

ME.PSI  
(4)  
2002  
c.0

# MEMORIA DE TITULO

UNIVERSIDAD  
GABRIELA MISTRAL

LA UNIVERSIDAD PRIVADA AUTONOMA MAS ANTIGUA

ME.PS1  
(4)  
2002

M2644  
C.O



Universidad Gabriela Mistral  
Departamento de Psicología

## MEMORIA PARA OPTAR AL TITULO DE PSICOLOGO

### *“Psicoterapia de Grupo en Niños”*



Profesores Patrocinantes

: Sra. Cecilia Araya  
: Sra. Sofia Lecaros  
: Sr. Iván Armijo

Alumnas Memoristas

: Anita María Bernal  
: Ximena De Andraca  
: María José De Elorriaga

**Departamento de Psicología**

**EVALUACION MEMORIA DE TITULO**

**I IDENTIFICACION**

TITULO DE LA MEMORIA            "Psicoterapia de Grupo en Niños"  
AUTOR (ES)                        Ana María Bernal, Ximena de Andraca, María José de Elorriaga.  
PROFESOR EVALUADOR:        Sra. Sofía Lecaros  
FECHA :                             Santiago, Julio 2002

**II CONTENIDOS**

		<b>Evaluación ( * )</b>
		<i>Asigne una nota de 1 a 7 a cada aspecto presentado</i>
2.1	Originalidad y/o relevancia de la investigación realizada	6.0.-
2.2	Fundamentación teórica, discusión bibliográfica presentada	5.0.-
2.3	Logro de los objetivos planteados en la investigación	5.0.-
2.4	Metodología general utilizada	6.0.-
2.5	Tratamiento de la información recopilada, análisis de resultados	5.0.-
2.6	Conclusiones y reflexiones finales presentadas	5.0.-

**III ASPECTOS FORMALES**

3.1	Capacidad de integración y síntesis teórica	5.0.-
3.2	Coherencia interna del trabajo presentado	6.0.-
3.3	Estilo de redacción (grado de precisión conceptual, lenguaje académico, etc.)	6.0.-
3.4	Grado de corrección ortográfica y de puntuación	6.0.-
3.5	Presentación formal de la bibliografía y fuentes utilizadas	6.0.-

( \* ) La nota final de la Memoria no tiene necesariamente que ser un promedio de estas evaluaciones parciales, dado que cada uno de los puntos detallados para los contenidos y los aspectos formales, tienen diferente ponderación para una nota global.

**El tema escogido es interesante, puesto que constituye una alternativa psicoterapéutica cada vez más utilizada en niños que ha dado buenos resultados en diferentes tipos de trastornos.**

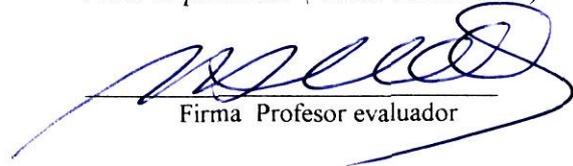
**El trabajo está bien presentado y desde el punto de vista formal está bien organizado, es sintético, muestra una buena redacción, ortografía y puntuación.**

**En el área de los contenidos, se observa una revisión bibliográfica limitada y básica que no llega a una profundización y especificación en las diversas tareas y con poca fundamentación e investigaciones recientes sobre resultados.**

**Por otra parte, no se exponen las reflexiones sobre el tema de modo que las conclusiones se remiten a un resumen final, lo que le resta significación al trabajo, dificulta una apreciación más completa de él.**

*De acuerdo a la información anterior califico esta Memoria con nota 5.5-*

*Nota en palabras ( cinco coma cinco )*



Firma Profesor evaluador

**Departamento de Psicología**

**EVALUACION MEMORIA DE TITULO**

**I IDENTIFICACION**

TITULO DE LA MEMORIA                    "Psicoterapia de Grupo en Niños"  
AUTOR (ES)                                Ana María Bernal, Ximena de Andraca, María José de Elorriaga.  
PROFESOR EVALUADOR:                Sra. Cecilia Araya  
FECHA :                                     Santiago, Julio 01 2002

**II CONTENIDOS**

**Evaluación ( \* )**

*Asigne una nota de 1 a 7 a cada aspecto presentado*

2.1	Originalidad y/o relevancia de la investigación realizada	5.0.-
2.2	Fundamentación teórica, discusión bibliográfica presentada	5.0.-
2.3	Logro de los objetivos planteados en la investigación	5.0.-
2.4	Metodología general utilizada	5.0.-
2.5	Tratamiento de la información recopilada, análisis de resultados	5.0.-
2.6	Conclusiones y reflexiones finales presentadas	5.0.-

**III ASPECTOS FORMALES**

3.1	Capacidad de integración y síntesis teórica	5.0.-
3.2	Coherencia interna del trabajo presentado	5.0.-
3.3	Estilo de redacción (grado de precisión conceptual, lenguaje académico, etc.)	5.0.-
3.4	Grado de corrección ortográfica y de puntuación	5.0.-
3.5	Presentación formal de la bibliografía y fuentes utilizadas	5.0.-

**( \* )** La nota final de la Memoria no tiene necesariamente que ser un promedio de estas evaluaciones parciales, dado que cada uno de los puntos detallados para los contenidos y los aspectos formales, tienen diferente ponderación para una nota global.

**La Psicoterapia de Grupo es un tema día a día más importante en el campo de la clínica infantil. Este es un buen trabajo, pero a mi parecer incompleto en su fundamentación y análisis teórico. Se echan de menos otros enfoques teóricos aplicables a niños, y las conclusiones también algo pobres. De todos modos es un aporte importante , ya que no hay memorias relativas a este tema y la considero un buen comienzo para investigar una forma de psicoterapia infantil tan exitosa aún en trastornos importantes del desarrollo y personalidad.**

**De acuerdo a la información anterior califico esta Memoria con nota 5.5-**  
Nota en palabras ( cinco coma cinco )



Firma/Profesor evaluador

*A mis padres por su apoyo y comprensión;  
a Matías por su confianza y paciencia  
y a Carolina Herrera por sus conocimientos.  
Anita Bernal Celis.*

*Mis más sinceros agradecimientos a mi madre y Boni,  
por su incesante colaboración en este largo proceso;  
a Arturo por su amorosa comprensión  
y a Carolina Herrera, por su generosa colaboración.  
María José De Elorriaga B.*

## INDICE

<b>I. INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b>	<b>4</b>
<b>III. ANTECEDENTES TEORICOS</b>	<b>5</b>
III.1 Reseña Histórica	5
III.2 Definición del Concepto de Psicoterapia de Grupo en Niños	8
III.3 La Sociedad en la Infancia	13
III.4 Importancia del Grupo de Pares	25
III.5 Aproximaciones Teóricas	31
III.5.1 Terapia Psicoanalítica de Grupo	33
III.5.1.1 Definición de Conceptos Psicoanalíticos	35
III.5.1.2 Objetivo Terapéutico y Dinámica Grupal	40
III.5.1.3 Criterios para la Formación de Grupos	42
III.5.1.4 Técnicas Terapéuticas	49
III.5.2 Terapia Grupal Cognitivo-Conductual	65
III.5.2.1 Definición de Conceptos Cognitivo-Conductuales	68
III.5.2.2 Objetivos Terapéuticos	70
III.5.2.3 Criterios para la Formaeión de Grupos	74
III.5.2.4 Técnicas Terapéuticas	76
III.5.2.5 La Selección de los Pacientes	98



III.5.3 Aproximaciones Actuales	101
III.6 Indicaciones y Contraindicaciones para la Terapia de Grupo	105
<b>IV. CONCLUSION</b>	<b>110</b>
<b>V. METODOLOGIA</b>	<b>116</b>
<b>VI. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>117</b>

## I. INTRODUCCION

La psicoterapia infantil, en el campo de la psicología y psiquiatría, ha sido utilizada desde sus comienzos como un tratamiento para dar alivio a niños con trastornos psicológicos. A lo largo de su historia, ha diversificado sus formas de operar, dando paso al surgimiento de distintos tipos de psicoterapias, las cuales a su vez se han ido especializando de acuerdo a elementos como la psicopatología a tratar, el diagnóstico de los pacientes y las características individuales de cada uno. En este contexto nace la psicoterapia de grupo infantil, cuyo propósito fundamental consiste en beneficiar a niños con problemas psicológicos, en un ambiente grupal.

Históricamente, esta modalidad terapéutica ha tenido una evolución más bien reciente, habiendo alcanzado su pleno desarrollo sólo en últimos años. Desde entonces, se han difundido numerosas formas de psicoterapia de grupo dirigida a los niños, las cuales comparten el empleo del grupo como agente curador y las que a diferencia de otras técnicas psicoterapéuticas, ofrecen la oportunidad de mediante el grupo, crear un ambiente adecuado que permita corregir problemas emocionales y al mismo tiempo satisfacer el anhelo social presente en todos los seres humanos. La psicoterapia grupal infantil aplica la fuerte necesidad afectiva de todas las personas de asociarse con otros, lo cual puede ser gratificado sólo a través de la comunicación con otros individuos, para aliviar y mejorar a sus pacientes. De esta manera, aprovecha la naturaleza social del ser humano y especialmente del grupo de pares, ya que este último representa para los niños el sistema en que se reflejan, validan y construyen su ego, al mismo tiempo que aprenden habilidades adaptativas, adquieren nuevos conocimientos, se comprometen con conductas socialmente aceptadas y comprenden la importancia de

controlar sus impulsos. A su vez, la terapia grupal infantil, al superar los problemas mediante el grupo, da la posibilidad de que los niños se adapten en mejores condiciones al mundo social, lo cual constituye la clave para el desarrollo sano de la personalidad.

El propósito de esta memoria ha sido realizar una síntesis teórica en relación al tema de la Psicoterapia Grupal y su aplicación en niños, desde la perspectiva Psicoanalítica y Cognitivo-Conductual. Su objetivo fundamental ha sido describir, desde ambas teorías las técnicas utilizada y aplicadas a los niños, junto con las indicaciones y contraindicaciones para su uso. La investigación incluye la definición del concepto de psicoterapia grupal y la exposición de la influencia del medio social en el proceso de desarrollo, para finalmente comprender el mecanismo de acción de la terapia grupal.

El interés del equipo investigador por estudiar el tema de la psicoterapia grupal infantil, se debe fundamentalmente a que a pesar de que en la actualidad, la psicoterapia de grupo es comúnmente utilizada con niños, no se ha puesto suficiente atención al desarrollo de un trabajo fundado en una teoría sólida o en la validación de su efectividad. Investigaciones acerca de los efectos de la psicoterapia de grupo con niños, han sido escasas y a pesar de que muchos estudios incluyen reportes clínicos, difícilmente han encontrado estándares metodológicos aceptables que les permitan obtener conclusiones relevantes.

La investigación que a continuación presentamos incluye la exposición de los objetivos general y específico del estudio y una reseña histórica acerca de la psicoterapia de grupo en niños. Luego, revisamos la definición del concepto de psicoterapia grupal infantil, para más adelante proceder con la descripción del proceso de desarrollo por el cual atraviesan tanto los

preescolares como escolares, específicamente aquel que alude al desarrollo socio – afectivo y su importancia para la formación y dinámica de grupos. Continuamos con la importancia del grupo de pares para el crecimiento y maduración del niño, para seguir con la exposición de los paradigmas que hablan acerca de la psicoterapia grupal infantil, con su consecuente definición de conceptos básicos y técnicas relacionadas, finalizando con una síntesis de las actuales aproximaciones en psicoterapia de grupo con niños y las indicaciones y contraindicaciones que describe la literatura para la inclusión de éstos a una terapia grupal.

## **II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

2.1 Objetivo General: Generar una síntesis teórica en relación al tema de la Psicoterapia Grupal y su aplicación en niños.

2.2 Objetivos Específicos: El trabajo bibliográfico se centrará en los siguientes puntos.

2.2.1 Definir el concepto de Psicoterapia de Grupo en niños.

2.2.2 Identificar las principales corrientes teóricas que utilizan la Psicoterapia de Grupo en niños como modelo de tratamiento.

2.2.3 Distinguir dentro de las distintas aproximaciones teóricas, las técnicas más utilizadas.

2.2.4 Identificar las indicaciones y contraindicaciones para niños en psicoterapia de grupo.

2.2.5 Identificar los resultados que es posible obtener a través de la aplicación de la Psicoterapia de Grupo en niños.

### III. ANTECEDENTES TEORICOS

#### III.1 Reseña Histórica

Al buscar los orígenes de la psicoterapia grupal infantil, se descubre que su nacimiento está unido inseparablemente a los comienzos de la psicoterapia grupal para adultos y que sólo hace unas décadas, la terapia grupal ha sido aplicada a un grupo diferente, como son los niños. En este contexto, W. Licamele y W. Bernet (1995), refieren que posiblemente las primeras influencias de la terapia grupal se encuentran en la Antigua Grecia, en los coros de los teatros griegos, que tenían como finalidad lograr un alivio de los conflictos de los espectadores, a través de la descarga emocional. Sin embargo, si sigue avanzando a lo largo del tiempo, se observa que existe un gran salto desde esa época, hasta hallar un nuevo elemento posible de relacionar con el nacimiento de esta modalidad de tratamiento. Es así, como se encuentran otros orígenes de la terapia grupal, en los planteamientos de Sigmund Freud acerca de la psicología de las masas. En ellos, el autor formula la posible existencia de un instinto social, como explicación de los fenómenos psicológicos propios de la agrupación. Este instinto se activaría en la medida que el ser humano está inserto en un grupo, que en sus comienzos es el grupo familiar.

Por otra parte, W. Licamele y W. Bernet (1995) señalan la existencia de otras influencias más directas sobre la formación de grupos terapéuticos, las cuales a su vez, surgen de distintos ámbitos, como son la teoría de sistemas, el uso del juego, psicodrama, y la teoría y práctica educacional. Así, ya desde una orientación clínica, el primer médico que usó grupos

terapéuticamente fue el internista Joseph Pratt en 1922, el cual reunió pacientes tuberculosos en un setting grupal y realizó un intento por educarlos y ayudarlos a tratar las reacciones emocionales frente a esta enfermedad crónica. Sin embargo, P. Kymissis (1997) señala que ya en 1918, Alfred Adler había utilizado desde este mismo enfoque la terapia de grupo clínica guiada para niños. No obstante, el trabajo que realizó Adler fue duramente cuestionado por uno de sus estudiantes, Rudolph Dreikus, quien afirmó que el trabajo realizado con los niños y sus familiares que se encontraban hospitalizados en su clínica en Vienna, se basaba en un modelo psicoeducacional, más que clínico, en el cual los miembros del grupo eran educados por el líder, limitando por lo tanto, la interacción entre los pares.

En otro contexto, el psicodrama como antecedente de la terapia grupal infantil, fue desarrollado por Jacob L. Moreno, quien a su vez acuñó el término terapia de grupo, tratando a niños en reuniones grupales en 1911. También en el mismo año, desde la perspectiva educacional, Samuel R. Slavson desarrolló el “club de cultura propia”, el cual lideraría la actividad del trabajo en grupo. El autor observó que los niños en edad escolar que se caracterizaban por ser inhibidos y tímidos, al pertenecer a un grupo, ganaban espontaneidad gracias a estas interacciones grupales. Este hecho lo llevó a poner en marcha una terapia de actividad grupal orientada a la expresión de fantasías y sentimientos mediante la acción y el juego, ya que según él, el clima grupal favorecía una regresión a partir de la cual podían expresarse conflictos precoces en el contexto de un medio contenedor y estable. De esta manera, junto con V. Axline el autor desarrolló una técnica que evolucionó desde un modelo exclusivamente educativo, hacia un enfoque terapéutico propiamente tal, orientado hacia los procesos evolutivos que caracterizan cada etapa del desarrollo. Este modelo de tratamiento grupal, era aplicado a trastornos infantiles tales como inhibición, conflictos de identidad

sexual y a una serie de hábitos y trastornos conductuales, a través de una terapia grupal experiencial, la cual tenía como objetivo lograr que el paciente hiciera insight.

Por otra parte, desde un ámbito diferente, hay que destacar el papel que ejerció Fritz Redl en la terapia de grupo con niños y adolescentes, quien enfatizó factores como el liderazgo, los procesos grupales, las resistencias y la importancia de la composición del grupo, abriendo nuevos caminos en el abordaje grupal para el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos graves en el medio hospitalario e introduciendo los grupos de diagnóstico de niños.

Posteriormente, la terapia de grupo en niños ha evolucionado y se ha especializado en el uso de diversas técnicas para una serie de patologías. Es así, como en la década de los 60, Haim Ginott escribió sobre “la terapia de grupo de juego”, frecuentemente utilizada en la actualidad, y Rex Speers y Cornelius Lansing usaron la terapia de grupo con niños psicóticos. Desde los años 70, Saul Scheidlinger y Mortimer Schiffer han continuado desarrollando las técnicas de Slavson de terapia de grupo en varios settings.

En síntesis, es posible notar el desarrollo que ha tenido la psicoterapia de grupo en niños a lo largo de los años, hasta llegar a la actualidad, donde es factible apreciar una mayor relevancia al conocimiento de la evolución del niño en sus diferentes etapas. Así, hoy en día, la psicoterapia de grupo en niños constituye una herramienta esencial para modificar el desarrollo de su personalidad, en la cual se generan interacciones entre sus miembros y las cuales a su vez, dirigidas por el terapeuta, pueden contribuir al mejoramiento de ciertas patologías.

### III.2 Definición del Concepto de Psicoterapia de Grupo en Niños

Respecto a la definición del concepto de psicoterapia de grupo en niños, Speier (1968) entiende por grupo terapéutico, a un conjunto de personas que interactúan bajo la dirección de un terapeuta para lograr la modificación de su personalidad y mejoramiento de ciertas patologías. De esta manera, la psicoterapia de grupo representa un procedimiento que busca solucionar problemas emocionales, mediante recursos psicoterapéuticos.

Para la autora, en los niños el grupo de pares tiene un enorme poder para influir en su comportamiento, ya sea de manera prosocial o antisocial y afirma que su carácter se cristaliza en el área social. En este sentido, señala la importancia de la socialización para el desarrollo de la personalidad y plantea la presencia de dos procesos que se dan en y por el grupo.

El primero de éstos, son los procesos propios de la psicoterapia en general, como la catarsis de sentimientos conflictivos inconscientes, disminución de la ansiedad, maduración y fortalecimiento del yo. El segundo se refiere a los factores propios de la interrelación en el grupo, dentro de los cuales se observan un clima emocional más intenso, mayor desinhibición, mayor rapidez en la disminución y neutralización de la ansiedad, en la solución de la culpa y en el cambio interno mediante la percepción del problema desde distintos puntos de vista.

Por otra parte, la misma autora menciona además de los procesos propios de la psicoterapia en general, que a diferencia de la psicoterapia individual, en este tipo de terapia se desarrollan procesos basados específicamente en la vivencia y participación grupales, por lo que son exclusivos de esta modalidad psicoterapéutica. Estos aluden por una parte, a la vivencia común entre los miembros, a los procesos de socialización y maduración de la personalidad y por último, a los procesos de diferenciación e individuación a través de la

interrelación grupal. Todos y cada uno de estos procesos que serán descritos a continuación, son vivenciados por los miembros del grupo y son los que finalmente los llevan a la curación.

Respecto a la vivencia en común, ésta se refiere al sentimiento de compartir problemas, lo cual tiene una particular importancia en la psicoterapia grupal, porque le brinda a los niños la posibilidad de generalizar y disminuir en forma rápida sus ansiedades individuales al ser vivenciadas como comunes y compartidas por otros.

En cuanto al proceso de socialización y maduración de la personalidad en la terapia grupal, éste se realiza a través de la interrelación personal ampliada, es decir, el grupo conduce a la maduración y al insight a través de la percepción que tienen los demás del propio problema. En el contexto grupal, la opinión de los pares puede ser en algunas circunstancias más valiosa e influyente en los cambios que la del terapeuta, quien representa una autoridad, debido a que estas críticas llevan a una discusión y elaboración entre los miembros del grupo. Esto último, favorece la maduración por el mismo proceso natural que se da en la vida diaria, ya que el grupo representa para el niño una experiencia democrática, en la cual todos están en una situación de igualdad, con el mismo derecho a participar y dar su opinión. A diferencia de esto, en la terapia individual, la socialización y maduración de la personalidad, son una consecuencia de la solución de la conflictiva interna de la persona, que surge de la elaboración y de la experiencia de relación personal con el terapeuta.

Por último, en relación a los procesos de diferenciación e individuación a través de la interrelación grupal, la autora señala que el grupo favorece la diferenciación progresiva de la personalidad de los niños y la realización de su potencial individual, ya que los lleva a percibirse a sí mismos más clara y definidamente.

Siguiendo con la definición del concepto de psicoterapia grupal infantil y de acuerdo con las expuestas más arriba, Slavson (1951) en Speier (1968), considera que el grupo facilita la inter-estimulación, la inter-acción y el contagio entre los miembros, pero por sobre todo destaca como procesos fundamentales en el grupo psicoterapéutico, la disminución de la ansiedad, la catarsis y el fortalecimiento del yo. Para el autor, los tratamientos de grupo, representan el único modelo terapéutico que ofrece la oportunidad para múltiples interacciones y transferencias, apoyo de pares y cohesión de grupo, así como una menor dependencia en el terapeuta o líder.

Por su parte, Schaefer, Johnson y Wherry (1982), señalan que de todas las modalidades de psicoterapia, la psicoterapia de grupo en particular, complementa las tareas del desarrollo normal que más adelante capacitan al niño para interacciones sociales y la intimidad. En este sentido, para los psicoterapeutas que trabajan con esta modalidad de tratamiento aplicada a los niños, es esencial, además de comprender las distintas etapas del desarrollo en que se encuentran éstos, entender los fenómenos de grupo en la vida de éstos, es decir, de qué manera los niños se relacionan entre ellos y con adultos bajo situaciones de grupo, ya que finalmente será este aspecto el que permitirá determinar la modalidad de terapia que seguirá cada uno. Por esta razón, se considera necesario subrayar, que los niños se encuentran en proceso de desarrollo y crecimiento, lo cual implica atravesar por una serie de cambios a nivel afectivo, cognoscitivo, físico y social.

Gerald Schames (1996), en concordancia con lo mencionado anteriormente, plantea que la terapia grupal en niños tanto teórica como práctica, se basa principalmente en una visión evolutiva de la psicopatología y tratamiento. Desde esta perspectiva, el autor refiere que el

tratamiento grupal en niños será más efectivo, si se dirige a facilitar las habilidades necesarias para afrontar las tareas específicas de cada etapa del desarrollo. Para ésto, Schames señala la importancia de conocer los procesos del desarrollo que sustentan a cada etapa, lo que permite a su vez formar grupos en los cuales hay niños que funcionan con niveles evolutivos distintos, de tal manera, que esta experiencia les promueva un crecimiento específico.

Particularmente, dentro de los procesos mencionados se destaca el de socialización, vivenciado por los niños a nivel familiar y grupal, para comprender el desarrollo de una psicoterapia de grupo. Específicamente, aquel aspecto del proceso destinado a la maduración y desarrollo de rasgos positivos en la personalidad del niño, que finalmente le van a permitir lograr una adecuada convivencia.

Por último, Cramer – Azima (1991), en relación a los beneficios del trabajo grupal en niños, postula que en el grupo el terapeuta tiene la oportunidad de observar el comportamiento actual de ellos, de clarificar el diagnóstico y de gradualmente interpretar el significado de sus juegos e interacciones. Para el autor, el objetivo de esta terapia es proveer un ambiente seguro, de apoyo y de empatía, donde los límites y reglas son establecidas por el terapeuta.

En síntesis, luego de haber revisado la definición del concepto de psicoterapia grupal en niños y sus ventajas, es posible concluir que resulta imprescindible basar estas definiciones y alcances de la terapia grupal en niños, desde una perspectiva evolutiva. El niño se encuentra en un proceso de constantes cambios, que se van dando en un cierto orden y los cuales emergen en un momento determinado. Este momento determinado, alude a un proceso de maduración cuyo ritmo es diferente para cada niño, sin embargo, se espera que los logros y

capacidades propios de cada etapa, emerjan en una etapa y no en otra, lo que significa que lo que es normal en un momento del desarrollo, deja de serlo en otro. Por lo tanto, desde la perspectiva clínica, la base para definir los criterios de normalidad y anormalidad, es la perspectiva del desarrollo, la que a su vez, entregará información vital a la hora de decidir quienes integrarán una psicoterapia grupal infantil.

### III.3 La Sociedad en la Infancia

Como se expuso en el capítulo anterior, la terapia de grupo en niños se diferencia esencialmente de otras técnicas psicoterapéuticas, en la resolución de problemas mediante y a través del grupo. Lo anterior supone que las interacciones entre sus miembros, representa una vía de superación de conflictos y finalmente de sanación. En este contexto, parece relevante exponer la influencia que tiene el medio social en el proceso de desarrollo, con el fin de comprender el mecanismo de acción que se da en la terapia grupal y que finalmente la hace distinta de otras.

Se comenzará afirmando entonces, que el ser humano necesita inevitablemente de los demás para sobrevivir y que, a diferencia de otras especies, no cuenta desde su nacimiento con un equipamiento necesario que le asegure la supervivencia en forma autónoma. Cuando se habla de la necesidad de otros para el logro de un desarrollo sano, no sólo se está refiriendo a una necesidad de alimentación, sino también, a la satisfacción de una serie de demandas afectivas, igualmente básicas, que dan comienzo a su vez, al desarrollo social. Dentro de estas demanda afectivas, es factible nombrar por ejemplo, el contacto físico, las caricias y la compañía.

Es posible pensar que este desarrollo comienza con el nacimiento del niño, sin embargo, Mussen, Conger y Kagan (1973), refieren que si se va más allá, se advierte que el ambiente social que rodea a la madre embarazada, influye notablemente en el desarrollo de aquel ser que está por nacer. Es así, como se observan grandes diferencias en los recién nacidos de madres que han mantenido condiciones favorables a su embarazo, versus aquellas que han sufrido situaciones como la falta de apoyo de la pareja, precarias condiciones de alimentación,

o situaciones altamente estresantes. A pesar de que esta influencia social parece ser bastante evidente, variadas han sido las discusiones acerca de cuales aspectos son heredados y cuales adquiridos en el ser humano, es decir, la posible trascendencia de determinantes biológicos y/o ambientales en el comportamiento y específicamente en el ámbito social.

Frente a esta discusión, hoy en día, las posturas actuales tienden a considerar al desarrollo como un proceso configurador e integrador, tanto de los aspectos heredados como de los adquiridos, destacando la contribución del medio ambiente en el despliegue de lo biológico. De esta manera, se afirma la existencia de un equilibrio armónico entre ambas partes, siendo fundamentales para el logro de un individuo sano. En este contexto, Juan Delval (1994) postula la existencia de predisposiciones sociales en el niño, la sensibilidad hacia las caras, voces y hacia las configuraciones de estímulos que caracterizan a las personas, las cuales corresponderían a disposiciones conductuales innatas que deben desplegarse en el ambiente, para que el individuo logre la adaptación. Estas conductas sociales tempranas al interactuar con un medio social alterado, como son por ejemplo, condiciones de indigencia o pobreza extrema, producirían retrasos o interferencias en la aparición de las primeras señales sociales. Por lo tanto, la emergencia de estas señales va a depender, como se mencionó anteriormente, de la interacción del niño y el medio social, destacando dentro de ellas la relación madre-hijo.

L. Grinberg y cols. (1971), postulan que el primer grupo al cual pertenece el ser humano es la familia. Dentro de este núcleo familiar, el niño desarrolla sus primeros vínculos que van a influir más adelante en el contacto que se establezca con el mundo circundante. Es así, como la primera relación de dependencia se establece entre la madre y el niño, dependencia que se da tanto desde un punto de vista biológico, como psicológico. Al respecto, M. Mahler (1975) postula la existencia de un proceso intrapsíquico destinado al desarrollo de la individualidad

que comienza desde el nacimiento. A este proceso lo denominó *Proceso de Separación – Individuación*, el cual comprende dos estadios con sus respectivas fases.

El primero de ellos corresponde al estadio de **no diferenciación**, donde existen dos fases. Una de ellas es la fase de *autismo* que se da durante las primeras semanas. Esta constituye una fase no objetal, en la cual el lactante establece relaciones difusas y globales, predominando el aspecto fisiológico y lo somniforme. La tarea del niño durante esta etapa, consiste en mantener el equilibrio homeostático, para lo cual cuenta con el aparato de autonomía primaria de atención, percepción y reacciones fisiológicas, dado genéticamente.

La segunda fase de este estadio corresponde a la fase de *simbiosis*, siendo ésta pre-objetal. Se da a partir del primer o segundo mes, hasta el quinto, momento en el cual surge la capacidad de diferenciar placer de displacer, por lo que el lactante es capaz de reaccionar de diversas formas ante las experiencias vividas, inscribiendo huellas mnémicas tanto de las experiencias positivas como negativas. En este período, aún no hay diferenciación yo-noyo, lo cual se refleja en el establecimiento de una relación de dependencia con la madre, quien es vivida como una prolongación de sí mismo.

El segundo estadio se denomina de **separación y diferenciación objetal**, el cual se divide en 4 fases.

La primera de ellas es la de *diferenciación*, comprendida entre el quinto y octavo mes. Se inicia a partir de una serie de conductas del niño en relación con la madre y en este momento surge la ansiedad ante los extraños, lo que evidencia esta diferenciación.

Luego, comienza la fase de *ejecución locomotriz*, que se desarrolla entre el sexto y doceavo mes. En ella, lo central es que el niño aprende a gatear y luego a caminar, ya que es fundamental que se desplace y sea capaz de independizarse físicamente para llegar

adecuadamente a la fase siguiente. A ésta, Mahler la llamó de *acercamiento o aproximación*, comenzando al año de vida y terminando a los dos años. Durante este momento comienzan a solidificarse los aspectos cognitivos y el sentido de sí mismo, lo que permite que el niño pueda referirse a sí mismo; comienza a reconocerse y reconocer a la madre en el espejo o fotos y puede distinguir a otras personas por el nombre, lo que evidencia que hay consciencia de sí mismo como persona distinta de los otros. En esta fase se produce una crisis normal del desarrollo, en la cual el niño empieza a reconocer sucesos independientes de sus deseos y necesidades; la madre ya no puede otorgarle el sentimiento de unidad absoluta en el vínculo como antes, no puede devolverle el sentimiento de omnipotencia, ni evitarle sentimientos de soledad y desamparo. Frente a esto, el niño tratará coercitivamente que ella permanezca a su lado, surgiendo problemas en las relaciones interpersonales, donde la agresión y la ansiedad se generan internamente. Si la agresión es muy fuerte, la representación interna de la madre se hace inestable, intensificándose las ansiedades de separación. Si el niño resuelve exitosamente esta crisis, van a predominar las identificaciones positivas con los padres y progresará a la fase siguiente. Sin embargo, para que sea bien resuelta es muy importante, por una parte la disponibilidad emocional de la madre, y por otro lado la presencia del padre, ya que él será asociado con la realidad externa y puede ser experimentado como un aliado que estimula el desarrollo autónomo del niño.

Finalmente, dentro de esta etapa, se encuentra la cuarta y última fase denominada *constancia objetal*, la cual comprende desde los dos a los tres años. La tarea de esta fase es lograr una individualidad definida y cierto grado de constancia objetal afectiva, donde se haya internalizado una imagen materna con aspectos positivos y negativos, predominando los positivos.

Así, se ha podido apreciar el proceso por el cual el niño va siendo capaz de reconocer gradualmente a la madre como un objeto distinto de él y en forma paulatina va apareciendo la figura del padre, formándose la primera tríada madre-padre-hijo. Más tarde, a medida que avanza el proceso de desarrollo, el campo social del niño se extiende y se incluyen los hermanos, parientes y amigos, por lo que se amplía la constelación familiar. En este contexto social, el niño va asimilando las normas y costumbres de su ambiente familiar y su carácter va siendo moldeado por estos elementos. La familia va proporcionando los patrones básicos de comportamiento que más tarde guiarán el estilo de relaciones interpersonales que el niño va a establecer, ya sea facilitando o dificultando su adaptación social; la forma en que el niño va resolviendo los conflictos al interior de la familia determinará y entregará las pautas de resolución de problemas fuera de su núcleo familiar.

Como se dijo anteriormente, a medida que el niño crece, las relaciones sociales se van ampliando, y ya en la etapa preescolar, el niño logra su independencia tanto a través del ingreso al grupo de pares y el desempeño de un papel dentro de él, como a través de la desobediencia y resistencia a la madre, lo cual va permitiendo en forma paulatina el desarrollo y construcción de su yo. El proceso de conocimiento de sí mismo y el logro de su identidad en un futuro, va adquiriéndose entonces, en la medida que el niño interactúa con sus pares, conforma un grupo y pertenece a éste.

Para cumplir con estas metas del desarrollo, es decir, la independencia y la construcción de su yo, se requiere la emergencia de ciertas capacidades y habilidades que van sustentando a futuras funciones. En este sentido, Zegers y Grebe, plantean que la gran emergencia en la etapa preescolar y definitiva para alcanzar el conocimiento de sí mismo, es la voluntad, entendida como la capacidad del sujeto de dirigir, controlar y modular su propia conducta.

Ella supone conciencia del yo, de intencionalidad y maduración de estructuras orgánicas, que hacen posible la dirección del comportamiento.

Se podría decir entonces, que gracias a estas nuevas capacidades, la conducta del preescolar se caracteriza porque el niño entra en conflicto con el medio, ya que trata de imponer sus deseos, rechazando las intervenciones de terceros, lo que evidencia la aparición de las primeras conductas voluntarias. De esta forma, en la etapa preescolar, el niño está sufriendo las demandas de la socialización, realizando una amplia exploración de las reglas y descubriendo su aplicación, con lo que adquiere las nociones morales más básicas. En esta interacción, el niño va comprendiendo también, el orden en que las actividades deben realizarse, sobre las actividades sociales y el respeto a los demás, entre otros.

La oposición que el preescolar encuentra frente a sus propios deseos, al interactuar con el medio, lo lleva a buscar justificaciones, indagar por qué las cosas son así y tratar de entenderlas. Por esta razón, para Delval (1994), conocimiento y conducta resultan difíciles de separar en la práctica; ya que por una parte el niño aprende a comportarse adecuadamente en el ámbito social, utilizar positivamente sus capacidades y al mismo tiempo va aprendiendo acerca de lo que puede y no puede realizar, debe y no debe hacer, ampliando así su campo de acción y haciéndolo más eficaz.

El comportamiento social que el preescolar va adquiriendo y a través del cual aprende a adaptarse, se da también gracias a la interacción con los pares, principalmente en el contexto del juego. El juego es una instancia que le brinda al niño, la posibilidad de aprender aspectos como el desempeño de roles y conductas socialmente aceptadas, además de ir permitiendo el logro de una mayor conciencia de sí mismo e ir construyendo paulatinamente su yo. Delval (1994), postula que durante la etapa preescolar los niños primordialmente juegan con otros

niños del mismo sexo, lo que puede deberse a la consolidación de las conductas típicas del niño o niña. En este sentido, la presión externa de cumplir con la normativa social y afirmar su identidad, ejercida no sólo por los padres, sino también por el grupo de pares, es significativamente fuerte, lo que pone en evidencia la importancia del grupo como agente socializador y como método eficaz para someter la conducta del individuo a las normas sociales.

Siguiendo esta línea, según Zegers y Grebe, el juego a su vez posibilita conocer el nivel de desarrollo alcanzado por el menor, ya que para su construcción requiere de funciones cognitivas, afectivas y sociales, que en el caso del preescolar es posible observar en el juego simbólico.

Respecto a la existencia de grupos en esta etapa, María L. Northway en R. Fau (1954), en sus estudios con grupos de niños preescolares, ha llegado a dos conclusiones. Por una parte, señala que existen grupos de preescolares los cuales se reúnen para jugar no por casualidad, sino como consecuencia de una elección, que por muy endeble y fugaz que ésta sea, es un grupo que se forma sin la imposición del adulto. Por otro lado, refiere que la formación de estos grupos depende de las cualidades individuales de los niños que los constituyen. Algunos niños, tienen la virtud de hacer agrupar a los demás a su alrededor, siendo constantemente elegidos, otros por el contrario, no poseen este poder atractivo no viéndose nunca seleccionados. Existe un tercer tipo, denominado grupo intermedio, donde los niños participan, pero sin llegar a constituir su centro. Así, ya es posible distinguir desde esta edad, el líder de los seguidores y de aquellos que jamás son elegidos. La misma autora afirma que los niños frecuentemente elegidos son los mayores, los más dinámicos, los que más hablan, los que manifiestan una mayor actividad e iniciativa. Por ende, el grado de aceptación total es

tanto mayor, cuanto mayor energía exterioriza el niño. De esta manera, observa también la existencia de niños que aparecen como poco adaptables a los juegos sociales, como es el caso de niños que al llamado a jugar por sus compañeros, se apartan del grupo malhumorados y continúan su juego solitario cerca de sus madres. En este sentido, se plantea la dificultad que presentan estos niños de separarse de su “grupo de origen”, el cual le satisface sus necesidades fisiológicas y afectivas más esenciales, lo que le impide formar otro grupo con pares de la misma edad.

Por lo tanto, en función de los postulados anteriormente señalados, la autora concluye que la noción de grupo aparece a los cuatro años de edad, momento en que el niño alcanza la independencia física de la madre y ya no depende de ella para la satisfacción de sus exigencias elementales, lo que genera en él una sensación de incertidumbre e impotencia; siente la necesidad de refugio y de apoyo que finalmente encuentra en el grupo.

La formación de grupo en niños preescolares constituye entonces, un hecho espontáneo que responde a una necesidad normal de apoyo frente a la angustia que se genera a partir de la separación materna, representando a su vez, una fase esencial en la socialización. La adaptación al grupo va a depender de la evolución afectiva del niño dentro de su medio familiar; aquellos denominados como poco adaptables o inadaptables al grupo, se desenvuelven mal en el seno de su familia.

Luego que se avanza en el proceso de separación de la madre y el niño logra una mayor independencia de ésta, se llega a la etapa escolar, durante la cual se produce al igual que en la etapa anterior, una serie de emergencias que dan paso al desarrollo de nuevas habilidades que le permiten al niño adaptarse de manera más eficiente al medio.

Una de las emergencias importantes de destacar y analizar para nuestro tema de estudio, es la referida a los motivos sociales, los que se manifiestan en la búsqueda de amigos y compañeros de juego, en la necesidad de estar con otros niños y de pertenecer a un grupo y en la identificación con grupos. Esta nueva capacidad que como se dijo anteriormente, aparece en la etapa escolar y los distinguen del preescolar, tiene crucial importancia en la formación de grupos y por consiguiente, en la posibilidad del ingreso del niño a una terapia grupal. De manera conjunta, la emergencia de estos motivos sociales, requiere al mismo tiempo el desarrollo de una mayor tolerancia a la frustración, habilidad para verbalizar las cosas y ponerse en el lugar de los otros, para compartir objetos y cooperar en una tarea. En este contexto de interacciones, el desarrollo moral del niño va evolucionando al aprender las normas de convivencia y regulación social, que le dan la posibilidad de subordinar su conducta y conformarse frente a ellas. Esta conformidad a las normas sociales, se constata en dos momentos de acuerdo a la actitud del niño frente a la norma. En el primero, el niño busca agradar y ayudar a los otros y sus conductas están orientadas a manifestar su lealtad, respeto y colaboración hacia los demás, debido a la importancia que tienen para él las buenas intenciones. En una segunda instancia, se destaca una tendencia a mantener el orden social y realizar el “deber ser”, cumpliendo con las leyes sociales y aquello que dictamine la autoridad.

Los cambios referidos al desarrollo moral, son posibles gracias a la emergencia de un conjunto de fenómenos evolutivos a nivel cognoscitivo, como es el logro de una percepción objetiva de la realidad y la formación del pensamiento lógico, lo cual posibilita al niño someter su conducta a la norma socialmente establecida y comportarse de acuerdo a las leyes sociales. Los principios bajo los cuales el escolar regula su conducta, son internalizados y

cumplidos de manera estricta y objetivista, y tienen sentido en cuanto la conducta está inserta o referida a un contexto de interacción social.

Con este avance integral en el desarrollo moral, cognoscitivo y afectivo-social es posible plantear que existen dos grandes metas en el proceso de socialización que el escolar debe cumplir durante esta etapa. Por una parte, aprender las conductas que se esperan de él, es decir, lograr la adquisición de roles, y por otro lado, ordenar sus conductas según las reglas de convivencia y regulación social. Estos logros que caracterizan a la etapa escolar y por ende el cumplimiento de las metas, son posibles de observar, al igual que en la etapa preescolar, en el contexto del juego, ya que éste posibilita conocer el nivel de desarrollo alcanzado por el niño, debido a las múltiples funciones que requiere para su construcción. Al respecto, Delval (1994) postula que a partir de los 6 - 7 años, comienza el juego de reglas en el cual el niño se descubre socialmente y según Zegers, permite ejercitar y experimentar la vida adulta de una forma no amenazante. A diferencia del juego simbólico, en donde el niño aprende a dominar situaciones sociales establecidas, en el juego de reglas se aprenden situaciones sociales propias creadas por los mismos protagonistas. Este tipo de juego, se caracteriza porque la tarea se realiza entre todos los miembros del grupo, entendiendo al otro para poder actuar con él. En el grupo surgen conflictos que hay que resolver, hay que buscar argumentos para convencer al otro, demostrando que el punto de vista propio es más razonable. En este sentido, permite experimentar diversas posibilidades de éxito, a través del ensayo de toma de decisiones en juegos de estrategias, de poder y fuerza física. Particularmente en esta etapa de desarrollo, es necesario que los niños cooperen entre ellos para llevar a cabo el juego, se adapten a las reglas de éste, pero al mismo tiempo compitan, intentando evitar que el otro equipo o los otros ganen. Sin embargo, W. L. Licamele y W. Bernet (1995), plantean que a

medida que la edad de latencia progresa, la cooperación tiende a reemplazar a la competencia, es decir, el juego va socializándose cada vez más, en el cual las reglas van unificándose y deben ser cumplidas tal como fueron establecidas, sin posibilidad de modificarlas.

Es así como finalmente, es posible concluir que el juego de reglas tiene un papel fundamental en el desarrollo moral del niño, en tanto la moral es un sistema de reglas y el juego se basa también en ella, de la que el niño es protagonista o al menos la acepta. Todo esto representa un importante avance en el desarrollo socioafectivo del escolar, tanto para la formación de grupos sociales como terapéuticos, ya que especialmente en este último es necesario establecer reglas de trabajo que requieren ser cumplidas para el logro de los objetivos planteados.

En resumen, a partir de lo expuesto anteriormente es factible señalar, que tanto el ambiente social que rodea al niño, como los elementos biológicos que trae desde su nacimiento, ejercen una notable influencia sobre el proceso de desarrollo por el cual atraviesa. Dentro de esta influencia, se vio que es importante destacar la relación madre-hijo, como la primera relación en la que participa el ser humano y en la cual se establece una dependencia física y psicológica. También se mencionó, cómo a través del proceso de separación-individuación planteado por M. Mahler, el niño por una parte logra desarrollar su individualidad y por otro lado es capaz de internalizar una imagen materna con aspectos positivos y negativos, predominando los positivos. En este contexto, se expuso la importancia de la familia como primer agente socializador, ya que proporciona los patrones de básicos de comportamiento que guiarán las relaciones interpersonales que el niño va a establecer con el medio y entrega pautas de resolución de problemas fuera del núcleo familiar.

Por último, se señaló dentro de este capítulo, la importancia que tiene el grupo social para el preescolar, en tareas tales como la independencia de la madre y el proceso de conocimiento de sí mismo y construcción de su yo, lo que permitiría hablar de noción de grupo a partir de los cuatro años de edad. Así mismo, en la etapa escolar se observó la emergencia de motivos sociales y cómo el niño logra subordinar su conducta a normas, lo que facilita la formación de grupos terapéuticos, por el interés del niño en compartir con otros y por su capacidad de adaptarse a las normas y reglas que regulan las interacciones. También se indicó que la existencia de reglas y límites impuestos por el terapeuta, quien representa la autoridad, permite que el grupo sea considerado un espacio de contención y seguridad en el cual pueden expresar sus conflictos y emociones.

### III.4 Importancia del Grupo de Pares

A partir de lo expuesto en el capítulo anterior, fue posible observar la importancia que tiene el desarrollo social en el desarrollo integral del niño y las habilidades que hacen posible la conformación de grupos. Las autoras se centrarán específicamente, en la influencia que ejerce el grupo de pares dentro de este proceso, ya que es considerado un aspecto indispensable para una mayor comprensión de la terapia de grupo en niños.

En el ser humano habría una tendencia innata a formar grupos, encontrando en éstos la posibilidad de desarrollar y actualizar todas sus potencialidades, ya que es aquí y mediante el proceso de socialización, donde se diferencia y constituye como individuo. Esta tendencia a la formación de grupos tiene especial relevancia en la terapia grupal, ya que representa una situación natural y espontánea en los niños, en la cual es posible resolver conflictos y comunicar sentimientos.

P. Kymissis (1997), postula que durante el desarrollo temprano, a medida que el niño se mueve hacia la separación y la individualidad, las relaciones interpersonales con los pares juegan un rol fundamental. El niño se torna ansioso cuando es separado de la madre y como una forma de lidiar contra esta ansiedad, comienza a desarrollar apego hacia objetos animados e inanimados, por lo que la presencia de pares y las relaciones que se establecen con ellos, se vuelve un factor crucial en el crecimiento y maduración del niño.

El mismo autor refiere también, que durante los primeros años de vida, la relación entre padres e hijos es fundamental, no obstante a medida que el tiempo transcurre, los pares se tornan cada vez más influyentes en el proceso de desarrollo. El desarrollo de las habilidades

de jugar, de interactuar en juegos de competencia, de adquirir habilidades sociales, de trabajar en conjunto y la elección de los amigos, se darán en el mismo contexto de estas relaciones de pares. Así mismo, R. Fau (1954) señala que las relaciones de grupo se dan durante toda la vida del niño y del adolescente, por lo que la evolución del grupo va inseparablemente unida a la evolución de las relaciones que el niño y el adolescente sostienen con su familia. En este sentido, la terapia grupal se apoya y aprovecha la significación de los pares en el proceso de desarrollo para modificar conductas en un medio natural y contenedor.

Durante la etapa escolar, la sociedad ofrece la posibilidad de satisfacer esta necesidad del grupo, que viene desarrollándose desde el preescolar, a través del ingreso del niño al sistema escolar.

Delval (1994), refiere que los grupos se forman en función de las semejanzas, las cuales constituyen factores esenciales de cohesión social, ya que los individuos tienden a relacionarse con otros a los que consideran semejantes o parecidos en alguna característica. Estos criterios de formación de grupos espontáneos, ofrecen valiosa información para la formación de grupos terapéuticos, al mostrar las tendencias naturales de los niños para reunirse. El grupo ofrece también, un espacio de contención y seguridad emocional, ya que muchas veces los niños entregan el consuelo que no pueden dar los adultos. Esto implica tener en cuenta las necesidades de los demás, anticipar sus respuestas, responder a su interés y ser capaz de ponerse en el punto de vista del otro, favoreciendo de esta manera el desarrollo de la empatía. Estas características propias del grupo de pares, se dan a su vez en los grupos terapéuticos, en los cuales la opinión de los pares y la capacidad de comprender los problemas de los otros, representa un importante factor curativo.

Por otro lado, señala que el grupo tiene un efecto regulador sobre la conducta de los individuos, es decir, hace que se establezca una norma dentro del grupo, de tal manera que aquellas que se desvían respecto a esa norma, son sancionadas ya sea a través de la reprobación explícita o expulsión del grupo. La existencia y cumplimiento de la norma en el grupo terapéutico, como ya se mencionó, brinda un espacio en el cual hay límites y por lo tanto, permite que sus miembros se sientan seguros, tanto con respecto a las consecuencias de su propia conducta, como frente a lo que los demás pueden causar en ellos.

Según Papalia (1992), el grupo permite que el niño desarrolle habilidades de intimidad y sociabilidad y experimente sentimientos de pertenencia a una comunidad con la que se participa en actividades. El relacionarse con otros niños, le ayuda a formarse opiniones acerca de sí mismo al verse cómo los demás lo ven, lo que implica compararse con ellos en cuanto a sus propias capacidades y habilidades, influyendo así, en el desarrollo de la autoestima. Grace Craig (1988), postula al respecto que la experiencia en el grupo puede reforzar una autoimagen positiva o negativa en un proceso circular que depende de los padres, de las vivencias anteriores en grupos y del grado de conocimiento social que hayan alcanzado los niños. La misma autora, señala que diversos estudios demuestran que los niños se influyen mutuamente a través del modelamiento; ellos mismos sirven de modelo y refuerzan la conducta de sus compañeros, aprendiendo así una serie de habilidades sociales. Esta influencia que ejercen los pares en el modelamiento de conductas, es también un significativo recurso para la terapia grupal, en la cual es posible lograr la modificación de ciertos aspectos inadecuados del comportamiento.

De acuerdo con Berman (1997) en Milicic y Arón (1999), el grupo favorece el desarrollo de la “responsabilidad social”, entendida como el compromiso personal con el bienestar de los

otros. Para él, la responsabilidad social es un área necesaria a desarrollar en los niños, ya que es una forma de lograr habilidades sociales que les permiten ser más activos e integrarse como miembros responsables de su comunidad social. Mediante ésta, se logra la construcción de una identidad a partir de la influencia de una red social amplia, se adquieren consideraciones éticas de justicia y preocupación por los otros y finalmente favorece la actuación consistente con los valores propios. El contar con estas habilidades específicas que componen la conducta social y que son necesarias para garantizar que ésta sea exitosa y socialmente aceptada, permite el ajuste social de los individuos. Este ajuste, se refiere a “un conjunto de habilidades que el niño pone en juego al enfrentarse a situaciones interpersonales”<sup>1</sup> e implica un grado de eficiencia general en el ámbito interpersonal, el cual incluye interacciones satisfactorias con los demás y un comportamiento que se adecue a las normas que regulan la interacción social.

Dentro de las habilidades sociales específicas consideradas más relevantes para el ajuste social en los niños y por lo tanto, básicas para establecer relaciones interpersonales satisfactorias, las autoras describen las siguientes: capacidad para generar alternativas de solución frente a un problema interpersonal, habilidad para anticipar las consecuencias de la propia conducta, para tomar la perspectiva del otro, para adecuarse a normas sociales, habilidades conductuales orientadas a acciones asertivas, capacidad de autopercepción, para postergar la satisfacción de necesidades inmediatas, para exponer los propios sentimientos y percepciones frente a otros y por último, capacidad para inferir claves emocionales del comportamiento de otros. La falta de estas habilidades es un factor presente en una serie de

---

<sup>1</sup> Milicic y Aron, 1999, pág. 64.

trastornos psicopatológicos en la infancia y en la adultez. De esta manera, existe una relación entre problemas en el desarrollo de habilidades sociales en la infancia y el desajuste en la edad adulta, como por ejemplo el fracaso académico, alteraciones mentales severas que incluye a cuadros como el alcoholismo y la depresión psicógena. Considerando ésto y la alta prevalencia de problemas de ajuste social en la infancia, la Comisión Internacional de Trastornos de Aprendizaje en los EEUU, incluyó en 1987 los Déficit en Habilidades Sociales como un tipo de Trastorno Específico del Aprendizaje.

Milicic y Arón (1999), plantean que en el desarrollo de las destrezas sociales en el niño, existen circuitos de retroalimentación positiva, en los cuales aquellos niños que son más adaptados, que presentan un mayor número de interacciones con los pares, que dan más refuerzos sociales y que son los más aceptados por los demás, recíprocamente son niños que reciben más respuestas positivas de su ambiente y por lo tanto presentan mayor posibilidad de aprender y ampliar su repertorio de conductas sociales. De acuerdo al modelo de expectativas de autoeficacia de Bandura, estos niños tendrían más oportunidades de mejorar sus expectativas de la propia eficacia en el ámbito de las relaciones interpersonales. Por el contrario, el niño con dificultades en el ajuste social, que se aísla y que establece pocas interacciones con sus pares y que cuando lo hace no es exitoso, va disminuyendo cada vez más sus expectativas de autoeficacia en el plano interpersonal y por lo tanto, restringiendo las posibilidades de ampliar su repertorio conductual. Probablemente, en aquellos niños que carecen de destrezas sociales y que por ello no logran un ajuste social exitoso, la terapia grupal les proporcionaría una vía de aprendizaje y reforzamiento de estas habilidades.

En síntesis, las relaciones sociales con los pares permiten la construcción de sí mismo como ser social; las personas toman conciencia de lo que son cuando ven a los otros. Las opiniones y deseos de cada uno, son confrontados con la visión de quienes los rodean, por lo que los puntos de vista son discutidos o rechazados por éstos, obligando a cada uno a reajustar constantemente su imagen.

El éxito del ser humano, requiere de la capacidad para cooperar; de relacionarse y hacer cosas con otros, para lo cual es necesario descentrarse del propio punto de vista y ponerse en el de los demás.

### III.5 Aproximaciones Teóricas

Diversas escuelas psicológicas han abarcado el tema de la terapia de grupo en niños, como tratamiento para ciertos cuadros psicopatológicos. Sin embargo, existen dos teorías que han influido considerablemente en el ejercicio de la terapia de grupo. Por una parte, se encuentra el psicoanálisis, quien da mayor énfasis al rol del inconsciente y a la utilidad que presenta el análisis de la transferencia y el de la resistencia, y por otro lado está la teoría del aprendizaje, la cual señala la importancia del condicionamiento operante y su relación con el comportamiento humano.

En este contexto, W. L. Licamele y W. Bernet (1995) postulan en el abordaje terapéutico, la existencia de un continuo entre la aproximación cognitivo-conductual y la aproximación interpersonal dinámica. Por una parte, señalan la presencia de diferencias en el estilo de liderazgo del terapeuta, afirmando que dentro del enfoque cognitivo-conductual, éste es más activo y en el psicoanalítico, más bien pasivo e interpretativo. Por otro lado, en este continuo teórico se van encontrando también diferencias en relación al tipo de técnicas de tratamiento. Estas técnicas difieren en el énfasis puesto en la conversación versus actividades de juego, en los tipos de materiales posibles, en el espacio y tiempo usado para las reuniones de grupo, en balancear interpretación y apoyo, en balancear procesos de grupo y asuntos individuales, y en integrar el trabajo con los padres. Sin embargo, a pesar de existir estas diferencias, para los autores actualmente la elección de una técnica por otra, va a depender de las necesidades del paciente en particular, más que por el hecho de mantener una aproximación determinada. En este sentido, los terapeutas deben desarrollar un plan psicoterapéutico basado no sólo en su

entrenamiento psiquiátrico y filosófico, sino que también deberán considerar al niño en particular y el problema específico que éste trae.

Por otra parte, para W. L. Licamele y W. Bernet (1995) la estructura en una terapia de grupo, entendida como el grado hasta el cual el terapeuta fijará límites, regulará los contenidos de las discusiones y controlará la interacción entre los miembros que constituyen el grupo, también ha presentado diferencias entre estas aproximaciones teóricas. No obstante, hoy en día el tipo de estructura que se imponga en una terapia grupal dependerá, al igual que las técnicas, del estado de desarrollo en que se encuentran los niños y no de la orientación teórica del terapeuta.

En resumen, cada una de las aproximaciones teóricas mencionadas, aporta elementos importantes para la terapia de grupo en niños, en relación a las técnicas, estilo de liderazgo del terapeuta y estructura de grupo, por lo que parece relevante profundizar en ellas y sus postulados. Por esta razón, a continuación se dará inicio a la revisión de estas orientaciones que abordan el tema, destacando aquellos planteamientos teóricos que permiten comprender la importancia del trabajo grupal y los beneficios de éste en el desarrollo de los niños.

### III.5.1 Terapia Psicoanalítica de Grupo

El psicoanálisis, constituye la primera aproximación psicoterapéutica que se interesó en el trabajo con niños e influenció la teoría y la práctica general en el trabajo con aquellos que presentaban disturbios. En esta línea de trabajo, P. Wilson y L. Hersov (1992) postulan que estos desórdenes psiquiátricos en niños y adolescentes se presentan en diferentes formas de acuerdo a la edad y a la etapa de desarrollo y tienen un origen multifactorial, es decir, responden a la influencia del temperamento, lo constitucional, lo sociocultural y la familia.

Para esta aproximación teórica, la utilidad terapéutica de la psicoterapia grupal infantil, está hecha de la inclinación natural de los niños por formar relaciones con los pares. El grupo constituye una dimensión importante del escenario terapéutico, en el cual una variedad de elementos son activados, no sólo mediante la interacción de los niños con el terapeuta, sino que más significativamente en las relaciones entre los miembros. En un nivel fundamental, el grupo terapéutico provee de una situación de nutrición, en la cual el niño experimenta un sentimiento de pertenencia y de intereses comunes y gana apoyo y comprensión a través de compartir sus pensamientos y sentimientos. El grupo terapéutico puede también simbolizar el grupo familiar, con la tendencia inevitable de ambos (terapeutas y miembros del grupo), de convertirse, percibir y experimentar como si fuesen los padres o hermanos, sujetos al displacer y a la reaparición del presente de los niños y a las experiencias familiares del pasado.

En este contexto, es que desde la perspectiva psicoanalítica, la familia constituye el primer exponente de la sociedad para el niño, ya que le entrega los patrones básicos de comportamiento. Es por ésto que el normal desarrollo de las relaciones interpersonales en los

primeros años, es de gran importancia para la adaptación futura a la sociedad, la cual podría corregir fallas o intensificarlas; la forma en que el niño resuelve los primeros conflictos en el seno familiar, otorgará una pauta de comportamiento frente a los futuros problemas con que se enfrentará en la sociedad, tendiendo a repetir las pautas de comportamiento aprendidos en los primeros años. Es así, como aquellos que crecieron en un ambiente favorable y con pocas fallas en sus primeras relaciones, tendrán la posibilidad de adaptarse a los grupos extrafamiliares, experiencia que puede ser correctiva, sin embargo, los niños cuyas primeras relaciones fueron difíciles y traumáticas, tenderán a repetir estas experiencias fuera de la familia, llevándolos a una desadaptación social. Así, Freud le asignó gran importancia a la relación que se establece entre el niño y sus padres, esto es, la relación edípica. Esta relación se da cuando el niño advierte que tiene impulsos sexuales hacia sus padres y percibe el vínculo sexual que los une, por lo que el conflicto surge ante la coexistencia de sentimientos de amor y odio, deseo y frustración y envidia y gratitud.

Esta constelación edípica es de especial importancia para la psicología grupal, ya que constituye el primer conflicto social que tiene el niño y permite el reconocimiento del otro. De esta manera, Freud introduce el concepto de super yo, en el cual el niño debe renunciar a la satisfacción de deseos con sus padres reales, introyectándolos dentro de su yo y adecuar sus impulsos a los límites que impone la sociedad, pasando a formarse una sociedad interna que está constituida por objetos internos “la situación edípica constituye una de las matrices emocionales básicas del grupo”<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> L. Grinberg, M. Langer, E. Rodrigué, 1971, pág. 38.

Desde este marco conceptual, considerando la familia y grupo de pares como exponentes de la sociedad del niño, se intentará describir algunos conceptos psicoanalíticos básicos, para acercarse a la terapia de grupo en niños.

### III.5.1.1 Definición de Conceptos Psicoanalíticos

Se emprenderá la revisión de conceptos propios de la teoría psicoanalítica, con la diferenciación entre un grupo terapéutico y un grupo social. Para Grinberg y cols. (1971), la diferencia esencial entre ambos, radica en el valor curativo de este último, el cual está dado por la presencia de un terapeuta, que a través de una actitud “no comprometida” puede vivenciar y percibir los conflictos reales y mediante la interpretación, llevar a los integrantes a su comprensión.

En cuanto a la interpretación, según el autor, ésta se basa en dos criterios; por una parte, en considerar lo expresado por los miembros de un grupo como producto de la interacción de las fantasías y vivencias individuales, teniendo en cuenta que cada uno intenta “colocar” a los demás en papeles que corresponden a dichas fantasías, y por otro lado en considerar al grupo como un todo, es decir como una sola personalidad, dividida en yo parciales. Ambos criterios son comprendidos, en la medida que se acepta que inconscientemente, las personas reviven sus conflictos pasados en la situación presente y colocan a los demás en determinados roles. Este concepto es lo que se llama transferencia, el cual dentro de la terapia grupal, explica cómo cada uno de los miembros del grupo pasa a simbolizar los objetos primarios destruidos por su culpa. Así, desde esta perspectiva, para lograr la curación deben recuperar aquellos

objetos reparados, integrarlos en un yo total, a través del insight que lleva a la comprensión afectiva y no intelectual de sí mismo y de su culpa.

En el grupo, este proceso de curación consiste en que cada integrante proyecta lo suyo e introyecta algo nuevo menos destruido, momento en el cual se produce el cambio individual dentro de la terapia grupal. De esta manera, según Grinberg y cols. (1971) el fin de la terapia de grupo, es el manejo y comprensión de la transferencia y resistencia, a través de la interpretación. Para el logro de este fin, es importante el papel de las comunicaciones expresadas por los miembros del grupo, las cuales permiten inferir los mecanismos inconscientes de interacción. En este sentido, la primera sesión es de gran importancia, ya que permite ver cómo resuelve cada miembro del grupo las angustias primarias generadas por una situación nueva y desconocida, creando en el aquí y ahora una estructura que les sea familiar.

Por otra parte, el proceso curativo considera una serie de elementos para su logro en la terapia de grupo. Según Grinberg y cols. (1971), se logra en la medida en que el grupo terapéutico suprime los síntomas, facilita y estimula una mejor adaptación individual, tiende a la integración de sus miembros en el grupo y por extensión, en la sociedad en que actúan. Para esto, se necesita la participación de los conceptos de introyección, identificación y proyección en el proceso terapéutico.

La introyección consiste a grandes rasgos, en asimilar o hacer propio algo que pertenece a otro. En este sentido, sería en el ser humano una expresión precoz de la relación afectiva con los demás.

La proyección se da junto a la introyección, ya que cada miembro recrea o proyecta sus fantasías inconscientes sobre el grupo.

Por último, la identificación es el resultado de las distintas relaciones de objeto, es decir, cada personalidad está compuesta por sucesivas identificaciones que contienen la historia de las respectivas relaciones de objeto. Esto es aplicable también al grupo, en el cual la identificación se da en forma constante a lo largo de su evolución.

A través de estos mecanismos de identificación y proyección, los miembros de un grupo expresan y modifican sus primitivos moldes de conducta, que al ser interpretados por el terapeuta, les permite verse reflejados en los demás y tomar conciencia de sus aspectos inconscientes. Esta interpretación es efectiva, cuando se observa un cambio en el clima y surgen nuevos problemas, lo cual se logra gracias a que se interpreta en el aquí y ahora la situación transferencial y el terapeuta muestra los mecanismos de defensa operantes. En este contexto, el grupo terapéutico provee una excelente oportunidad para experimentar y trabajar con la relación de transferencia con el terapeuta y las múltiples transferencias hacia los otros miembros del grupo, todas las cuales pueden demostrar los sentimientos del niño que fueron adquiridos en relaciones tempranas importantes. Las transferencias múltiples pueden diluir la intensidad observada en una terapia individual; cuando se encuentran varias personas, reales, en una habitación, los jóvenes pacientes pueden con mayor facilidad ver que ellos aportan ciertas bases, expectativas y sentimientos que afectan al otro, coloreando con sus propios sentimientos y reacciones intelectuales a sus compañeros. Así, el terapeuta aprovecha estas dinámicas que se desarrollan en la transferencia para solucionar y corregir los conflictos.

En contraposición a esto, Anna Freud en Speier (1968) postula que no es posible hablar de transferencia en la infancia, debido a la inmadurez del yo; el niño posee aún sus objetos de amor reales y depende de ellos. Así mismo, Slavson en Speier (1968) coincide con la autora y duda de que la transferencia se pueda dar en el niño del modo que lo postula Freud. Este

planteamiento fue evidenciado luego de sus estudios con niños, en los cuales observó que ellos no poseen la habilidad de desprender y transferir sus emociones al terapeuta, como si fuese su padre. Lo anterior se fundamentaría en el hecho de que el niño aún se encuentra en estado narcisista, en el cual están parcialmente desarrolladas la individuación y autonomía y el niño conserva todavía sus objetos de amor originales. Para Slavson, el mecanismo que algunos denominan transferencia, en los niños se presenta como un mecanismo de sustitución y desplazamiento, distintos a la transferencia “cuando el niño actúa su amor u odio hacia el terapeuta, no lo hace hacia el terapeuta como progenitor, sino como si éste estuviera en el lugar de su progenitor”<sup>3</sup>

Otro concepto psicoanalítico relevante para el estudio de la psicoterapia de grupo, es el de contratransferencia, el cual según Grinberg y cols. (1971), es de gran utilidad, en tanto que todas las reacciones emocionales del terapeuta hacia los pacientes, le otorgan un material valioso para la interpretación. W. Licamele y W. Bernet (1995), sugieren la existencia de dos tipos de contratransferencia, una que se refiere al sentimiento que el terapeuta experimenta como reacción al paciente y la cual es gatillada por los asuntos del paciente. Por ejemplo, el terapeuta puede sentir como que está golpeando a un joven paciente, ya que el menor presenta un comportamiento desagradable y que siembra, en aquellos que lo rodean, ira y rabia. El niño puede estar tratando de dominar la rabia y la pasividad que siente en reacción a un padre que abusa de él, y probablemente él repita ese patrón de comportamiento con aquellas figuras de autoridad masculinas. El segundo tipo de contratransferencia proviene de las emociones y

---

<sup>3</sup> Speier, 1968, pág. 44.

temas del propio terapeuta. Por ejemplo, si a una psicoterapeuta no le gusta el desorden, ya que su propia madre la castigaba a ella por esto, lo más probable es que ella sobre reaccione frente al desorden natural que se produce en un grupo de niños de ocho años de edad. Los grupos de niños rápidamente se orientan hacia la regresión y urgen al terapeuta a que reaccione punitivamente. Aparecen emociones primitivas y el terapeuta requiere sortear estas dificultades rápidamente y establecer qué es real, qué es transferencia y contratransferencia, y cómo utilizar la experiencia para incrementar las habilidades del individuo y del grupo.

Por lo tanto, considerando los postulados psicoanalíticos mencionados y su relación con la psicoterapia de grupo, desde esta perspectiva se han planteado una serie de objetivos terapéuticos en esta modalidad y una dinámica de grupo que es posible de entender en la medida que se comprende el marco teórico que la sustenta. Por esta razón, se proseguirá con la revisión de estos objetivos y su dinámica grupal.

### III.5.1.2 Objetivo Terapéutico y Dinámica Grupal

Según Grinberg y cols. (1971), el objetivo principal del proceso terapéutico es el insight, el cual permite la comprensión afectiva e intelectual de lo que hasta entonces era inconsciente y conduce a la diferenciación del yo y del mundo exterior, ya que amplía e integra al uno y al otro. En este sentido, el autor plantea que el grupo alcanza la mejoría y por tanto la curación, una vez que se logra la integración de los objetos parciales en un objeto total, elaborando así la posición depresiva.

Para Speier (1968), se trata de que mediante esta terapia los niños sean capaces de canalizar sus impulsos y de expresarlos en forma simbólica a través de las distintas técnicas, explicitando en forma permanente los móviles de sus impulsos. Para el logro de estos objetivos, el grupo entrega la posibilidad de que cada miembro se identifique con los sentimientos de unos y otros y en este sentido, es una zona intermedia entre el mundo interno y la realidad. Esta identificación se logra mediante la representación de roles que cada integrante realiza desde el inicio del grupo, actuando como un vehículo para la identificación introyectiva y proyectiva. En este sentido, el rol está íntimamente ligado a las fantasías inconscientes de cada uno.

Para la autora, dentro del grupo, existen roles prefijados que corresponden a funciones que deben ser cumplidas por alguien para la evolución de éste, los cuales son constantes y por tanto independientes de las características personales de quién los desempeñe.

En relación a la dinámica grupal, Corominas y cols. (1996) plantean que la base del grupo analítico, consiste en aplicar al grupo los conceptos de multiplicidad de la mente y del psiquismo estratificado. En este sentido, para las autoras el concepto de Bion, de que partes

del self pueden proyectarse fuera y personificarse como objetos enteros, es básico para la dinámica grupal y que consciente o inconscientemente el terapeuta que dirige o coordina grupos analíticos, e incluso no analíticos, lo aplica tanto en adultos como en niños. Siguiendo esta línea, citan a los doctores P. Folch y J. Esteve, quienes en un trabajo publicado en *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe* (nº18), plantean que el analista en su trabajo grupal interviene en dos direcciones: por un lado interpreta las manifestaciones individuales de los miembros del grupo, en función de un pensamiento múltiple grupal, y por otra parte interpreta las expresiones verbales y extraverbales de los participantes, como la expresión de los objetos internos y partes del self que manifiestan en la sesión grupal. En este sentido, Corominas y cols. (1996), plantean que en la tarea interpretativa realizada en los grupos analíticos de niños, existen diferentes modalidades según el tipo de transferencia que se desarrolla en el grupo en un momento dado o en general. La primera de ellas alude a interpretaciones transferenciales en relación al grupo tomado como objeto, la siguiente, a interpretaciones transferenciales grupales en relación al terapeuta, y finalmente, la tercera alude a interpretaciones transferenciales individuales en relación al grupo, terapeuta o a ambos.

El valor terapéutico del grupo reside entonces, en poder introyectar la función integradora del terapeuta o del grupo pensante. Esta función integradora lleva a sus miembros hacia la curación. Cada uno de éstos cumple con una doble función, la de inducir fantasías en otros miembros del grupo y la de ser portavoz de fantasías que provocan los demás.

Por último, la literatura expone como ventaja de la terapia grupal psicoanalítica, por sobre la terapia individual de este mismo enfoque, señalando que el grupo evita actuaciones al facilitar que el niño pueda proyectar en los propios miembros del grupo, es decir, en éste tiene

la posibilidad de utilizar a los otros miembros, de tal modo que el conflicto intrapsíquico se convierta en conflictos o desavenencias grupales. De esta manera, el terapeuta podrá evitar el acting out y conseguir la intercomunicación entre las partes disociadas del self, a través de la experiencia del diálogo entre los diferentes miembros del grupo. Por lo tanto, desde esta perspectiva, el grupo representa a la “madre continente”, es decir, un lugar que puede encuadrar y acercar entre sí las pulsiones opuestas y los sentimientos contradictorios.

### III.5.1.3 Criterios para la Formación de Grupos

En relación a los criterios de selección, existen diferencias entre los autores acerca de cómo seleccionar los niños que integran una terapia grupal y decidir en qué casos es más efectivo realizar una terapia grupal o individual. Estos criterios difieren principalmente en el énfasis que le otorga cada uno, a diversos aspectos del ser humano. La literatura concuerda en que no existe uno claro y específico, ni tampoco un estudio experimental que lo señale, sin embargo, para el psicoanálisis, que tampoco cuenta con un criterio uniforme de selección, es importante la experiencia e intuición a la hora de decidir quienes integrarán el grupo terapéutico.

Se comenzará describiendo algunos requerimientos relevantes para la terapia grupal infantil, planteados por los autores psicoanalistas.

El primero de estos criterios es el formulado por Lippman (1956) en J.P. Bachmann y E. Pérez (1993), quien refiere que para que un niño pueda integrar un grupo debe contar con lo

que él llama “hambre social”, entendida como una necesidad social de estar con otros. Plantea que esta inclinación por los demás, sólo la desarrollan aquellos niños que en su infancia tuvieron alguna satisfacción de sus necesidades afectivas básicas. En este sentido, los niños que no cuentan con esta “hambre social”, quedarían excluidos de un grupo, por el hecho de que transferirían sus frustraciones sobre el terapeuta. Sin embargo, cabe reflexionar en este punto, acerca de la posibilidad que podría brindar un grupo terapéutico a aquellos niños que han sido privados en distintos grados durante sus primeros años de vida, de gratificar estas relaciones objetales frustradas y brindarles un espacio de apoyo y afecto.

Por otra parte Schames (1996), postula como otro requisito al formar un grupo terapéutico, los aspectos evolutivos de los miembros del grupo, reflejando una serie de supuestos esenciales respecto a las capacidades y necesidades evolutivas de los niños en etapa escolar y sobre la forma en que es posible ayudar eficazmente, a modificar conductas disfuncionales o sintomáticas, especialmente cuando tales conductas derivan de un retraso o estancamiento en el desarrollo del yo. Supone que los afectos de los niños difícilmente se comunican a través de la conversación, reaccionando muchas veces a las interpretaciones, como si éstas fueran una crítica. Tales reacciones ocurrirían cuando la conducta o sentimiento en cuestión tengan una motivación defensiva, ya sean egosintónicos o estén motivadas por la compulsión a reactivar transferencialmente interacciones familiares patológicas.

Este modelo también destaca la observación de Anna Freud de que los niños son dependientes y que tienden simultáneamente a amar y temer a los adultos, especialmente aquellos que representan la autoridad. De esta manera, los niños esperan, o al menos, desean que aunque se comporten mal, los adultos igualmente satisfacerán sus necesidades de cuidado

y protección y que al menos, van a cumplir algunos de sus deseos. G. Schames, postula que estas expectativas colocan al terapeuta en una posición de subrogado parental, especialmente para aquellos en los cuales la situación terapéutica básica evoca la vida familiar.

Otros supuestos en relación a los aspectos evolutivos que el autor considera relevantes en la terapia grupal, son por una parte, que los grupos constituyen un hábitat natural y confortable para la mayoría de los niños, que éstos expresan y comunican niveles altos de ansiedad motóricamente más que verbalmente y que los grupos infantiles se hacen más cohesivos al comienzo del tratamiento desafiando algún aspecto de la estructura o autoridad, tratando de descubrir cómo van a responder los terapeutas frente a estas conductas. Por otro lado, destaca que en un trabajo grupal, en general los niños son sensibles tanto al entorno físico, como a las pistas conductuales que indican cómo se siente el terapeuta frente a los miembros individuales y al grupo como un todo, y por último, que en el caso de niños con dificultades importantes en el desarrollo del yo y aquellos que han sufrido deprivaciones significativas, rechazos o abusos, es fundamental aceptar que probablemente van a ser egocéntricos e incapaces de desarrollar sus habilidades para relacionarse con sus iguales.

Estos supuestos sugieren que en el caso de niños más perturbados emocionalmente, el grupo debería organizarse de forma que se pueda utilizar el juego simbólico, la actividad física, la expresión artística espontánea o dirigida y cualquier oportunidad de interacción interpersonal estructurada o no, para facilitar la expresión verbal de deseos, fantasías y temores. Esta capacidad y el interés de expresarse verbalmente, según el autor deberían ser los resultados esperables del tratamiento, más que un prerequisite para la participación.

Siguiendo con los criterios de selección, en cuanto al número de niños que conforman un grupo, existe discrepancia entre los autores para determinarlo. Un requisito que permitiría definirlo, sería la técnica utilizada para la terapia. Es así por ejemplo, como en un grupo con técnicas psicodramáticas, Pavlovsky (1981) recomienda hasta 10 niños y en aquellos en que se utilizan técnicas verbales sugiere entre 7 y 9 niños.

En relación al ingreso de nuevos miembros al grupo, para Pavlovsky (1981), es mejor trabajar con grupos abiertos más que cerrados, ya que la llegada de un nuevo integrante es una forma de elaboración similar a lo que sería el nacimiento de un hermano.

Otra medida a considerar para formar un grupo, es la edad de sus integrantes, frente a lo cual los autores coinciden en que es preferible que no existan diferencias mayores a dos años entre los niños, porque las problemáticas serían muy distintas. Esto implica en que los intereses, necesidades y temores son distintas en cada etapa del desarrollo, por lo que los temas a tratar en la terapia también son diferentes.

Con respecto al tiempo de duración de las sesiones, existen criterios variables según cada autor, pero para determinarlo es importante tener en cuenta la técnica utilizada y la edad de los niños. Los autores que trabajan bajo un marco referencial psicoanalítico, tienden a ser más estrictos con el límite, sin embargo, según Pavlovsky (1981), las sesiones no tienen un tiempo de duración fijo, en especial cuando se trabaja con técnicas psicodramáticas, debido a que no es recomendable interrumpir una buena dramatización. Si se utilizan técnicas verbales, las sesiones pueden ser más cortas y durarán alrededor de una hora. A pesar de la elasticidad de

los criterios, en los niños pequeños (menores de 5 años) las sesiones no deben sobrepasar los cincuenta minutos.

En relación al sexo de los integrantes, algunos autores piensan que es posible crear grupos mixtos durante la etapa de latencia. Para Pavlovsky no hay diferencias, pero señala que es importante equiparar el número de integrantes de ambos sexos y ésto se puede hacer también mediante la inclusión de un observador perteneciente al sexo con menor número de niños, con el fin de neutralizar y favorecer la identificación de éstos.

Desde el punto de vista del diagnóstico de los participantes, debido a la tendencia marcada a romper con los límites impuestos y a la consiguiente dificultad para la interpretación, la literatura concuerda en que es aconsejable no incluir dentro del grupo, niños con grandes montos de agresividad y con trastornos de conducta o rasgos epilépticos o esquizoides muy marcados.

G. Schames (1996), postula que en los grupos diagnósticamente homogéneos son más terapéuticos cuando la combinación de la estructura grupal y el rol del terapeuta, favorecen experiencias emocionales que faciliten la reparación o compensación de las deficiencias yoicas de los participantes, ya que al formar un grupo homogéneo, el terapeuta se forma una idea acerca de la causa de la patología y el foco en el cual se centrará para trabajar en ésta. Suele ocurrir, que esta combinación de estructura grupal y rol del terapeuta, se basa en la edad emocional del niño y en las detenciones evolutivas características de aquellos que padecen tal categoría diagnóstica. Sin embargo, existen grupos formados por niños con mecanismos de defensa y estilos interpersonales similares, en los que la interacción entre los miembros no

tiene necesariamente un carácter correctivo sobre la patología individual, es decir, probablemente en estos casos la interacción entre ellos va a reforzar la patología en vez de disminuirla, aspecto de la vida grupal que hace más difícil el tratamiento de los grupos homogéneos. Por ejemplo, en casos cuando aumenta la tensión o ansiedad en un grupo de niños psicóticos, sus miembros probablemente se retirarán o autoagredirán físicamente o comenzarán a comportarse de manera agresiva con los demás, con la finalidad de restablecer una distancia interpersonal adecuada que reduzca el alto nivel de ansiedad o aniquilación. En los grupos homogéneos de niños psicóticos, no es frecuente encontrar que un participante ante una situación de tensión, se enfrente o cuestione la actitud defensiva de otro miembro o que conforte a otro participante que esté experimentando tensión. Mas bien, suele ocurrir que los miembros del grupo sienten una ansiedad intensa, que al amplificarse por contagio, afecta al grupo como un todo. Es por eso, que en estos casos es importante que la estructura del grupo esté especialmente diseñada para contener la regresión y favorecer la reintegración en un nivel superior de organización intrapsíquica.

No obstante, según Schamess, si bien los terapeutas pueden introducir cierto grado de variación en los grupos terapéuticos infantiles al tratar un problema evolutivo específico, recomienda considerar las posibilidades de que se dispone y profundizar en los parámetros que van a ejercer mayor eficacia terapéutica, teniendo en cuenta las necesidades evolutivas de los niños que van a tratarse.

Finalmente, en cuanto al establecimiento de límites, como último criterio de selección, existen diferentes opiniones dependiendo del marco referencial con el cual se trabaje. Es así como por ejemplo, las escuelas que se basan más en la catarsis como la de Slavson, toleran un

mayor nivel de agresión directa, que las escuelas psicoanalíticas que se basan en la comprensión profunda del material lúdico. En cualquier caso, el establecimiento de los límites dentro de la terapia, es uno de los problemas más difíciles de manejar y resolver en los grupos terapéuticos infantiles. A pesar de que la agresión pueda ser de poca intensidad, se aconseja evitar toda agresión directa entre los miembros del grupo, debido a que el niño que provoca dicha agresión incrementa el sentimiento de culpa, lo que podría perturbar su relación transferencial por temor a las represalias. En general, los niños desean que el terapeuta ponga límites a sus agresiones.

En cuanto a las agresiones dirigidas hacia el terapeuta, se debe explicitar un contrato en el cual quede claro al niño que no puede agredir en forma directa al terapeuta. Sin embargo, es importante señalar que la técnica y permisividad deben adaptarse al diagnóstico.

Los límites permiten además el fortalecimiento del control de su yo, debido a que estos límites funcionan también como representantes del mundo externo del niño. La paulatina adaptación a éstos lo lleva a un reaprendizaje emocional para los límites que le impone la sociedad en la cual vive.

En relación al momento en que se debe establecer los límites, cuando los grupos son abiertos, resulta difícil explicitar el contrato al inicio y en estos casos se realiza un contrato individual con cada nuevo integrante. En niños pequeños es muy difícil establecer un contrato formal desde el inicio y es necesario estar frecuentemente recordando las reglas.

#### III.5.1.4 Técnicas Terapéuticas

Dentro de la postura psicoanalítica, existen distintos tipos de intervenciones terapéuticas orientadas a trabajar con grupos de niños. Estas técnicas se refieren a las herramientas o formas de operar del terapeuta que tienen como finalidad el producir los efectos curativos. Las herramientas difieren entre sí, en el medio a través del cual se busca expresar y superar los conflictos de cada miembro, para lo cual utilizan diversos parámetros como el tiempo de duración, materiales utilizados, diagnóstico, lugar donde se lleva a cabo la terapia, entre otros. Estas diferencias, dan lugar a las técnicas que se describirán próximamente, rescatando aquellos aspectos esenciales que las caracterizan.

#### ***Psicodrama***

Según J.M. Sacks (1996), se puede considerar psicodrama a cualquier modalidad de terapia en la que los pacientes representen en forma de drama improvisado, temas relacionados con sus conflictos y donde generalmente, los demás miembros del grupo ayudan con la representación de otras personas significativas.

En este tipo de terapia al terapeuta se le llama director, al grupo que observa la actuación, se le denomina audiencia, y el integrante en el cual se centra la escena se le llama protagonista. Aquellos que desempeñan otros roles en los dramas, se les denomina yo auxiliares o auxiliares, éstos pueden ser los miembros del grupo o terapeutas especializados

La técnica psicodramática puede ser muy útil debido a la tendencia natural de los niños a la dramatización, pero esta técnica es útil en la medida que también utilice la interpretación, ya que de otro modo, sería meramente catártica.

En el caso de los grupos que utilizan el psicodrama, se trata de que los niños representen un papel y cuando haya suficientes elementos para observar la fantasía inconsciente dramatizada por el grupo, el terapeuta debe interpretar en un lenguaje sencillo y concreto.

A pesar de esto, los terapeutas de orientación psicoanalítica que trabajan con grupos de niños, utilizan más el juego como técnica común, al igual que en el tratamiento individual, debido a la espontaneidad con que los niños desarrollan su juego.

### ***Terapias Grupales de Actividad y Juego***

Schamess (1996), plantea que las terapias grupales de actividad y juego se estructuran para ofrecer a los niños un entorno seguro, permisivo y gratificante tanto física como emocionalmente. En él, los participantes del grupo se sienten libres para expresar deseos, temores y fantasías, sin la necesidad de ponerse en peligro a ellos mismos, o a sus compañeros, o al terapeuta. En este sentido, la permisividad del terapeuta facilita la emergencia de reacciones transferenciales multidireccionales, a medida que los miembros interactúan espontáneamente entre sí y con el terapeuta. El rol de éste en este tipo de terapia es básicamente no interpretativo y no directivo.

En esta modalidad de tratamiento, los factores curativos del proceso grupal se consideran en función de la capacidad del terapeuta para: aceptar y contener la expresión de impulsos regresivos intensos, ofrecer un ambiente sostenedor y gratificante, favorecer las interacciones correctivas de los participantes y ofrecer a los miembros nuevos modelos adaptativos de identificación. Esta terapia fomenta la expresión afectiva tanto directa como simbólicamente, a través de trabajos manuales y artísticos, o del material de juego expresivo que suele ser utilizado en las terapias de juego individuales.

### ***Entrevista de Actividad y Grupos de Terapia Interpretativa***

F. Cramer - Azima (1991), postula que esta técnica fue formulada por Schiffer en 1977 y consta de dos partes. La primera, tiene como finalidad que los integrantes del grupo jueguen entre sí y, la segunda, consiste en un período de discusión estructurado en el cual la fantasía que se produjo durante el período de juego, es explorada junto con el terapeuta, quien va impartiendo significado, insight e interpretación transferencial.

Schamess (1996), refiere que los niños que se encuentran en un nivel neurótico de estructura intrapsíquica, se ven favorecidos con grupos terapéuticos en que la conversación es el medio de comunicación principal de sus temores, fantasías y deseos, y en que la interpretación constituye él o uno de los factores curativos principales. En este tipo de terapia, los juguetes y juegos se utilizan principalmente para estimular la conversación.

El grupo suele componerse heterogéneamente en función de los síntomas y dinámicas, de esta manera puede por lo tanto, equilibrarse de forma que la interacción de los participantes resulte correctiva. G. Schamess (1996), postula que el hecho de incluir niñas y niños reduce el acting out, favorece la conversación y supone una oportunidad para que los participantes puedan reactivar conflictos que son inherentes a la relación triádica, como una parte más del proceso grupal.

J. Rosenberg-Harinton, Paulina Kernberg y P. E. Chazen (1991) en G. Schamess (1996), formularon un modelo que integra actividad e interpretación de terapia grupal de juego, para niños con trastornos de conducta. Este modelo tiene una fase inicial en la que los coterapeutas hombre y mujer, de forma activa hablan con los miembros para orientarles hacia el grupo, establecer el encuadre del tratamiento, esbozar las normas grupales, dejar claro que, como terapeutas están disponibles para ayudar a cada miembro en particular y al grupo como un

todo, y mantener un nivel de control y predictibilidad (límites) suficiente para reducir progresivamente el nivel de ansiedad de los participantes, que tienden a expresarse a través del acting out. Luego, en la etapa intermedia del tratamiento, después de resolver parcialmente los conflictos con la autoridad, los roles de los terapeutas están dispuestos a la facilitación de las interacciones entre los miembros, ofreciendo patrones conductuales que pueden ser revisados en el grupo. Ya en esta fase del tratamiento, las interpretaciones están centradas en el modo de interactuar de los niños, realizando clarificaciones y confrontaciones. En éstas, los terapeutas comentan cómo reacciona cada niño individualmente ante los adultos y sus compañeros, cómo perciben sus motivaciones y lo que piensan de la conducta de los demás.

Finalmente, durante la fase de término el grupo va evolucionando hacia una mayor individuación y cohesión, a través de la autoobservación y la observación de los demás, verbalizando estas observaciones y compartiéndolas con otros para su clarificación y validación.

Los autores destacan la importancia de la interpretación, el valor del juego como factor curativo y la interacción con los demás, señalando que jugar con las fantasías dentro del grupo facilita el tratamiento y al mismo tiempo, permite la satisfacción de necesidades evolutivas. En este sentido, el juego supone un canal para descargar la ansiedad a través de la abreacción y la reactuación, facilita la comunicación y destrezas, incrementa la tolerancia a la frustración y la capacidad de atenerse a las normas, promueve la prueba de realidad y la empatía y fomenta que los niños realicen nuevas identificaciones y encuentren soluciones nuevas a sus problemas.

## ***Grupos de Duración Limitada***

Dentro de los grupos de duración limitada, Schames (1996), describe tres tipos:

### a) Grupos de Actividad-Discusión, Centrados en el Trauma

En estos últimos años, se ha desarrollado un modelo terapéutico específicamente dirigido a ayudar a niños que deben enfrentar las secuelas psicológicas derivadas de situaciones traumáticas, tales como el divorcio, separación, enfermedad, muerte, alcoholismo o drogadicción de los padres, hospitalización psiquiátrica de algún hermano, enfermedad física crónica del propio niño, abuso sexual o incesto.

Este modelo, destaca la importancia del trauma situacional como causa de las disfunciones, estableciendo descriptivamente el diagnóstico clínico, ofreciendo un listado de síntomas relacionados entre sí.

La duración de estos grupos suele ser de un tiempo limitado, que comprende de 6 a 16 sesiones y se organizan sin considerar los diagnósticos evolutivos. Frecuentemente el grupo lo dirige un equipo de coterapeutas hombre y mujer. En relación a la edad de los integrantes, estos modelos han sido adaptados para aplicarse incluso a niños de 4 años, pudiéndose también aplicar a niños en edad de latencia y adolescentes. En general, los grupos son formados por niños y/o niñas, dependiendo del tipo de trauma que se vaya a enfocar.

Los terapeutas que dirigen estos grupos cumplen con una serie de roles, como es el de director de actividades, educador para el funcionamiento adaptativo en el período posterior al trauma y padre protector simbólico. Por otra parte, estos grupos son psicoeducativos, lo que significa que el terapeuta debe traducir la conducta no verbal y la comunicación simbólica a temas de discusión grupal, contener y normalizar la expresión de afectos dolorosos y limitar

las conductas regresivas y perturbadoras antes de que lleguen a poner en peligro la viabilidad del grupo.

El grupo como un todo funciona como un sistema familiar que apoya y cuida, ya que muchos de estos niños se reúnen con otros niños que han sufrido experiencias similares y luchan con sentimientos parecidos, sintiéndose aliviados. Según el autor, hay que considerar que estos niños son sensibles al conflicto interpersonal, por lo que los terapeutas deben reforzar el potencial de apoyo de las relaciones con los demás compañeros y minimizar las interacciones competitivas y de confrontación. De esta manera, favorecen el mayor vínculo posible entre los participantes.

Los grupos centrados en el trauma, se organizan sobre una secuencia progresiva de actividades cognitivas y experienciales que son introducidas por los terapeutas gradualmente durante las sesiones. Las actividades que se realizan van desde temas de confianza y cohesión, a través de diversos desplazamientos o representaciones simbólicas que ilustran cómo ha afectado el trauma a las representaciones objetales y al propio self, discutiendo cada vez más directamente acerca de los hechos traumáticos y las diferentes formas en que los participantes pueden perfeccionar su postura ante el problema y las consecuencias del trauma, para que finalmente se termine el proceso terapéutico animando a los integrantes a hablar de lo que ha significado el grupo para ellos, y a que se despidan de una manera emocionalmente significativa.

Los grupos centrados en el trauma de actividad-discusión, son útiles en niños traumatizados para reducir el estigma y el aislamiento, permitiendo la abreacción y fomentando aspectos específicos del funcionamiento yoico, especialmente las habilidades cognitivas que facilitan la resolución de conflictos. El grupo puede abrir nuevos caminos para

la integración participativa de los niños, ya que el trabajo en grupo de este tipo, permite disminuir la necesidad de mantener el secreto y los sentimientos de daño e inadecuación, así como favorecer el sentimiento de ser aceptado en una familia protectora simbólica.

Es difícil predecir para que tipo de niño puede ayudarle una intervención a corto plazo, ya que el nivel del trauma vivenciado varía dentro del propio grupo y entre grupos distintos.

#### b) Grupos Organizados Alrededor de un Medio de Comunicación

Al organizar un grupo sintomáticamente heterogéneo y de duración limitada, el terapeuta tiene la tarea de elegir un medio de comunicación afectivo adecuado, es decir, un medio que sea suficientemente estimulante y que suponga una tarea que psicológicamente sea significativa, al igual que posible de trabajar tanto individual como grupalmente. En este sentido, el medio de expresión elegido para un grupo específico debería posibilitar la comunicación simbólica de problemas, deseos, temores, y fantasías por parte de sus miembros.

Se han identificado una serie de medios de comunicación útiles en la terapia; como son la pintura, rol-playing, diversas formas de representación dramática, grabaciones en video, grabaciones fonográficas, video-juegos, fantasía dirigida, cuentos, actividades físicas y un gran número de ejercicios grupales.

La elección del medio dependerá de los intereses, capacidades evolutivas y de las temáticas que el grupo como un todo necesita abordar, como también de la capacidad del terapeuta para dominar dicho medio.

En los grupos de duración limitada, la práctica habitual consiste en introducir uno o dos medios de expresión en cada sesión, en vez de poner a disposición de los participante todo el

conjunto y que ellos mismos elijan según sus preferencias, como se hace en las terapias de actividad o juego. De esta manera, el terapeuta logra una mayor concentración en los objetivos terapéuticos y reduce las posibilidades de un acting-out regresivo.

Por ejemplo, Joan Dianne Smith, Richard T. Walsh y Mary Ann Richardson (1985) en G. Schamess, diseñaron un modelo de duración limitada (9 a 13 sesiones) para niños en edad escolar de un solo sexo. Los grupos estaban dirigidos por un equipo de coterapeutas hombre y mujer. La actividad consistió en invitar a los miembros del grupo a crear una identidad ficticia, es decir, una caricatura de un payaso, a través del cual pudieran expresar metafóricamente y al mismo tiempo, modificar algún aspecto de la representación de sí mismos. A medida que se desarrolló el proceso grupal, los niños fueron creando una historia y un episodio concreto del payaso creado, mientras el grupo como un todo conformó una historia de cómo el propio grupo había llegado a convertirse en un circo o troupe de payasos ( familia simbólica) y cómo se relacionaban entre sí.

Este medio de expresión permitió a los miembros externalizar representaciones objetales, o del self ya sean idealizadas o rechazadas, así como también actuar estas representaciones dentro de un contexto interpersonal. Además, ayudó a los participantes a hacer consciente, experimentar y hasta cierto punto modificar aspectos escindidos del self.

La interpretación dramática favorece el desarrollo de la capacidad de los miembros de utilizar la fantasía para ejercitarse y aprender a manejar sentimientos conflictivos, recuerdos y experiencias, lo que constituye una tarea fundamental de la edad escolar.

### c) Grupos Diagnósticamente Heterogéneos

Scharon Mooney y Gerald Schamess (1991) en G. Schamess (1996), proponen un modelo de terapia grupal expresiva, semiestructurada y de duración limitada (12 sesiones), para poblaciones infantiles sintomáticas y evolutivamente heterogéneas. Este modelo se basa en conceptos y técnicas desarrolladas para terapias de adultos de corta duración.

Durante el proceso de selección individual de los participantes, los terapeutas realizan un contrato tácito con éstos y luego se utilizan estos contratos para centrar el proceso terapéutico tanto individual como grupal.

Los terapeutas postulan que cuando se atiende a las fases del desarrollo grupal desde el principio hasta el final, los individuos abordan transferencialmente temas relacionados con la separación-individuación, a medida que interactúan con el terapeuta y con los demás sujetos.

El modelo ocupa diversos medios de expresión y divide cada sesión en períodos de tiempo en que se realizan actividades diferentes: 1) Período grupal en círculo, 2) Juegos en los que se utilizan actividades diferentes, 3) Merienda en común, 4) Período de juego expresivo estructurado y 5) Período de juego no estructurado. De esta manera, al terapeuta se le facilita el manejo de la ansiedad de los miembros del grupo, así como también el grado de regresión del grupo.

En el curso del tratamiento, el terapeuta va moviéndose planificadamente, de una posición directiva a una menos directiva, relajando la cantidad de estructuración que se ha introducido en el proceso. Es así, como estos cambios van mostrando el desarrollo de las capacidades de los miembros para abordar sus conflictos individuales sin la ayuda de un adulto, así como la capacidad de interacción entre los participantes.

## ***Terapia Grupal Infantil y Sistema Familiar***

Schames (1996), señala que considerando que los niños están insertos en un sistema familiar en el cual van logrando o no los hitos del desarrollo y dependen de sus padres y cuidadores para alcanzarlos, la terapia grupal infantil no producirá un cambio intrapsíquico, a menos que la familia pueda apoyar el cambio conductual del niño y aceptar el hecho de que éste va a desarrollar un rol diferente en los subsistemas intergeneracionales familiares. Por esta razón, los terapeutas suelen pedir a los padres que participen en algún tipo de actividad de orientación terapéutica para apoyar el tratamiento de su hijo. El objetivo de esto, es lograr la modificación de los aspectos disfuncionales del sistema familiar del paciente identificado, a través de tres modalidades diferentes de trabajo.

### **a) Grupos Separados**

Esta modalidad, es una de las formas más habituales de trabajo con los padres. Consiste en formar un grupo de padres independientes, aunque simultáneo, dirigido por otros terapeutas (terapeutas de adultos), que están en contacto regularmente con los terapeutas del niño. Sin embargo, se han realizado ciertas variaciones en el trabajo de grupo con padres, en los cuales el grupo se reúne intermitentemente con los terapeutas del grupo de niños, para informar lo que está ocurriendo en casa y en la escuela, al mismo tiempo de revisar los avances o bloqueos del niño.

Los grupos separados funcionan estimulando reactuaciones transferenciales de tres generaciones: los padres del niño, los terapeutas que dirigen el grupo de padres (abuelos simbólicos) y los terapeutas que dirigen el grupo de niños.

Se considera que el grupo de padres, es un terreno importante para poder enseñar algunos principios esenciales de la educación infantil y si es posible, para poder lograr una mejor comprensión de las necesidades emocionales de los niños y de cómo poder modificar las interacciones patógenas repetitivas.

#### b) Grupos Mixtos

Otro enfoque que se utiliza generalmente con niños preescolares y aquellos que se encuentran finalizando la etapa escolar, consiste en sesiones grupales en que las madres y los hijos se reúnen juntos en la misma consulta y trabajan con los mismos terapeutas. Estos grupos tiene como finalidad, ayudar a las madres a interactuar con sus hijos, de forma que puedan reconocer sus necesidades evolutivas. Al mismo tiempo, los grupos pretenden modificar cualquier tendencia de las madres a actuar desplazamientos y proyecciones patológicas sobre sus hijos.

Los grupos mixtos, funcionan estimulando las reactuaciones de las relaciones problemáticas familiares en presencia de otras madres (hermanas simbólicas) y el terapeuta (padre simbólico).

Paul Trad (1991) en G. Schames (1996), describió un grupo de díadas madre-hijo en que algunas de las madres participantes tenían tendencia a la depresión y otras no presentaban síntomas alguno. Las madres seleccionadas tenían estilos de vida similar y presentaban interés en profundizar en la educación de los hijos. Se intentó que los grupos estuvieran conformados por niños de diferentes edades y diferentes etapas evolutivas.

Los grupos se organizaron con el objetivo de ayudar a las madres a preveer el desarrollo de sus hijos, anticipando los cambios que se producirían en la relación diádica a medida que

éstos crecieran y maduraran. En este punto es importante considerar, que debido a que cada díada madre-hijo supone un modelo de interacción que puede ser imitado por otras madres, es posible que las madres puedan explorar los modelos de conducta que influyen positiva o negativamente en el intercambio personal y por lo tanto, podrían reproducir las interacciones positivas con los demás y empezar a transmitir este sentimiento positivo en sus propios intercambios interpersonales con sus hijos.

Además de ser útil el trabajar con grupos mixtos por la posibilidad de imitar y educar, la previsión es una técnica eficaz para provocar las interacciones conflictivas entre la madre y el hijo. También permite explorar y modificar dichas interacciones negativas como un componente más del proceso grupal y de esta manera, prevenir fracasos interaccionales, mejorando las relaciones madre e hijos.

### c) Grupos Centrados en la Familia

Un tercer enfoque utilizado, consiste en intentar modificar activamente los sistemas familiares disfuncionales, ya sea indirecta o directamente. Un ejemplo de intervención directa, es el modelo de duración limitada realizado por Loretta Davis, Glendon Geike y Gerald Schamess (1988) en G. Schamess (1996), en el cual se utiliza el genograma como medio fundamental de comunicación. Esto se llevó a cabo en un proceso de 30 sesiones con niños y niñas de 10 años, remitidos por trastorno de conducta e hipocondría.

A través del genograma, los terapeutas crearon un terreno en que tanto los individuos del grupo, como el grupo en su totalidad, estaban motivados para revisar, reexperimentar y redefinir sus relaciones con los padres, con otros miembros de la familia y con las extensiones del sistema familiar. Al mismo tiempo, se centró la atención en el quiebre de la unidad

familiar, se les permitió realizar el duelo por la ausencia de ciertos miembros de la familia y por la pérdida de sus fantasías idealizadas sobre cómo “debería ser” la vida familiar.

Este modelo de intervención indirecta tuvo como resultado que por una parte, el grupo incrementaba la comprensión del sistema familiar en términos globales y este sistema con el tiempo se modificaba y por otra, el grupo involucraba a los padres en la tarea de ofrecer a los niños una información emocionalmente importante sobre los cambios familiares. Al realizar ésto, los padres revisaban su propia historia familiar y empezaban a discutir expresamente las relaciones familiares con sus hijos.

Se logró que a medida que se desarrollaba el proceso, tanto padres como hijos conjuntamente, comenzaban a abordar los efectos de las pérdidas dolorosas y las implicancias de las familias reestructuradas.

Un ejemplo de intervención directa, es el descrito por J. M. Cunningham y K. L. Matthews (1982) en G. Schames (1996), en donde describieron grupos paralelos de niños en edad escolar y padres con problemas graves. Se reunían separadamente en espacio terapéutico tradicional y posteriormente se reunían de forma regular en un grupo unificado multifamiliar. Este grupo tenía como finalidad, fomentar una comunicación clara, modelar interacciones adaptativas padre-hijo y clarificar los objetivos del tratamiento tanto a los niños como a los padres. Asimismo, este enfoque refutaba el mito de que el niño sintomático es el único miembro de la familia que tiene problemas emocionales. También, le permite a los padres abordar directamente sus problemas emocionales dentro del seno del grupo de adultos, al igual que, beneficiar a los niños al saber que no son la causa exclusiva de infelicidad de sus padres, ya que los objetivos de los grupos de niños y de adultos se determinan en el grupo multifamiliar.

Pocos estudios se han realizado con el objetivo de investigar la relación entre terapia grupal infantil y tratamiento familiar, lo cual es muy significativo, debido a que los grupos terapéuticos infantiles deberían conceptualizarse como sistemas simbólicos familiares. En este sentido, suponen una experiencia de laboratorio en que los niños pueden ejercitarse en la modificación del rol patológico que ejercen en su familia.

### ***Grupos con Niños Hospitalizados***

Generalmente, las unidades de hospitalización y los tratamientos residenciales infantiles, organizan intervenciones grupales como parte del programa terapéutico. La aplicación más frecuente es conformar grupos de tareas o grupos ambientales en los que los niños viven en una misma unidad residencial. El personal que trabaja en esa unidad se reúne regularmente para discutir los detalles de la vida grupal, principalmente en cuanto al funcionamiento de los niños individualmente, la naturaleza y calidad de las relaciones que se establecen en la unidad, y cualquier modificación organizativa o de personal que pueda afectar a los niños.

En estas discusiones conjuntas entre pacientes y personal, los niños van logrando adaptarse al programa establecido de expectativas y van analizando el grado en que van cumpliendo con los objetivos del tratamiento. Durante éstas, se toman las decisiones en relación al paso a otros niveles superiores que se acercan al objetivo final de alta hospitalaria y sobre la pérdida de niveles que han obtenido anteriormente. También, los grupos ambientales le ayudan a los niños a desarrollar sus habilidades sociales y expresar sus sentimientos verbalmente, más que conductualmente.

En varias ocasiones, estos settings ofrecen grupos orientados al trauma en el caso de niños abusados físicamente, al igual que grupos de adicción para niños que han probado drogas o alcohol o en el caso en que uno de los padres sea adicto.

Debido a que los grupos orientados psicodinámicamente tienden a fomentar recuerdos y sentimientos intensos, que suelen expresarse a través del acting out en el grupo, habitualmente estos grupos se organizan para el logro de niveles superiores de organización yoica, especialmente en relación al control impulsivo, la autoobservación, y la mejoría de las habilidades para verbalizar los sentimientos. En grupos en que tiene como objetivo recuperar y experimentar recuerdos dolorosos, se pone especial énfasis en el manejo de la agresividad, las habilidades para la solución de problemas y la resolución de conflictos.

Eileen Trafimow y Sandra I. Pattak (1981, 1982) en G. Schames (1996), desarrollaron un modelo de tratamiento orientado evolutivamente, para niños hospitalizados con trastornos graves que se encontraran en un período posterior a la simbiosis madre-hijo. El objetivo fue fomentar la imitación e identificación con características personales adaptativas y estrategias de manejo que otros participantes han logrado. Los coterapeutas establecieron y mantuvieron un entorno físico terapéutico, cuidadosamente preparado para la interacción entre los participantes. Además comentaban continuamente los efectos de la conducta de un niño concreto en los demás niños, verbalizaban y hacían consciente lo que parecían sentir los niños y se comunicaban de forma no verbal, sonriendo o tocando, con los niños para transmitir atención y contención. Este modelo, utiliza la teoría de la separación-individuación, como guía de la estructuración grupal, con la finalidad de apoyar y fomentar las capacidades yoicas de los participantes.

Para finalizar esta revisión bibliográfica, se considera relevante exponer una investigación realizada en la Universidad de Buenos Aires – Argentina, a cargo de A. Passalacqua en 2001, denominada “Seguimiento y Evaluación de la Eficacia Terapéutica”.

El objetivo de ésta, era la evaluación de las características psicopatológicas y el potencial suicida de niños y adolescentes que recibieron asistencia terapéutica grupal y, en menor medida, individual, a través del Rorschach. Posteriormente se evaluaron las modificaciones producidas después de un tiempo, en la estructura y potencial suicida, independientemente de lo que pudiera observarse sintomáticamente o en el desarrollo de sus sesiones. Al mismo tiempo, se buscó contribuir a la evaluación de la eficacia de esta modalidad terapéutica en poblaciones predominantemente carenciadas.

La técnica se administró en forma individual, analizando y comparando los resultados del comienzo de sus psicoterapias (86 niños y 25 adolescentes) y efectuando el retest luego de como mínimo 6 meses a los que continúan sus tratamientos (N= 30).

Los resultados arrojaron que hay un alto porcentaje (casi 100%), que presentan cambios notables en la prueba de realidad y en menor medida, en el juicio y la adaptación a la realidad a través de los signos Rorschach asociados, teniendo en cuenta que sobre todo las dos últimas, se están constituyendo, especialmente en el caso de los niños. En todos los casos además, se modificaron los contenidos y las verbalizaciones, hubo mayor aceptación de la consigna y mejor disposición.

### III.5.2 Terapia Grupal Cognitivo-Conductual

El enfoque cognitivo-conductual ha experimentado una larga evolución en sus postulados teóricos, que le han permitido llegar a sus planteamientos actuales. En un comienzo, correspondía a la terapia conductual, la cual incluye tres modelos: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje social.

Por una parte, el condicionamiento clásico permite la explicación de ciertas conductas y entrega una base para técnicas de terapia conductual, como por ejemplo, la desensibilización sistemática. Por otro lado, el condicionamiento operante enfatiza el papel de las consecuencias sobre la conducta, contando con técnicas como, el refuerzo positivo y la economía de fichas. Finalmente, el aprendizaje social representa el modelo más reciente, destacando el aprendizaje a través de la observación y el control cognoscitivo. Esta ampliación del modelo estímulo-respuesta, significó el impulso para el desarrollo de la terapia cognoscitiva, la cual con la introducción de estrategias de autocontrol para modificar la conducta, dio un mayor énfasis a los factores internos, como los procesos de pensamiento y su influencia sobre la conducta y patología. Según S. Knell (1997), en K. O'Connor y Ch. Schaefer (1997), la terapia cognoscitiva es un enfoque estructurado, que permite a la persona hacer cambios en sus pensamientos y percepciones y por último, en su conducta.

De esta manera, la terapia cognitivo-conductual ha ido integrando técnicas tanto conductuales como cognitivas, postulando que gran parte de los desajustes psicológicos no se deben al ambiente en sí, sino a cómo éste es procesado cognitivamente. A pesar de que la terapia cognitivo-conductual ha sido planteada para el trabajo con adultos, se han adaptado recientemente para niños y adolescentes con algunas modificaciones, sin embargo, su

aplicación no ha sido sometida al mismo estudio empírico al que se ha sujetado las intervenciones con adultos.

En cuanto a la evolución de la terapia cognitivo-conductual aplicada a grupos de niños a lo largo de su historia, es posible señalar a Robert Liberman en 1970, como el primero en estudiar las ventajas del grupo desde una perspectiva conductista, realizando una serie de investigaciones sobre diferentes estrategias conductuales para influir en la cohesividad y en la buena relación entre los miembros y el terapeuta. Más tarde, escribió un libro clínico que mostraba el uso de los procedimientos conductistas en pequeños grupos con niños, siendo el pionero en el trabajo grupal infantil, desde esta perspectiva teórica.

Luego, a finales de los años 70 y principio de los 80, la terapia conductista comenzó a incluir en el trabajo con niños, técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de intervención o manejo de situaciones y relajación. Posteriormente, se incluyeron métodos de exposición de estímulos, como estrategias fundamentales en la intervención, al refuerzo y moldeamiento, basados en los principios de la teoría del aprendizaje social de Bandura. La terapia de grupo conductista comenzó así a denominarse terapia cognitivo-conductual.

En relación a los problemas infantiles tratados, en la década del 70, el entrenamiento en habilidades sociales era la forma más importante de la terapia grupal, en los 80 y hasta el presente, el manejo del estrés y la agresividad se han convertido en los objetivos terapéuticos más importantes del enfoque grupal, utilizando tanto la reestructuración cognitiva como el entrenamiento para la relajación, como técnicas de tratamiento.

Además de la reducción de estrés y entrenamiento en habilidades sociales, la terapia grupal infantil cognitivo-conductual, se ha aplicado con éxito a problemas tales como

reducción de los efectos de la depresión, reducción de ansiedad general, control de la agresividad en niños violentos y manejo del dolor. En publicaciones recientes, se han diseñado paradigmas complejos para el tratamiento de estos problemas específicos para niños.

Así, ya desde 1985 se ha incrementado el interés por el papel del grupo en la terapia cognitivo-conductual en los niños, debido a la gran cantidad de aportes y ventajas que ésta entrega, los que serán analizados más adelante.

### III.5.2.1 Definición de Conceptos Cognitivo-Conductuales

Con la finalidad de lograr una mejor comprensión de la metodología de trabajo utilizada por esta perspectiva, se comenzará con la descripción de algunos conceptos teóricos relevantes, para luego revisar la evolución que han experimentado los tratamientos cognitivo-conductuales a partir del modelo de intervención con adultos y la aplicación de estos métodos para el trabajo con niños en el contexto grupal.

El enfoque cognitivo-conductual, enfatiza el rol de las cogniciones y del afecto en la terapia, reconociendo en éstos un rol causal de la conducta y una importancia clínica fundamental. En primer lugar, las cogniciones son definidas como “procesos mediacionales implicados en el acto de conocer. Estos procesos cognoscitivos son sucesos privados o internos o cubiertos, no observables directamente y que varían desde procesos más bien elementales y específicos – como percepciones simples, memoria asociativa, etc. – hasta organizaciones más amplias y complejas”.<sup>4</sup> Estos procesos interactúan entre sí, en la recolección y procesamiento de la información, es decir, transportan, retienen o transforman información del ambiente y/o del propio sujeto.

Aquellos procesos cognoscitivos más complejos que tienden a ser estables y globales, e influyen a su vez en el procesamiento de otras informaciones, se denominan estructuras cognitivas. Estas según Kovacs y Beck (1978), en D. Meichenbaum y J. B. Gilmore, son representaciones relativamente duraderas, que operan a nivel automático o inconsciente y funcionan como un patrón que codifica, categoriza y evalúa la información. Así, es posible

---

<sup>4</sup> Opazo, pág. 215

considerar a la estructura cognitiva, como una organización mental de la experiencia, que influye en la forma de procesar la información y de organizar la conducta. Esta influencia lleva a considerar también a la estructura como un molde cognitivo, impuesto sobre el mundo, que lleva a una percepción selectiva y que permite llenar los espacios de información que faltan.

En cuanto a la composición de los esquemas cognitivos, éstos poseen un componente ideacional, referido a información y definiciones, y uno afectivo, que consiste en valoraciones afectivas del estímulo. De esta manera, queda almacenada tanto la información como los afectos que la acompañan y al gatillarse un esquema particular, éste determinará qué emociones, pensamientos y conductas aparecerán. En este contexto, las emociones son entendidas como una respuesta total, que abarca al organismo por completo, lo que significa que tiene componentes autónomos, vivenciales, cognoscitivos y motores, que se integran con ponderaciones distintas, dependiendo de cada emoción. Las emociones ejercen un rol energético y motivador de la conducta y se expresan subjetivamente en vivencias y cogniciones.

Desde esta perspectiva, las cogniciones y afectos son causas de la conducta, destacando el papel de la significación personal que el sujeto le atribuye a un evento y el posterior desencadenamiento de la emoción. Este principio, según S. Knell (1997), en K. O'Connor y Ch. Schaefer (1997), es posible de ser aplicado a los niños, en la medida que se considera que la terapia cognitivo-conductual está basada en el modelo cognoscitivo de los trastornos emocionales, es decir, en la influencia recíproca entre la cognición, la conducta, las emociones y la fisiología. Según la autora, la terapia busca la modificación del pensamiento irracional e inadaptable, sin embargo, debe considerarse con cuidado la función de la

cognición con respecto a los niños, ya que el pensamiento de un niño en etapa preoperacional u operacional concreto, puede ser ilógico o irracional, con escasa comunicación verbal de conducta. Los niños pequeños pueden ser impulsivos, por lo que frecuentemente la conducta y actividad preceden al pensamiento y reflexión, por lo tanto, a pesar de que los niños funcionen en un nivel óptimo, no son capaces de pensar como el adulto.

### III.5.2.2 Objetivos Terapéuticos

Según R. Opazo, el principal objetivo de la intervención terapéutica para el enfoque cognitivo-conductual, es lograr el cambio de cogniciones y afectos disfuncionales. El cambio de cogniciones se realiza mediante una reestructuración cognoscitiva, en la cual se trata de incrementar el autoconocimiento, de tal manera que la persona pueda apreciar cómo estructuras cognitivas específicas están influyendo en la forma en que los eventos están siendo percibidos. A su vez, el cambio de los afectos se hace a través de la implementación de nuevas cogniciones creídas y sentidas que generen afectos más funcionales y que por tanto, integren nuevas cogniciones más precisas y adaptativas. De esta manera, se trata de modificar el valor de los estímulos del ambiente, para finalmente poder integrar en la acción terapéutica, cogniciones y afectos en una dirección funcional.

Específicamente en el caso de los niños, S. Knell (1997) en K. O'Connor y Ch. Schaefer (1997), plantea que la terapia cognitivo-conductual está orientada a que el niño se comporte de una manera más adaptativa en el contexto familiar, social y educacional, a través de intervenciones enfocadas sobre los pensamientos desadaptativos y errores cognoscitivos

(distorsiones). En este sentido, este enfoque toma en cuenta las experiencias o factores causantes de estrés en la vida del niño para la resolución de problemas, y el tratamiento no solo se basa en el alivio de los síntomas, sino que se intenta también solucionar dificultades y conflictos subyacentes sin perder de vista los problemas presentes. Para lograr este objetivo, la autora propone que es necesario dar un mayor énfasis al proceso de desarrollo normal y a la psicopatología del desarrollo, de tal manera de comprender los conflictos de cada etapa y utilizarlos de un modo más apropiado.

Otra característica de la terapia cognitivo-conductual, importante para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, consiste en que al intentar modificar procedimientos inapropiados en el procesamiento de la información, el terapeuta funciona para el niño, como un maestro que imparte habilidades para el enfrentamiento positivo y conductas alternativas. Se trata de enseñar al niño que aprenda de las experiencias, de tal manera que pueda aplicar habilidades de enfrentamiento a los problemas que van surgiendo. Para esto, se enseña cómo reemplazar conductas inadaptativas, con otras más adaptativas y la utilización de métodos alternativos específicos para el enfrentamiento. En el caso de los niños pequeños, si bien no pueden generar alternativas y ponerlas a prueba, gracias a la acción del terapeuta adoptarán un método alterno de enfrentamiento.

Este tipo de terapia brinda un método para que los niños aprendan a cambiar su propia conducta y participen activamente en el tratamiento. La importancia de esta participación del niño puede entenderse desde el punto de vista del desarrollo, debido a que los niños necesitan demostrar un sentido de dominio y control sobre su ambiente, que se hace evidente cuando muestran niveles crecientes de autocontrol que le permiten regular su conducta. Esta participación conjunta, entre paciente y terapeuta, comienza desde la identificación de la

conducta problema, que es la que se busca modificar. La conducta problema se define en tanto se presenta con suficiente frecuencia, perjudica al niño, o su medio y finalmente, impide la adecuada adaptación y posterior evolución del niño. En general, estos criterios se unifican en aquello que es esperable para el niño, de acuerdo a las expectativas que cada cultura tiene, ya que ésta determina en qué medida, el niño cumple exitosamente con las demandas de cada etapa.

Así, al analizar las ventajas que proporciona la terapia cognitivo-conductual en el contexto grupal infantil, es factible señalar que una de ellas se refiere a que varios de los problemas que se tratan en un grupo, se derivan de dificultades en las relaciones interpersonales, en donde el grupo ofrece a sus miembros la oportunidad de aprender nuevas habilidades sociales y al terapeuta, la posibilidad de observarlos en el aquí y ahora.

Siguiendo con los beneficios del trabajo grupal infantil desde esta perspectiva, D. Rose (1996) en Scheldon (1996), plantea que el grupo le ofrece a los pacientes la oportunidad para aprender conductas y cogniciones, a medida que responden a las demandas grupales. Los niños aportan a los demás feedback y consejos, lo que les permite no solo ayudar al otro, sino que a sí mismo de forma más eficaz, que cuando son receptores únicos de una terapia individual.

Otra característica exclusiva de la terapia grupal cognitivo-conductual, es la posibilidad de ser reforzado por los compañeros, es decir, los niños aprenden a reforzar a otros en situaciones socio-interaccionales, lo que a su vez los lleva a recibir refuerzos recíprocos.

Finalmente, esta forma de terapia permite también precisar las evaluaciones, ya que diversos aspectos del problema que se escapan de la atención del terapeuta, suelen clarificarse en un contexto grupal, en el cual se ponen de manifiesto las dificultades de interacción de los

participantes. El grupo ofrece además, una fuente de información sobre aquellas conductas que resultan agradables y aquellas que son desagradables a los demás. Ofrece también evaluaciones del resto de los miembros, sobre las percepciones que cada uno, de manera individual tiene de las situaciones sociales. Así, es posible confrontar al paciente con sus percepciones distorsionadas o defensivas y este tipo de confrontación se acepta con mayor facilidad cuando viene de un igual que cuando viene del terapeuta, debido a la relación simétrica que existe entre ellos.

### III.5.2.3 Criterios para la Formación de Grupos

Acerca de este tema, W. Licamele y W. Bernet (1995), plantean que en este modelo existen diferencias en cuanto a los criterios para la formación de grupos terapéuticos, dependiendo de la etapa del desarrollo en que se encuentre el niño.

En el caso del preescolar, los grupos para psicoterapia suelen ser pequeños, de 3 a 5 niños con 2 terapeutas. La habitación utilizada no deberá ser demasiado grande y el tiempo de las sesiones será relativamente corto, entre 45 a 60 minutos, ya que los niños preescolares poseen problemas para mantener la atención más allá de 10 a 15 minutos, por lo que es recomendado que cualquier actividad no exceda de ese tiempo.

Es necesario una estructura, consistencia y límites; los límites claros y el uso razonable de la autoridad son importantes, ya que éstos, junto a la comprensión del terapeuta, son elementos terapéuticos claves. En este sentido, el terapeuta debe tener cuidado en no convertirse en el castigador del comportamiento del niño y deberá ser cálido, comprensivo, no encontrarse a la defensiva y dispuesto a comprender sus propias reacciones frente a los niños y al grupo. El egocentrismo propio de la edad preescolar, impide a los niños sentir empatía por el otro, lo cual sitúa al terapeuta en un rol de educación y modelamiento.

Para trabajar en grupo, el terapeuta debe tener juguetes, materiales de arte y estrategias que faciliten el juego, ya que esto es el método de mayor comunicación y una forma de manejar los conflictos en esa temprana edad.

En cuanto al grupo formado por escolares, los mismos autores refieren que generalmente éstos son formados por niños de un mismo sexo. A diferencia de los preescolares, el tamaño

puede ser más grande, entre 6 y 8 niños y la habitación también puede ser más extensa. El tiempo puede ser más largo, tal vez entre 60 y 90 minutos. Habrá menos juegos de fantasía, pero habrá una mayor necesidad de actividades como juegos, proyectos de grupo y actividades físicas, en la medida que los niños avanzan de la latencia temprana a la tardía. En esta etapa del desarrollo, se observa durante la terapia un mayor balance entre la actividad y las discusiones o conversaciones. En general, los niños pueden traer temas personales a la sesión, que tengan relación con el hogar o con la familia.

En esta etapa, los niños pueden confrontar, interpretar y discutir más; las críticas y comentarios serán mejor recibidos de un par que de un adulto, por lo que en la edad de la latencia tardía, el grupo mismo se convierte en un agente más terapéutico. El tiempo puede ser dividido en una primera etapa de actividades y una segunda etapa de discusión y procesamiento de dicha actividad.

Los límites continúan siendo importantes, pero a medida que la cultura del grupo se desarrolla, ellos mismos pueden ir fijando límites o pautas. Fijar límites, reconocer los sentimientos y también detener el comportamiento peligroso, son claves para que el niño y el grupo puedan sentirse a salvo y seguros.

#### III.5.2.4 Técnicas Terapéuticas

A continuación se revisarán las distintas técnicas terapéuticas utilizadas por el modelo cognitivo-conductual, en psicoterapia infantil y posteriormente, su posible aplicación en un grupo terapéutico. Esto último, si bien no aparece descrito en la literatura, es practicado por algunos terapeutas infantiles, por lo que se intentará llevar al plano grupal, sin perder de vista que estos postulados no han sido contrastados empíricamente y sólo representan conjeturas de las autoras.

Este modelo, utiliza una metodología de trabajo esencialmente educativa. Cuenta con un núcleo teórico y conceptual propio y un ámbito específico de intervención, en el cual se aplican los principios del comportamiento humano a situaciones de análisis, prevención y corrección de problemas en el comportamiento.

Según Kazdin (1983) en D. Puchol (2002), este enfoque teórico estudia al individuo en interacción con el ambiente en el que se ha originado el problema, por lo que el tratamiento debe organizarse en torno a un problema terapéutico de amplio espectro, incluyendo un conjunto de estrategias y técnicas adecuadas a las diversas conductas y situaciones del sujeto, en interacción constante con su medio.

Específicamente en el caso de los niños, la utilización de técnicas cognitivo-conductuales se ha cuestionado en la medida que este enfoque se apoya en capacidades cognoscitivas complejas, como son, el razonamiento abstracto y comprobación de hipótesis. Sin embargo, S. Knell (1997) en K. O'Connor y Ch. Schaefer (1997), plantea que en estos niños es posible intensificar la capacidad para comprender problemas complejos, a través de técnicas

específicas, tales como proporcionar ejemplos concretos y la utilización de preguntas menos abiertas.

Con el objetivo de que las intervenciones resulten adecuadas, la elección de la técnica debe considerar el nivel de desarrollo del niño para definir el nivel de complejidad de la intervención, para lo cual los terapeutas deben concentrar las fortalezas y habilidades del niño por sobre sus debilidades. La autora postula que las terapias experimentales centradas en el juego son más útiles en niños pequeños, en la medida que quitan énfasis a la comunicación verbal del problema, debido al escaso vocabulario que presentan estos niños para expresar sus experiencias y emociones. Por esta razón, en su mayoría las técnicas que se describirán a continuación se desarrollan en el contexto del juego, donde es posible cumplir con los objetivos terapéuticos definidos entre terapeuta y paciente.

Lo primero que debe tomarse en cuenta, son los métodos por medio de los que se suministran de modo específico las intervenciones específicas. Estos métodos son el modelamiento, desempeño de roles y contingencias conductuales.

### ***Modelamiento***

Para Olivares y Méndez (1998) en D. Puchol (2002), el modelado, también denominado aprendizaje vicario, observacional o imitación, es una técnica basada en la teoría del aprendizaje social de Bandura. En éste, la premisa fundamental, subyacente en todas las técnicas, establece que cualquier comportamiento que se pueda adquirir o modificar por medio de una experiencia directa es, en principio, susceptible de aprenderse o modificarse por la observación de la conducta de los demás y de las consecuencias que se derivan.

Según Bandura y Jeffery (1973) en D.Puchol (2002), la técnica de modelamiento implica la participación de cuatro procesos básicos: la atención, la retención, la reproducción y la motivación del observador para asumir como propios los objetivos propuestos a través del uso de las técnicas de modelado. Estos procesos básicos, comunes en todos los procedimientos de modelado, se encuentran profundamente interrelacionados y son prerequisites para el éxito de cualquier proceso terapéutico que utilice esta técnica como estrategia de intervención.

Concretamente en el caso de los niños, la gran mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales, utilizan algún tipo de modelamiento, sobretodo en los más pequeños, a los cuales les cuesta articular el lenguaje, en general, siendo un método efectivo para adquirir y fortalecer conductas, así como para debilitarlas. A través de esta técnica, se trata de demostrarle al niño nuevos métodos más adaptativos de enfrentamiento y resolución de problemas. Para cumplir con este objetivo, el modelo muestra una conducta particular y puede acompañar la conducta con verbalizaciones acerca de las habilidades para la resolución de problemas. La exposición de la conducta que se busca que el niño aprenda, puede ser representada por un personaje, ya sea a través de muñecos, títeres, cuentos y películas.

Respecto a su campo de aplicación, Caballo (1993) en D. Puchol (2002), refiere que el modelamiento representa una estrategia fundamental, comúnmente utilizada en modificación de conducta, para el entrenamiento de habilidades sociales. Por su parte, Fraga y cols. (1996) en D. Puchol (2002), señalan que en el ámbito de la salud, el modelado es utilizado para inhibir hábitos insanos, como por ejemplo en los programas de prevención de drogodependencias. Además, esta técnica se aplica para el tratamiento de fobias, por sus efectos desinhibitorios, y para aspectos como la reducción de los miedos a las intervenciones

quirúrgicas o los tratamientos odontológicos. Por último, para Otero-López y cols. (1994) en D. Puchol (2002), el modelamiento facilita la reinstalación en adultos psicóticos, de conductas ya existentes con anterioridad en su repertorio, como las habilidades de autocuidado o el lenguaje, o para la promoción de conductas prosociales y altruistas.

### ***Desempeño de Roles***

El desempeño de roles, según S. Knell (1997) en K. O'Connor y Ch. Schaefer (1997), constituye una técnica a través de la cual, el niño practica sus habilidades y recibe retroalimentación acerca de su progreso. Al igual que la anterior, esta técnica está basada en los procesos de imitación y observación, y en varias ocasiones el desempeño de roles es posible de suministrar a través de una técnica de modelamiento, es decir, son los modelos los que realizan la representación y el niño observa y aprende de ellos cuando practican algunas habilidades en particular.

El rol playing, según Raths y otros (1966) en J.E. Walker y T.M. Shea (1984), busca ayudar a las personas a aclarar sus sentimientos y emociones, de acuerdo a cómo se relacionan con la realidad, dándose así tres formas distintas de representación. En la primera, se trata de representar sucesos reales, a través de la reactuación de un incidente, y se instruye a los participantes a observar los sentimientos que emergen. Se debe enfatizar en la expresión de aquellos sentimientos que estaban ocultos cuando ocurrió el suceso por primera vez. La segunda consiste en que el paciente represente alguna persona significativa con la cual siente un gran conflicto, y finalmente la tercera trata de representar situaciones nuevas, centrando sus procesos y sentimientos en ellas.

En el caso de grupos de niños, el rol playing es posible de desarrollar, en la medida en que todos sus miembros participen, ya sea a través de la actuación o la observación de situaciones reales o imaginarias. Tal actuación permite a los participantes analizar y experimentar situaciones desde un punto de vista nuevo y procesar así la información de una manera más adaptativa. Por otra parte, el hecho de recrear una situación, o de verla representada por otros, lleva a los niños a comprender a los demás y finalmente, al desarrollo de la empatía.

### ***Contingencias Conductuales***

Este modo de intervención deriva del condicionamiento operante y tiene como finalidad influir directamente sobre la conducta del niño, ya sea incrementando o disminuyendo su expresión, mediante la manipulación sistemática de sus consecuencias. El terapeuta puede utilizar diversas contingencias conductuales durante la sesión y enseñar a los padres a planear contingencias en el hogar y otros ambientes.

Una vez analizadas las modalidades específicas de intervención, se describirán las técnicas más comunes, utilizadas en terapia infantil. Para lograr una mayor claridad en la descripción de cada una, se dividirán las técnicas de acuerdo a su consiguiente derivación del modelo conductual o cognitivo, respectivamente, para luego ver la posible aplicación de estas técnicas en la terapia grupal infantil.

Cabe señalar, que los métodos conductuales implican una modificación en la actividad, a diferencia de los métodos cognitivos, que manejan cambios en el pensamiento, para lo cual el

terapeuta ayuda al paciente a identificar, modificar o establecer cogniciones, logrando así cambios en los sentimientos y la conducta.

## **Técnicas Conductuales**

### *Técnicas de Relajación*

Para D. Puchol (2002), las técnicas de relajación son procedimientos que tienen como finalidad, enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación, mediante la modificación directa de las condiciones fisiológicas, sin ayuda de recursos externos. Según Olivares y Méndez (1998), en D. Puchol (2002), se trata de una de las estrategias de mayor aplicación en modificación de conducta, ya sea como parte integrante de otras técnicas, como la desensibilización sistemática o la inoculación al estrés, o bien como un procedimiento específico.

Esta técnica de acuerdo a Labrador, De la Fuente y Crespo (1995), en D. Puchol (2002), puede ser considerada como un estado de hipoactivación, que puede ser facilitado mediante diversos procedimientos y técnicas. Los autores suponen que las técnicas de relajación producen sus efectos como resultado de una disminución del tono hipotalámico, lo que conllevaría una disminución de la activación simpática.

De esta manera, las modificaciones en las respuestas psicofisiológicas van a estar acompañadas de cambios en las respuestas motoras (estado de reposo) y en las respuestas cognitivas (percepción de tranquilidad), lo que da cuenta de la existencia de tres sistemas de activación. Estos sistemas, cognitivo, motor y psicofisiológico, en la práctica están profundamente interrelacionados, y la intervención sobre uno de ellos suele influir sobre el

resto, lo que deberá ser tenido en cuenta a la hora de planificar una intervención específica. Olivares y Méndez (1998) en D. Puchol (2002), refieren que las posibilidades de alterar estados desadaptativos en los niveles de activación son muy variadas, en este sentido se han desarrollado procedimientos de relajación diferentes en función de los tres niveles de activación, por ejemplo, en el caso del sistema cognitivo, se encuentra la técnica de reestructuración cognitiva; en el sistema motor está la técnica de relajación progresiva de Jacobson y finalmente en el sistema psicofisiológico, el control de contingencias.

Por último, en relación al campo de aplicación, la relajación como procedimiento ha sido considerada especialmente adecuada tanto en niños como en adultos, en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, ya sea en combinación con otras técnicas, como por ejemplo en la desensibilización sistemática, o de forma independiente como en el diseño de programas para el control del estrés.

### *Desensibilización Sistemática*

Esta técnica deriva del condicionamiento clásico y se utiliza en forma efectiva para el tratamiento de trastornos de ansiedad, a través de la exposición graduada a un estímulo que produce ansiedad. Como primer paso, se construye con el paciente una jerarquía de ítems, que va desde estímulos que causen un nivel bajo de ansiedad, hasta aquellos que provocan altos niveles. Luego se procede a enseñar una técnica de relajación, o en el caso de niños muy pequeños, una alternativa más viable que la relajación, puede ser una actividad de juego no amenazante y finalmente, se lleva a cabo el proceso de exposición de estímulos, ya sea en imaginación o en vivo.

Para Olivares y Méndez (1998) en D. Puchol (2002), este método de intervención, se aplica en distintos ámbitos clínicos, fundamentalmente en casos de miedos y fobias. Particularmente, la desensibilización se ha utilizado para tratar la ansiedad a hablar en público, los casos de fobias múltiples en los niños, el vómito crónico, la fobia a la sangre, las pesadillas nocturnas, la fobia a la conducción, el temor al agua, el trauma por violación y en todo tipo de fobias comunes como la acrofobia, la agorafobia, el miedo a volar o el miedo a la muerte.

Por otro lado, Cormier y Cormier (1994) en D. Puchol (2002), plantean que la desensibilización no debería pasarse por alto en otras situaciones no directamente asociadas con la ansiedad, sino con otras emociones condicionadas. Ha sido aplicada, por ejemplo, en intervenciones para la reducción de la agresividad o en el tratamiento de situaciones de duelo.

### *Manejo de la Contingencia*

S. Knell (1997) en K. O'Connor y Ch. Schaefer (1997), define este método como las técnicas que modifican una conducta, mediante el control de su contingencia. A su vez, refiere que las técnicas de manejo más comúnmente utilizadas son el refuerzo positivo, moldeamiento, la extinción y el reforzamiento diferencial de la conducta, las cuales son definidas por la autora como:

### Reforzamiento Positivo

Se define como la presentación de un reforzador agradable, después que es exhibida la conducta deseada y tiene como objetivo final, el incremento o mantención de la conducta original. El reforzador utilizado puede ser social, como por ejemplo, el elogio, o material,

como una calcomanía, pero en ambos casos, debe tener una importancia significativa para quien lo recibe.

### Moldeamiento

La técnica del moldeamiento, se utiliza en aquellos casos en que la conducta esperada no aparece, o aparece de manera escasa. Se trata de reforzar en forma sistemática e inmediata las aproximaciones sucesivas a la conducta esperada, hasta que ésta se instala en forma definitiva en el repertorio conductual del niño. Por esta razón, es importante seleccionar de manera cuidadosa la conducta blanco y resulta especialmente útil, en niños con escaso repertorio conductual.

Un ejemplo de esta técnica en la terapia, es el caso de los niños que temen ir a la escuela. El terapeuta, a través de un títere ayuda a que éste se acerque al edificio de la escuela, la visite y gradualmente permanezca en la sala de clases (moldeamiento). El títere recibe motivación y retroalimentación positiva (reforzamiento) de parte del terapeuta, en tanto realiza intentos cada vez más aproximados de estar en la escuela. Así, los niños aprenden a través del moldeamiento, a no temer a la escuela.

### Extinción y Reforzamiento Diferencial de la Conducta

La extinción busca la eliminación de una conducta indeseable, mediante la detención del reforzamiento. En sí misma, no enseña nuevas conductas, por lo que frecuentemente se le utiliza de manera conjunta con un programa de reforzamiento, así, se puede apoyar a un niño para que aprenda una nueva conducta, al mismo tiempo que se extingue otra. Esto es lo que se

denomina reforzamiento diferencial de otra conducta, donde aquellas que son incompatibles con la conducta inadaptativa, reciben apoyo o refuerzo.

Un ejemplo de esta técnica en la terapia, es el caso de aquellos niños que presentan conductas agresivas con sus compañeros de clase, que durante la sesión manifiestan hostilidad golpeando los muñecos. El terapeuta debe hacer caso omiso de esta conducta (extinción) y cuando demuestran la conducta apropiada, como por ejemplo, estrechar las manos, se elogia al muñeco (reforzamiento diferencial de la otra conducta).

### Tiempo Fuera

El tiempo fuera parte de la premisa de que existen elementos en el ambiente del niño, que tienen un efecto reforzante de la conducta. Por esta razón, es importante descubrir cuáles son esos aspectos que están ayudando a la mantención de la conducta desadaptativa, que por lo general, según S. Knell (1997) en K. O'Connor y Ch. Schaefer (1997), resulta ser la propia atención de los adultos sobre el niño. Bajo este supuesto, la técnica busca sacar al niño de su ambiente inmediato, lo cual permite alejarlo por un período de tiempo del reforzamiento. Para el niño, esto es interpretado como un alejamiento de aquello que percibe como un ambiente deseable, hacia uno menos atractivo. En terapia, el tiempo fuera puede ser utilizado cuando por ejemplo, el niño no acata una regla preestablecida, como es “no romper los juguetes”. En ese momento, el terapeuta aparta al niño de la situación por un breve período, en el cual puede trasladarlo hacia una zona de la sala donde no hay juguetes y además, durante ese tiempo, el niño no tendrá acceso a aspectos reforzantes como la atención del terapeuta. Así, la técnica es efectiva, en tanto aleja al niño, de aquellas circunstancias que refuerzan la conducta desadaptativa. En cuanto a la duración del intervalo de interrupción, no se considera tan

importante, como el hecho mismo de aislar al niño y de esa manera, no reforzar la conducta desadaptativa, sin embargo, debe tenerse en cuenta, que esta técnica debe ser utilizada solo en aquellos casos en que no es posible aplicar otras técnicas para manejar la conducta inadecuada, ya que limita la interacción del niño con el terapeuta. En este sentido, la utilización del tiempo fuera debiera ir disminuyendo a lo largo de la terapia, en la medida que el niño va aprendiendo qué es aceptable y que el reforzamiento positivo, proviene de las conductas adaptativas y apropiadas.

### Automonitoreo

El objetivo del automonitoreo consiste en enseñar al niño a registrar información sobre diversos aspectos de su conducta y verificar sus sentimientos y emociones frente a distintas situaciones. En este sentido, el método permite obtener información acerca del ambiente del niño y registrar reacciones subjetivas frente a sucesos específicos. Permite además, hacer comparaciones posteriores, al funcionar como una línea de base, y finalmente, funciona como un punto de inicio para el análisis en la terapia, al entregar información estructurada sobre el paciente.

Este método, se puede emplear en niños desde los cuatro o cinco años en adelante, considerando que durante esta etapa, tienden a verificar actividades y acontecimientos, antes que el estado de ánimo. Además, su pensamiento se inclina hacia un pensamiento de todo o nada respecto a los sentimientos y por tanto, les cuesta comprender la complejidad de los estados de ánimo. Por esta razón, es necesario utilizar escalas simples y concretas, como son por ejemplo, caras que representan alegría, enojo y tristeza. Es necesario también explicar las

instrucciones de un modo cuidadoso y sencillo, de tal manera, de que el niño comprenda la tarea y la complete con supervisión.

En el caso de los niños mayores, en cambio, éstos pueden reconocer escalas de un mayor nivel de complejidad, en las que el cero representa por ejemplo, “lo peor que has sentido en toda tu vida”, y el diez, “lo mejor que has sentido en tu vida”.

### Técnicas de Autocontrol

Olivares y Méndez (1998) en D. Puchol (2002), definen las técnicas de autocontrol como el conjunto de conocimientos a través de los cuales, el terapeuta enseña a los sujetos estrategias que le permiten diseñar autointervenciones. El objetivo principal de ésta, es modificar la frecuencia, intensidad y duración, de sus propias conductas en distintos contextos, por medio de la manipulación de las consecuencias o la reorganización de las situaciones.

Los programas de autocontrol, cuando son debidamente diseñados por el terapeuta y aplicados por el propio paciente, presentan una serie de ventajas, entre las que destacan, su sencillez y carácter práctico, la capacidad de otorgar al sujeto una mayor sensación de control sobre su medio y la posibilidad de ajustar el programa de intervención a las características específicas del paciente. Además, esta técnica permite la aceptación por parte del paciente, de la responsabilidad del cambio terapéutico y la facilitación de la transferencia de los aprendizajes realizados.

Los autores describen una serie de variantes en la aplicación de los métodos de autocontrol, dentro de las cuales se encuentran, las técnicas de planificación ambiental, de programación conductual y para facilitar el cambio de conducta.

En relación a las técnicas de planificación ambiental, éstas facilitan la revisión y replanteamiento de los antecedentes de la conducta objeto de modificación y dentro de ellas se encuentran el control de estímulos, el contrato de contingencias y el entrenamiento de respuestas alternativas.

Por su parte, las técnicas de programación conductual, tienen como objetivo reestructurar las consecuencias de la conducta una vez que ésta se haya producido, a través de herramientas como el autorrefuerzo y autocastigo.

Por último, las técnicas para facilitar el cambio de conducta, buscan aumentar la motivación del sujeto para colaborar en el proceso terapéutico. Para ésto, se utiliza la autoobservación, autorregistro y las tareas terapéuticas entre sesiones.

Las técnicas de autocontrol tienen un ámbito de aplicación especialmente amplio. Al respecto Olivares y Méndez (1998) en D. Puchol (2002), destacan problemas de alimentación, problemas de adicción al tabaco y problemas de salud. Específicamente en el caso de los niños, Gavino (1997) en D. Puchol (2002), señala que este tipo de técnicas es útil en el trabajo con niños hiperactivos, en la corrección de deficientes hábitos de estudios, en el tratamiento de la excesiva dependencia interpersonal, y como estrategia para la prevención de recaídas y fortalecimiento de los resultados terapéuticos, obtenidos tras la aplicación de otras técnicas cognitivo-conductuales.

## **Técnicas Cognoscitivas**

### *Reestructuración Cognitiva*

Sheldon (1996) en Kaplan (1996), denomina reestructuración cognitiva, al proceso de identificar y evaluar las propias cogniciones, reconociendo los efectos perjudiciales de aquellas desadaptativas y reemplazando a éstas por otras más apropiadas.

El supuesto básico de la reestructuración cognitiva, se centra en la premisa de que las conductas desadaptativas del sujeto, están influidas o mediatizadas por las creencias, actitudes y percepciones de uno mismo, es decir, por las cogniciones de la persona.

Para Cormier y Cormier (1994) en D. Puchol (2002), esta técnica ayuda al paciente a determinar la relación existente entre sus percepciones y cogniciones, y las emociones y conductas resultantes. También ayuda a identificar las cogniciones o percepciones autopunitivas o defectuosas, y a sustituir estas cogniciones por patrones de pensamiento más adaptativos y funcionales. El objetivo fundamental es aprender a identificar y manejar esas cogniciones.

Particularmente en el caso de los niños, S. Knell (1997) en K.O'Connor y Ch. Schaefer (1997), señalan que es difícil utilizar esta técnica, debido a que las capacidades cognoscitivas de éstos son más limitadas que las del adulto. Para los niños resulta difícil analizar situaciones, buscar explicaciones alternativas y comprender consecuencias, por lo que según Emery y cols. (1983) en S.Knell (1997), necesita de la ayuda de los adultos, para cumplir con estos objetivos y cambiar así sus cogniciones. Además, los niños no cuentan con un “historial acumulado de acontecimientos”, que les dé la posibilidad de comprender las ramificaciones de ciertas situaciones, ya que el aprendizaje se realiza a través de las experiencias a lo largo

de la vida, las cuales para el niño aún son muy limitadas. Estas experiencias le van a ir permitiendo, comprender a cabalidad las causas, efectos, consecuencias y alternativas de ciertos hechos. Por estas razones, es que se ha considerado utilizar este método de intervención en el contexto del juego, ya que, por una parte, proporciona los medios necesarios para que el terapeuta ayude al niño a comparar sus creencias con la realidad, y por otro lado, le permite representar situaciones problemáticas, y potencialmente obtener un dominio sobre los acontecimientos y circunstancias. El especialista puede por ejemplo, estructurar una parte del juego con el niño, para reflejar escenarios alternativos, de tal manera que éste último vivencie distintas reacciones y consecuencias frente a la misma situación.

En cuanto al ámbito de aplicación, Vallejo y Ruiz (1993) en D. Puchol (2002), señalan que esta terapia ha sido aplicada en todo tipo de poblaciones; niños, adolescentes, adultos y personas mayores, tanto en un formato individual como grupal. Refieren también, que la reestructuración cognitiva se utiliza comúnmente en los problemas de pareja, el control de la ira, los problemas sexuales, la promoción de hábitos saludables, los trastornos de adicción, el entrenamiento asertivo y el control de la ansiedad. Por su parte, Olivares y Méndez (1998) en D. Puchol (2002), destacan su aplicación en las siguientes áreas: depresión unipolar no psicótica, trastornos por ansiedad, trastornos de personalidad, conducta suicida, desórdenes de pánico y problemas con la comida. Además, señalan que es posible aplicar esta técnica no sólo en el ámbito de la salud, sino que amplían su radio de acción a otros campos como el deporte o la educación.

### *Autoafirmaciones de Enfrentamiento*

Esta técnica, parte de la premisa básica de que la forma en que una persona interpreta los acontecimientos, afecta en la capacidad de enfrentamiento. En concordancia con ésto, S. Knell (1997) en K.O'Connor y Ch. Schaefer (1997), plantea que cuando una persona cree en pensamientos negativos acerca de sí mismo, ello puede desencadenar reacciones fisiológicas inadaptativas. Estas experiencias negativas pueden producir autoafirmaciones negativas, que llevan a su vez a tomar decisiones inadecuadas, produciéndose así, un circuito de retroalimentación.

La técnica de autoafirmaciones de enfrentamiento, busca ayudar a la persona a elaborar autoafirmaciones de enfrentamiento que resulten adaptativas. Sin embargo, este método debe modificarse de acuerdo a la edad y nivel cognoscitivo de cada paciente. Para utilizarlo en los niños que se encuentran en etapa preoperacional del desarrollo cognoscitivo, deben enseñarse autoafirmaciones sencillas acerca de sí mismos, tanto en el sentido lingüístico, como conceptual. Así, estas autoafirmaciones modificadas pueden utilizarse en niños desde los dos a tres años en adelante y su esfera de aplicación incluye niños hiperactivos, impulsivos, con dificultades en la escritura y para el desarrollo de la creatividad. A su vez, se puede aplicar a personas con ansiedad a hablar en público y a pacientes con problemas de obesidad.

### *Biblioterapia*

Para S. Knell (1997) en K.O'Connor y Ch. Schaefer (1997), aunque la biblioterapia desde un punto de vista técnico, no es una intervención cognoscitiva, se utiliza frecuentemente como un accesorio de ésta, ya que proporciona un terreno en el que los niños pueden cuestionar sus creencias irracionales y considerar opciones alternativas.

Si bien, la literatura infantil siempre ha entregado mensajes y moralejas, según la autora, sólo hoy en día se han desarrollado historias acerca de niños que han sufrido algún tipo de estrés o trauma particular, como es el divorcio, muerte, mudanza de residencia, entre otros, que han ayudado a modelar la reacción del niño ante situaciones semejantes. Sin embargo, en aquellos casos en que no existen materiales publicados y por lo tanto no están disponibles o no son apropiados, se recomienda crear una historia de modo específico para el niño.

### **Grupos de Padres**

Si bien esta modalidad terapéutica no corresponde propiamente a un grupo infantil, es frecuentemente utilizada como una intervención paralela a éste. W. Licamele y W. Bernet (1995), describen a los grupos de padres como una modalidad importante dentro del proceso psicoterapéutico, ya que permiten realizar un trabajo complementario y paralelo a la psicoterapia grupal de los niños. En este grupo, hay un continuo, que va desde aquellos que son más estructurados, didácticos, grupos orientados a la dirección del comportamiento, hasta aquellos que ofrecen apoyo y guía. Los grupos didácticos, orientados a la dirección del comportamiento posiblemente tenga un tiempo limitado y tenga un foco en particular. Este tipo de grupos, puede ser particularmente útil para padres de niños que presenten síndrome de déficit atencional con hiperactividad y desórdenes de conducta.

Un grupo que comienza con la educación acerca del manejo del comportamiento, puede evolucionar hacia un grupo de padres más dinámico, orientado hacia los procesos. Un terapeuta que está tratando de enseñarle a un grupo de padres modificaciones efectivas del comportamiento, puede encontrarse con que la técnica no funciona porque los padres se

encuentran depresivos, enojados o disfuncionales. El foco del grupo entonces, debe cambiar desde el comportamiento de los niños hacia los temas de los padres. El terapeuta debe lograr un balance entre la terapia y la guía o enseñanza de cómo manejar determinadas conductas. El foco está en el niño, pero el terapeuta también tiene que añadir los problemas de los padres, asuntos del pasado y la infancia de los mismos. El terapeuta puede encontrar que adicionalmente al trabajo de grupo, uno de los padres puede necesitar terapia individual o incluso medicamentos; ayudarlos a resolver sus propios problemas emocionales puede tener un efecto positivo en sus habilidades parentales.

Existen diversas ventajas en la conducción de un grupo de padres por sobre la terapia individual. Aquellos que se resisten a escuchar consejos provenientes de un experto, posiblemente escuchen el mismo consejo en la situación de grupo, especialmente si proviene de algún padre del mismo. El apoyo y los consejos prácticos de los padres pueden ser muy útiles.

Como se mencionó al comienzo de este capítulo, luego de revisar las diversas técnicas terapéuticas utilizadas por el enfoque cognitivo-conductual, se intentará llevar estas intervenciones a un contexto grupal y enfocado a los niños, sin perder de vista, que ésto representa un esfuerzo que no se sustenta en la literatura revisada acerca del tema, sino más bien, un trabajo propio de las autoras y por tanto, sin una base científica que lo avale.

Como ya se vio, el uso de algunas intervenciones cognitivo-conductuales en niños, presenta la dificultad de requerir capacidades cognoscitivas complejas para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, por lo que los especialistas las han adaptado al nivel de desarrollo alcanzado por el niño, utilizando de esta manera, materiales lúdicos para su

ejecución. Esta adaptación, realizada a nivel de la metodología implementada, según las autoras también es posible de ser llevada a cabo respecto al número de niños a tratar. Con este planteamiento, se está señalando que el enfoque cognitivo-conductual puede contribuir enormemente al mejoramiento de ciertos cuadros infantiles en una modalidad grupal, a pesar de que en un principio, no hayan sido formulados con ese fin.

Esta nueva forma de terapia, de acuerdo a los postulados del enfoque podría facilitar la adquisición, extinción o mantención de ciertas conductas, principalmente en el ámbito de las relaciones interpersonales, debido a la presencia de varios integrantes en la terapia. Las interacciones que se producen entre los miembros del grupo, dan la posibilidad de que sus integrantes reciban consejos y feedback, proporcionándose refuerzos de manera constante a lo largo del tratamiento. Estos refuerzos, representan una de las principales herramientas terapéuticas propias del modelo, estando presente en la mayoría de las prácticas cognitivo-conductuales.

Junto con el refuerzo, la técnica de modelamiento, se cree que fácilmente puede ser desarrollada en grupo, en tanto el modelo que exhibe la conducta a imitar, puede ser presentado a un conjunto de niños al mismo tiempo, enseñando así diversas formas de enfrentamiento y solución de problemas.

Por su parte, el desempeño de roles, al estar basada igual que la anterior, en la imitación y observación de un modelo, se piensa que tampoco tendría dificultad para desarrollarse en grupo, en tanto él, o los modelos desempeñen el rol en interacción con los demás participantes del grupo. Además, esta técnica al ser utilizada en grupo, permite escenificar situaciones conflictivas comunes a todos los miembros y representar así, sentimientos y percepciones compartidas.

Dentro de las técnicas conductuales que según la opinión de las autoras, puede ser utilizada en grupo, se encuentra la relajación y la desensibilización sistemática, las cuales podrían desempeñar un rol importante en el tratamiento de fobias, ansiedades y miedos. Sin embargo, cabe mencionar, que para utilizar esta última, resulta difícil la construcción de una jerarquía de estímulos ansiógenos, ya que ésta debe adecuarse a las ansiedades propias de cada paciente en particular. Es por esto que se piensa que el grupo debe compartir, tanto el objeto que produce la sintomatología, como en cierta medida, el grado de ansiedad que éste le produce.

Así mismo, en cuanto al manejo de la contingencia, también clasificada dentro de las técnicas conductuales, el moldeamiento podría resultar eficaz en un grupo más bien heterogéneo, donde exista uno o más integrantes con escaso repertorio conductual, los cuales puedan aprender a través de los demás, nuevas conductas. El uso de esta técnica se ve favorecida al trabajar en grupo, ya que es necesario el refuerzo sistemático e inmediato, que pueden entregar constantemente los integrantes del grupo. Este método es posible de aplicar a través del modelamiento, utilizando títeres, muñecos o algún miembro del grupo que recibe refuerzo al adquirir una nueva conducta.

Por otra parte, la utilización de la extinción y reforzamiento diferencial, basadas también en el manejo de la contingencia, parecen fácilmente aplicables en la situación grupal, ya que el terapeuta puede dejar de reforzar las conductas indeseadas provenientes de cualquiera de los miembros y diferencialmente reforzar las esperadas. Este método sirve además de manera especial al grupo, en tanto los demás van aprendiendo cuales conductas son apropiadas y cuales no, a partir de lo aplicado a un niño en particular, sirviendo así este último, como modelo para el resto. En aquellos casos en que se intenta entrenar a un grupo para aprender

habilidades sociales, estas técnicas son especialmente útiles, ya que permite eliminar aquellas conductas inapropiadas que impiden establecer relaciones interpersonales adecuadas, como por ejemplo conductas agresivas u hostiles. Siguiendo esta misma línea, el tiempo fuera puede así mismo ser fácilmente aplicado al grupo, sacando de la situación a un miembro que esté perturbando el ambiente, o faltando a las reglas establecidas.

Por último, el automonitoreo como parte del manejo de la contingencia, al ser utilizado en grupo, permitiría registrar nueva información de la propia conducta, a partir de la percepción que tienen los demás miembros, y ayudar así a reconocer emociones y sentimientos, que hasta el momento eran ignorados.

Las técnicas de autocontrol por su parte, requieren una relación más estrecha entre paciente y terapeuta, que permita el diseño, planificación y verificación de los programas de autocontrol, por lo que sería más difícil su aplicación a un grupo. Sin embargo, se considera que algunas variantes de éstas, como son las técnicas de planificación ambiental, podrían ser utilizadas en el trabajo grupal infantil, en tanto sus miembros compartan la conducta objeto de modificación y puedan así establecerse antecedentes, y consecuencias comunes de la conducta y llevar a cabo el entrenamiento de respuestas alternativas.

Por otra parte, en relación al uso de técnicas cognoscitivas, según la visión de las investigadoras la reestructuración cognitiva es posible de ser aplicada en un contexto grupal infantil, en la medida que sea complementada con otras técnicas terapéuticas, como por ejemplo, el desempeño de roles, modelamiento o juego. Esta necesidad de ir acompañada por otras técnicas, se debe a que para los niños resulta más fácil identificar las cogniciones distorsionadas, cuando éstas se presentan de manera simbólica en un ambiente lúdico, que escenifique la situación problemática por la cual atraviesa. Entonces, la reestructuración

cognitiva grupal, desde nuestro punto de vista, consistiría en cambiar los pensamientos disfuncionales a partir de las percepciones que los otros tienen de la situación.

Siguiendo con las técnicas cognoscitivas, las autoafirmaciones de enfrentamiento al parecer no presentarían mayor dificultad para presentarse en un grupo infantil, en tanto el terapeuta vaya enseñándole a los niños a manifestar autoafirmaciones positivas al momento de realizar una tarea. Estas autoafirmaciones podrían tener además, un carácter reforzante de la conducta de los demás miembros.

Finalmente, la última técnica revisada corresponde a la biblioterapia, la cual es fácilmente utilizada en un grupo terapéutico, ya que a través del relato de una historia, el terapeuta puede poner de manifiesto conflictos pertenecientes a más de un integrante y mostrar alternativas de solución que hasta entonces no habían sido consideradas por los niños.

### III.5.2.5 La Selección de los Pacientes

Dentro del enfoque cognitivo-conductual, Kymissis (1997), entrega una serie de pautas que sirven como guía a la hora de organizar un grupo de niños.

Para el autor, los niños deberán ser seleccionados para participar en un grupo, no sólo de acuerdo a su edad biológica, sino que también basado a su nivel de desarrollo psicosocial. Dado que la experiencia de grupo puede apuntar a promover el movimiento del niño hacia niveles más altos de funcionamiento psicosocial, éstos deberán compartir temas relacionados con una misma edad y deberán estar atravesando por tareas del desarrollo similares.

Por otro lado, señala que si el grupo esta organizado en torno a un tema en particular, sus miembros deben ser seleccionados acorde a éste. Sin embargo, en lugares tales como las unidades de los hospitales, el terapeuta posee limitadas posibilidades para seleccionar a los miembros del grupo, por lo que los pacientes que presentan problemas especiales como dificultades para tratar con la rabia, pueden ser seleccionados para participar en un grupo para manejarla.

De acuerdo con Kymissis (1997), los grupos homogéneos son más exitosos para terapias de grupo de corto término, ya que desarrollan la cohesión más rápido que los grupos heterogéneos.

En cuanto a su composición, los grupos generalmente deberían estar organizados con 2 a 3 años de diferencia: los grupos de niños preescolares deberán tener entre 5 a 7 años; un

grupo de niños en edad de la latencia temprana deberá tener entre 7 a 10 años; aquellos niños en la edad de la latencia tardía tendrán entre 10 a 12 años; un grupo de niños en la adolescencia temprana entre 13 a 15 años; y el grupo de la adolescencia tardía entre 16 a 18 años de edad.

Finalmente, otros ítems que deberán tenerse en consideración durante el proceso de selección, según el autor, son la habilidad de los niños para asistir a sesiones regulares, el acuerdo en los honorarios, y el número de las sesiones a las que deberá asistir si se trata de una terapia de corto término o un grupo de tiempo limitado.

Luego de haber revisado las distintas técnicas de intervención y los criterios para seleccionar los pacientes que conformarán un grupo terapéutico, se considera importante finalizar esta revisión, con una investigación realizada en la Universidad de Toronto, donde se utiliza una metodología desde este enfoque. Esta investigación realizada por Sandra I. Mendlowitz y cols. en 1999, tenía como objetivo central identificar los efectos de la terapia de grupo cognitivo - conductual en escolares entre 7 y 12 años, con Trastornos de Ansiedad y Depresión. Además se consideró en el estudio la intervención de los padres en el tratamiento y estrategias de imitación en los hijos. La metodología utilizada consideró tres grupos de padres e hijos (N=62), los cuales fueron asignados al azar a una de las 3 condiciones de tratamiento de doce semanas: intervención de padre e hijo, intervención sólo del hijo, e intervención sólo del padre. La ansiedad, depresión, y estrategias de imitación fueron testeadas antes y después del tratamiento.

El resultado arrojó que todos los grupos de tratamiento reportaron menores síntomas de ansiedad y depresión post-tratamiento, y cambios en su uso de estrategias de imitación. Los niños que se encontraban dentro de la condición de tratamiento con padres e hijos, usaron más estrategias activas de imitación post-tratamiento comparado con los niños de los otros dos grupos. Los padres en estas últimas condiciones reportaron una significativa mejoría en el bienestar emocional de sus niños, que los padres en las otras condiciones de tratamiento.

Los autores a través de esta investigación, concluyeron que las intervenciones de grupos de comportamiento cognitivo – conductual reducen los síntomas de ansiedad y depresión en los escolares con desórdenes de ansiedad, siendo importante la participación de los padres, ya que aumenta el efecto de las estrategias de imitación.

### III.5.3 Aproximaciones Actuales

Para Cramer-Azima (1991), las actuales aproximaciones en psicoterapia de grupo con niños tienen su raíz en la modificación de la actividad psicoterapéutica tradicional y modelos psicoanalíticos de grupo. Como ya se ha visto, los dos grandes modelos teóricos que han realizado importantes aportes al trabajo terapéutico grupal son el psicoanálisis y el modelo cognitivo-conductual, los cuales utilizan técnicas específicas derivadas de sus postulados. Sin embargo, para W. Licamele y W. Bernet (1995), en la actualidad la elección de una técnica por sobre otra, se realiza a partir de la perspectiva del desarrollo, es decir, de la etapa en la cual el niño se encuentre, la madurez de la personalidad, psicopatología, síntomas, situaciones familiares y diagnóstico. Para los autores, las técnicas difieren en el énfasis puesto en la conversación versus actividades de juego, estilo de liderazgo de los terapeutas, en los tipos de materiales, en el espacio y tiempo usado para las reuniones de grupo, en balancear interpretación y apoyo, en balancear procesos de grupo y asuntos individuales, y en integrar el trabajo con los padres.

Desde esta perspectiva C. Araya y M. S. Lecaros (2000), no adoptan un modelo teórico exclusivo a la hora de conformar un grupo y elegir una técnica de tratamiento, sino que más bien refieren que su postura tiene dos pilares básicos. El primero de ellos, alude al conocimiento y evolución del niño en sus diferentes etapas, considerando las funciones cognitivas – intelectuales, el lenguaje, la psicomotricidad y el desarrollo socioafectivo. El segundo pilar se refiere al hecho de reconocer la desviación de estas funciones en el proceso de desarrollo o psicopatología evolutiva, producto de la alteración de factores tanto biológicos como ambientales.

Por su parte, P. Wilson y L. Hersov (1992) plantean que en la actualidad, el grupo terapéutico es aquel que es posible de ser utilizado por sus miembros en una variedad de maneras, como por ejemplo, para experiencias emocionales correctivas, para la exploración y comprensión de la transferencia, como un campo en el cual es posible observar e integrar aspectos conflictivos del self y de aprender nuevas formas de lidiar con las situaciones interpersonales, tanto dentro como fuera del grupo. A partir de estos postulados, es posible observar que al igual que las autoras anteriormente señaladas, P. Wilson y L. Hersov (1992), comparten el hecho de que para formar un grupo terapéutico infantil, los criterios son bastante flexibles y el uso de técnicas depende más de los objetivos y características de los integrantes del grupo, que de un modelo en particular. En este sentido, para el autor, el niño que ingresa a un grupo debe contar con las siguientes características: un grado suficiente de confianza básica y habilidad para formar y mantener una relación con otra persona, capacidad de distinguir entre fantasía y realidad, capacidad de tolerar la ansiedad y las emociones intensas despertadas en la psicoterapia sin una pérdida de control, habilidad de reconocer y expresar sentimientos y emociones, y capacidad de autoobservación en relación a la acción, pensamientos y emociones.

En cuanto a los objetivos terapéuticos, los autores contemporáneos coinciden en que éstos deben apuntar a una reducción de la sintomatología y mejoramiento de las relaciones sociales a través del logro de una interacción sana y positiva para el desarrollo integral del niño. C. Araya y M. S. Lecaros (2000), plantean dos tipos de objetivos terapéuticos: los referidos al niño en particular, derivados de procesos diagnósticos, refiriéndose a “aquellos cambios personales que el niño debe lograr en la interacción grupal y que le permitirán un

mejor ajuste social”<sup>5</sup> y aquellos objetivos referidos al grupo, cuyo hincapié reside en el logro de interacción sana entre los miembros del grupo, de manera de que su comportamiento sea socialmente aceptable.

Para W. Licamele y W. Bernet (1995) por su parte, dado que la terapia de grupo es utilizada para el tratamiento de diversos problemas psicosociales, la meta va a depender de la situación clínica propia de cada niño.

En cuanto a la eficacia de la terapia de grupo, G. Schames (1996) plantea que ésta va a depender principalmente de dos factores: por una parte de la selección de sus miembros y por otro lado del equilibrio grupal. Señala que al lograr equilibrar un grupo de niños, el terapeuta puede limitar el grado de acting-out que puede producir, incrementar el potencial de las interacciones correctivas entre los participantes y disminuir la ansiedad del propio terapeuta. Según el autor, este equilibrio se consigue seleccionando participantes que tengan diagnósticos, mecanismos de defensa y modelos de interacción interpersonal diferentes. Por ejemplo, hay mayores probabilidades de que se produzcan interacciones correctivas entre los propios miembros, cuando el grupo se constituye tanto de niños inhibidos y sobreadaptados, como de niños con trastornos conductuales e impulsivos. Así mismo, G. Schames postula que resulta muy beneficioso incluir en un grupo de niños con un nivel alto de funcionamiento intrapsíquico a un niño límite o esquizoide (cuyos síntomas no provoquen una excesiva ansiedad en los demás miembros); ya que estos niños suelen expresar deseos y temores inconscientes y primitivos que los otros participantes ignoran. Al mismo tiempo, suele

---

<sup>5</sup> Araya, C., Lecaros, M.S., 2000, pág. 897.

resultar beneficioso para los niños límite, por la interacción normalizadora con otros niños que tienen niveles superiores de organización yoica, y que por lo tanto, suponen un modelo de identificación constructivo.

Por su parte Kymissis (1997), propone la formación de grupos de tiempo limitado, los cuales se enfocan a temas específicos como la autoestima, el autocuidado y las habilidades sociales. Estos grupos reúnen elementos de la teoría psicoanalítica y modelo cognitivo – conductual, los cuales son combinados en forma de tiempo limitado para ayudar a los miembros a resolver interacciones interpersonales problemáticas.

De esta manera, se han revisado los planteamientos de los autores contemporáneos que hablan acerca de la psicoterapia grupal infantil y ha sido posible descubrir que al parecer, hoy en día no existe un planteamiento rígido acerca de la práctica de la terapia grupal infantil, y que tanto su utilización, como sus variaciones dependen de criterios flexibles que apuntan a considerar principalmente la etapa de desarrollo en la que se encuentran los niños y sus desviaciones respecto a estas etapas. Además, se han podido conocer las novedades en el tratamiento grupal infantil en cuanto a la formación de grupos y su eficacia en los trastornos infantiles.

### III.6 Indicaciones y Contraindicaciones para la Terapia de Grupo

Para Kymissis (1997), en general todos los niños pueden ser considerados como un candidato para la terapia de grupo. Sin embargo, algunas indicaciones más fuertes para la participación en un grupo incluye a los niños con ansiedad de separación, una autoimagen pobre, y aquellos con deficientes habilidades sociales e interpersonales, o menores poco asertivos y aislados. Por supuesto, cuando el grupo está centrado en un tema en particular, tales como el abuso, el duelo, o enfermedades físicas, el criterio para la inclusión en el grupo deberá estar relacionado con los temas en particular. Para el autor se pueden organizar algunos grupos homogéneos con este tipo de poblaciones, por ejemplo niños con diabetes, pacientes con asma, con VIH positivo, niños abusados, con desórdenes estresantes post traumáticos o niños con diagnóstico mixto.

Por otra parte, C. Araya y M. S. Lecaros (2000), plantean que los niños que más se benefician con este tipo de terapia, son aquellos que presentan un desarrollo neuropsicológico dentro de rangos normales, pero con deficiencia en el establecimiento de relaciones interpersonales, lo que les dificulta su incorporación al grupo de pares. Además de los trastornos mencionados por Kymissis, las autoras incluyen como beneficiarios a esta terapia, a niños que presenten trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, tanto aquellos que presentan predominancia del déficit atencional, como aquellos en el que predomina la hiperactividad o impulsividad, siendo estos últimos los más privilegiados. También incluyen a aquellos niños que presentan mutismo selectivo, trastorno de identidad, inmadurez caracterológica, trastornos del desarrollo caracterológico de tipo inhibido, dependiente, ansioso y pasivo – agresivo. Dentro de los Trastornos Generalizados del

desarrollo, incluyen a los niños con Síndrome de Aperger y algunos no especificados, como favorecidos con este tratamiento.

Desde la perspectiva psicoanalítica, Pavlovsky (1981) planteó criterios que rigen hasta la actualidad en la conformación de un grupo: El primero de ellos, alude a que niños con gran dificultad de comunicación con sus pares, debido a timidez e introversión, se ven beneficiados con esta modalidad de intervención. El factor común es el aislamiento social, producto de la proyección de sus impulsos agresivos que vuelven al niño temeroso de los demás e inhibido. El grupo funciona en este caso como una prueba de realidad, al comprobar que los demás niños no representan un peligro para él. El segundo criterio, se refiere a aquellos niños inmaduros emocionalmente, que tienen un gran deseo de contacto social, el cual ha sido coartado por padres sobreprotectores. Son niños con poca tolerancia a la frustración, con problemas en el colegio y con sus amistades, en los cuales el trabajo grupal les permite un crecimiento emocional y representa una instancia de aprendizaje de nuevos patrones de conducta. Aprenden a tolerar la frustración sin depositarla en los demás, lo que le permite compartir, cooperar, competir y jugar con los demás compañeros de grupo. Como tercer criterio, el autor describe a niños con reacciones fóbicas que ponen de manifiesto sus ansiedades en el grupo. El continuo interjuego de introyección-proyección propios de la relación transferencial, tanto con el terapeuta como con los demás niños, favorece la elaboración de sus conflictos básicos. Otro criterio alude a niños hombres que han tenido un padre ausente, faltando así una identificación con una figura masculina que los lleva a tener conductas afeminadas, por una falla en el aprendizaje de su rol sexual correspondiente. Las madres los llevan porque son motivos de burlas entre sus compañeros y por conductas poco masculinas que se reflejan también en la elección de juegos femeninos por sobre los

masculinos. La experiencia grupal y la presencia de un terapeuta varón, favorecen la identificación del niño y representa una instancia de aprendizaje del rol sexual. También describe a niños obsesivos con formaciones reactivas, niños buenos y obedientes, pero con problemas para relacionarse con sus pares. Tienen un gran temor de sus impulsos agresivos, lo cual logran controlar y defenderse mediante el altruismo y buen comportamiento. Por otra parte, se encuentran niños enuréticos (no siempre es efectivo por la premura de suprimir el síntoma) y por último, los niños con desórdenes de conducta. Lo principal es determinar donde se produce el problema (colegio, barrio, casa) y ver si existe alguna situación desencadenante de éste.

Frecuentemente, la modalidad de terapia de grupo es utilizada en conjunto con otros tratamientos, tales como la farmacoterapia, terapia individual, terapia familiar y hospitalización. Es esencial que todos los profesionales envueltos en el tratamiento del paciente se encuentren en continuo contacto para coordinar el plan del tratamiento e integrar la terapia de grupo en el plan de trabajo de todo el tratamiento.

Así como existen criterios para la inclusión de niños a este tipo de terapia, existen una serie de consideraciones para la exclusión a un grupo terapéutico. Kymissis (1997), señala que aquellos pacientes que deberán ser excluidos de la terapia de grupo son los siguientes: aquellos que tienen síntomas psicóticos activos (delirios, alucinaciones) no estarán habilitados para desarrollar un vínculo con el grupo, pacientes que son suicidas potenciales, se pueden convertir en una amenaza y presentar un tema difícil de enfrentar en el encuadre del grupo y los pacientes violentos, agresivos o impulsivos requieren de ser cuidadosamente evaluados para la inclusión en el grupo y sólo podrán ser aceptados bajo la condición de que ellos podrán cumplir con las reglas del grupo.

Para Pavlovsky (1981), la experiencia ha mostrado que muchos niños que por el diagnóstico hubieran sido rechazados, se adaptaron sin problemas al grupo, y otros que fueron aceptados en la selección fracasaron en el tratamiento, lo que obliga a pensar que aún no existe un criterio universal para decidir quién es apto y quién no para la terapia de grupo.

Frente a este problema, Pavlovsky propone la formación de grupos abiertos para el diagnóstico, cuyo objetivo es ver al niño funcionando en una situación grupal y realizar un diagnóstico dinámico a partir de este funcionamiento, con el fin de decidir quienes integrarán el grupo.

Para el autor, prácticamente son escasas las contraindicaciones para este tipo de terapia, a continuación se señalan una lista de ellas:

1. Niños con marcadas desviaciones sexuales o actividades e intereses sexuales prematuros. Es recomendable en estos casos hacer psicoterapia individual primero y luego incluirlos en un grupo, siempre dependiendo de su evolución.

2. Niños cleptómanos que sólo roben en la casa, ya que en estos casos el robo sería una protesta por un trato que el niño siente como inadecuado y al ofrecer el grupo un ambiente más permisivo, desaparecería el conflicto y por lo tanto el síntoma.

3. Psicosis, ya que requieren de gran atención por parte del terapeuta para un permanente cuidado, restándole atención al resto del grupo “menos enfermo”. La experiencia señala que primero se debe tratar individualmente y después de más o menos dos años, si existe una mejoría, insertarlos en un grupo.

4. Autismo precoz.

5. Algunos autores como Bills, Balint y Durkin en Pavlovsky (1981), piensan que hay que evitar incluir en un grupo, niños que son demasiado distintos al resto, como por ejemplo niños con retardo mental, lisiados y psicóticos, para que no se sientan excluidos.

6. Niños amigos dentro de un mismo grupo, debido a que se ve interferida la comunicación de conflictos por temor a perder prestigio en el círculo social común. Esto es aplicable también a compañeros de curso o colegio.

En este contexto, C. Araya y M. S. Lecaros (2000) incluyen en esta categoría a niños con trastorno de conducta, trastorno del desarrollo de la personalidad de tipo histriónico, narcisístico o paranoídeo y con síndrome psicorgánico o con trastornos de personalidad en los que la agresividad es importante.

A estas contraindicaciones, W. Licamele y W. Bernet (1995) incluyen a niños sociopáticos, los cuales están propensos a insultar o reírse de las debilidades de los miembros del grupo.

Finalmente, J. P. Bachman y E. Pérez (1993) agregan a esta clasificación a aquellos niños que sufren de una situación de crisis aguda, producto de accidentes catastróficos y pérdidas. Sin embargo a pesar de enumerar una serie de trastornos contraindicados para una terapia grupal, los autores establecen que el pronóstico no debe basarse sólo en el diagnóstico de la personalidad o síntoma, sino que debe tomar en cuenta la historia evolutiva del niño, el nivel de los conflictos, la importancia y calidad de las angustias predominantes, el carácter de las defensas, el grado de las regresiones y por último, la historia familiar.

#### **IV. CONCLUSION**

La psicoterapia de grupo en niños surge desde diversos contextos, como una respuesta a la necesidad de solucionar problemas psicológicos, sociales y afectivos. En la evolución que ha experimentado a lo largo de los años, una de los modelos más influyentes en este campo, es el enfoque clínico, en el cual se destaca Joseph Pratt por la utilización de grupos terapéuticos infantiles, en niños que padecían una enfermedad crónica. Así mismo, desde el ámbito educacional, se reconoce el aporte a lo que actualmente es una terapia grupal, a uno de los grandes exponentes de este modelo, Samuel R. Slavson. Este observa en una primera instancia, cómo el clima grupal favorece la expresión de fantasías y sentimientos mediante la acción y el juego, facilitando la manifestación de los conflictos en un medio contenedor y estable. De esta manera, lo que comenzó como un trabajo grupal con niños netamente educativo, se fue transformando en un instrumento terapéutico propiamente tal, el cual estaba orientado hacia los procesos evolutivos que caracterizan a cada etapa del desarrollo.

Junto con la experiencia ganada por estos autores y las influencias de modelos teóricos como, la teoría de sistemas, el psicodrama de J.L. Moreno y el juego, entre otras, se ha logrado establecer una definición del concepto de terapia de grupo, específicamente en el trabajo con niños. Esta definición, cuenta con dos planteamientos importantes a considerar, para comprender de manera clara y precisa el significado de este tipo de intervención. Primero, que se entiende por psicoterapia de grupo, a un conjunto de personas que interactúan bajo la dirección de un terapeuta para lograr modificar aspectos de su personalidad y mejoramiento de ciertas patologías. Segundo, esta definición en un contexto infantil, debe ajustarse a los cambios que el niño va sufriendo en su proceso de desarrollo, y de esta manera basarse

principalmente en una visión evolutiva de la psicopatología y tratamiento. En este sentido, se hace imprescindible comprender los procesos que subyacen a cada etapa y rescatar las diferencias entre los distintos niveles evolutivos, sin olvidar que en cada momento del desarrollo van desencadenándose fenómenos grupales, como son la relación entre los niños y adultos en situaciones de grupo.

Uno de los procesos de desarrollo que inevitablemente adquiere relevancia para la psicoterapia grupal infantil, es el de socialización, principalmente aquél aspecto de éste destinado a la maduración y desarrollo de rasgos positivos en la personalidad del niño.

Como se vio durante este trabajo, la influencia del medio social en el proceso de desarrollo comienza desde antes del nacimiento, momento en el cual el ser humano cuenta con lo que se ha llamado equipamiento del recién nacido. Este equipamiento, alude a una serie de disposiciones conductuales sobre las cuales comenzarán a asentarse funciones cognitivas, afectivas y sociales, las cuales a medida que el niño crece y va recibiendo y experimentando las demandas ambientales, resultan en capacidades y habilidades que le permiten ir logrando una mejor adaptación. Estas capacidades van requiriendo entonces la interacción del niño con su ambiente para que emerjan y en este sentido, es que se considera al hombre como un ser integral, en el cual todas sus capacidades van desarrollándose en un orden y tiempo determinado.

La mediación que ejerce el ambiente en el desarrollo sano del niño, tiene su fundamento en la participación con otros para lograr la adaptación. En su inicio, es posible mencionar la relación madre-hijo, como la primera relación en la que participa el ser humano y en la cual se establece una dependencia física y psicológica. A su vez, en esta relación el niño comienza lo que se ha denominado proceso de separación-individuación, destinado al desarrollo de su

individualidad y al logro de una imagen materna estable y segura. En este contexto, se destaca a la familia como primer agente socializador, el cual proporciona los patrones básicos de comportamiento que guiarán las interacciones sociales que el niño va a establecer con el medio y otorgará las pautas de resolución de conflicto fuera de su núcleo familiar.

Por otro lado, el grupo de pares ejerce un rol importante en la socialización, ya que facilita el logro de capacidades como, empatía, aprendizaje del rol sexual, autoestima positiva y desarrollo de habilidades sociales entre otras, las cuales llevan al mismo tiempo, al establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas. Considerando esta afirmación, se postula que aquellos niños que presentan dificultades en este terreno, requieren resolverlas en el mismo contexto en el cual estos conflictos nacen, es decir, las interacciones sociales. Por esta razón, la importancia del grupo radica en que al interior de éste, el niño va conociendo a los otros y a su vez tomando conciencia de sí mismo, de sus capacidades y limitaciones, que muchas veces comparte con los demás. De esta manera, el grupo proporciona un alivio para el niño, al darse cuenta que sus problemas también le aquejan a otros, convirtiéndose así en un espacio de contención, seguridad y aceptación.

El trabajo en un grupo terapéutico, hace posible también que el terapeuta observe en forma directa la interacción del niño con sus pares, principalmente, cómo resuelve sus conflictos con ellos, su tolerancia frente a la frustración, el respeto a la autoridad y la aceptación de normas y límites. Así mismo, representa una instancia de evaluación de las distintas áreas del desarrollo, es decir, permite realizar diagnósticos clínicos que orientan al terapeuta para la indicación de tratamiento.

En este marco es entonces, que la psicoterapia de grupo en niños es tan relevante como intervención terapéutica y muchas veces protagonista en el tratamiento de casos clínicos

particulares, como son por ejemplo, niños que presentan inmadurez caracterológica, trastornos de ansiedad, trastornos de identidad y deficiencia en habilidades sociales. Todas estas alteraciones son también consideradas desde un punto de vista evolutivo y no como un echo aislado o estancado en la organización de la personalidad del niño.

En la utilización de la psicoterapia de grupo, como intervención terapéutica para ciertos cuadros psicopatológicos, se destacan dos enfoques teóricos. Por una parte, el psicoanálisis cuyo objetivo terapéutico es lograr que el niño canalice sus impulsos y los exprese en forma simbólica. Para el logro de este fin, desde esta perspectiva el grupo entrega la posibilidad de que cada miembro se identifique con los sentimientos de unos y otros, representando de esta forma, una zona intermedia entre el mundo interno y la realidad. Así mismo, el grupo al facilitar que el niño proyecte en los otros miembros, da la posibilidad de que el conflicto intrapsíquico se convierta en conflictos o desavenencias grupales, evitando así el acting out.

Por su parte, el modelo cognitivo-conductual está orientado a que el niño se comporte de una manera más adaptativa en el contexto familiar, social y educacional, a través de intervenciones enfocadas sobre pensamientos desadaptativos y errores cognoscitivos. Para ésto, toma en cuenta las experiencias o factores causantes de estrés en la vida del niño para la resolución de problemas, basando el tratamiento, no sólo en el alivio de síntomas, sino que intenta también solucionar dificultades y conflictos subyacentes, sin perder de vista los problemas presentes. Desde este enfoque, el grupo le ofrece al niño la oportunidad para aprender conductas y cogniciones, a medida que responden a las demandas grupales. En los grupos terapéuticos, también los niños aportan a los demás a través de feedback y consejos,

ayudando al otro y a ellos mismos de una manera más eficaz, que al ser receptores únicos de una terapia individual.

Ambos enfoques cuentan con una serie de técnicas derivadas desde sus postulados teóricos, pero a diferencia del psicoanalítico, el cognitivo-conductual no dispone de bibliografía acerca del uso de herramientas terapéuticas en grupo, por lo que las autoras del presente trabajo intentaron adaptar algunas de ellas al trabajo grupal.

Hoy en día, los terapeutas que trabajan con psicoterapia de grupo infantil, no adoptan un modelo teórico exclusivo a la hora de conformar un grupo y elegir una técnica de tratamiento, sino que su elección se basa principalmente en elementos como el diagnóstico o psicopatología del niño, la etapa del desarrollo en que se encuentra, su situación familiar y personalidad. En este sentido, se toma en cuenta la evolución del niño en sus diferentes etapas y se considera la desviación de ciertas funciones en el proceso de desarrollo o psicopatología evolutiva, producto de factores biológicos y ambientales. De esta manera, el objetivo terapéutico es el logro de una interacción sana y positiva para el desarrollo integral del niño, a partir de los cambios individuales que le permitan ajustarse socialmente. Ahora bien, la psicoterapia de grupo es una modalidad terapéutica fundamental en algunos casos, no obstante es imprescindible que en ciertas ocasiones se complemente con otras alternativas de intervención como son las terapias individuales, farmacológicas y/o familiares, para lograr un tratamiento integral y efectivo.

Para finalizar, resulta importante reflexionar acerca de lo que esta memoria de título ha significado para sus autoras: un proceso de enriquecimiento tanto a nivel profesional como

personal. En relación al primero, el desarrollo de esta investigación ha permitido lograr una mayor maduración e integración de conceptos propios de la Psicoterapia, Psicología del Desarrollo y Psicología Clínica Infantil, enriqueciendo la especialización en el área. Por otra parte, se ha logrado comprender y valorar la importancia de la socialización en el proceso de desarrollo del niño, principalmente el sistema familiar en un primer momento, y los pares posteriormente, para obtener un comportamiento socialmente aceptado. Se destaca también, la necesidad de muchas veces recurrir a instancias naturales y espontáneas en los niños, como es el trabajo en grupo, para dar solución a sus conflictos individuales.

Por otro lado, en el ámbito personal la realización de esta memoria ha significado un conjunto de experiencias cruciales y relevantes, especialmente asociadas a la voluntad, confianza y perseverancia para continuar trabajando frente a dificultades, que serán siempre un aprendizaje invaluable.

## V. METODOLOGIA

En el presente trabajo, se realizó una síntesis bibliográfica acerca de la Psicoterapia de Grupo en niños, para lo cual se siguieron los siguientes pasos:

1. Visita a biblioteca Universidad Católica, Universidad de Chile, Universidad Diego Portales, Universidad Gabriela Mistral y Clínica Psiquiátrica U.CH, en las cuales se revisaron tesis acerca del tema, revistas de psicología como la Revista Internacional de Psicología y Educación, Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, e International Journal of Groups of Psychotherapy.

2. Consulta a expertos.

3. Búsqueda en Internet en direcciones tales como [www.psyconet.com](http://www.psyconet.com), [www.apa.org](http://www.apa.org), [www.psy.org](http://www.psy.org), [www.psyuba.ar](http://www.psyuba.ar), [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).

Los temas que se revisaron son:

1. Psicoterapia de Grupo

2. Psicoterapia Infantil

3. Psiquiatría Infantil

4. Psicoterapia grupal de orientación Psicoanalítica y Cognitivo- Conductual.

## VI. BIBLIOGRAFIA

1. Araya, C. y Lecaros, M.S. (2000). La Psicoterapia de Grupo en Niños. En R.J. Meneghello y M.A. Grau, *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Argentina: Médica Panamericana.
2. Arón, A. M. y Milicic, N. (1999). *Clima Social y Desarrollo Personal*. Chile: Andrés Bello.
3. Bachman, J. P. y Pérez, E. (1993). La Psicoterapia de Grupo con Niños. En J. Manzano y F. Palacio – Espasa, *Las Terapias en Psiquiatría Infantil y en Psicopedagogía*. España: Paidós.
4. Berwart, H. y Zegers, B.(1980). *Psicología del Escolar*. Chile: Universitaria.
5. Craig, G. (1988). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
6. Cramer – Azima, Fern J. (1991). *Group Psychotherapy for Children and Adolescents*. En Lewis Melvin, *Child and Adolescent Psychiatry*. Williams and Wilkins.
7. Delval, J. (1996). *El desarrollo Humano*. España: Siglo 21.
8. Fau, R. (1954). *Los Grupos de Niños y Adolescentes*. Barcelona: Luis Miracle.
9. Freud, S. (1920 – 1922). *Obras Completas vol. 18*. Amorrortu Editores, segunda edición.
10. Freud, S. (1920 – 1922). *Obras Completas Tomo III*. Biblioteca Nueva, tercera edición.
11. Grinberg, L., Langer, M., Rodrigué E. (1971). *Psicoterapia del grupo*. Edit. Paidós.

12. Knell, S. (1997). Terapia de Juego Cognoscitivo- conductual. En O'Connor, K.J. y Schaefer C.E. Manual de Terapia de Juego, volumen 2: Avances e innovaciones. México: El Manual Moderno.
13. Kymissis, P. (1997). Group Therapy. En Melvin Lewis, Child and Adolescent Psychiatric Clinics. Vol.6.
14. Licamele, W. y Bernet, W. (1995). Group Psychotherapy. En Kaplan Harold I, Sadock Benjamín J. Comprehensive Text Book of Psychiatry. Vol II, sixth ed. Williams and Wilkins.
15. Mahler, M.S., Pine, F. y Bergman, A. (1975) El Nacimiento Psicológico del Infante Humano. Buenos Aires: Marymar.
16. Meichenbaum, D. y Gilmore, J. B. Naturaleza de los Procesos Inconscientes. Una Perspectiva Cognitivo – Conductual. Apunte Universidad Gabriela Mistral. Sin año.
17. Mendlowitz, S. y Cols. (1999). Cognitive-Behaviorial Group Treatments in Childhood Anxiety Disorders: The Role of Parental Involvement. En Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.
18. Mussen, P., Conger, J.J. y Kagan, J. (1973). Desarrollo de la Personalidad en el Niño. México: Trillas.
19. Newman, B. y Newman, P. (1983). Desarrollo del Niño. México: Limusa.
20. Opazo, R. Cognición y Afecto en Terapia Conductual. En Revista Análisis del Comportamiento II. Apunte Universidad Gabriela Mistral.
21. Opazo, R. Avances en Terapia Cognitivo – Conductual. Apunte Universidad Gabriela Mistral. Sin año.

22. Papalia, D. y Wendkos, S. (1992). *Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*. Edit. Mc. Graw – Hill, 5º edición.
23. Pavlovsky, E. (1981). *Psicoterapia de Grupo en Niños y Adolescentes*. Madrid: Fundamentos.
24. Puchol, D. (2002). *Teoría y Práctica de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual*. Revista Psiquiatría.com.
25. Rose, Sh. (1996). *Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual*. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de Grupo*. Madrid: Médica Panamericana.
26. Rutan, J. (1996). *Terapia Psicoanalítica de Grupo*. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de Grupo*. Madrid: Médica Panamericana.
27. Sacks, J. (1996). *Psicodrama*. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de Grupo*. Madrid: Médica Panamericana.
28. Schaefer, Ch., Johnson, L. y Wherry, J. (1982). *Group Therapy for Children and Youth*. San Fco: Jossey-Boss Publishers.
29. Schamess, G. (1996). *Terapia Grupal con Niños*. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de Grupo*. Madrid: Médica Panamericana.
30. Scheidlinger, S. (1996). *Historia de la Terapia de Grupo*. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de Grupo*. Madrid: Médica Panamericana.
31. Speier, A.(1968). *Psicoterapia de Grupo en la infancia*. Buenos Aires: Proteo.
32. Walker, J.E. y Shea, T.M. (1987). *Manejo Conductual*. México:El Manual Moderno.
33. Wilson, P. y Hersov, L. (1992), Cap.52 *Psicoterapia Individual y Grupal*. En Lewis Melvin, *Child and Adolescent Psychiatry*. Edit. Williams and Wilkins.

34. Zegers, B. y Grebe, M. P. Desarrollo de la Personalidad Primera Infancia. Apunte Universidad Gabriela Mistral. Sin año
35. Zegers, B. Edad Preescolar. Apunte Universidad Gabriela Mistral. Sin año

BIBLIOTECA ARNALDO MERBILHAA COUSTERE  
UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL



3 5618 00027 4025