. Recuperado de <http://www.seypna.com/documentos/articulos/hebe-institucion-equipo-trabajo.pdf>
- Vidal, I., Vera, I. & Escudero, C. (2013). Una experiencia de Terapia de grupo con niños en edad de latencia. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, 33 (118), 343-352. Recuperado de
- Vitale, N. & Civale, V. (2010). La Psicología Institucional como modalidad de intervención profesional. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/039_psico_institu2/bibliografia/vitale_civale-psicologia_institucional_como_modalidad_de_intervencion.pdf
- Vitale, N. & García M. (2013). Corrientes institucionalistas. Conceptos básicos y técnicas de abordaje. Recuperado de

http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/039_psico_institu2/bibliografia/vitale_garcia-corrientes_institucionalistas_2013.pdf

- Vitale, N; Méndez, C. & Volz, F. (2012). Introducción a la Psicología Institucional. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/039_psico_institu2/bibliografia/vitale_mendez_volz-introduccion_a_la_psicologia_institucional.pdf
- Vitale, N., Travnik, C. & Cuello, C. (2012). Devolución institucional: Teoría, técnica y práctica en el ámbito hospitalario y académico. Recuperado de [icologia/informacion_adicional/obligatorias/039_psico_institu2/bibliografia/vitale_travnik_cuello-devolucion_institucional.pdf](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/039_psico_institu2/bibliografia/vitale_travnik_cuello-devolucion_institucional.pdf)
- Taborda, A. & Toranzo, A. (2002). De diagnóstico individual al tratamiento grupal de grupo paralelo de hijos y de padres. *Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, (33/34) 219-238. Recuperado de http://www.sepyrna.com/documentos/psiquiatria33_34.pdf
- Trillo, J. & Piñeiro, M, J. (2011). Plan de implementación de Prestaciones de Salud Mental. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/programa/prestaciones-en-salud-mental>
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública. (2011). Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Integrado de Salud. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/noticia/libro-transformar-el-futuro-metas-cumplidas-y-desaf%C3%ADos-renovados-en-el-sistema-nacional>
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública. (2010). La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de http://www.psyco.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf

- Usobiaga, E. (2005). El encuadre y el psicoanálisis. *Norte de Salud Mental*, (23), 47-52.
- Ushoa, F. (1973). El papel del insight en la formación del psicólogo clínico. (s.l)