



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Licenciatura en Psicología Área Clínica

"PSICOTERAPIA GRUPAL INFANTIL:
De la formación académica a la formación profesional"

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Licenciado en Psicología Área Clínica

Presenta:
Diana Jazmín Sánchez Olvera

Dirigido por:
Dr. Manuel de Gpe. Guzmán Treviño

SINODALES


Dr. Manuel de Gpe. Guzmán Treviño
Presidente

Dra. Raquel Ribeiro Toral
Sinodal

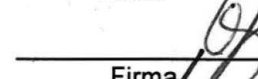
Lic. Ana María Guzmán Olvera
Sinodal

Dra. Andrea Leticia López Pineda
Sinodal

Lic. Elsa Vega Fernández
Sinodal

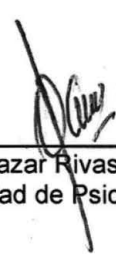

Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


MDH. Jaime Eleazar Rivas Medina
Director de la Facultad de Psicología UAQ

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Octubre 2013
México

Agradecimientos.

Gracias a mi familia: mi mamá y mis hermanas por creer en mí. A mi papá, porque la distancia no es ausencia.

A la Facultad de Psicología de la UAQ, por ser mí segundo hogar, por el aprendizaje, la formación y la experiencia de vida que me ha otorgado.

A mis niños y niñas que han formado parte de esta experiencia maravillosa de enseñanza.
Reaprendo el mundo cada día junto a ellos y ellas.

A mis lectoras sinodales, por leerme.

A Belem, amiga, por el apoyo en la revisión y la lectura.

Gracias a Evelyn, por ser amiga y colega en este viaje de aprendizaje de la práctica clínica.
Por el tiempo compartido y por la *folie à deux* que nos llevó a coincidir en este proyecto.

Al Dr. Manuel Guzmán, por creer siempre en mí como persona, como estudiante, como tesista, como profesionista de la psicología clínica, aun en momentos en que yo dudaba. La paciencia es una virtud que he aprendido bajo su tutela.

A mi pareja... por el amor y la compañía.

INTRODUCCIÓN	6
Capítulo I. CONTEXTUALIZACIÓN.....	9
1.1. De lo Mundial	11
1.2. De lo Nacional.....	17
1.3. De lo Local.....	18
1.4. De la Facultad de Psicología a lo Personal.....	19
1.5. Pre conclusiones.....	24
Capítulo II. MARCO TEÓRICO	25
2.1. Principios Psicoanalíticos.....	26
2.2. Teoría de Grupos: Psicoterapia grupal	35
2.3. Psicoanálisis de la Infancia	46
2.4. Modelo GIN-GAP	55
2.5. Sobre lo institucional.....	66
Capítulo III. METODOLOGÍA.....	71
3.1. De la Clínica Analítica Grupal Infantil	74
3.2. Del Registro	77
3.3. De la Supervisión	79
Capítulo IV. SOBRE LA EXPERIENCIA	81
4.1. CeSeCo Norte: Atendiendo a la Demanda Psicológica de Infantes	84
4.1.1. “Grupo Piloto”.....	85
4.1.2. Consideraciones iniciales	85
4.1.3. Entrevistas con los padres y los niños(as) candidatos(as) al “Grupo Piloto”	86
4.1.4. Consideraciones de la conformación del “Grupo Piloto”	88
4.1.4.1. Motivo de consulta.....	89
4.1.5. Presentación y fase de inicio	90
4.1.6. Los que se fueron.....	91
4.1.7. Los que llegaron... y también se fueron.....	92
4.1.8. Segundo Grupo de Psicoterapia Infantil: CeSeCo Norte.....	93
4.1.8.1. Motivo de consulta.....	94
4.1.8.2. Psicodinamia del Grupo.....	95
4.1.9. Aprendizaje de la experiencia en CeSeCo Norte. Conclusiones	98

4.2. Trabajo de Intervención Clínica en Instituciones:	
“Colegio Educación y Patria, CENDI Charly”	99
4.2.1. Decálogo de las Adversidades Institucionales	101
4.2.2. La propuesta de intervención	107
4.2.2.1. De la propuesta: los objetivos de la intervención	108
4.2.2.2. De la propuesta: acciones concretas del trabajo grupal	109
4.2.3. Intervención Clínica Directa	110
4.2.3.1. Proceso de selección para los Grupos de Psicoterapia Infantil	111
4.2.3.2. Presentación y Psicodinamia. Grupo 1: “Los chiquitos”	113
4.2.3.3. Aprendiendo de la experiencia. Una reflexión del Grupo 1	116
4.2.3.4. Indicios del trabajo clínico. Grupo 1	117
4.2.3.5. Viñetas explicativas.....	118
4.2.3.6. Presentación y Psicodinamia. Grupo 2: “Los grandes”	123
4.2.3.7. Aprendiendo de la experiencia. Una reflexión del Grupo 2	126
4.2.3.8. Indicios del trabajo clínico. Grupo 2	127
4.2.3.9. Primera y única entrevista con padres de familia	131
4.2.4. Supervisión de la Intervención Institucional	134
4.2.5. Conclusiones	137
4.3 Trabajo en el Consultorio Particular	142
4.3.1. Inicios	143
4.3.2. Proyecto “Noo Botsi Di Nxodi”	146
4.3.3. Plan de trabajo	149
4.3.3.1. Entrevistas con padres de familia	152
4.3.3.2. Viñetas.....	155
4.3.3.3. Primera fase del tratamiento	163
4.3.3.4. Visitas a la Escuela Primaria “Noo Botsi Di Nxodi”	166
4.3.3.5. Segunda fase del tratamiento.....	167
4.3.4. Conclusiones	168
Capítulo V. RESULTADOS	170
Capítulo VI. DISCUSIÓN	183
Capítulo VII. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	192
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	203
ANEXO	
9.1 Primera sesión, “Grupo Piloto”	207
9.2 Formato de 1er. entrevista a Padres de Familia.....	208
9.3 Propuesta de proyecto presentada a la Escuela Primaria “Noo Botsi Di Nxodi”	210

RESUMEN

El presente documento de tesis expone las complejidades de convertirse en profesionista de la psicología clínica, teniendo como contexto inmediato tanto las condiciones laborales existentes de la época, como la formación académica propuesta por la Facultad de Psicología área clínica de la Universidad Autónoma de Querétaro.

La formación académica de ésta Facultad propone en su plan curricular, que el 90% de sus contenidos sean de orden psicoanalítico aun cuando la licenciatura sea en psicología clínica y no con terminal psicoanalítica. Esta situación, coloca al egresado de la licenciatura en un lugar específico y señalado frente a otros profesionistas de la psicología como a la comunidad en general. El psicoanálisis es la clave y la cruz para el ejercicio de esta carrera, al menos en lo que concierne a quienes nos formamos en esta universidad.

Es en medio de este contexto como se estructura el proyecto *“Jugando Expreso lo que Siento”*, el cual se trabaja desde la Psicoterapia Grupal Infantil bajo los lineamientos teóricos-técnicos del modelo GIN-GAP. Es una propuesta que articula las materias curriculares marginales dentro del área clínica, como una forma compensatoria de lo que no se revisó en el aula. Lo que comienza como un proyecto académico se convierte en la práctica profesional-laboral de dos recién egresadas de licenciatura.

Aunque no era la intención inicial, se hace una crítica constructiva a la formación académica, en lo que refiere a la articulación entre la teoría psicoanalítica y la práctica clínica directa.

Es en este proceso, de lo académico al ejercicio clínico profesional, como se pretende, con el proyecto *“Jugando Expreso lo que Siento”*, consolidar la práctica de la clínica grupal con infantes en tanto que se perfila como una alternativa de consulta psicológica eficiente y competente. De esta forma se logra conjugar la vocación profesional con el ejercicio profesional.

Palabras clave: Psicoterapia Grupal Infantil, formación académica, formación profesional, vocación profesional, práctica clínica directa, psicoanálisis, transición.

INTRODUCCIÓN.

“...porque escribir para dar un mensaje traiciona la función primordial de la narrativa, su sentido esencial, que es el de la búsqueda del sentido.

Se escribe, pues, para aprender, para saber; y una no puede emprender ese viaje de conocimiento llevando previamente las respuestas consigo.”

La loca de la casa, Rosa Montero.

Rosa Montero dice que escribir es vivir con “La loca de la casa”, es decir: la imaginación. Donde no hay pies ni cabeza, sólo un manantial de posibilidades, de historias y proyectos que contar, y además, una obstinada necesidad de transmitirlo; entonces, se escribe.

*El por qué y para qué escribir este documento de tesis no era claro cuando decido hacerlo, en realidad seguía sin serlo mientras lo escribía, pero hoy, poco más de un año después de haber iniciado esta labor, concuerdo con la autora cuando afirma que se escribe en **búsqueda del sentido, para aprender y para saber**. Y espero, en esta misma línea de pensamiento sea la lectura de esta tesis.*

Esta tesis es nombrada como “Psicoterapia Grupal Infantil: de la formación académica a la formación profesional” por la evolución personal que implica, la maduración de un proyecto académico que se convierte en la primera fuente laboral como profesionistas.

El capítulo primero de este documento, el de *Contextualización* está dedicado a ubicar la situación presente, tanto en lo que refiere a mi como egresada y profesionista en ciernes de la psicología clínica, como de lo que acontece en el cotidiano de los pacientes que se atienden conmigo, los niños y niñas que han formado parte de este proyecto. De esta forma poder dar un vistazo general del momento histórico, social y cultural en que la infancia se desarrolla hoy día, que es el mismo tiempo en que inicio mi labor profesional y en que se escribe esta tesis. Se considera importante este capítulo porque el contexto funge como condicionante, ya sea a la demanda de atención psicológica en infantes como a la respuesta a esa demanda por parte de los y las profesionistas de esta especialidad.

En el segundo capítulo, el de *Referente Teórico*, se rescatan principios psicoanalíticos, conceptos clave del Psicoanálisis que fungen como la base esencial para el abordaje analítico y clínico, en especial porque es la línea teórica y metodológica que se revisa en la Facultad de psicología del área clínica de esta universidad.

También se aborda teoría de grupos, lo que se denomina como psicoterapia grupal, sus variantes con la psicoterapia individual, y la incidencia de la teoría psicoanalítica en la clínica con grupos. Se retoma la polémica en torno al psicoanálisis de la infancia, que al igual que con los grupos de psicoterapia, genera cierto dejo de suspicacia inferir que se puede hacer psicoanálisis con infantes así como la incidencia directa de los padres de familia, en la atención clínica con estos pacientes.

El modelo GIN-GAP (Dupont & Jinich) es determinante dentro de este capítulo, ya que es el modelo teórico y metodológico en que se basa el proyecto “Jugando Expreso lo que Siento” que aquí se presenta. Se desarrolla a fondo los postulados teóricos que llevaron a la formulación de ésta técnica de trabajo clínico.

Finalmente, en este capítulo también se aborda el tema de las instituciones como un campo fértil para la incursión del trabajo clínico psicológico.

En el capítulo III, el de *Metodología*, se desarrolla el método y la técnica freudiana, la asociación libre e interpretación, como un procedimiento metódico más acabado para el trabajo analítico grupal con infantes se retoma el propuesto en el GIN-GAP, así como las modificaciones necesarias que se hicieron a este modelo para la configuración de la propuesta que aquí se presenta.

El capítulo IV, *Sobre la experiencia*, el más extenso de este documento, se conforma por tres experiencias clínicas institucionales en donde se trabajó desde la psicoterapia grupal infantil. Se hace una presentación general del proyecto “Jugando Expreso lo que Siento”; y una presentación particular de cada una de las tres instituciones con las que se trabajó con esta propuesta hasta su consolidación en la consulta privada.

Los tres escenarios en que se desarrolla el proyecto “Jugando Expreso lo que Siento” son: CeSeCo Norte, Colegio Educación y Patria ‘CENDI Charly’ y en la Escuela Primaria Noo Botsi Di Nxodi en conjunto con el consultorio privado.

En el capítulo V, que es el de *Resultados*, se da cuenta de lo obtenido en cada una de estas experiencias, mismos que validan esta labor clínica con los cambios significativos en cada uno de los niños pacientes, y el proceso terapéutico de cada grupo. De esta forma se evidencian también los puntos ciegos a mejorar y modificar en la estructura del proyecto.

En el capítulo VI, el de *Discusión*, se explica y justifica cada una de las modificaciones realizadas al modelo original GIN-GAP. Considerándose entonces, este trabajo, como una propuesta de trabajo clínico profesional que responde a la demanda de atención psicológica con infantes.

Finalmente, el capítulo VII, el de *Conclusiones*, expone generalidades y particularidades a las que se llegaron en la constitución de este proyecto y el aprendizaje de la experiencia.

Se agrega un apartado de *Anexos* que incluye el Formato de primera entrevista con los padres, mismo que se diseñó como apoyo y respuesta a la necesidad de sistematizar la información que brindan los padres, referentes a la familia y el niño en cuestión.

También se anexa la propuesta formal, tras algunas modificaciones de la primera elaborada para el CENDI, que se acepta en la primaria Noo Botsi Di Nxodi.

Capítulo I
CONTEXTUALIZACIÓN

“... porque uno no vive solo
y lo que le pasa a uno
le está sucediendo al mundo...”
Facundo Cabral

Introducción.

La psicología, en este caso la clínica, es considerada como parte elemental dentro de las disciplinas y ciencias denominadas como humanas y sociales. Uno de sus fundamentos básicos se encuentra en el argumento de que somos seres sociales, es la cultura, los otros/nosotros en relación dialéctica somos quienes nos forjan/forjamos, educan/educamos, nos hacen/hacemos humanos en tanto que aprendemos un lenguaje y un código normativo; somos parte de una familia, una comunidad, una nación. Es por tanto que no se puede hablar de uno, como persona en singular, sin hablar del otro, los otros/nosotros en plural porque en esos otros estamos incluidos. La historia de la humanidad se basa en ello, el cómo un acontecimiento local tiene repercusiones en lo nacional y lo mundial.

Nuestro contexto, el día a día en una época, un tiempo, una ciudad, un país, un momento histórico cultural específico es el escenario donde se desarrollan las actividades cotidianas que nombramos presente. Ese presente cuenta con una serie de características que lo identifican y que como parte activa de él, lo que hacemos y dejamos de hacer está medido respecto a ese contexto al que pertenecemos.

De esta forma, este documento de tesis está marcado por ese contexto que a pesar de él y gracias a él se ha logrado. Por tanto, poder hablar de la situación que rodeó la realización del trabajo clínico con infantes en la modalidad de grupo y la escritura de este documento para titulación de la licenciatura, es importante y en gran medida funge como justificación y legitimación del mismo.

1.1. De lo Mundial.

“Follow me on Twitter”

Twitter

La lógica que rige la era denominada *posmodernidad* que para algunos autores de la época es la que estamos viviendo, se caracteriza por la mediatización tecnológica como una necesidad del cotidiano, es decir, los medios de comunicación masiva se han hecho parte del día a día de la manera más “natural”. Tienen por cometido, tanto vender afanosamente y con ello generar un consumismo masivo, como “informar” insistentemente lo que sucede en el mundo.

La inmediatez tanto en la información, como en la comunicación a través de las “redes sociales” y en la obtención de bienes materiales, acelera el ritmo de vida general de las personas. Se acostumbra a que los tiempos de espera sean menores y que la rapidez es sinónimo de eficiencia y calidad.

Hay una suerte de exhibicionismo propia de la época, donde la gente ¿quiere? ¿necesita? “saber” lo que les sucede a los demás, al mundo entero. Esto se propicia cuando las opciones para informarse se incrementan, las “redes sociales” ofrecen múltiples modalidades para publicar en dónde, con quién, a qué hora, qué hiciste hoy, estado de ánimo, cuáles son tus preferencias sexuales, hobbies, sitios de interés, relación sentimental; en suma, se abre un océano de posibilidades de relaciones, de principio a fin, impersonales, donde se cultiva la falsa idea de que se puede estar en contacto “directo y personalizado” con tal y cual persona conocida, tanto como con alguna personalidad del mundo político, deportivo, artístico y religioso.

Todo lo anterior sustentado en imagen, donde la fotografía y el fotoshop hacen gala de cada evento de relevancia y del cotidiano, para dar cuenta de cada instante de la vida personal propia y ajena, que ahora se hace de “interés público”.

a. Redes Virtuales, Internet, Facebook, Twitter.

La vida personal de un individuo común se puede hacer pública, dar la vuelta alrededor del mundo en un segundo al igual que el de una figura pública, del espectáculo, político, religioso.

Tal es el caso de Facebook y Twitter que han creado una realidad virtual denominada como “red social”, donde suponen cercanía y contacto con otras personas, amigos, familiares, conocidos así como personajes públicos y de renombre. Con el lema “follow me on twitter” se crea una falsa idea de cercanía con las celebridades de época, mismas que se han modernizado y adoptado bajo esta modalidad de contacto y comunicación con sus “fans”, “seguidores” y “feligreses”. ¿Hasta dónde llega este contacto de supuesta comunicación a convertirse en un acto perverso de voyerismo y acoso a las vidas tanto de estas personalidades como de las personas en general?

Es usual en Facebook mensajes de burla en imagen, donde la libertad de expresión se ha convertido en ciertos casos en una forma de falta de respeto, en otra época inaceptable, de las figuras de autoridad y religión, así como de noticias de desastres naturales, terrorismo y violencia. Por ejemplo, en Facebook vi una imagen que afirmaba que *“...si Jesús hubiese tenido cuenta de twitter tendría más “seguidores” de los que consiguió predicando y con la crucifixión.”*

Si bien la aseveración estaría fuera de contexto tanto histórico como social y cultural, pone en comparación la popularidad de este personaje con los que serían sus rivales en la lucha por los “seguidores”. Sin embargo, también pone al descubierto la anarquía de lo que se argumenta como “libertad de expresión” misma que ha rebasado sus propios límites, donde de la vida de Jesucristo por ejemplo se hace una parodia como algo ordinario del cotidiano; de igual manera la tendencia general en el Facebook es mofarse del dolor ajeno tanto personal como nacional y a nivel mundial, ya no guarda respeto y la vida personal se vuelve pública no dando lugar a lo íntimo que se presenta como un valor humano en proceso de extinción.

La facilidad de acceso y uso de internet, video juegos, teléfonos celulares y sus múltiples derivados, ha logrado sus alcances tanto en dimensiones geográficas, económicas como

generacionales. Las personas mayores se han “modernizado” y ya tienen su celular. Infantes de preescolar aprenden primero usar el celular de sus padres antes que aprender a leer y escribir. Escenas del cotidiano donde en una reunión de café de la media tarde, un par de mujeres con hijos de entre 2 y 5 años, evitando que las distraigan de su plática, les prestan el celular a sus hijos para “entretenerlos”, mejor dicho ¿para callarlos?.

Otra escena cotidiana, en un restaurante, una familia sale a cenar, padres, hijos adolescentes, niños y abuelos. Mientras los padres y los abuelos hablan y parlotean en alta voz, los hijos/nietos se “entretienen” en silencio con el celular, ipod, PSP, checando su Facebook y publicando: “*Cenando en Bernal con mi familia*”, con la cual apenas dirigen palabra.

En cierta forma, la consulta clínica tiene como telón de fondo la despersonalización y deshumanización de las relaciones en pareja, en la familia, en las amistades, en la escuela, en el trabajo. La palabra de Facebook y la difusión de Twitter se colocan, aunque sea atrevido afirmarlo así, como: El Gran Otro. El Oráculo Siglo XXI. Los mediadores de las relaciones interpersonales, los informadores del acontecer diario, el divertimento social.

Es así y como parte de la contextualización de este documento, que a la par del trabajo clínico que realizo me voy enterando de ciertas noticias que giran alrededor del mundo, principalmente a través de las redes virtuales “sociales”, mismas que van matizando el día a día y que configuran el espíritu del acontecer mundial.

b. Infancia posmoderna

*“¿Qué haces cuando compartes tiempo con tu papá?:
-Mmm... Si es domingo en la mañana, jugamos Xbox, si es domingo al medio día
jugamos Xbox, si es domingo en la tarde jugamos Xbox, si es domingo en la noche
jugamos Xbox.
¿Y si es lunes por la tarde?:
-Después de hacer mi tarea, jugamos Xbox.”*

*Alan, 7 años.
Grupo de los martes*

La generalidad de los niños aprende a usar con gran facilidad instrumentos y aparatos de alta tecnología, tales como el internet, video juegos, celulares, ipod, tablet, que aparecen como cosas simples que configuran su cotidianidad tanto en casa como en la escuela.

En la gran mayoría de los casos, es la escuela en primera instancia quienes solicitan a los padres de familia la atención psicológica para los estudiantes. Una vez que los padres responden a esta demanda de la escuela, argumentan como principales problemáticas: *agresividad, dificultad para concentrarse en el salón de clases, “hiperactividad”, dificultad para relacionarse con niños de su edad, bajas calificaciones y desempeño escolar, dificultad para aprender.*

En la experiencia clínica directa, dentro de las primeras sesiones con los grupos, una de las primeras peticiones que formulan los niños es el *“poder traer sus juegos”*, por ejemplo, “Xbox”, “PSP” y celulares, y en el mejor de los casos los “tazos” de moda para *“poder jugar”*.

Esta situación con mayor incidencia en niños varones, no así en las niñas quienes optan por jugar con juguetes y juegos interacción grupal. Se observa más, en los varones, una gran dificultad para socialización con sus pares.

Los juegos de mesa, hojas, colores, cojines, plastilina en las primeras sesiones hacen pensar que en la psique del niño no han sido registrados siquiera, como objetos tangibles, mucho menos se reconocen como objetos útiles para jugarlos. Sus juegos predilectos ahora son de “realidad virtual” cuyos contenidos preferencialmente son violentos con desenlaces mortales.

Sin embargo, muchos de los padres niegan que sus hijos hagan un “uso excesivo” de estos juegos virtuales, televisión y celular. Pero a su vez son las cosas que se castigan cuando los reprenden, *“una semana sin ver televisión”, “dos semanas sin Xbox”, “una semana sin celular”*.

Al respecto, un par de ejemplos:

- En sesión, Enrique (8 años) se muestra dispuesto a los juegos que el grupo acuerda jugar pero él nunca propone alguno. Asegura que sólo sabe jugar *“Halo”* y nos habla de un

mundo virtual desconocido para la mayoría del grupo, haciendo ruidos de disparos con metralletas y sofisticadas armas de fuego, personas peleando y muriendo pero que reviven de inmediato.

- En la entrevista inicial con Emiliano (8 años) y su mamá y siguiendo la dinámica de que la primera parte de la entrevista sería de manera conjunta y la segunda mitad el niño pasaría a otra sala con una de las psicólogas, Emiliano se niega a seguir esta consigna.

Esta situación, en mi incipiente práctica clínica de dos años y medio, no se había presentado antes. Lo que llamó la atención no sólo fue la negativa al seguimiento del protocolo de entrevista sino que tras los vanos intentos que hacía su madre por convencerlo, Emiliano, con voz imperativa, le impusiera a su madre como condición para irse a la otra sala: *“dame tu celular”*. La señora acepta la condición de inmediato.

En el razonamiento infantil de Emiliano, impone la condición de tener en sus manos el celular de su mamá como la garantía de que ésta no se iría sin el aparato y por lo tanto no lo dejaría a él en ese lugar. Y en dado caso de que se fuera, tendría que regresar por el celular y llevárselo a él también.

c. Política y religión

A continuación menciono hechos sobresalientes de los últimos años:

- La beatificación del Papa Juan Pablo II por su sucesor Benedicto XVI causó impacto por la rapidez en que se tramitó este protocolo que contrastó con el tiempo que tomó la beatificación de Juan Diego en México.
- La captura y muerte del supuesto “enemigo #1” de los Estados Unidos, Osama Bin Laden.
- La propuesta de reforma de ley migratoria en Estados Unidos, presentada en un primer momento con W. Bush pero puesta en marcha en el gobierno de B. Obama.
- Después de la reelección de Obama, con el 70% del voto hispano, incumple la promesa de una reforma migratoria deportando a un promedio anual de 400.000 latinos.

- El año pasado el presidente Hugo Chávez fue reelecto por cuarta ocasión pese a su deterioro físico por el abatimiento del cáncer, mismo que este año (2013) le quitó la vida.
- Casi de manera simultánea de hechos, primero muere Hugo Chávez, y en un tiempo no mayor de un mes, se “twitea” (sic) la renuncia del Papa Benedicto XVI que conmociona al mundo considerándose este hecho, el segundo, como histórico.
- Otro hecho histórico fue el sucesor del Papa, ya que por primera vez fue un latinoamericano quien obtuviera este puesto.

d. Desastres naturales.

- En otro plano pero de igual impacto están aquellas situaciones que quedan fuera del alcance y control del ser humano, las catástrofes que han sacudido el mundo los últimos años, el terremoto en Guatemala, los huracanes e inundaciones en EUA, el tsunami en Filipinas, las fuertes sequías de Norteamérica a Centroamérica. Esto por mencionar tan sólo el año pasado.¹
- En septiembre de este año dos huracanes simultáneamente entran a nuestro país generando desastres significativos en la población civil.

e. Guerras.

- Sin embargo, la mano del hombre genera, sin duda, los mayores desastres y muertes. Las incesables guerras del Medio Oriente, “guerras eternas”² donde la pobreza de la población civil de los diferentes países musulmanes queda atravesada por las grandes riquezas que el petróleo los ha colocado en el lugar bélico en que se encuentran. La disputa constante con Estados Unidos ha generado que la guerra sea ya una forma de vida, parte del cotidiano.

f. Mitos.

- El mundo entero estaba a la espera del gran acontecimiento apocalíptico que dio de qué hablar, en especial a los *mass media*, y es que de acuerdo a las Profecías del Calendario Maya, el 21 de diciembre de 2012 se “acabaría el mundo” o al menos

¹Abril 2013. Datos recuperados en: <http://mexico.cnn.com/mundo/2012/12/26>

²Abril 2013. Datos recuperados en: <http://www.guerraeterna.com/>

ésta fue la interpretación que se hizo a lo predicho por esta cultura prehispánica. La incertidumbre de las personas aumentaba con los reportajes, películas, documentales y publicidad de este hecho tan esperado y del cual los diferentes medios de comunicación se aprovecharon para su uso comercial. Sin embargo, el día llegó y el planeta siguió su curso normal.

1.2 De lo Nacional.

“YoSoy#132”

Movimiento civil de las elecciones presidenciales 2012

En un recuento de hechos sobresalientes nacionales que contextualizan la idea de esta tesis están los siguientes:

a. Las elecciones 2012:

- El PRI, después de 12 años de haber sido desplazado regresa al poder en una polémica y agitada campaña electoral de protestas y rechazo.
- Tal situación política generó el movimiento “YoSoy#132” que inició como una movilización estudiantil pero terminó convocando a la población en general por medio de las redes virtuales.
- Se propone, discute y dictamina sobre la también polémica Reforma Laboral, que incluye nuevas formas de contratación.
- El ex presidente Felipe Calderón deja la presidencia en medio de una fuerte “guerra contra el narcotráfico” lo que ha generado miles de muertes, entre narcotraficantes y población civil, en zonas identificadas del país.

b. Cultura:

- El pensamiento crítico creativo versus la enajenación cultural que los medios masivos generan en el cotidiano de los jóvenes y niños principalmente, no pudo evitar la conmoción general en el país y fuera de éste, la muerte de los Carlos’s, uno, Fuentes, el otro Monsiváis, mancuerna de literatos mexicanos contemporáneos.

- Pero no se comparó con la conmoción y publicitación de la misteriosa muerte de una cantante grupera el año pasado.

c. México en el mundo:

- México se encuentra entre los primeros lugares a nivel mundial en aspectos como: *obesidad infantil, trata de infantes, secuestros, deforestación, los sueldos a diputados más altos en Latinoamérica, bulling en educación básica, pérdida de tiempo en horas de escuela por asuntos burocráticos*. Por mencionar los más relevantes.
- Pero “no todo fue sombrío y devastador”: en las olimpiadas del 2012, ocurrió un hecho histórico, se obtuvo una medalla de oro en futbol masculino, hecho que causó una euforia nacional y bajo el grito de “*Sí se puede, sí se puede...*”, de pronto todos los problemas del país se difuminaron como un rayo de luz en la penumbra de la situación actual.

1.3. De lo Local.

“Suertudo, vives el Querétaro”

Secretaría de Turismo

a. Política

- Puede ser significativo mencionar que no sólo a nivel nacional sino también estatal, el regresó del PRI al poder se dio lugar. Ahora la gran novedad es el internet en toda la ciudad, uno de las promesas electorales del presidente municipal no cumplidas.
- Se ve un aumento significativo en desaparición de mujeres el año pasado. Situación que el gobierno y sistema judicial negó rotundamente y a la fecha se sigue considerando como un “mito urbano”.
- “Red Q paraliza a la ciudad”. La modernización de transporte urbano, lejos de movilizar a la ciudadanía de una manera ágil y eficiente, afectó negativamente las actividades del cotidiano.

b. Querétaro en México

- Querétaro es considerado el “segundo estado más seguro del país” autodenominado “Estado blindado”, publicidad que ha generado en los últimos años el significativo aumento migratorio.
- “El Síndrome de Juriquilla” es considerado como un efecto del fenómeno migratorio en Querétaro. Siendo una zona residencial de opulencia vemos con sorpresa que parejas y familias solicitan el servicio psicológico en una clínica pública universitaria, cuya tarifa negociable por consulta, no excede \$100.00. El espejismo publicitario de una vida “fácil” en esta ciudad nos muestra la farsa en que se vive en el cotidiano.
- Según reportes del Gobierno del Estado, Querétaro ocupa el “*primer lugar nacional en crecimiento de empleos desde el 2009 a la fecha con el 31.6 por ciento, mientras la media nacional reporta un crecimiento del 16 por ciento*”³. Sería prudente valorar qué tipo de empleos son a los que se refiere.
- La última noticia respecto a la “buena e insuperable” imagen de la ciudad es en relación a la máxima casa de estudios del Estado, la cual, según cifras oficiales, la UAQ se encuentra dentro de las 10 mejores universidades del país, ocupando el 8vo sitio.

1.4. De la Facultad de Psicología de la UAQ a lo personal

*“La psicología no sólo para interpretar
sino para transformar”*

Lema de la Facultad de Psicología UAQ

Escribir una tesis de licenciatura no es, en su mayoría, la opción de gran parte del estudiantado universitario actual al menos en lo que a la Facultad de Psicología área clínica se refiere. La variedad en opciones para titulación se encuentran depositados, de acuerdo a un sondeo de compañeros de generación, en titulación “por promedio” en primer lugar, en

³ Abril 2013. Datos recuperados en:
http://www.queretaro.gob.mx/documentos_interna_prensa.aspx?q=epsUWZ+4EQGM+UKdzdIgSQ==

menor medida se encuentran memorias de servicio social, trabajo de investigación, examen de conocimientos, diplomados, primer semestre de maestría y tesis.

Considerando que la comunidad estudiantil, específicamente de la Facultad de psicología área clínica se inclina por opciones, a decir de algunos ex compañeros, “rápidas”, con el pendiente y ansiedad de querer tener prontamente su título y cédula profesional y con ello, supuestamente, un trabajo en alguna institución, que sería la apuesta esperada de cualquier egresado en la búsqueda de estabilidad económica.

La tesis, “*La Gran Bestia*” como alegóricamente la nombro, me representa una ambición no compartida en el general de las generaciones por egresar.

Esta inercia y presión social de obtener lo que se desea en la inmediatez del momento, la angustia que causa la espera y donde “la ley del menor esfuerzo” permea como parte de este cotidiano *posmoderno*: lo rápido y fácil a la orden del día. Tomarse el tiempo y dedicación para escribir, en la opinión general de mi generación, se ve y se vive como un acto devaluado y se acusa como “pérdida de tiempo”.

Debo confesar que por un momento creí en esas voces haciéndome sentir “osada” y “atrevida” por ambicionar mi titulación mediante el trabajo de tesis. Me hicieron sentir en ese primer momento que mi narciso salía y empujaba por un reconocimiento ajeno para colocarme por encima de quienes optaron por la salida “fácil” y “rápida” de titulación, reconociendo que esa es una poderosa y eficaz tentación de la institución, que puede estar sustentada en la búsqueda de certificarse a sí misma, es decir, entre mayor egresados titulados mayor puntaje. Esto es igual a la “eficiencia terminal” que da más oportunidades a calificar mejor ante las instancias federales certificadoras.

Lo cierto es que el promedio me quedó corto como requisito para titularme de esa forma y decido orientar uno de mis legítimos intereses que es dar cuenta de mi experiencia formativa y profesional con el trabajo clínico grupal infantil, del cual poco se ha registrado en mi Facultad, a pesar de que se hace trabajo de esta naturaleza.

Al final, cuando decido que la tesis es mi opción de titulación y no otra, me reafirmo en mi situación como tesista y me preparo a exponer, defender y divulgar lo que me gusta y

apasiona, que es mi trabajo como psicóloga clínica en general y practicante de la psicoterapia grupal infantil, en particular.

Asumo que la decisión de escribir una tesis, en esta Facultad, es un acto de osadía, atrevimiento y arriesgo que marca diferencias en el ejercicio, calidad y ética de la profesión. Confirma convicciones y compromisos, no sólo profesionales sino personales. Ésta sin duda, reconozco también, ha sido una decisión integral y satisfactoria.

En el contexto de mi Facultad, el contenido de este documento que habla y expone la práctica clínica analítica del trabajo grupal infantil, representa una confrontación con mi formación académica.

No lo percibía así en un inicio, hice oídos sordos a las tendencias teóricas y prácticas del área clínica, donde el trabajo clínico grupal no tiene el mismo reconocimiento que una práctica convencional, donde los referentes teóricos tradicionales no sólo son los más seductores sino los hegemónicos.

Tal vez sea una fantasía generalizada, no absoluta, de estudiantes del área clínica en esta Facultad de Psicología convertirse en psicoanalista, aunque la realidad tangible inmediata de egreso de la licenciatura en definitiva es distinta; el título de psicólogo clínico no dice que el psicoanálisis sea nuestra bandera, pero sí solicita saber de pruebas psicológicas, trabajo institucional, terapia de grupo y atención a niños y adolescentes.

a. De estudiante a profesionalista

Como todo proceso natural de crecimiento, el paso de una etapa a otra requiere de un tiempo de maduración y adaptación a los nuevos cambios. Tal es el caso del paso de ser estudiante, sus pros y contras que conlleva, a ser profesionalista, adentrarse al campo laboral y por lo tanto a la vida adulta. Incluso, es una etapa de duelo: lo que se deja en la condición de estudiante y lo que de ello se obtuvo para llevar a la siguiente etapa.

En mi caso, una vez en condición de egresada, hice uso de ese tiempo de maduración adaptación y duelo empleándome en el servicio social con el plan de seguir haciendo

práctica clínica y al término de esas 480 horas de servicio comunitario, poder tener una buena agenda de pacientes para el proyecto que tenía en puerta con algunas colegas ex compañeras de la formación. El plan fue apostarle a contar con nuestro propio consultorio de atención clínica psicológica.

Ha resultado gratificante pero sumamente difícil, primero el creer en este proyecto como la primera fuente de ingresos, el primer trabajo remunerado como profesionistas, no contar con una estabilidad económica como lo que en una institución se podría tener, la inversión en el consultorio de dinero que aún no se ganaba. Varios factores que no habían sido considerados pero formaban ahora parte de una nueva realidad del cotidiano.

Ya no soy más una estudiante de la Facultad de psicología, ahora soy egresada pero sin cédula profesional, sigo en calidad de pasante de la universidad. Hago ejercicio de mi profesión de manera independiente con capital variable y las oportunidades de trabajo se han buscado para hacer que el proyecto del consultorio se mantenga, fortalezca, y finalmente, se consolide.

Comento esta situación porque es en medio de ella en la cual se toma la decisión de escribir la tesis, en un primer momento en conjunto con mi colega Evelyn Rangel con quien he trabajado los grupos de psicoterapia infantil desde sus inicios y que a la fecha se mantienen en la consulta privada. Pero tras su declinación a escribir juntas la tesis, tiempo que coincide con el arranque del proyecto del consultorio, decido continuar con el plan de titularme en esta modalidad aun cuando el tema en cuestión es el trabajo clínico con los grupos de psicoterapia infantil que coordino con ella.

La escritura se ha complicado cuando he tenido que hablar en singular y no en plural, dadas las condiciones de trabajo que requieren los grupos, es decir, en co-terapia dos psicólogas como es este el caso. La coordinación de los grupos infantiles, las entrevistas con los padres de familia, la bitácora de cada una de las sesiones de los diferentes grupos y la búsqueda de oportunidades de trabajo en las escuelas primarias, se realiza en conjunto con la colega y por ello no la exlujo ni omito su trabajo en este documento. Sin embargo, la recopilación de información, escritura, reflexión, sustento y defensa de la tesis es un proyecto personal.

1.5. Pre-conclusiones.

La intención de este capítulo es brindar un panorama, de lo general a lo particular, del cotidiano que atraviesa la escritura de esta tesis, el trabajo clínico con los grupos de psicoterapia infantil y el contexto de los niños y niñas que se atienden en consulta.

Se pretende hacer el énfasis en que las problemáticas que presentan estos niños y niñas son propias de la época en la que les tocó vivir, por ello se hace un breve recuento de sucesos relevantes de los últimos años, comenzando de lo mundial hasta lo personal, considerando que lo que vive una familia, un niño en la escuela y las psicólogas en ciernes de su trabajo profesional, tiene que ver con la situación actual de su comunidad, país y el planeta en el que viven.

Se hizo un especial acento en los tiempos posmodernos para explicar y justificar las problemáticas que aquejan a la infancia en esta época, y que son los motivos que llevan los padres y refieren los profesores de estos niños para la consulta psicológica: *incremento en la violencia entre niños, uso desmedido del entretenimiento tecnológico, dificultad para socializar con sus iguales, bajo desempeño escolar y falta de interés en el aprendizaje académico*. Sumado a la modificación en la estructura familiar convencional por una amplia gama de posibilidades: padres separados, divorciados, medios hermanos, nuevas parejas de los padres, madres solteras, padres solteros. Cada vez es más recurrente que ambos padres trabajen y los niños queden al cuidado de terceros, ya sean parientes o alguna institución.

Capítulo II
REFERENTE TEÓRICO

*“...las personas mayores siempre necesitan explicaciones...
Las personas mayores nunca comprenden por sí solas las cosas, y
resulta muy fastidioso para los niños tener que darles
explicaciones.”*

*El Principito
Antoine de Saint-Exupéry*

Introducción.

Esto de escribir una tesis concerniente al universo de lo infantil, por momentos hace que una padezca y disfrute de ciertas regresiones. Sin duda que, escribir el capítulo de referentes teóricos pone a prueba no sólo mi adultez sino la comprensión de mi práctica profesional. Sin embargo, no dejo sentir la queja infantil de: “¡ash! Tengo que hacer la tarea...” Ya lo entendí hay que escribir sobre la teoría aunque una piense y siente que lo más importante y enriquecedor está en donde está la acción, en este caso, la intervención clínica directa con las niñas y niños que nos hacen recrearnos en aquellos momentos de allá y entonces y reencontrarnos en el que aquí y ahora como psicólogas clínicas de la infancia.

El escribir este capítulo es “como tener que” hacer una tesis que explique a los adultos, a veces no me incluyo como tal, lo que uno ve y vive, en este caso, a través de la experiencia profesional y universitaria. “Es muy fastidioso”, dice El Principito, sin embargo para obtener el reconocimiento/título una hace con gusto cosas “fastidiosas” que luego dejan de serlo, me refiero a “tener que” dar/darme explicaciones.

El marco teórico con el que cuento para desarrollar es, a mi modo de ver, específico y preciso sobre lo que me interesa abordar.

Las bases teóricas que se exponen son las básicas para el sustento de la propuesta. Se abordarán conceptos claves como transferencia, identificación, formación de síntoma, psicoterapia de grupo, psicoterapia grupal infantil GIN-GAP, psicoanálisis infantil y análisis institucional.

Retomo estas líneas teóricas porque lo que interesa es teorizar sobre la experiencia, sobre el aprendizaje, y lo hago desde la teoría psicoanalítica porque es la que encuentro en mi formación académica y a partir de la cual realizo mi práctica profesional.

2.1. Principios Psicoanalíticos

Retomo como principios básicos psicoanalíticos aquellos de los cuales hago uso explícitamente en el quehacer clínico y como sustento. Ahora bien, ¿por qué psicoanálisis? Sencilla respuesta. Porque la formación académica con la que cuento y recibí de la Facultad de Psicología Área Clínica de la UAQ tiene este bagaje teórico, metodológico y filosófico. Se respira psicoanálisis en las aulas, en los pasillos, en la biblioteca, o al menos eso es lo que creemos hacer.

Aun cuando se lee psicoanálisis, a las grandes personalidades psicoanalistas por ejemplo, hay una queja constante en el estudiantado, no sólo de mi generación sino a lo largo de la historia de la Facultad desde que el Psicoanálisis llegó para quedarse en ella. La queja es: “¿por qué estudiamos psicoanálisis y nos dan título de Licenciado en Psicología Clínica?”. Como psicoanalistas no podemos ejercer porque no hay un título ni cédula profesional que lo autorice, no estudiamos en APM que sería lo más cercano en nuestro país. Entonces, ¿cómo licenciados en psicología clínica sí podemos ejercer? El título y cédula profesional que pretendo obtener avala que lo puedo hacer.

Me di a la tarea de leer: “El Psicoanálisis en la Universidad, Memorias del Foro” que se dio lugar en la Facultad de Psicología de la UAQ en octubre de 2003, con el propósito de, según leí en los artículos, “sentarse a dialogar, por primera vez de manera abierta y pública, sobre la enseñanza y transmisión del psicoanálisis en la universidad”, en particular lo que sucede en nuestra Facultad de psicología área clínica.

En la lectura me encuentro con un concepto que considero atinado para entender un poco más e intentando responder a la queja perpetua ya mencionada, sobre la conflictiva respecto a las condiciones de la formación académica: “En la UAQ se enseña Psicología Clínica a la Queretana”.⁴ Donde la enseñanza y práctica del psicoanálisis se encuentra bajo el cobijo de la psicología clínica, es decir, no están peleadas aunque tampoco una es complemento del otro, pero sí puede existir un diálogo entre sí obteniendo de este encuentro resultados gratificantes. Es así como se enseña y aprende la psicología clínica en nuestra universidad.

⁴ Guzmán, M. (2003). *El Psicoanálisis en la Universidad. Eufemismo, compromiso y utopía*. “El Psicoanálisis en la Universidad, Memorias del Foro”. UAQ. Santiago de Querétaro, Qro., México. Pp. 46.

Más adelante en mi lectura encuentro esta aseveración: “...sabemos que los referentes de la teoría psicoanalítica han aparecido en nuestro discurso universitario como respuestas ante la práctica clínica”⁵, respuestas para interrogantes que se atreve a construir, en la enseñanza-aprendizaje de esta disciplina dentro del aula de clases, creando “interlocutores del psicoanálisis”, subrayo interlocutores no analistas, ni tampoco teóricos psicoanalíticos.

En lo que respecta al terreno de lo práctico clínico, igualmente se puede hallar entre la teoría y metodología psicoanalítica, los basamentos para la labor clínica psicológica, al menos así es en la formación dentro de nuestra alma mater.

En el apartado de “Anudamientos desde la práctica” del documento que vengo comentando, me encuentro con las dificultades, vicisitudes teórico-prácticas, la confrontación con la realidad en la demanda clínica versus la idealización del psicoanálisis dentro del aula. Y siguiendo con el argumento de que hay que saber diferenciar entre la Psicología con orientación y/o visión psicoanalítica y el Psicoanálisis propiamente dicho, y que esta diferenciación permite posibilidades y no limitantes para la búsqueda de propuestas y opciones para el ejercicio de la práctica directa y profesional. Las autoras de “La formación clínica con corte Psicoanalítico, más que una limitante una posibilidad”, del libro de Memorias que hemos estado trabajando, reflexionan sobre este punto que:

*“La intervención psicoanalítica es un referente, no una alternativa inmediata en el ejercicio profesional, ya que para realizarla realmente, para formarnos dentro de ella, es necesario buscar un espacio distinto a la Universidad, tenerlo en claro es importante, pero hace necesario sistematizar experiencias teorizando el ejercicio de estas, de tal manera que puede construirse una perspectiva más amplia de la psicología clínica y de su ejercicio.”*⁶

Las dudas e incertidumbres que se forman en clase, lo que los diferentes docentes generan con las distintas posturas que mantienen respecto a lo que es el psicoanálisis, lo que es la psicología clínica, lo que es la clínica analítica y la clínica psicológica que se desarrolla en la Facultad; si se pueden combinar o es una osadía imperdonable; saber diferenciar entre

⁵ Ledesma, J. (2003). *El Psicoanálisis en nuestra Facultad*. “El Psicoanálisis en la Universidad, Memorias del Foro”. UAQ. Santiago de Querétaro, Qro., México. Pp. 61.

⁶ Guerrero, G.; Mendoza, N.; Pacheco, J. (2003). “La formación clínica con corte Psicoanalítico, más que una limitante una posibilidad”. “El Psicoanálisis en la Universidad, Memorias del Foro”. UAQ. Santiago de Querétaro, Qro., México. Pp. 139.

psicología y psicoanálisis, aclarando de antemano que no son lo mismo pero no arriesgándose a decir qué es una y qué es el otro. De esta forma es como la formación académica me permitió pensar por mí misma, y quiero creer que es a lo que invitan los profesores, a que pensemos yelijamos. ¿Qué fue lo que hice? Tomar lo que necesito para hacer lo que quiero hacer, con los principios éticos profesionales como reglamento para ejercer.

De esta forma es como decido retomar, lo que nombro como principios psicoanalíticos, para iniciar el esquema teórico de la tesis que presento.

Cuando los padres de familia acuden a la consulta psicológica para la atención de su hijo(a), describen el motivo que los lleva, la queja constante sobre lo que consideran sintomático y por lo tanto, problemático en su hijo(a). Sintomático para ellos como padres, para su familia y la mayoría de las veces, que es donde se detecta en primer instancia, para la escuela del infante.

Luis Tamayo, en su libro, “Del Síntoma al acto”, retoma principios filosóficos y lacanianos para explicar el síntoma, comienza su texto aseverando que:

“El síntoma no es una metáfora de la verdad. La anomalía, el síntoma, no es sino una presentación privilegiada de la verdad⁷. Una verdad que escapa a la conciencia, una que irrumpe y molesta y que por eso produce la imperiosa necesidad de deshacerse de ella.”⁸

No es sino siguiendo esta última frase como, los profesores y padres de familia solicitan la atención psicológica para los infantes que tienen a su cargo: por la molestia como por la incomodidad que genera su conducta, ya sea en la escuela, en la casa o en ambas. Y es con el propósito de que se “curen”, los niños por supuesto, que los llevan a la consulta clínica.

Los profesores responsabilizan, y a veces también condicionan, a la familia y ésta acude con la queja para que el especialista *psi* le “quite” el problema a su hijo(a) porque “*ya no saben qué hacer con él*”, con el síntoma y con el hijo(a). Es decir, acuden a la consulta para quitar lo sintomático en su hijo(a) y para que alguien les explique el porqué de esta

⁷ Parafraseo que hace el autor sobre J. Lacan en el Seminario *Le sinthome*, sesión del 18 de noviembre de 1975.

⁸ Tamayo, L. (2001). *Del Síntoma al acto. Reflexiones sobre los fundamentos del psicoanálisis. Cap. I. La verdad originaria*. Santiago de Querétaro, Qro., México: Serie Psicología, UAQ. Pp. 1.

situación tan incómoda en que los ha colocado. Preguntan para culpar a alguien o algo, difícilmente para cuestionarse a sí mismos como familia y por ende hacerse cargo de ello.

Freud⁹ responde a ello con el argumento de que, en psicoanálisis *“el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo”*¹⁰.

En este artículo, “17° conferencia. El sentido de los síntomas”, Freud se encuentra con una dificultad al asegurar que el sentido del síntoma, aquello que intenta mostrarse a través de él, encuentra su origen en el vivenciar del paciente y sobre esto hay que indagar, descubrir aquella(s) situación(es) del pasado en que se podía justificar y tenía un objetivo la manifestación sintomática que ahora se presenta como inexplicable. La dificultad radica en que no sólo hay síntomas individuales, es decir, específicos, indentitarios en cada persona, sino que hay una serie de *síntomas típicos* que son comunes a varios casos y que son útiles para poder establecer un diagnóstico.

Son estos últimos, en la mayoría de los casos, con los que los padres de familia llegan a la consulta: *“mi hijo es hiperactivo”*, *“tiene enuresis desde los 5 años”*, *“tiene problemas de aprendizaje”*, *“mi hijo escucha voces, pienso que puede ser esquizofrenia”*. Son diagnósticos que ellos mismos establecen con lo poco y mucho que saben sobre padecimientos psicológicos y de salud mental, en la búsqueda de una explicación y respuesta ante una situación que no comprenden.

Freud responde a esta dificultad, entre los síntomas típicos y los individuales, que así como los segundos son de orden de lo vivencial personal, los primeros son del vivencial común a la humanidad, cultural y social. También responden, los síntomas típicos, a una necesidad de nombrar a los padecimientos con el fin de ponerlos en orden, de esta forma poder contar con un referente al cual acudir ante una problemática de esta naturaleza, bien sea para nombrarla como para descartarla. Con este agobio llegan a la consulta las familias, a veces a la defensiva, a veces pidiendo desesperadamente respuestas a sus preguntas.

⁹ Freud acepta no ser el primero en sostener este argumento, ya que sus antecesores médicos psiquiatras, J. Breuer, P. Janet y Leuret, había hablado del ello, incluso comprobado como en el caso de Anna O. y sus síntomas histéricos.

¹⁰ Freud, S. (2006). *17° Conferencia. El sentido de los síntomas*. Obras Completas. Tomo XVI. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. pp. 235.

La teoría psicoanalítica freudiana responde, aunque no sea una respuesta que se pueda extender al sentido común de estas familias, que la formación de síntomas es secuela del proceso de la *represión*. Proceso que consiste en *alejarse de la conciencia* aquello que de una *moción pulsional* devino *displacentera* para ésta¹¹. Sin embargo, por medio de la *desfiguración y distanciamiento del agente representante de la pulsión original* y el *monto de afecto* que lo acompaña, logra pasar a la *conciencia* en forma de síntoma. Se considera entonces que la *represión* fracasa, al menos parcialmente¹². (Freud, S. *La represión (1915)*. 2006).

No obstante, aun cuando se logra pasar al tópico de lo *consciente* con la formación de síntomas, el sentido de éstos sigue siendo del orden de lo *inconsciente*. Es labor del análisis hacer que devengan *conscientes*, pero mientras eso sucede el *síntoma* insiste y perturba al paciente, hace intentos desesperados por llamar su atención. En el caso de los niños hace obtener la mirada de aquellos que están a su cargo y cuidado en el cotidiano, incluso se adopta un comportamiento tal que el pequeño es visto como síntoma, de su casa, de los padres, de la escuela. (Freud, S. *18° Conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente*. 2006)

Aunque los *síntomas* resulten molestos e incómodos, Freud nos asegura que “*han de comprenderse como una satisfacción sustitutiva de lo que se echó de menos en la vida*”¹³ y que por ello mismo, aunque sea ambivalente, que moleste y satisfaga al mismo tiempo, que eliminar síntomas es ardua labor analítica, en especial cuando el paciente puede llegar a obtener beneficios de este estado sintomático, a lo que el autor denomina como *ganancia “secundaria de la enfermedad”*:

“... *el síntoma ya está ahí y no puede ser eliminado; ahora se impone a avenirse a esta situación y sacarle la máxima ventaja posible... Puede ocurrir que la existencia del síntoma estorbe en alguna medida la capacidad de rendimiento, y así permita apaciguar una demanda del superyó o rechazar*

¹¹ Hago uso de términos teóricos psicoanalíticos que no desarrollaré como parte determinante dentro de este documento, sin embargo, son de uso básico dentro de los seminarios, al menos del área clínica de la Facultad de Psicología de la UAQ.

¹² El proceso por el cual pasa la formación del síntoma es mucho más complejo que el que aquí he desarrollado, en él intervienen tanto las instancias psíquicas *inconsciente, preconsciente y consciente*, como los sistemas que en ellas se desarrollan, *ello, yo y superyó*, y labores específicas de cada una de ellas. Sin embargo, para los intereses que me competen no indagaré a fondo sobre estos procesos.

¹³ Freud, S. (2006). *19° Conferencia. Resistencia y represión*. Obras Completas. Tomo XVI. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Pp. 274.

una exigencia del mundo exterior. Así el síntoma es encargado poco a poco de subrogar importantes intereses, cobra un valor para la afirmación de sí, se fusiona cada vez más con el yo, se vuelve cada vez más indispensable para éste.”¹⁴

Es por tanto que, cuando los padres de familia y profesores dan cuenta de los efectos que los síntomas que ellos notan en los pequeños, acuden (en el mejor de los casos) a la consulta psicológica en búsqueda de “alguien” que pueda descifrar aquel mensaje que ellos recibieron (anomalías en el infante) y no comprenden.

La labor clínica analítica tiene como propósito lograr escuchar los síntomas, encontrar la ruta de acceso al sentido que los hace persistentes desde lo *inconsciente* y traerlos hacia la *conciencia* para poder significarlos en la realidad, en el caso que estamos abordando, del infante y de su familia.

Empero, esta labor no resulta de fácil adquisición aun siguiendo los lineamientos técnicos y metodológicos que el psicoanálisis demanda. Cuando se tiene proximidad cada vez más profunda con el *sentido de los síntomas* que aquejan al paciente, se presenta un fenómeno al cual hay que estar pendiente: la *Resistencia*.

Es una manifestación del *Yo*, aunque del orden de lo *inconsciente*, que tiene por objetivo impedir que se prosiga el camino hasta las profundidades del inconsciente y con ello dar sentido a los síntomas que se presentan hacia el exterior, en donde “*la curación misma es tratada por el yo como un peligro nuevo*”¹⁵ del cual tiene que defenderse. Tratándose ya del trabajo en consulta clínica, formas en que el *Yo* se defiende son de gran diversidad: ataque al encuadre establecido al inicio del tratamiento, falta a la regla técnica de la *asociación libre: diga todo lo que piense por absurdo que parezca*; racionalización y argumentos sobre intelectualizados como defensa ante las interpretaciones que se le hacen, por mencionar algunas. (Freud, S. 19° Conferencia. *Resistencia y represión*. 2006)

¹⁴ Freud, S. (2006). *Inhibición, Síntoma y Angustia (1926[1925])*. Obras Completas. Tomo XX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Pp. 95.

¹⁵ Freud, S. (2006) *Análisis terminable e interminable (1937)* .Obras Completas. Tomo XXIII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.Pp. 240.

Un ejemplo de resistencia en los padres es: agendamos entrevista con la mamá de Karol. Dos veces cancela la cita y pide se le reagende nuevamente, durante dos semanas se intenta contactarla y resulta imposible. Sin embargo, la niña continúa asistiendo a su sesión normalmente en compañía de su tía.

Un ejemplo de resistencia en el grupo de infantes: el Grupo de los viernes, pareciera haberse puesto de acuerdo previamente, llevan a sesión fruta y dulces para compartir con los demás. De esta forma, nos callan a todos porque tenemos la boca ocupada, las terapeutas no podrán hacer sus interpretaciones incómodas.

Es importante señalar que la *resistencia* se presenta de forma constante a lo largo del tratamiento analítico y no es sino a partir de la *Transferencia* como se aborda, en primer instancia porque se presenta junto a ella y en segunda porque sólo a través de ésta es como se rompen las resistencias y se prosigue con el análisis que permanece estancado debido a ellas:

“... si se persigue un complejo patógeno desde su subrogación en lo conciente (llamativa como síntoma, o bien totalmente inadvertida) hasta su raíz en lo inconciente, enseguida se entrará en una región donde la resistencia se hace valer con tanta nitidez que la ocurrencia siguiente no puede menos que dar razón de ella y aparece como compromiso entre sus requerimientos y los del trabajo de investigación”¹⁶.

Es justo aquí donde, nos asegura Freud, deviene la transferencia:

“Si algo del material del complejo (o sea, contenido) es apropiado para ser transferido sobre la persona del médico, esta transferencia se produce, da por resultado la ocurrencia inmediata y se anuncia mediante indicios de una resistencia.”¹⁷

Es entonces la resistencia es señal de que se va por el camino correcto hacia el núcleo del conflicto, que se está cerca de un material significativo para el análisis y con ello la correspondiente defensa inconsciente por el peligro de ser descubierto. Con el uso de la

¹⁶ Freud, S. (2006). *Sobre la dinámica de la transferencia (1912)*. Obras Completas. Tomo XII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Pp 101.

¹⁷ *Ibídem.*

transferencia se pueden, y deben, desde este terreno, librar las batallas resistenciales aun cuando la transferencia misma se presente como la principal forma resistencial para el análisis.

Viene a mi mente un episodio clínico concreto: Karol, se le hace la puntuación de la ausencia y abandono de su madre y la niña responde con una frase típica de “Chespirito”: “¿qué me habrá querido decir?”. La niña evade el cuestionamiento y desvía la atención del grupo con la sorpresa del humor que introduce.

No obstante, en el seminario de Método Psicoanalítico, al abordar el tema de resistencia, bajo el marco referencial lacaniano, se asevera que la resistencia en el encuentro analítico principalmente obedece a la resistencia del experto analista-terapeuta. En un ejemplo, guardarse alguna intervención importante con los padres, por temor a la reacción que puedan tener, o bien, se hace la puntuación pero de forma matizada.

Con esta aseveración, se intenta aclarar que el éxito y fracaso del análisis depende, en gran parte del analista-terapeuta, en la medida en que confronta o no, al paciente con sus resistencias al análisis.

La *Transferencia* para Freud es la repetición de los *imago*s infantiles que se actualizan en el presente. Es la misma guía que usamos, de manera inconsciente, para establecer relaciones personales, en específico, relaciones de pareja. Dentro del tratamiento analítico se espera que el fenómeno transferencial se establezca para poder iniciar propiamente dicho el análisis.

No es raro esperar que el paciente tenga gran afinidad hacia el analista, incluso se advierte de la posibilidad de un enamoramiento, a este estado se denomina como transferencia *positiva*. De igual forma existe la *negativa*, es decir, aquella en que el paciente se muestra renuente, hasta agresivo, frente a las intervenciones del analista. Se oscila entre estos dos sentimientos, pero siempre se saca ventaja de toda situación, logrando que todo material que de esta situación sea de uso para el análisis. (Freud, S. *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912). 2006).

Es común, en la clínica de niños que son con quienes trabajo, que éstos muestren un especial interés por la vida personal de las terapeutas, interrogando en dónde vivimos, con quién, si tenemos hijos, pareja, mascotas y el nombre de cada uno de ellos. De esta forma se intenta desviar la atención del tema que se esté abordando en sesión y que remite directamente a la particular situación de ellos.

De igual forma, en la *transferencia negativa*, se muestran particularmente hostiles con una de las terapeutas, (en el grupo de los sábados, con Evelyn) buscan la forma de agredirla, culparla de las fallas en las dinámicas grupales y es nombrada como la “fea” del grupo. Cuando se trabajan estas actitudes de los niños hacia ella, se encuentran similitudes de cada una de las figuras maternas de cada uno de ellos con la terapeuta.

Como parte fundamental para el trabajo de la transferencia está la *identificación*, ya que es concebida como la forma originaria de crear un vínculo afectivo con otra persona (Freud, S. *Psicología de masas y análisis del yo (1921)*. 2006), primordialmente con los padres o quienes ejerzan esa función para el infante dentro los primeros años de vida. Remite a procesos de subjetivación de la más temprana edad que conforman el pilar de la estructura psíquica de un sujeto.

La triada, *madre-padre-hijo(a)* que constituyen lo que desde el psicoanálisis freudiano se concibe como *complejo de Edipo*, es la primera ley con la que el infante se enfrenta en los primeros años de vida y que necesita para su inclusión en el contexto social y cultural en el que vive. Para Freud, el Edipo es el pasaje de la naturaleza a la cultura.

El niño es separado de su madre en la relación idílica que mantenían. Se establece la relación *ambivalente de amor-odio* con el padre que ha hecho esta función de separación, y encuentra otra forma de relacionarse con él: como un retoño de la *fase oral* devora al objeto amado, su padre, y lo *incorpora a su propio yo*, de esta forma también lo aniquila. Toma un rasgo del objeto amado-odiado para configurar su propio yo a semejanza del otro. (Freud, S. *Psicología de masas y análisis del yo (1921)* 2006). Más adelante en la vida, utiliza este mismo método de incorporación para la identificación (ambivalente) con otras personas, mecanismo que va de la mano con la *proyección*, el cual a la inversa de la incorporación, se

ponen afuera, sobre algo o alguien, características del yo propio. Ambos se presentan, de manera inconsciente, al entablar relaciones interpersonales.

Hasta aquí intento hacer una síntesis sobre pilares significativos del psicoanálisis que forman la base sobre aquello que se manifiesta en la clínica grupal infantil con la que trabajo: La formación y el sentido del *síntoma*; la manifestación de *resistencias* dentro del análisis y su importancia para el devenir de la *transferencia* como precondition analítica; la *identificación* por ser el primer vínculo con el exterior y estructural para el sujeto, mismo que se da en los primeros años de la infancia. De ésta última dependen tanto las resistencias como la transferencia ya que es su base, el reservorio de la historia que se repite dentro del análisis y sirven para la investigación analítica

2.2. Teoría de Grupos

El uso de los grupos con fines curativos y terapéuticos se remite a la historia de la humanidad misma por el hecho básico de vivir en colectivo.

Uno de las principales utilidades que se adjudican al trabajo grupal es abarcar a un mayor número de personas en un tiempo reducido. Y aunque esto es cierto, los consecuentes beneficios que se fueron descubriendo llevaron por el camino de la curación, desde diferentes ámbitos, tal es el caso de las sesiones chamánicas, los grupos religiosos de sanación por oración y los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA).

Se le adjudica a M. J. H. Pratt (1905) ser el iniciador de la psicoterapia de grupo al instituir las “*clases de salud*” o “*clases colectivas*”, con pacientes tuberculosos en sesiones con más de 50 de estos enfermos. Estas reuniones consistían en el uso de la sugestión y persuasión para que tuvieran medidas de cuidado e higiene en ayuda del tratamiento médico en el que se encontraban. Se buscaba la “reeducación” de las emociones por medios sugestivos/persuasivos. (Grinberg, L.; Langer, M.; y Rodrigué, E. 1957).

Desde el campo científico se fue adoptando un particular interés, siendo objeto de estudio y experimentación la implementación de grupos como medida terapéutica en centros

psiquiátricos y hospitales, abarcando varios sectores de la población, desde niños, adolescentes, hasta adultos.

La *psicoterapia de grupo* es considerada como una disciplina joven, la cual inició formalmente a principios del siglo pasado. Tuvo sus inicios tanto en Estados Unidos como en los principales países europeos, Inglaterra y Alemania primordialmente.

El objetivo fundamental era establecerse como una propuesta competente dentro de las terapéuticas existentes. Es importante mencionar que, aun cuando lo que mayormente se conoce y difunde es el psicoanálisis ortodoxo, es decir, individual freudiano; esta disciplina ha sido de suma importancia para el desarrollo y crecimiento de la psicoterapia grupal.

Los máximos exponentes de la psicoterapia de grupos son K. Lewin (hizo aportaciones teórico conceptuales importantes, como “teoría de campo” y “dinámica de grupo”); y J.L. Moreno (creador del Psicodrama, estableció el término de “Psicoterapia de grupo”), dentro de las primeras décadas del siglo XX. Slavson es considerado como el “padre de la psicoterapia grupal con niños y adolescentes”, trabajó principalmente con grupos vulnerables de la calle. Sus *grupos de actividad* tenían por objetivo resolver conflictos, no discutirlos ni interpretarlos, su trabajo se guiaba hacia una *reeducción emocional*.

Aunque el verdadero auge de esta terapéutica se dio durante de la Segunda Guerra Mundial, en el trabajo con traumatizados de guerra. Fue en este campo en que el conocido psicoanalista y militar W. Bion se abre camino con el *grupo de trabajo* bajo el sustento de fundamentos psicoanalíticos. Trabajó con soldados hospitalizados de manera grupal con el fin específico de que reanudaran sus labores militares. Bion consideraba al grupo como una entidad diferente de los miembros que lo componían. De las aportaciones más destacadas y que permanecen vigentes son, el *grupo de trabajo* como una actividad consciente de cooperación grupal; y la *mentalidad del grupo* que aparece como forma resistencial al avance del trabajo terapéutico, pertenece al orden de lo inconciente y se manifiesta a través de los *supuestos básicos*. (Díaz Portillo, 2000).

En Latinoamérica, la psicoterapia grupal se mantuvo bajo lineamientos psicoanalíticos, poco antes de los años 50's. Fue E. Pichon Rivière quien continuó con el trabajo grupal en

instituciones de salud. Fundó la Asociación Argentina de Psicología de Grupo. Se le atribuye a él los *grupos analíticos de reflexión* y *grupos operativos*.

También en Argentina, L. Grinberg, M. Langer y E. Rodríguez (1957), sistematizaron el enfoque de *análisis grupal*, con el uso de la interpretación psicoanalítica y la visión gestáltica del *grupo como un todo*. Las interpretaciones se hacían grupales, situándolas en el “*aquí y ahora*”, marcando: la actitud y fantasías del grupo hacia alguien en particular (del grupo o externo) y hacia el terapeuta; los subgrupos como parte complementarias del todo grupal y foco de desintegración y fantasías subyacentes. (Díaz Portillo, 2000).

En México se inició con la psicoterapia grupal infantil por los doctores Ramón de la Fuente y Eleonor Torres, en el Hospital Infantil. Al poco tiempo el doctor Luis Feder continuó con esta labor, extendiéndose a los grupos de madres y después con pacientes psicóticos. Los lineamientos teóricos que siguieron fueron los de la escuela Argentina, en especial Pichón Rivière, donde el doctor José Luis González fue su discípulo. Para 1967, los doctores Luis Feder, José Luis González, Gustavo Quevedo y Frida Zmud, fundan la Asociación Mexicana de Psicoanálisis de Grupo A. C. Al año siguiente cambian el nombre por el que ahora conocemos como Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG). Dicha Asociación cuenta con un marco teórico referencial multi e interdisciplinario pero con el psicoanálisis como base principal. (Díaz Portillo, 2000).

Se denomina como *Psicoterapia de Grupo* o *Grupo Terapéutico*, a la reunión de personas en un tiempo y espacio establecido con el objetivo del descubrimiento y transformación de aquellas estructuras psíquicas que han formado síntomas, y de esta forma alcanzar una cura. Retomo la definición de Puget, para explicarlo:

“El grupo terapéutico es un medio ad hoc creado artificialmente sobre la base de encuentros pautados en el que varias personas interaccionan, se comunican y comparten normas... El grupo terapéutico es un grupo secundario primarizado mediante la regresión... La tarea en los grupos terapéuticos es el estudio de las modificaciones en su estructura debidas a la intervención de los procesos inconscientes en cada uno de los miembros.”¹⁸

¹⁸ Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo. Cap. 3 El grupo terapéutico*. México, D.F.: Editorial Pax México.

Las normas de las cuales nos habla el autor, refiere tanto aquellas que el mismo grupo va definiendo conforme van trabajando juntos, como a las que se establecen dentro del *encuadre*. Éste consiste en las constantes dentro del proceso terapéutico del grupo, se expresan de forma explícita las reglas por igual para todos los integrantes: horario, honorarios, lugar, duración de las sesiones, duración del tratamiento, será un grupo abierto o cerrado, número de integrantes, será un grupo heterogéneo u homogéneo respecto al sexo y la edad. El establecimiento y respeto por el encuadre brinda organización y soporte al grupo. (Díaz Portillo, 2000).

En lo que respecta a ser un “*grupo secundario primarizado*” remite directamente al grupo familiar, siendo éste el grupo nuclear, originario y/o primario y por lo tanto, estructural para el sujeto, ya que en él se crean los primeros vínculos de relación social y es el primer contacto con el mundo externo.

El grupo de terapia aparece como *secundario*, como muchos otros grupos de los cuales se forma parte a lo largo de la vida en una persona: la escuela, el trabajo, los amigos, club deportivo, entre otros. En todos estos grupos secundarios, incluyendo el terapéutico, se repiten conductas configuradas estructuralmente por el grupo primario, el familiar.

Los patrones de conducta, identidad y educación recibida en el hogar serán fuente de repetición fuera de este escenario, en otros grupos de los cuales ahora forma parte el individuo. Se vale de ellos para continuar estableciendo relaciones interpersonales, laborales, profesionales, de pareja, amistades y todas las que le sean necesarias a lo largo de su vida. (Grinberg, L.; Langer, M.; y Rodríguez, E.; 1957).

Dentro de la psicoterapia de grupo, estas repeticiones se actualizan bajo el contexto terapéutico y con estos fines. Al igual que en la psicoterapia individual y/o el psicoanálisis personal, es a través del fenómeno de la *transferencia* como sabemos de tales repeticiones, en su actualización dentro del análisis en relación con el analista.

Tanto *la identificación*, *la resistencia* como *la transferencia*, son los ejes centrales del tratamiento analítico, pero en la modalidad de grupo tiene sus significativas diferencias en su manifestación y abordaje.

El *grupo terapéutico* se caracteriza por ser un *grupo no estructurado*, es decir, no cuenta con papeles claramente definidos para sus integrantes, lo que brinda la oportunidad de que la transferencia no sea únicamente lineal, hacia el terapeuta, sino al grupo en general y a los demás miembros de éste.

Para Grinberg, Langer y Rodrigué (1957), al igual que la transferencia en el análisis individual, se actualizan situaciones internas y externas dentro del análisis grupal. Pero las complejidades de las relaciones transferenciales (en plural) se debe a que “*las interacciones espontáneas entre los miembros producen múltiples rapports recíprocos. Mientras en el tratamiento individual las tendencias ambivalentes surgen en modo sucesiva, en el grupo pueden ser simultáneas en sentido espacial, temporal y corpóreo.*”¹⁹ Implica una demanda distinta que en el análisis individual al haber una “*depositación transferencial masiva de objetos internos*”, según aporta A. Kadis²⁰, pero que favorece a unas regresiones más intensas, en lo individual y en grupo. Aunque se advierte que la transferencia con el analista de grupo es de menor intensidad que en el trabajo analítico individual.

Se consideran tres tipos de transferencia dentro de un grupo de psicoterapia, a saber:

- *Transferencia Central*: considerando que el grupo terapéutico sigue un patrón basado en el familiar, el terapeuta es colocado como el padre (con sus variaciones de las representaciones de cada paciente, líder todopoderoso, superyoico, madre fálica narcisista). El grupo reactiva identificaciones que los une en una (o varias) fantasía compartida que le demandan al terapeuta su atención, cuidado y protección. Es tomado como: objeto de identificación en relación al ideal del yo y al mismo tiempo como un posible agresor del cual cuidarse; objeto de los impulsos agresivos/sexuales del grupo; y como el medio para la resolución de sus conflictos que lo han llevado a terapia.

En esta dinámica, se tiene una “sobre atención” hacia el terapeuta en especial para ponerlo en un pedestal inalcanzable y como quien tiene el poder único para curarlos. En esta misma medida, cuando se presenta negativa la transferencia, como en el simbólico de la fantasía de la rebelión contra el padre, se está a la expectativa de una posible venganza de éste (el terapeuta) hacia el grupo.

¹⁹ Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo. Cap. 9 La transferencia*. México, D.F.: Editorial Pax México. Pp 184.

²⁰ *Ibíd*em, pp. 186.

- *Transferencia al Grupo*: El grupo es percibido como la figura materna y la relación con éste es totalmente ambivalente. Si bien puede ser tomado como grupo-*buena madre*, siendo contenedora, brindadora de apoyo, soporte, comodidad y que acepta a sus integrantes tal y como son. Satisfaciendo el deseo de unión perpetua del niño y su madre.

De igual forma, pero en su contrario, el grupo puede ser percibido y colocado en el lugar de la *mala madre*, generando agresividad entre los miembros del grupo y una gran resistencia en el proceso terapéutico. El grupo *mala madre* reactiva temores narcisistas, percibiéndolo como hiperdemandante (las actividades del grupo por encima de las del individuo); devorador (pérdida de la individualidad); no es recíproco, en el sentimiento de que el grupo no los necesita, sobrevive sin ellos; y la intrusión, donde el grupo sabe asuntos personales e íntimos, indaga e influye sobre ellos.

- *Transferencia Lateral*: Es la transferencia de cada uno de los miembros, la realidad de los grupos internos de cada uno, puesta en los demás compañeros de grupo. Puestos en esta situación, los demás integrantes responden a los roles transferenciales en que sus compañeros les han depositado. En ocasiones la transferencia lateral es el recurso que algunos integrantes del grupo tienen al percibir al terapeuta como hostil, y optan por identificarse con sus pares, los compañeros de terapia, obteniendo también una menor dependencia hacia el terapeuta.

La transferencia lateral le permite al terapeuta protegerse ante una transferencia negativa, ya que no es el único depositario transferencial. (Díaz Portillo, I. 2000).

También es de considerarse la *transferencia al mundo externo*, que se presenta tanto para defenderse de él, al ser visto como hostil, como para depositar afuera aquello que no se acepta como propio, en un mecanismo de proyección.

Cada una de estas situaciones se presentan en conjunto, con predominancia una sobre otra de acuerdo al proceso por el cual esté pasando el grupo terapéutico.

En la psicoterapia infantil grupal con la que trabajo, se muestran claramente cuando buscan la aprobación de las terapeutas dentro de los juegos como en las opiniones que den dentro del grupo. Solicitan que resolvamos las situaciones de conflicto cuando no hay acuerdo en el grupo, esperan incluso que sean reprendidos cuando se muestra alguna actitud que en otro escenario sería digna de regaño y castigo. Acusan a los demás compañeros que a su

consideración “no se están portando bien”, buscando se aplique la ley desde el lugar de las adultas psicólogas que están a cargo. Esto en lo que respecta a la *transferencial central*.

En la *transferencia al grupo*, es común que cuando se presentan conflictos familiares principalmente, como el divorcio de los padres por ejemplo, los pequeños que acuden a terapia no quieran hablar de “eso” porque “*no les gusta hablar de su vida personal con la gente*”, aun cuando se ha hablado de que lo que “aquí se dice aquí se queda”, encuentran desconfianza en el grupo e incluso lo perciben como persecutorio. Pero de igual forma, en otro momento del tratamiento, se percibe al grupo como contenedor al guardar cosas que “*traen en la mente*” (palabras de un niño de 10 años) y poder hablarlo en la terapia, porque así se siente aliviado.

La *transferencia lateral* se presenta en cada una de las sesiones, ya que desde del inicio del grupo los niños encuentran en sus pares la alianza perfecta entre sí, ya sea para unirse contra las psicólogas, como para identificarse con quienes están pasando por una situación similar a la suya. Este tipo de transferencia promueve el diálogo y reflexión entre los pequeños y no toda la atención a lo que las terapeutas tengan por intervenir.

Ahora bien, la transferencia se evidencia a través de *resistencias al análisis* las cuales, desde el punto de vista psicoanalítico, responden como obstáculo para seguir indagando hacia los contenidos inconscientes que se pretenden mantener reprimidos por ser *displacenteros para el yo*.

También las manifestaciones *resistenciales* en el grupo psicoterapéutico se presentan tanto en lo individual pero siempre en relación con la dinámica que lleva el grupo, como de manera grupal, donde se expresa en una sola forma resistencial, integrando las fantasías de todos sus miembros.

La *resistencia grupal* implica que todos los miembros del grupo opten, de manera inconsciente, por un mismo patrón resistencial, es lo que Bion llama *mentalidad del grupo*. Ésta mentalidad se ve claramente diferenciada por los *Supuestos básicos*, que el autor define como “*actividades mentales que tienen en común el atributo de poderosas*”

*tendencias emocionales*²¹ las cuales obstruyen y asisten al mismo tiempo la actividad del grupo que estaban llevando en ese momento del tratamiento. Son actividades mentales caóticas en un primer momento pero que se cohesionan de tal manera que resultan comunes a todo el grupo.

Bion define tres diferentes *supuestos básicos*:

- *De dependencia*: el grupo espera sostén y protección del líder, al cual han designado como tal: el terapeuta. De él esperan ser nutridos material y espiritualmente, lo colocan en el lugar de deidad que tiene el poder para curarlos y tiene las respuestas a todas sus interrogantes. De esta forma, dejan en sus manos la responsabilidad del trabajo del grupo, sólo esperan recibir de él
- *De emparejamiento o mesiánico*: el grupo conspira en favor de crear una pareja dentro del grupo, y si ya la hay, apoyan esta relación. Lo que interesa en realidad es lo que de esa pareja pueda surgir, es decir, la procreación de un *mesías*. Lo que el emparejamiento de esta relación se espera es la llegada de un nuevo líder, no real y material sino bien puede ser una idea, un cambio. Sin embargo, lo que realmente mueve al grupo a este estado mental resistencial es la esperanza, la espera de quien los pueda salvar (del odio, destrucción, ansiedades y angustia que el mismo grupo genera). Preservar la esperanza, es decir, que no se alcance el objetivo, es lo mantiene al grupo en este supuesto básico.
- *Ataque-fuga*: el grupo se ha reunido para luchar o para huir de algo, ya sea el proceso del grupo, las interpretaciones de su terapeuta, pero el grupo se encuentra preparado para luchar como para huir de aquello que le incomoda. (Bion, W. 1994)

Dentro del grupo clínico de infantes, el supuesto básico más utilizado es el de *ataque-fuga*. Invariablemente, en todos y cada uno de los grupos en lo que he sido co terapeuta, cuando se presenta algún tema incómodo pero común a la mayoría de los niños, por ejemplo, las bajas calificaciones académicas; en una reacción que pareciera planeada, el grupo sale corriendo, o intenta hacerlo, del consultorio. Otro ejemplo, cuando se marca el término del *Tiempo para jugar* y da inicio el *Tiempo para pensar*, de pronto a todos les dan ganas de ir al baño, entrando y saliendo del consultorio e interrumpiendo y retrasando el tiempo de diálogo y reflexión.

²¹ Bion, W. (1994). *Experiencia en grupos*. México, D.F.: Editorial Paidós Mexicana. Pp. 119.

Aunque todos los integrantes participan, no siempre todos de forma activa. La aceptación de las conductas de los demás es suficiente, actuar pasivamente pero involucrarse finalmente a lo que el grupo está manifestando, a la mentalidad grupal del cual se forma parte.

L. Grinberg, M. Langer y E. Rodrigué, consideran que los mecanismos de mayor gravitación dentro de los procesos de un grupo terapéutico son: *la identificación*, tanto *proyectiva* como *introyectiva*.

León Grinberg considera a las identificaciones como:

“Una reorganización selectiva de deseos, patrones de conducta, capacidades y también identificaciones anteriores. Así, por ejemplo, la identificación no crea la capacidad de pensar, caminar, hablar, fijar objetivos, sino que tales capacidades aparecen con matices y acentos particulares tomados de las representaciones del objeto.”²²

De esta forma es como el *yo* del sujeto se va modificando de aquél *yo* rudimentario de los primeros meses de vida, a través de los mecanismos y funciones que contiene a la identificación. El autor refiere principalmente dos fenómenos: *la internalización* y *la externalización*.

La *internalización* tiene como objetivo tomar un rasgo o trozo de la realizada externa para transformarlo en parte del mundo interno del sujeto. Este proceso no necesariamente lleva una identificación, en las más de las veces sólo se incorpora al mundo psíquico. Sin embargo, es la *identificación introyectiva* la que sí hace una modificación sustancial en el ámbito de las identificaciones.

Este tipo de identificación es que la que se desarrolla inicialmente en la vida del sujeto, ya que es la madre y su pecho el primer objeto introyectado para el infante, que al ser internalizado para su mundo interno es un determinante para la formación de su *yo*. También es el proceso presente para el desarrollo y la consolidación de la identidad, ya que con las internalizaciones que el sujeto va haciendo y que se dirigen hacia la estructura del *yo*, pasan a formar parte de éste y de su personalidad en constitución. (Grinberg, L. 1976.)

²² Grinberg, L. (1976). *Teoría de la identificación. Capítulo I*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Pp. 11.

Por otro lado, aunque en paralelo de las internalizaciones, se encuentran las *externalizaciones*, las cuales, de acuerdo al autor, se componen por: *excorporación, extrayección, proyección, identificación imitativa e identificación proyectiva*.

El proceso de *externalización* es el inverso al de la internalización, ya que este tiende a colocar en el mundo externo aquello que corresponde al *yo (self)* y sus objetos internos. De esta forma las regulaciones internas se transforman en externas.

La *identificación proyectiva* funge de manera significativa dentro de los procesos grupales, es por ello que de las externalizaciones mencionadas sólo describiré la proyectiva.

Es un término que Melanie Klein introdujo al ámbito psicoanalítico desde su trabajo con la infancia. Es un mecanismo que se presenta en los primeros meses de la vida y consiste en “*la fantasía omnipotente de que partes no deseadas de la personalidad y de los objetos internos pueden ser disociadas, proyectadas y controladas en el objeto en el cual se han proyectado.*”²³. Es un mecanismo sumamente primitivo, de acuerdo a la autora, que se remite a antes de que el bebé diferencie su *yo* de los objetos.

La función de la identificación proyectiva es *liberar la mente* de esos aspectos del *yo* que resultan incómodos y displacenteros. Sin embargo, estas cualidades que han sido necesarias evacuar siguen persistiendo dentro de aquel objeto externo en que se hayan proyectado.

Aunque es considerado con un mecanismo defensivo contra la angustia, se utiliza también como una forma de establecer vínculos empáticos como los objetos, ya que se proyectan partes “buenas” del *yo* en los objetos externos.

Bion argumenta, sobre la identificación proyectiva, que tanto los niños como los pacientes en análisis buscan la forma de deshacerse de sentimientos que no se toleran, se disocian y proyectan hacia la madre, en el caso de los niños, y del analista, en el caso de los pacientes, a través de la identificación proyectiva. De esta forma, se espera que ellos los modifiquen y se los regresen, re introyectarlos a su *yo* sin que aguarden peligro alguno. (Grinberg, L. 1976).

²³ Grinberg, L. (1976). *Teoría de la identificación. Capítulo VI*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Pp. 50.

Dentro del proceso terapéutico, en todo momento, se ponen de manifiesto una amplia serie de identificaciones de cada uno de los individuos con sus compañeros y el terapeuta. Las fluctuaciones que acontecen en un grupo, su dinámica particular, se basan en la serie de identificaciones que cada uno de los integrantes aporte desde su historia personal. De acuerdo a L. Grinberg, M. Langer y E. Rodríguez la interrelación entre *la identificación proyectiva y la introyectiva*, se encuentran en la búsqueda constante del sujeto entre el “*dar y recibir*” que remite directamente a lo que se obtuvo del hogar. En medida de lo que el sujeto haya recibido y dado, en base a ello tenderá a despojar al otro de lo que no se tiene, o bien, ofrecer lo que según el sujeto, le hace falta al otro.

Es así como las manifestaciones de este tipo de identificaciones, se hacen presente: *introyectiva* es la que se da entre los miembros del grupo, así como las relaciones objetales que se pudieran presentar, también pertenecen a este orden. Por su parte, la *proyectiva* se manifiesta en formas más explícitas, como cuando surge el portavoz del grupo, el chivo expiatorio que personifica las partes disociadas del grupo y que le fueron depositadas a él, y que él asume como propias, aunque no lo sean del todo. Es así como se conjugan constantemente el conjunto de identificaciones que fungen también como línea terapéutica para el grupo.

Foulkes aporta el concepto de *reacción de espejo* el cual se vale de los mecanismos de identificación anteriormente descritos. Éste consiste en que la mirada y el discurso de los demás integrantes del grupo terapéutico sirvan de reflejo de las problemáticas propias del sujeto. De esta forma podrá objetivar su situación, a través de la reflexión y diálogo que se suscite dentro del grupo por medio de las intervenciones e interpretaciones del terapeuta desde su lugar transferencial. El grupo va tomando conciencia de la presencia de estos mecanismos defensivos y logra aceptar lo propio y lo del grupo. (L. Grinberg, M. Langer y E. Rodríguez. 1957).

En resumen, la psicoterapia grupal es asumida como terapéutica, según L. Grinberg, M. Langer y E. Rodríguez, en la medida que “*suprime 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.”²⁴ Este sería el principal objetivo de la psicoterapia grupal infantil.

2.3. Psicoanálisis de la Infancia

*“En mi casa mi familia se adormila en su sillón
En mi casa se ha quedado a vivir la tradición
En mi casa las paredes se respetan como a un Dios
En mi casa hay una Iglesia que se llama comedor
En mi casa a mis padres yo les hablo con su voz
Pero a veces en mi casa el silencio es lo mejor...”*

*Esto de jugar a la vida, es algo que a veces duele
Esto de jugar a la vida, es algo que a veces duele...”*

*Compositor, Enrique Ballesté.
Intérprete, Amparo Ochoa.*

Cuando se habla de psicoanálisis y la infancia, así como cuando se pretende articular psicoanálisis y grupos, no falta quien levante la voz para argumentar que esto no es posible, o al menos aceptable, *¿cómo aplicar el método y la técnica en psicoanálisis con niños? ¿y con grupos? ¿y con grupos de niños?*

En el afán de defender al Psicoanálisis como si al *“juntarse con la chusma”*, léase cualquier otra cosa que no sea puramente psicoanalítico, fuera sacrilegio, herejía, falta a los principios y enseñanzas de los grandes psicoanalistas. Lo digo y lo apunto porque me ha tocado escuchar estos comentarios defensivos, de indignación incluso, cuando se pretende nombrar como psicoanalítico alguna labor clínica con variantes a la tradicional práctica que a aquel le compete, según sus lineamientos.

Puede entenderse este resguardo de la práctica analítica, sin embargo, al menos en lo que me compete puedo decir que, siendo egresada del área clínica de la Facultad de psicología de esta universidad, difícilmente puedo hacer clínica sin valerme de la mirada

²⁴ Grinberg, L., Langer, M. y Rodrigué, E. (1957). *Psicoterapia del grupo, su enfoque psicoanalítico. Cap. VI.* Buenos Aires, Argentina: Paidós. Pp. 140.

psicoanalítica. Desde primer semestre se lee y escucha en los seminarios del área básica, teoría psicoanalítica, siendo que en el área clínica el 90% de lo que se lee es de esta misma disciplina y lo que no, se critica desde ahí mismo.

No reniego de mi formación, la problematizo, es una forma de justificar desde donde hago posible mi sueño de ejercer clínica grupal infantil.

En el quinto semestre de la formación académica, se imparte la materia de *Introducción al trabajo clínico con niños*, la cual no existía en nuestra Facultad de psicología sino hasta el plan curricular de 2005. En el cual se incluyen también, para sexto semestre *Introducción al trabajo clínico con adolescentes y Psicodiagnóstico II*; en séptimo *Clínica Grupal I y Diseños de propuestas de intervención clínica*; y en octavo, *Clínica Grupal II*. Materias indispensables para la incursión al mundo laboral al egreso de la licenciatura, al menos así ha sido en mi caso.

¿Por qué *Introducción al trabajo clínico con niños*, y no *Psicoanálisis de la infancia*? Tal vez sería mucho el atrevimiento. Entonces, ¿por qué no hay continuación a esta materia introductoria, como sí la hay para *Introducción al método psicoanalítico* (5to semestre) con *Método psicoanalítico I, II y III* (de 6to a 8vo)? Probablemente porque se considere que quienes tengan interés por el tema de la infancia, lo mismo que con la adolescencia, se puede optar por los programas de prácticas que los aborden, los cuales, cabe mencionar, son la mayoría, ya sea explícitamente o según exista la demanda de atención psicológica.

Inicio con esta incomodidad, personal, porque al iniciar este apartado del marco teórico consideré que el material para la teoría de la infancia con el que contaba era insuficiente. En parte lo sigo pensando. Sin embargo, sería mentir citar autores que apenas he leído y no he trabajado directamente en mi práctica clínica con infantes, por lo cual me autoricé para abordar los puntos principales, con mirada psicoanalítica, que trabajo en el día a día.

Existen algunas problemáticas cuando se trata del trabajo clínico analítico infantil. Primero, considerar que se puede tomar en análisis a un niño, bajo los prejuicios (y temores) de que el método de la *asociación libre* no es posible con infantes, ya que son pequeños y no han desarrollado esta capacidad intelectual aún, como ya se encuentra en los adultos. De esta

forma, *hacer consciente lo inconsciente* sería una imposibilidad, en esta tesis se muestra que es posible.

Aunado a estas supuestas dificultades, se encuentra la técnica analítica por excelencia: la *interpretación*. ¿De qué forma se puede considerar hacer una interpretación a un niño de tal forma que lo comprenda y conlleve a una reflexión sobre sí mismo? Considerando que esto es lo esperado dentro del análisis de un adulto y para que esto fuera posible sería “necesario” que el pequeño contara con las *palabras* para expresar su sentir y pensar, que pudiera dar cuenta de aquello que ha analizado en sesión o durante el tratamiento. Lo que en realidad espera el especialista es que el niño pueda hablarle en su “lenguaje”, el del analista, es decir, el del mundo adulto.

En lo que refiere a estas dificultades del análisis infantil, es no considerar a los niños(as) como sujetos hablantes, que tienen una historia que contar y síntomas que los aquejan. En el artículo “El jugar en el psicoanálisis de niños”, de la Dra. Raquel Ribeiro Toral, asegura que:

*“Los niños al hablar dicen cosas significativas, esto es, tienen un saber, tienen formas de decirlo y en este sentido pueden ser tomados como sujetos de análisis. Si el analista de niños no considera al niño como sujeto que tiene algo que decir, entonces de nada sirve que emprenda un trabajo clínico con él.”*²⁵

Maud Manonni, en “El niño, ‘su enfermedad’ y los otros” (1967), asegura que *el psicoanálisis de niños es psicoanálisis*, de tal forma que Freud considera como análisis el caso Juanito. El campo del lenguaje es en donde opera el psicoanálisis y éste se encuentra presente tanto en la etapa adulta como en la infancia.

Los niños, en el momento mismo en que comienzan a hablar cuentan una historia, su mundo, la forma en cómo lo viven y lo entienden, aunque en la fase de la primera infancia esto no sea más que la interiorización del contexto en que le tocó vivir, su familia en primer instancia, los niños dan cuenta de ello de la forma en que pueden, a veces repitiendo

²⁵ Ribeiro, R. (S/fecha) “El jugar en el psicoanálisis de niños”. Revista de Psicología y Sociedad de la Facultad de Psicología. UAQ. Núm. 20.

aquello que les dicen en casa, imitando modos y expresiones de sus padres, pero de esta forma ya comienzan a contar su propia historia. Que no se puede esperar de un pequeño en la etapa de latencia, entre los 6 y 12 años de edad con quienes se puede dialogar con mayor facilidad, hacen deducciones de lo que ven, escuchan y experimentan en su cotidiano, su familia, la escuela, los amigos, los adultos. Son edades en las que las mismas exigencias sociales y culturales les permite dar cuenta, en un lenguaje más elaborado y amplio (palabras, expresiones, dibujos, juegos, actitudes) de lo que les acontece, y dentro del análisis, de aquello que les aqueja sintomáticamente hablando.

Es entonces falso que los infantes no cuenten con formas de expresión dignas de considerar para ser tomados en análisis. Son las *resistencias* y prejuicios formativos del analista las que impiden estar labor clínica infantil.

Otra dificultad, ya no poniendo en cuestión si se logra el psicoanálisis infantil sino ya en la práctica directa, se encuentra en lo relacionado a la familia, en específico a la pareja de padres que llevan a la consulta a su hijo(a) por alguna problemática que hayan localizado en este(a). Son dos líneas de trabajo sobre este punto: *la demanda y la transferencia*.

La primera, la *demanda*, refiere al motivo de consulta por el cual se lleva al niño. No específicamente la problemática particular de cada caso, de cada niño y su familia, sino las condiciones en las que se presentan al análisis, en la búsqueda del tratamiento que logre dar respuestas al síntoma que los llevó ahí. Para que estas respuestas surjan es necesario primero interrogarse sobre el sentido de ese síntoma, el cual remite directamente a la situación familiar, de pareja de padres, del hijo(a). La *demanda* no es lo mismo que solicitar, pedir atiendan al pequeño infante y deje de ser un causante de problemas para quienes están a su cargo, primordialmente sus padres y en gran cantidad de casos, de sus profesores de escuela.

La experiencia clínica grupal infantil, me ha dado la posibilidad de lograr ver las dimensiones de esta complejidad. Los encuentros con los padres de familia son, a parte de suma importancia para el tratamiento de su hijo(a) que llevan a la consulta, indispensables para que la terapia funcione.

Así como saber diferenciar una demanda de una solicitud, ya que la primera gira en torno a interrogarse sobre el síntoma y en relación con el deseo del sujeto que se analiza; la segunda es una petición de solucionar, con métodos y técnicas que como especialistas “debemos de saber” y aplicar, como cuando se acude al médico y se receta un tratamiento a base de medicamentos y consejos. De esta forma, la clínica infantil se complejiza, ya que hay que dar cuenta, primero si es una demanda la que se hace, ya que con la petición de solución no se puede lograr prácticamente nada porque las expectativas están puestas en otro sitio. Y segundo, de dónde/quién(es) proviene la demanda, padre, madre, hijo(a) y si es que logran articularse.

Si bien se prioriza la palabra y escucha del niño que está en análisis, nunca hay que olvidar ni dejar de lado a sus padres. Sin embargo, es difícil mantener una escucha cuando se habla desde diferentes lugares, posiciones frente al síntoma que se presenta: el discurso de los padres y el del niño. (Dinerstein, A. 1987)

Si hay demanda, hay posibilidad de análisis, pero la condición para que éste se efectúe, como ya sabemos, es necesaria la *transferencia*.

Hablar de transferencia en el psicoanálisis de la infancia es, al igual que con la demanda, hablar del niño y de sus padres. Establecer la transferencia con éstos últimos es lo que garantiza que del proceso terapéutico se obtengan gratos resultados, ya que son los padres quienes llevan a la consulta a su hijo(a), al menos así en lo explícito puesto que la experiencia ha demostrado que en un buen número de casos son los hijos, con la problemática que manifiesten, quienes llevan a la consulta a los padres para que éstos se hagan cargo de sí mismos y la situación familiar que les compete, siendo que son los pilares del hogar en donde se está criando el niño que está bajo su custodia.

No por ello quiere decir que encontrándose los padres en análisis el hijo en cuestión se “cure” por consecuencia, ya que una vez que se ha desarrollado el cuadro sintomático, entonces hay que hacer por el niño una labor analítica, en la propuesta que yo hago, de manera grupal. Los padres deben, en el mejor de los casos, hacerse cargo de aquello que les concierne sobre la situación en que se encuentran, en el caso específico, el síntoma que porta su descendiente.

La *transferencia* en análisis refiere a la reactualización de *imagenes* infantiles en la relación que se ha establecido con el analista. Pero, ¿dónde quedan los *imagenes infantiles por reactualizar* si es que aún se es infante? Esta es otra de las complicaciones sobre el por qué se duda sobre el psicoanálisis de la infancia, sin embargo, en la transferencia que se establece entre el paciente-niño y el analista se escenifica un conflicto actual. Erik Porge, considera que el infante manifiesta una *neurosis de transferencia* y no una *neurosis ordinaria*.

La segunda es la que se presenta en el común, en las personas adultas y que el proceso analítico convertirá en una *neurosis de transferencia*. De esta forma se convierte una psicopatología con la cual el sujeto se ve claramente afectado, por una neurosis que logre resolver sus conflictos que continuará teniendo a lo largo de su vida, de una manera “sana”, por decirlo de alguna forma.

El pequeño se encuentra en un lugar en que el análisis tiene campo fértil de trabajo, en una *neurosis de transferencia*. Este mismo autor refiere que la transferencia que se establece con el niño es de orden distinto al de un adulto, nuevamente por el factor de los padres, siendo que esta neurosis de transferencia ya se encuentra de facto en él, lo que busca inconscientemente y a través de sus síntomas es que “alguien” le sostenga su transferencia, recordando que no sólo se establece en el análisis sino que es parte del cotidiano en nuestras relaciones personales.

Ese lugar de sostén que por lo general ocupan los padres, por alguna particular razón se ha movido, dejando al niño en la búsqueda de quien se haga cargo de ello. De esta forma el analista puede ocupar ese lugar. A este tipo de transferencia el autor nomina como *a la cantonade*. Término de uso en el teatro, cuando el actor-personaje habla en voz alta para un personaje que no se encuentra en el escenario, pero tiene de intermediario al público que entiende la trama. De esta forma, el mensaje del niño, es un mensaje cifrado para el analista que antes estaba dirigido hacia sus padres. (Porge, E. *La transferencia*. Revista Litoral, No. 10, ---).

Maud Mannoni, considera que no se trata de saber si es que niño puede o no puede transferir sobre el analista aquello que de su drama familiar le aqueje y compete:

“...sino en lograr que el niño pueda salir de cierta trama de engaños que va urdiendo con la complicidad de sus padres. Esto sólo puede realizarse si comprendemos que el discurso que se dice es un discurso colectivo: la experiencia de la transferencia se realiza entre el analista, el niño y sus padres.”²⁶

¿De qué manera se logra esta triada de trabajo clínico? Manteniendo, por supuesto, una buena transferencia con los padres tanto como con el pequeño en análisis. Aunque es fácil decirlo no lo es en la práctica. La transferencia trae consigo las resistencias al análisis y ellas se encuentran cuanto más se acerca el análisis al meollo del problema, sobre lo reprimido que yace en lo inconsciente y se lucha porque permanezca allí.

¿Qué es por lo que se lucha para que permanezca inconsciente? Una verdad, principalmente, que de *devenir consciente* resultaría *displacentera* para el yo.

Para poder trabajar esa verdad que se esconde, se expresa por medio de los síntomas pero que su sentido continúa inconsciente, es necesario, de acuerdo a Ricardo Rodulfo en “El niño y el significante”, preguntarse por lo que sucede alrededor del niño, *¿de dónde proviene esta criatura? ¿dónde vive? ¿en qué consiste un niño?* Es decir, remitirse no sólo a historia actual de éste, sino a su *prehistoria*: lo que ocurrió antes de que él llegara al mundo, a su familia.

Para Freud es la “*novela familiar del neurótico*”, Ricardo Rodulfo lo nombra como el *mito familiar* y lo describe como:

“... lo que un niño respira allí donde está colocado... Lo que se respira en un lugar a través de una serie de prácticas cotidianas que incluyen actos, dichos, ideogemas, normas educativas, regulaciones del cuerpo, que forman un conjunto donde está presente el mito familiar.”²⁷

²⁶ Mannoni, M. (1976). *El niño, su enfermedad y los otros. Cap. II la transferencia en psicoanálisis de niños. Problemas actuales*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva visión. Pp. 100.

²⁷ Rodulfo, R. (1989). *El niño y el Significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Pp. 36.

También lo define como “*un puñado de significantes dispuestos de cierta manera*”²⁸. Y es ahí donde llega un bebé, a un lugar donde se le espera por algún motivo, con ciertas expectativas, para ciertos fines.

El autor identifica tres características del *significante* desde el psicoanálisis:

- 1) *Se repite*, pasa de una generación a otra como consigna implícita, que en cierta forma brinda pertenencia a esa familia a la que se ha llegado.
- 2) *Se produce algo nuevo*, aunque sea un legado familiar, cada uno de sus miembros aporta algo novedoso, traza una línea de distinción en su historia familiar.
- 3) *Tiene dirección*, conduce hacia alguna parte, caminos preferenciales que llevan hacia algún lugar específico, considerando los dos puntos anteriores.

Comento estas características para explicar lo siguiente:

Cuando Ruth llega al mundo, la segunda hija, número ideal para la pareja de padres de la niña; se encuentra con que se parece a la familia de su papá quienes son considerados como “*feos*”. En especial se parece al abuelo, quien de todos es “*el más feo*”. No conforme con ello, “*los de esa familia son flaquitos, menuditos y pasivos*” en total oposición a la familia materna que son “*fuertes y activos*” ya que padecieron mucho en la infancia y tuvieron que luchar para obtener una vida mejor, tal es el caso específico de la madre de Ruth.

Siendo así, las dos hijas de en medio, Ruth y Paola, compiten constantemente por los lugares a los que les toca representar en su casa. Ruth es de la familia paterna y Paola de la materna. Esto les brinda pertenencia a su historia familiar pero de igual forma las coloca en un lugar del que resulta difícil moverse, en especial a Ruth quien tiene el juego en su contra con las características que le adjudican y ella asume como propias.

Ruth representa un papel fundamental en su casa, aunque sus padres intenten minimizar ya que los remite a ellos mismos a sus familias e historia de origen.

²⁸ Rodolfo, R. (1989). *El niño y el Significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Pp. 40.

La niña no sólo tiene que competir con su hermana, sino con la puesta en jaque que representa la llegada de su nuevo hermanito, el varón esperado después de tres hijas. El hermano se parece físicamente a la familia materna, pero es muy querido en la paterna. Aquí aparece una nueva regla familiar: “*lo varones son los más queridos*” en la familia del papá, aunque sean “*feos*” las niñas no son igualmente apreciadas. Ruth se encuentra en una desventaja múltiple: es “fea” y no “feo”, “flaquita, menudita y pasiva” y no “fuerte y activa”, es “niña” y no “niño”.

Cabe mencionar que la niña no es “fea” en realidad, esto se le atribuye por ser parecida al abuelo paterno. Y aunque es “flaquita y menudita”, lo “pasiva” es confundido con femenina, diferente a sus hermanas quienes visten y actúan como varones rudos, lo que es apreciado en su casa. Se repite la historia pero Ruth traza sus diferencias, las que probablemente sean la incomodidad en su familia.

Al nacer, tal vez en un intento de salvarla y condenarla al mismo tiempo, su madre elige nombrarla Ruth porque tenía una amiga llamada así quien era “*fuerte, inteligente y luchadora*” y quería que así fuese su hija. El segundo nombre, Berenice, es puesto por el padre quien no quiere dar explicaciones de la procedencia y significado de éste. Un secreto personal y familiar queda nombrado en la niña.

El camino por el que va la niña no es sino el marcado por su propia familia sólo que por los senderos despreciados, los que no quieren ver ni reconocer como propios. El revés que se quiere ocultar, Ruth al ser el *chivo expiatorio* de su familia, de acuerdo Pichón Rivieré, lo pone de manifiesto.

Rodulfo explica que, a diferencia de lo que se pueda pensar sobre la pasividad con que se llega al mundo, donde se entiende que el bebé sólo recibe de sus cercanos todo aquello cuanto le dan y le niegan; el bebé tiene que actuar activamente al medio al que llega, que por supuesto está compuesto por otros:

“La tarea originaria de un bebé cuando viene al mundo es tratar de encontrar significantes que lo representen, porque no lo encuentra todo

hecho... encontrar significantes que lo representen ante y dentro del discurso familiar, en el seno del mito familiar, o sea del campo deseante familiar.”²⁹

La labor de la práctica psicoanalítica y clínica es otorgar un lugar, como cuando se llega al mundo pero con una connotación diferente. El análisis brinda la posibilidad de marcar caminos alternos a los propuestos/impuestos en el discurso familiar. Dando la posibilidad de que esos significantes que lo representan apunten hacia otro lado, uno o varios, donde no quede atrapado. Lo complejo en el análisis con infantes es que esta labor es trabajada con los padres tanto como con el niño, no de igual forma por supuesto, pero al ser dependientes aún de aquellos, son imprescindibles del tratamiento.

2.4. Modelo GIN-GAP

Para hablar del modelo GIN-GAP específicamente, se hará un recuento puntual de diferentes autores que previo a esta experiencia han dado los antecedentes importantes:

- J. Moreno y el psicodrama (1911) se da lugar a la libre expresión y creatividad a niños y adolescentes, teniendo como consecuencia efectos terapéuticos.
- Slavson, continúa esta labor con algunas modificaciones. Es considerado como el *padre de la terapia grupal de niños y adolescentes*.
- A. Adler (1918) aplicaba grupos de terapia con niños y adolescentes para prevenir y tratar la delincuencia en sectores de la población más vulnerables.
- Glazer y Durkin (1944) inician con *grupos de juego*, valiéndose de la interpretación analítica, buscando la verbalización de los sentimientos presentes en el juego.
- En México (1948-49), en el Hospital Infantil de México los doctores Ramón de la Fuente y Leonor Torres Cravioto trabajan grupos analíticos infantiles. Sobre esta misma línea les sigue el doctor Luis Feder quien trabajó con grupos de madres de los niños en terapia. La Dra. Frida Zmud continuó con esta labor, aportando la exclusión de juguetes en la terapia.

²⁹ Rodulfo, R. (1989). *El niño y el Significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Pp. 41 y 42.

- D. Anzieu (1950) articula el psicodrama con el psicoanálisis en grupos de niños y adolescentes. Considera en el análisis grupal, trabajar con material que le es común a todos, las interpretaciones se hacía en el “aquí y ahora” y las formas representacionales desde el psicodrama, se hacían de forma hablada y actuada.
- La psicoterapia grupal infantil es más desarrollada en Argentina (1959) como respuesta a la demanda de instituciones de asistencia.
- Sirlin y Glassermann (1974) se valen de la teoría kleniana sobre la terapia de juego y la psicoterapia grupal de infantes es sustentada como psicoanalítica bajo el argumento de que la interpretación se hace sobre los contenidos inconscientes que surgen durante el juego del niño; además se hace análisis de la transferencia y de sus consecuentes resistencias.

El modelo GIN-GAP, Grupo Infantil Natural - Grupo Analítico de Padres, inicia por la inquietud de un proyecto personal y profesional de los doctores Marco Antonio Dupont y Adela Jinich sobre el trabajo clínico grupal con niños, además de que su formación como psicoanalistas les permitía esta labor. Lo que ahora se conoce como el modelo teórico GIN-GAP es producto de lo que se fue construyendo sobre la práctica, adecuando el proyecto a las necesidades de cada grupo, es un cúmulo de experiencias clínicas y reflexiones que se convirtieron en teoría después de su consolidación práctica.

El nombre GIN es sugerido por la evocación de la familia en el contexto terapéutico, que refiere a la organización natural e inconsciente del grupo familiar del niño, la cual es proyectada en el espacio y tiempo del *setting terapéutico*.

La primera experiencia surge en 1974, cuando en el consultorio de la Dra. Adela Jinich dan apertura a su primero grupo psicoterapéutico de infantes. A este grupo piloto se le conoce como “GIN 0”, tuvo una duración de 6 meses y sirvió de prueba para las modificaciones de los consecuentes GIN, los cuales se realizaron en diferentes instituciones, ya no más en la consulta privada. Del GIN I al IV hubo una serie de modificaciones hasta llegar a consolidarse este último como el modelo que hoy conocemos como GIN-GAP.

La apuesta de los doctores Dupont y Jinich, era la creación de un modelo teórico práctico en la conjunción del psicoanálisis infantil con el psicoanálisis grupal, tanto su teoría como

su método y técnica. Sobre el psicoanálisis infantil retoman principalmente la teoría de M. Klein, Winnicott y Freud. Para el análisis grupal, principalmente a W. Bion³⁰.

Cuando pasan del consultorio privado al trabajo en instituciones, el proyecto es tomado como la respuesta a la demanda de atención psicológica para infantes que rebasaba a las posibilidades de consulta individual. En términos económicos, en grupo se pueden atender a más niños en el mismo tiempo de una sesión individual.

Trabajaron en distintas instituciones, tales como: Centro de Integración Juvenil (CIJ) de Naucalpan, la Asociación Mexicana de Psicoterapia de Grupo (AMPAG), la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia (IMPPA).

De acuerdo a los autores, los objetivos con los que se inicia el diseño del GIN son los siguientes:

1. *Reconocer e intervenir precozmente sobre la psicopatología del niño y del grupo infantil.*
2. *Reconocer, interpretar y modificar favorablemente aquellos factores que interviniendo en la patología del niño, fueran de la responsabilidad de los padres.*
3. *Abreviar la duración del tratamiento,*
4. *Evitar la deserción de niños, propiciada por la resistencia de los padres.*
5. *Mejorar los resultados obtenidos en el tratamiento individual de niños.*

(Dupont, M.; Jinich, A. 1993)

Estos objetivos se sustentan en los supuestos teóricos sobre los que se basa el modelo GIN-GAP y sobre los cuales los autores trabajaron y consolidaron conforme la experiencia misma daba sus frutos.

El primer supuesto teórico refiere a la reproducción del grupo original, la familia, en un contexto terapéutico, ya que es en ese núcleo familiar en donde se supone se inicia la psicopatología del infante.

³⁰ Nótese que los autores reconocen en su texto esta práctica como *psicoanalítica*, al conjuntar en su modelo *psicoanálisis grupal y psicoanálisis infantil*.

La ansiedad de los niños y sus fantasías inconscientes se gestan desde los primeros lazos con la madre. Los síntomas de los infantes aparecen como una defensa ante verse inundados por la ansiedad que no fue neutralizada por los padres, por la madre principalmente. Esta ansiedad se potencializa en la convivencia diaria junto con la ansiedad de sus padres, de su grupo familiar en general. Aparece como *sintónica* cuando genera un cierto equilibrio en las identificaciones proyectivas que circulan en la red familiar; se vuelve *distónica* en la medida en que se manifiesta en síntomas y enfermedad, que colocan al niño como señalado.

De esta forma, con la segunda propuesta teórica, el *agrupamiento terapéutico* de niños en donde se reproduce el conflicto familiar, los pequeños en edad de latencia junto con los terapeutas (hombre y mujer preferentemente) en un espacio (*setting terapéutico*) con pocos estímulos; el grupo accede a una intensa y rápida regresión que trae a escena contenidos inconscientes y los objetos internos de cada niño.

El *setting terapéutico* se conforma por una sala amplia, alfombrada, con un baño accesible a los niños, pizarrón, plumones y cojines. Este espacio es el depósito de identificaciones y proyecciones, al igual que los terapeutas y los integrantes de la terapia.

La pareja de terapeutas y los compañeros infantes fungen como *pantallas de proyección* de los objetos internos de cada integrante, de esta forma el grupo mismo se convierte en la proyección de su inconsciente familiar.

Es así, con el tercer supuesto teórico, como la regresión, la proyección de los objetos internos y con la actuación de las fantasías sádicas, cabalísticas, perversas, etc., como se externa el *conflicto primario*: “*la agresión dirigida al objeto y contenida en la actuación de una fantasía específica es seguida de la aparición de ansiedades persecutorias o depresivas, gestoras de sintomatología defensiva.*”³¹

Debido a la rapidez con que se logra esta fase regresiva y catártica en los miembros del grupo, así como la evacuación de la agresión, la mejoría sintomática de cada uno de los niños(as) es sorprendente, en especial ante los ojos de sus familias. Cabe advertir que esta

³¹ Dupont, M.; Jinich, A. (1993). *Psicoterapia grupal para niños. Cap. VI Supuestos teóricos y propuestas técnicas*. Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara. Pp. 214.

notable mejoría se debe al proceso evacuativo-regresivo, más no elaborativo y de desertar en este momento del tratamiento los síntomas regresarán inminentemente³².

En el cuarto supuesto, el agrupamiento terapéutico reordena la primera fase, anteriormente mencionada como regresiva y catártica, para iniciar un proceso evolutivo que lleva al orden en la socialización. Se crean *alianzas* entre los miembros del grupo, subgrupos que en más de algún momento llevan a la confrontación, ya sea por el liderazgo, la inconformidad de la dinámica grupal, el nivel de agresión y violencia. Encontrando un punto de común acuerdo, la *ley grupal*, que se rige por la correspondencia de acciones, es decir, “tú me pegas yo te lo regreso, tú me abrazas te abrazo”. Comienza haber organización en medio del caos que había en la primera fase, de esta forma la segunda etapa del tratamiento inicia sus funciones.

Los conflictos grupales se hablan, discuten, hasta llegar a una decisión democrática donde ellos mismos acuerdan qué hacer y cómo hacerlo. La *fase elaborativa* inicia.

Una vez que el grupo se encuentra en esta etapa, la llegada de nuevos integrantes no implica su necesario regreso a la primera fase. Aun cuando los de nuevo ingreso demanden ese proceso regresivo y evacuativo, los que ya alcanzaron llegar al proceso elaborativo funcionan como *continente grupal* con una gran capacidad de contención hacia los procesos regresivos que se generan con los que se acaban de integrar al grupo. El agrupamiento original enseña la cultura y costumbres del grupo a los recién llegados, los ayudan también, a elaborar la regresión cuando en éstos últimos se presenta. Este sería el quinto postulado teórico.

Sobre los fenómenos de la dinámica grupal, como el anterior mencionado, se encuentran las formas de intervención e interpretación. Al igual que en el análisis y/o psicoterapia individual, ya sea de adultos como de infantes, las resistencias se presentan en cada oportunidad. En la clínica grupal infantil, el uso de la interpretación puede generar respuestas resistenciales que, en confabulación grupal resultan difíciles, cuasi imposibles de puntuar, creando *conjuras resistenciales* que dejan excluidos a los terapeutas de la

³² Al respecto, se recomienda ver el apartado de resultados y conclusiones del *Capítulo IV Sobre la experiencia*, en la parte del Colegio Educación y Patria CENDI Charly, con los grupos 1 y 2, con quienes se trabajó sólo en la parte abreactiva.

dinámica grupal. Un tip técnico sobre este acontecer es la *interpretación marginal*, que aparece como la sexta propuesta teórica.

Ésta consiste en, manteniéndose al margen como el mismo grupo los colocó, los co terapeutas hablan entre sí en voz media, renunciando a ser escuchados por los demás integrantes. El diálogo es entorno a lo que sucede en el grupo, las hipótesis sobre lo que ocurre, retomando las interpretaciones rechazadas por los niños. Al poco tiempo, quienes excluyeron a los terapeutas se acercan a ellos con un particular interés por lo que éstos comentan. Es una reminiscencia de la *escena primaria* que ocurre a puerta cerrada entre los padres, a espaldas de los hijos, la cual genera un súbito interés en los pequeños.

Un ejemplo:

Karol y Ruth se niegan a dejar de jugar, ambas terapeutas comenzamos a hablar sobre lo difícil que ha sido poder citar a la mamá de Karol y que suponemos algo esté sucediendo en casa por los cambios de actitud que la niña ha manifestado en las últimas sesiones. Sobre Ruth comentamos el por qué habrá tenido que repetir año escolar, qué estará sucediendo... a los pocos minutos Ruth dice ya no querer jugar y se sienta juntos a nosotras y se incorpora a la plática. A Karol no le queda más que hacer lo mismo.

El GIN está estructurado por un movimiento dinámico que va evolucionando en el tiempo. Este movimiento está presente en cada una de las sesiones, las cuales son divididas en tres tiempos: *Tiempo de jugar, Tiempo para pensar y Tiempo de poner las cosas en su lugar /orden y reparación*. Este es el séptimo supuesto teórico de los autores.

En el primer tiempo, el de jugar, son 60 minutos dedicados a hacer lo que el grupo proponga, en lo general siempre quieren jugar. Se caracteriza este tiempo por ser de gran acción: lucha de almohadas, correr, gritar, reír; hay mucho contacto físico, en ocasiones agresiones ya sea verbales como corporales. Las intervenciones de orden interpretativo de parte de los terapeutas se presentan conforme a la dinámica del grupo: cuando se advierten alianzas de sub grupos, afectos, intenciones, cualquier movimiento que afecte al grupo en general o a alguien en particular. Se brinda el espacio y tiempo para ellos muevan al grupo a su gusto y placer, su creatividad y espontaneidad es lo primordial en este tiempo.

En el tiempo para pensar, la tribuna es libre para todos. Son dedicados 20 minutos de la sesión para esta labor. Se retoma lo sucedido en el primer tiempo principalmente, así como todo aquello que los niños quieran comentar sobre su situación particular. Lo vivido, fantaseado, sentido por los niños. Recuperar desde el terapeuta la esencia del conflicto manifestado durante la sesión por medio de señalamientos e interpretaciones directas a los niños en el *aquí y el ahora*, así como sobre el historial clínico de cada integrante de acuerdo a las entrevistas con los padres.

Se promueve el diálogo y la reflexión, y si el grupo lo permite se da paso a la dramatización de lo sucedido dentro y fuera de la sesión.

El tercer tiempo, el de poner las cosas en su lugar/orden y reparación (los últimos minutos de la sesión), se acomodan los cojines, la ropa y el peinado de todos. Arreglar no sólo el consultorio y la vestimenta, sino, y principalmente, los procesos dinámicos suscitados en sesión. Esto marca la diferencia entre el adentro, la terapia, y el afuera, el regreso al cotidiano de su contexto vital.

El octavo supuesto teórico refiere al “*Efecto GIN*”, la inversión progresiva de los tiempos de sesión, entre el primer tiempo y el segundo, de la acción a la elaboración; “... *se atribuye substancialmente al abatimiento progresivo de las ansiedades persecutorias y de las defensas maniacas que hace posible la elaboración de fantasías básicas, y el desarrollo del pensamiento reflexivo, de su expresión verbal y de las actitudes reparatoras.*”³³ Así lo explica el Dr. Dupont.

Se presenta de acuerdo al proceso evolutivo de cada grupo, una vez superada la primera fase del tratamiento en el cual la acción es lo primordial. El *Efecto GIN* aparece sin percance de los niños, pero es puntuado por los terapeutas. En el caso de los grupos que he coordinado, se llega a un acuerdo explícito y consensuado con los niños sobre el aumento del tiempo para pensar.

El agrupamiento terapéutico con infantes cuenta con características específicas, teórico-técnicas, que condicionan sus limitaciones. Excluye a niños con retraso mental, psicosis y

³³ Dupont, M.; Jinich, A. (1993). *Psicoterapia grupal para niños. Capítulo VI, Supuestos teóricos y propuestas técnicas*. Jalisco, México: Universidad de Guadalajara. Guadalajara Pp. 222.

cuadros autistas, en los cuales la fase evacuativa-regresiva del proceso terapéutico no se lleve a cabo por el tratamiento sino porque se encuentren detenidos en edades tempranas. También los niños con limitaciones físicas notables y de percepción se consideran inapropiados para este tipo de psicoterapia.

En el caso de padres que no se encuentren comprometidos con el tratamiento de sus hijos, es decir, negándose a integrarse a los grupos para padres, GAP; se considera como una limitación para el proceso terapéutico de su hijo(a). Otras consideraciones que pudieran limitar el tratamiento son familias que residan lejos del consultorio de terapia, así como que sean de niveles socioeconómicos claramente diferenciados, ya que suelen ser centro de atención y posible conflicto intragrupo. Este es el noveno supuesto teórico.³⁴

El décimo postulado declara que hay una serie de condiciones y características para el equipo de terapeutas que coordinan los grupos de psicoterapia infantil, los cuales deben de ser cuatro psicoterapeutas, dos para el GAP y dos para el GIN, de preferencia hombre y mujer. Éstos deben contar con un amplio conocimiento de la razón de cada uno de los pasos prescritos en el procedimiento, a saber:

- ✓ Vasta tolerancia a la agresión verbal y física.
- ✓ Capacidad de aceptar el contacto físico.
- ✓ Capacidad de realizar regresiones parciales en el *yo* terapéutico.
- ✓ Aptitud para entrar en contacto con las propias identificaciones infantiles, en los momentos de regresión parcial y temporal del *yo* terapéutico.
- ✓ Capacidad para entender los juegos de los niños e interpretarlos.
- ✓ Capacidad de solidaridad con el y los co terapeutas.
- ✓ Capacidad de empatía con sus pacientes y con sus objetos.
- ✓ Aptitudes físicas apropiadas para el esfuerzo requerido.

En el equipo de trabajo se consideran también a los coordinadores del grupo de supervisión de los co terapeutas, el cual se reúne después de cada sesión. En algunos casos también hay observadores de *cámara de gesell* que se integran al grupo de supervisión.

³⁴ Al respecto, puede leerse un claro ejemplo en el *Capítulo V: Resultados*, sobre la escuela primaria Noo Botsi Di Nxodi.

Debido a que este modelo de trabajo clínico grupal con niños es trabajado mayormente en instituciones, la undécima y doceava propuesta teórica refieren que el ámbito óptimo de trabajo GIN-GAP es en dependencias institucionales dedicadas a la enseñanza e investigación, como las clínicas de servicio comunitario y clínicas universitarias. El argumento es que las instituciones, al igual que la familia, cuentan con estructuras organizativas de *salud y enfermedad* que regulan el cumplimiento de su tarea, su eficiencia se encuentra en la medida en el predominio operativo que la fuerza saludable ejerza.

En este contexto institucional se cuenta con un equipo de trabajo que incluye administrativos y coordinadores, los cuales fungen como el pilar organizativo que contiene a la demanda de actividades diarias. Es de suma importancia que el equipo de terapeutas se apoye en aquellos para el buen funcionamiento de su labor clínica. Las familias de los niños pertenecientes a los grupos de terapia, hacen transferencia primero con la institución antes que con los terapeutas.

Como decimotercera propuesta son los principios que constituyen la base de la metodología GIN con fundamentos psicoanalíticos. Al igual que cada sesión se divide en tres tiempos, el tratamiento en sí mismo, el proceso terapéutico también se divide en tres fases:

- *Catártica*, la cual es la respuesta a un estímulo que es expresada mediante la acción, el jugar. En esta fase se atraen y transfieren contenidos inconscientes hasta la conciencia, tales como fantasías puestas en el particular jugar de cada niño dentro del grupo. El tiempo de duración varía en cada caso, pero corresponde a los primeros meses del tratamiento. Entre más intensa y profunda sea la regresión y evacuación de ansiedades, más prontamente se pasa a la segunda fase.
- *Reflexión y elaboración*, del evento contenido en la respuesta que tiende a asumir conscientes los contenidos nuevos, los fija y los elabora, obteniendo como resultado su repetida disociación o su regreso a la represión.
- *Reelaboración*, de los contenidos elaborados por la conciencia que abre paso a la integración.

El GIN es un *espacio diferenciador* que plantea al grupo de pares en un contexto diferente, de pertenencia y continencia donde el jugar y las fantasías tienen un lugar significativo y

cobran sentido. Los niños no son reprimidos ni reprendidos por su libre expresión en todas sus manifestaciones, pueden externar sus experiencias que les resultan placenteras como las que son amenazantes. El espacio y tiempo es, de facto, terapéutico.

El proceso terapéutico inicia con la selección de las familias que conformarán el grupo, se elabora una historia clínica de cada una de éstas y los niños. Para ello se hacen una serie de entrevistas con los padres y los niños, primero juntos y después sólo a los pequeños. El rango de edad para los integrantes del grupo de psicoterapia es de 7 a 10 años.

El proceso terapéutico tiene una duración de un año, con sesiones de 90 minutos un día a la semana dentro del *setting terapéutico* previamente establecido. El proceso incluye una fase de seguimiento, que consiste en visitas domiciliarias cada 3 o 6 meses con cada una de las familias de los niños del grupo. Esto último al finalizar el tratamiento de un año, con el fin de observar el funcionamiento y desempeño del niño en el contexto familiar. (García, D. IX Congreso de AMPAG. 2002)

Por su parte el *Grupo Analítico de Padres*, GAP, constituye el punto nodal en el destino de la terapia analítica de sus hijos, ya que los incluye en la búsqueda del bienestar de éstos, y por ende de la familia en general. La sesión se lleva a cabo en paralelo a la de sus hijos e hijas que se encuentran en el GIN, igualmente dura 90 minutos. Es un grupo de madres y padres que tienen por objetivo reflexionar sobre los vínculos patológicos y el conflicto del infante que es llevado a terapia, como un emergente de la problemática de casa.

Este grupo ayuda a los padres y madres de familia a tolerar los cambios que se suscitan en sus hijos durante el proceso terapéutico. Comienzan a escuchar y atender a las demandas de sus hijos de manera distinta, cobrando conciencia de que la familia debe protegerse a sí misma, cuidarse y prevenir la aparición de síntomas en los demás integrantes que la componen.

La terminación del tratamiento se lleva a cabo durante los últimos tres meses, aproximadamente, antes de que se termine el año del proceso terapéutico, tanto en el GAP como en el GIN. En la última sesión programada, se reúne al grupo de los padres con el de los niños siguiendo los tres momentos del GIN, *tiempo para jugar*, incluyendo a los padres; *tiempo de pensar*, abriendo el diálogo y haciendo el cierre del tratamiento y una serie de

reflexiones respecto al año de trabajo con ellos; y *tiempo de poner las cosas en su lugar* en donde se acuerda con las familias la fase seguimiento con las visitas domiciliarias en los consecuentes meses.

El GIN se vale de tres instrumentos técnicos: *cuerpo, juego e interpretación*. Los cuáles serán ampliamente abordados en el capítulo III.

Estas modalidades técnicas del GIN, rompen con la distancia que hay entre el adulto y el niño. Se juega en un grupo de “niños-pacientes” y “adultos-terapeutas-niños”. El hecho de jugar al igual que los pequeños implica una *regresión parcial*, ya que se mantiene una parte en contacto con el niño interno y otra parte con la función de terapeuta.

El contacto físico, el uso del cuerpo dentro del juego, induce que el niño rompa con las prohibiciones e inhibiciones que le han impedido una libre expresión. La regresión durante el juego en sesión permite la ausencia parcial de la censura, la inhibición y la culpa, dando oportunidad a la expresión de fantasías inconscientes.

Ejemplo:

Cierto miércoles en la sesión grupal de las 17:00hrs. Se dio el caso en que se decide jugar a la gallinita ciega y de común acuerdo se decide que sea la co terapeuta Evelyn la que haga esta función. Así, al inicio, todo era en silencio y entonces la gallinita no tenía referencia para atraparnos. Luego, los niños empezaron hacer ruido con los palillos chinos, después un ruido estridentemente de un muñeco se accionaba compulsivamente, dando pie para que la gallinita hiciera movimientos más definidos; luego, la que escribe toma un trastequito que contiene frijoles para jugar a la lotería, que empieza a mover de manera rítmica encontrando eco rítmico con los otros ruidos, formando así, un compás casi autóctono, generando que la gallinita hiciera movimientos estafalarios como si estuviera enloqueciendo pero al mismo tiempo como si estuviera haciendo también, un baile tribal (esto, por 20 minutos. Lo curioso es que a pesar de la euforia del momento ninguno decíamos una sola palabra.

Fuera de sesión, en el diálogo de terapeutas, dijimos que hubiese sido bueno haber grabado esa sesión, los niños se veían claramente complacidos. De común acuerdo las co terapeutas concluimos que esta sesión fue emotiva y rica en experiencia formativa.

2.5. Sobre lo Institucional

Uno de los primeros intentos por pensar entorno a lo institucional, en lo que refiere a las que se dedican a la salud mental, el movimiento anti psiquiátrico puso en cuestionamiento el valor terapéutico que se suscita en las instituciones de esta naturaleza. Lo que generó que los especialistas de la salud mental comenzaran investigar los fenómenos institucionales que antes habían sido pasados por alto y ahora les resultaba un tema importante de abordar.

Sin embargo, pese a la serie de reflexiones que se generaron y sistematizaron, las instituciones hoy día han cambiado poco. Manuela Utrilla, en su libro “¿Son posibles las terapias en las Instituciones?” se pregunta al respecto, “*si es porque la práctica institucional no ha podido teorizarse suficientemente o si es porque la fuerza de inercia es más poderosa que la de cambio.*”³⁵

La autora plantea dos posibles reflexiones: 1) hay dos tendencias sobre los procesos institucionales, una positiva y una negativa; 2) una de las particularidades institucionales es la resistencia al cambio.

La primera reflexión refiere a las ventajas y desventajas que presenta una institución para cualquier especialista. Como ventajas se encuentra la experiencia profesional, maduración, estabilidad económica, mejora profesional y currículum. Y como desventajas están los procesos desorganizadores, regresivos, enloquecedores que implica la agrupabilidad, y lo antiterapéutico, en lo que refiere al ejercicio de la profesión psi, para los que acuden a estas instituciones. Esta postura pareciera simplista, y lo es en realidad, pero provee un panorama general de la realidad institucional.

La especificidad del trabajo en las instituciones de salud en general, y de la mental en particular, expone permanentemente a sus trabajadores a proyecciones iatrogénicas inconscientes tanto de pacientes como de empleados y que, de no tener un espacio seguro de contención, reflexión y comunicación éstos tenderán a enfermarse y accidentarse hasta lograr salir de esa situación exponencial. Este fenómeno se conoce, en el estudio de las instituciones, como el Síndrome del *burn out* (Síndrome del Reventado), desarrollado por el Dr. Sergio Mendizabal en 1991, León, Guanajuato.

³⁵ Utrilla, M. (1998). *¿Son posibles las terapias en las instituciones? Cap. III Conocimientos institucionales.* Madrid, España: Ed. Biblioteca Nueva.

De la segunda reflexión, las resistencias al cambio, es una realidad que fácilmente se manifiesta ante la más mínima modificación a su estructura, ya sea en la organización, al cotidiano del trabajo, nuevos integrantes, los objetivos. La resistencia al cambio institucional puede leerse desde el fenómeno grupal, en donde se comparte una ideología, una mentalidad institucional que tiene como principal labor, resistirse al cambio.

Es por ello que lo teorizado sobre instituciones se basa esencialmente en los conocimientos sobre fenómenos y procesos grupales. Entre los autores más destacados se encuentran: W. Bion, J. Bleger, L. Grinberg, D. Anzieu, R. Käes, M. Mannoni, S. Lebovici. Todos por supuesto, psicoanalistas.

Sin embargo, es Elliot Jaques quien más ha desarrollado los fenómenos institucionales, también desde una perspectiva psicoanalítica, especialmente kleiniana.

Para este autor los individuos se reúnen en *asociaciones humanas institucionalizadas* en busca de la defensa contra las ansiedades psicóticas: paranoide y depresiva. Por medio de la identificación proyectiva, los individuos ponen en la institución objetos e impulsos de su mundo interno. Después, una vez que han sido modificados por el exterior, es decir, que han tenido una evolución, los reintroyectan ya que no es necesario defenderse de ellos. Es un proceso inconsciente que resulta funcional en la medida en que todos los miembros de una institución siguen este mismo proceso de identificación por proyección e introyección, a lo que E. Jaques nombra como *cooperación inconsciente*. (Klein, M.; Heimann, P.; R. E. Money-Kyrle. 1979).

Empero, esta funcionalidad de las instituciones las coloca en la delgada línea entre la salud y la enfermedad. José Bleger, en su libro “Psicohigiene y Psicología institucional”, expone que “*por responder a las mismas estructuras sociales, las instituciones tienden a adoptar la misma estructura de los problemas que tienen que enfrentar.*”³⁶

Por ejemplo, la familia es lugar de crianza, sostén afectivo y primer vínculo social; las instituciones de seguridad pública fueron inventadas para proteger a la ciudadanía de los

³⁶ Bleger, J. (1976). *Psicohigiene y psicología institucional. Cap. II. Psicología institucional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

delinquentes; los hospitales fueron inventados para curar a la ciudadanía; y las escuelas se hicieron para aprender y como preservación del conocimiento.

Sus paradojas, tendencias a la autodestrucción, quedan al descubierto: el seno familiar es la principal fuente de violencia, las familias se encuentran desintegradas y la crianza queda al relevo de instituciones educativas. Seguridad pública se encuentra plagado de personal corrupto y abusador al servicio de la delincuencia organizada; los hospitales, se ha confirmado, son focos de infección y negligencia médica, en donde los derechohabientes se ven maltratados por el personal que se supone se encuentra a su servicio, pero la demanda de atención los rebasa por mucho en cantidad lo que genera un detrimento en la calidad. Las escuelas oficiales, supuestamente se ven envueltas en acciones “injustas”, tema suficiente para suspender clases el tiempo que sea necesario; así mismo, la escuela se ha transformado en “el segundo hogar” y “Familia sustituta” para muchas familias, madres y padres solteros, la escuela es guardería y espacio de crianza.

Esta tesis trabaja en el sector educativo y ahí detecta un sin número de paradojas que se atenderán en el capítulo Sobre la experiencia, especialmente en lo que refiere la intervención en el Colegio Educación y Patria CENDI Charly.

Dupont propone a las clínicas de instituciones dedicadas a la enseñanza e investigación como el ámbito ideal para el trabajo con los grupos GIN-GAP. En el caso específico del autor, su labor fue mayormente realizada en AMPAG, en el caso de las dos terapeutas que realizamos este proyecto de psicoterapia infantil, se desarrolló en dos instituciones, una educativa y otra psicológica con fines académicos universitarios.

El argumento de Dupont es que las instituciones, al igual que las familias, cuentan con recursos de salud-enfermedad que provienen de sus estructuras organizativas. La tarea que tengan, tanto de la institución como de la familia, será eficaz en cuanto haya predominio de la parte saludable. (Dupont, M.; Jinich, A.1993).

En esta medida, las familias que acuden a una institución como CeSeCo Norte, primero hacen transferencia con la UAQ en tanto que aquella es dependencia de ésta, después con la CeSeCo y por último, en el mejor de los casos, con el psicólogo(a) que se haga cargo del

caso. En la situación específica de los pacientes menores de edad, son los padres quienes hacen este recorrido transferencial en primera instancia.

Para hacer un diagnóstico clínico en una institución, del orden que sea, es necesario tener en consideración lo anteriormente descrito, las paradojas institucionales y las resistencias al cambio que se presentarán.

Por su parte, una intervención requiere de haber identificado no sólo el área de conflicto, sino una valoración de las necesidades y oportunidades de mejora de la institución. Trabajar las resistencias que presentará la institución en general e identificar los subgrupos específicos que liderean estas manifestaciones y afianzar la transferencia.

Aun a pesar de las paradojas y resistencias al cambio que presentan las instituciones, siempre hay un dejo de apertura a propuestas de mejora, proyectos innovadores, evaluaciones diagnósticas y programas de intervención.

De esta forma es como en instituciones como el CENDI Charly se posibilitó trabajar con dos grupos de psicoterapia infantil con los estudiantes que eran identificados como problemáticos pero no eran atendidos ni dentro ni fuera de la escuela. La intervención clínica que realizamos marca una diferencia significativa para estos chicos, aunque después la inercia funcional de la misma escuela decline la propuesta de continuar con el proyecto, aun viendo los resultados en sus estudiantes. Este es un ejemplo de apertura y cierre que hace la institución, da oportunidad de entrar a intervenir pero declina para un segundo momento. La experiencia, a nosotras como estudiantes de la psicología clínica, nos sirve, a ellos como institución aporta poco en tanto que los resultados en sus estudiantes tenderán a disolverse por falta de continuidad del tratamiento psicológico.

En CeSeCo Norte la oportunidad que se brinda es la de iniciar con un proyecto que en esta unidad no se contaba. Fue una experiencia “piloto” que se mantuvo por año y medio, convirtiéndose en parte constitutiva de formación clínica para ambas psicólogas encargadas de los grupos. Esta institución se mantiene en la apertura total de nuevos proyectos, en tanto que son formativos para sus estudiantes y en la medida en que se atiende a la demanda de atención psicológica de la población que acude a estas centrales de servicio comunitario.

En la escuela primaria Noo Botsi, los ciclos de apertura son mayores, tanto la disposición de la Dirección como de los padres de familia. Tal vez se debe a que es una institución mucho más grande que el CENDI, en dimensiones y número de estudiantes, es una dependencia pública y con, aparentemente, al menos de forma más explícita, con necesidades y demandas mayores por atender.

Capítulo III
METODOLOGÍA

“Aquello de lo cual nos valemos no puede ser sino la sustitución de lo inconsciente por lo consciente, la traducción de lo inconsciente a lo consciente. Justo, eso es. Al hacer que lo inconsciente prosiga hasta lo consciente, cancelamos las represiones, eliminamos las condiciones para la formación de síntoma y mudamos el conflicto patógeno en un conflicto normal que tiene que hallar de alguna manera su solución. No otra cosa que esta transformación psíquica provocamos en el enfermo: hasta donde ella alcanza, hasta ahí llega nuestro auxilio.”

S. Freud, 27° Conferencia. La transferencia (1916-17)

Introducción

Freud muestra la importancia y el lugar que ocupa la infancia para el ser humano, de esta forma desarrolla su teoría psicoanalítica remitiéndose, a través de su práctica clínica, a los primeros años de la vida como forjadores del sujeto.

La clínica analítica es de la palabra, por la palabra, pero ésta no es sólo la palabra hablada, verbal. La infancia nos muestra un código de acceso distinto, que cuando todos y todas fuimos pequeños(as) sabíamos: *el juego*. Cuando crecemos se nos “olvida”, al menos eso es lo que parece ya que escuchar a los niños resulta muy complicado para muchos, la mayoría, de los adultos.

Los padres llevan a la consulta a su hijo(a) por “algo” que no comprenden de lo que le sucede, y que se presenta como si fuera un síntoma, pero que está aquejando a alguien, ya sea el niño, sus padres o en las más de las veces, a la escuela a la que éste pertenece.

El síntoma habla por sí mismo, habla por el infante que llevan a la consulta, habla por la familia, la madre, el padre, el hermano, la escuela, los docentes... Un conglomerado de situaciones, tanto como algo muy particular, que queda cifrado en el orden de la comunicación verbal y que sólo logra manifestarse a manera de síntoma.

Este síntoma está dirigido a alguien pero no puede obtener la respuesta que demanda porque no se entiende, en el caso específico de los niños, los padres no entienden lo que el niño les intenta decir; nos dice Mannoni, *“el adulto raramente observa, sólo reprueba una intención allí donde*

*el niño presenta un comportamiento que requiere ser descifrado*³⁷. Sin embargo, cuando los llevan a la terapia es señal de que algo del mensaje que les fue enviado ha sido recibido y han buscado ayuda, a un interlocutor, para el síntoma que manifiesta el niño.

Ahora bien, si el síntoma es una forma de discursiva de lo que no se puede hablar con palabras, el juego es la vía de acceso que los niños tienen para expresarse, además de ser la herramienta primordial con la que el terapeuta de la infancia cuenta.

Es jugando como los niños hablan. Es un acto simbólico e imaginario del que brota un manantial de material para el análisis. Es así como se hace clínica analítica de la infancia, a través del juego.

La metodología es la *asociación libre*, tal como la define Freud, es la regla fundamental psicoanalítica: decir todo lo que pase por el pensamiento, *todo lo que se ocurra* en ese momento, sin reparar en críticas ni juicios sobre ello, por absurdo que parezca la ocurrencia.

De igual forma la persona analista, terapeuta, psicóloga en cuestión, permanece en *atención flotante*, renunciando a enfocarse sobre un problema determinado; su actitud clínica analítica se vale de la escucha de todo aquello cuanto el paciente se decida a decir. Repara en las resistencias del paciente, haciéndoselas saber a éste, y así las hace conscientes para la prosecución del análisis. Recordando que las resistencias son del orden de lo inconsciente y si es que aparecen es porque el análisis se acercaba al conflicto nodal. Esta es la labor clínica psicoanalítica: es *hacer consciente lo inconsciente*.

En lo que refiere al psicoanálisis de la infancia, esto se logra usando este mismo método pero en su sustituto adecuado para el tipo de pacientes: *el juego*. En el modelo de intervención GIN se privilegia el jugar al considerarlo, al igual que Freud y sus sucesores psicoanalistas, *lo natural en el niño*.

³⁷ Mannoni, M. (1976). *El niño, su "enfermedad" y los otros. Capítulo II*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión. Pp. 30.

3.1. De la Clínica Analítica Grupal Infantil

EL GIN propone tres momentos/tiempos de trabajo analítico por sesión, a saber: *Tiempo para Jugar; Tiempo para Pensar; Tiempo de poner las cosas en su lugar.*

En el primer tiempo de la sesión GIN, *el de Jugar*, que abarca gran parte de la sesión, el grupo se dedica a eso, jugar en la libertad y espontaneidad que los niños refieran en ese momento, *sin consignas* por parte de los terapeutas, lo que incita a que el grupo de infantes desate un aparente caos, un gran caos, donde, al no haber más reglas que la libre y espontánea expresión las ansiedades se reactivan y los niños para protegerse de esta intensa sensación de desbordamiento se valen de recursos que les resultan familiares: la expresión, a modo de *repetición*, de su particular situación familiar. Es fácil percatarse de lo ambivalente de esta experiencia, es decir, por un lado se genera una intensa ansiedad cuando se puede actuar libre y espontáneamente frente a dos personas adultas que les proponen hacer eso; por otro lado se observa lo placentero que resulta poder jugar “sin límite” como antídoto y descarga de las ansiedades que el niño porta desde su hábitat, ya sea la casa, ya sea la escuela.

Siendo la ocupación predilecta de la infancia el jugar, dentro del contexto terapéutico acentúa su importancia cuando se le mira como lenguaje, como lo simbólico que ordena la realidad del niño. Está organizado por sus deseos, por todo aquello que extrae la realidad externa y lo interioriza. Es la forma en cómo dar sentido a su mundo, Marco A. Dupont lo explica de esta forma:

“El juego en los niños se realiza en un espacio imaginario intermedio entre la realidad y la fantasía. Tiene por componentes al universo objetual del niño formado por internalizaciones parciales y totales de tipo introyectivo aún no completamente asimiladas por el yo, y con cargas ambivalentes y de gran movilidad proyectiva e introyectiva. Estos componentes, que son los de la fantasía consciente e inconsciente del niño son llevados a la realidad cuando juega; es decir, cuando realiza una descarga motora intencional o dirigida, que incluye frecuentemente la manipulación de objetos en la realidad, los juguetes, a los que dota de identidades simbióticas”³⁸.

³⁸ Dupont, M.; Jinich, A. (1993) *Psicoterapia grupal para niños. Cap. IV El juego.* Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. Pp. 149.

Jugar para los niños tiene una función elaborativa de conflictos, ansiedades, situaciones traumáticas y de su cotidiano en general. Poder jugar es poder elaborar y reelaborar una y otra vez, la realidad, el contexto de los niños. Sería el equivalente a la *compulsión a la repetición* que se suscita en el análisis a partir de la relación transferencial que el paciente vincula con su analista. Es por ello que el juego del infante está repleto de significantes que lo representan y en ese sentido es material riquísimo para el trabajo clínico.

Lo que sucede en el grupo terapéutico de infantes es que las fantasías inconscientes de cada uno de ellos se conjugan y crean una, en ocasiones varias, que representen al grupo. Dentro de esa dinámica hay una asignación de roles que cada integrante asume y escenifica desde su particular situación sintomática, para la externalización de conflictos individuales y grupales.

Viñeta

Para ejemplificar este primer momento de Jugar, en el que la descarga abreactiva se adueña de la situación total de la sesión GIN elijo, del Colegio CENDI al “grupo de los chiquitos” que de principio a fin de la experiencia llegaban a la sesión gritando, literalmente como si hubiesen estado encerrados en un manicomio y de pronto les soltaran las riendas y recayeran en el espacio. Tomaban por asalto y posesión absoluta, durante una hora completa, los múltiples cojines que estaban disponibles, no se guarda registro de tiempo para pensar, a duras penas y más a fuerzas que de ganas nos concedían un breve momento para cerrar la sesión GIN para poner las cosas en su lugar.

Había una pareja de niños cuya diversión es la de hacer presentaciones de comedia imitando a diferentes personajes de su escuela, ya sean docentes, ya sean compañeros (as) también imitaban a personajes del cine, de la televisión y cantantes de moda. No se puede negar que, aparte de ser bastante buenos en sus imitaciones también eran divertidos a más no poder... sin embargo, el bullicio no cesaba y los decibeles en el salón de trabajo eran altísimos tanto que cuando se iban y la paz regresaba al salón, las pulsaciones en mi cabeza se acentuaban, pronosticando una inminente migraña.

El segundo tiempo de la sesión GIN, el *Tiempo para pensar*, es el paso que consolida el proceso terapéutico del grupo, ya que si bien el tiempo dedicado al juego es catártico, evacuativo y dedicado a la externalización de conflictos; el tiempo para pensar es elaborativo. La posibilidad de poner en palabras toda aquella acción y excitación que se genera al jugar, donde hay lenguaje pero se encuentra cifrado, el diálogo y la reflexión que este tiempo propicia brinda a los integrantes del GIN la oportunidad de verbalizar su conflicto, su *trasmudación de lo inconsciente a lo consciente*.

Las intervenciones, puntuaciones, cortes en el discurso del paciente marcan algo significativo y en lo que es necesario detenerse y trabajarlo, al igual que en los pacientes adultos, se hace con los pacientes infantiles. La escucha analítica regresa la palabra al paciente, que se hallaba perdida/cifrada en el síntoma, para que cobre sentido.

Es en este segundo tiempo en donde las interpretaciones, que es la técnica que se utiliza, de las terapeutas son puntualmente marcadas y las resistencias señaladas, en lo individual y al grupo en general. De esta forma se desmiente el prejuicio de que el niño no cuenta con recursos de lenguaje e intelecto para ser sujeto de análisis.

Viñeta

Para ejemplificar lo anterior elijo un pasaje ocurrido en el grupo de los miércoles que se atiende en el consultorio particular; es un momento de transición grupal en el que se pasa de 15 minutos para pensar a 25.

Es un diálogo que protagoniza David, un chico de 10 años y que enfrenta entre otras, la situación de que su padre está en medio de una nueva relación que al parecer terminará en casamiento:

Después del *tiempo para jugar*, se abre el *tiempo para pensar* y de una manera particularmente inusual, por misteriosa y profunda, toma la palabra y dice:

D: “Tengo un tema en la mente que me preocupa: si mi papá se va a casar con su nueva novia Carmen y van a tener hijos ¿entonces ya no me va a querer?”

T: Si tienes esa preocupación que tanto te está inquietando ¿por qué no se la preguntas directamente a tu papá?”

Quince días después se abre el tiempo para pensar David dice orgulloso:

D: Me atreví a preguntarle a mi papá....

Genera gran expectativa en el grupo, tanto terapeutas como compañeras de grupo preguntan: *¿Qué pasó? ¿Cómo fue? ¿Qué le dijiste? ¿Qué te dijo?:*

D: Continúa hablando: "...había mucho silencio en el coche, entonces me dije ¡le pregunto!: "¿Te vas a casar con Mary Carmen y si tienen hijos me vas a seguir queriendo? Y entonces me explicó que sí que se va a casar con Mary Carmen pero que no planean tener hijos y que eso no quería decir que me dejaran de querer a mí y a mis hermanas..."

David lo cuenta con aire triunfal, descargado quedando tranquilo y satisfecho por su iniciativa de hablar con su padre. Sin saber, le hizo un gran favor a éste y le procuró un gran alivio al darle la oportunidad de que éste hablara de su vida emocional y las decisiones que tenía en puerta y no se autorizaba para contárselas a su hijo e hijas. Ambos ganaron logrando un acercamiento genuino y agradecido.

El tercer tiempo, *Tiempo para poner las cosas en su lugar: orden y reparación*, tiene por objetivo cerrar la sesión acomodando el consultorio tal y como lo encontramos al entrar, en una forma simbólica del acomodo de los procesos anímicos que se movieron con fines terapéuticos y que los pequeños regresen a su cotidiano exterior.

Hasta aquí lo referente a la metodología dentro de la sesión clínica analítica.

3.2. Del Registro

La evolución del trabajo clínico analítico grupal infantil ha de ser monitoreada y documentada, para ello se ha tomado la decisión de elaborar una bitácora pormenorizada de todas y cada una de las sesiones grupales. Esta tarea se hace de manera conjunta en Coterapia y al finalizar cada sesión.

De igual manera se elabora y registra el trabajo de entrevistas realizadas a los padres, quedando así constituido y configurado un expediente del caso en particular como el historial clínico de cada grupo de psicoterapia en general.

Las bitácoras configuran un Diario de Campo, el cual tiene por objetivo sistematizar la información de cada caso que se atiende y de cada grupo, pero adquiere su relevancia

metodológica cuando la transcripción de cada una de las sesiones del grupo infantil rescata: observaciones, movimientos del grupo, fantasías predominantes, temas del grupo, recurrentes mecanismos de defensa y las interpretaciones que fueron marcadas. De esta forma queda por escrito el proceso y evolución terapéutica del grupo.

También da oportunidad a las terapeutas de revivir cada sesión y dar un segundo vistazo a la misma, en una forma auto evaluativa, ya que se destacan aspectos que fueron pasados por alto durante la sesión y que bien se pueden retomar en algún otro momento dentro del tratamiento.

Las entrevistas con los padres de familia y con los niños candidatos al grupo de psicoterapia, son importantes como primer acercamiento al caso y presentación del proyecto con las familias. Sin embargo, las entrevistas con los padres durante el proceso terapéutico son determinantes para que el tratamiento con su hijo(a) tenga gratos y significativos resultados.

Mantener a los padres excluidos de la terapia del niño es el principal motivo desertor del tratamiento, ya que no pueden procesar los cambios que se suscitan en su hijo(a), o bien, la intolerancia a la espera de cambios significativos los hace abandonar la terapia rápidamente.

Que los padres cuenten con un espacio y tiempo para trabajar sus ansiedades, respecto al proceso de terapia que lleva su hijo(a), marca la diferencia entre una terapia exitosa y una frustrada.

Las entrevistas periódicas con los padres de familia, cada mes, mes y medio, fungen como una variante al modelo original GIN-GAP, en donde no se logró conformar el Grupo Analítico de Padres. De esta forma, con las entrevistas periódicas, se cubre la falta del GAP de manera en que no se descuide a los padres y al mismo tiempo, se les infunde el compromiso con la terapia del niño.

La *Coterapia*, es una herramienta técnica para el tratamiento con los grupos psicoterapéuticos, que es utilizada en los grupos GIN. Tiene como finalidad: el aumento en la efectividad terapéutica al ser dividido el trabajo clínico, ya que uno sirve de continente y

apoyo al otro, en especial en grupos seriamente regresivos como los son los GIN, en donde resulta necesario un apoyo emocional recíproco para que no se pierda la objetividad terapéutica.

Dos terapeutas brindan la posibilidad, con mayor facilidad, de la reproducción, por medio de la transferencia, de las figuras materna y paterna, depositadas en los coterapeutas. Al distribuirse en dos partes y no en uno solo, protege a los terapeutas de los impulsos agresivos, sostenidos y que desde un inicio se resienten a través de la relación transferencial.

También es una forma de aprendizaje, ya que las observaciones y las propuestas en pro de la terapia que coordinan, se enriquecen siendo dos referencias y no sólo una.

La efectividad de la Coterapia se ve regulada por la compatibilidad de carácter y formación académica. Se obtienen buenos resultados si se establece el diálogo post sesión terapéutica, ya que de esta manera intercambian observaciones que pueden implementar en la siguiente sesión. (Díaz Portillo, I. *Bases de la terapia de grupo*. 2000. Pp. 227.)

3.3. De la Supervisión

Sin duda que la supervisión es una de las piezas vértice en la ejecución de la práctica clínica analítica. Es condición que en Freud y todo practicante de la clínica no se puede dejar pasar por alto.

Si hay práctica clínica ha de haber supervisión clínica. En este caso advierto que para desempeñar esta tarea en mayor o menor tiempo se ha supervisado. Desde el trabajo en las prácticas clínicas de la licenciatura pasando por el Servicio Social, supervisión clínica particular y supervisión clínica grupal han acompañado este incipiente trabajo clínico.

La supervisión es el encuentro con el Otro (sic) que sin estar directamente implicado en la experiencia emite un parecer acerca de la crónica que da cuenta de lo ocurrido en la situación clínica grupal.

La supervisión es la asistencia de escucha que aclara y expone puntos ciegos casi imposible de ver en quien, por su trabajo clínico analítico está preocupado con el caso clínico que atiende. La persona que supervisa el trabajo de sus supervisados no se encuentra expuesta a las proyecciones de los pacientes y le permite emitir un juicio libre de esa carga emocional.

Capítulo IV

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Introducción.

El por qué y para qué abrir los grupos terapéuticos infantiles, nace con el interés del trabajo clínico con niños. Si bien había elegido la práctica de “Psicodinamia de los Grupos Humanos” misma que se enfoca a la consulta grupal e individual de la población adulta solicitante de la atención psicológica en CeSeCo Norte, se buscó la oportunidad y apoyo para poner en práctica lo visto en clase respecto al trabajo clínico con infantes aprovechando la supervisión brindada por el coordinador del programa de práctica a la que pertenecía.

El por qué, es el interés por el tema y su puesta en práctica. El para qué, es ejercicio profesional.

El presente proyecto tuvo un inicio ambicioso que apuntaba a metas en tres tiempos: corto, mediano y largo plazo.

Meta #1:

A corto plazo la apertura del primer grupo psicoterapéutico infantil no sólo personalmente sino también en la CeSeCo Norte, el cual es nombrado como “Grupo Piloto”. Esta es la primera experiencia clínica de esta naturaleza, la cual funge como necesaria y previa para hacer la propuesta del proyecto “Jugando Expreso lo que Siento” en el Colegio Educación y Patria CENDI Charly.

Se presentan por escrito los motivos e intereses de brindar el servicio de atención grupal a la población infantil solicitante en esta dependencia institucional. El planteamiento es simple y eficaz, se propone una alternativa para atender y atenuar el rezago crónico de solicitudes para la atención psicológica infantil.

Una vez autorizada la propuesta, se configura el primer grupo GIN y se inicia esta práctica en CeSeCo Norte; en menos de un mes el programa de intervención clínica ya está diseñado y presentado ante la Dirección del Colegio Educación y Patria CENDI Charly.

Meta # 2:

En un breve espacio de espera (una semana) es aceptado el proyecto en el CENDI y la meta se reformula y ya no sólo consistía en mantener el “Grupo Piloto” de CeSeCo Norte, sino que ahora el reto es abrir dos grupos más en esta escuela y mantenerlos durante los tres meses de nuestra estancia ahí.

Con los resultados que se logaran durante ese periodo propondría hacer una nueva propuesta al CENDI, el cual consistiría en continuar brindando la atención clínica grupal en su institución, pero ahora con un pago por el servicio que ofrecíamos.

En el real, se abrieron dos grupos en la escuela y a su término se hizo la propuesta de continuar con ellos hasta el tiempo de tratamiento establecido para el GIN, a un año. Sin embargo, tras algunos meses de espera por una respuesta concreta de la implementación de los grupos psicoterapéuticos como un servicio más de la escuela, la institución toma la decisión de no aceptar la propuesta, con el supuesto argumento de que algunos de los niños considerados para su atención ya no estaban más en esa escuela.

Meta #3:

No obstante, durante esos meses de espera se estaba cocinando un nuevo proyecto que consistía en la meta a largo plazo que tenía prevista. El establecimiento de un consultorio de atención psicológica con 3 colegas y ex compañeras de Facultad y servicio social, mismo que inicia con los pacientes que se atienden en CeSeCo Norte, entre ellos están los niños de los dos grupos infantiles con los que contamos hasta ese momento.

La negativa del CENDI no hizo decaer al proyecto, se le sigue apostando y se le nombra: “Grupos Psicoterapéuticos Infantiles: Jugando Expreso lo que Siento”. En el inicio se plantearon dos expectativas específicas sin jerarquizarlas, ellas son:

- *La consolidación de un consultorio privado y*
- *Llevar el proyecto de los grupos de psicoterapia a otras escuelas de la zona.*

A continuación se hace una descripción a detalle del desarrollo de cada una de estas metas en su práctica concreta, su evolución de CeSeCo Norte, el paso por el CENDI hasta el establecimiento de la consulta privada en mancuerna con la Escuela Primaria Noo Botsi Di Nxodi.

4.1 CeSeCo Norte: Atendiendo a la demanda psicológica de infantes

CeSeCo Norte brinda la posibilidad de iniciarse en la clínica, con la observación de entrevistas grupales desde la cámara de gesell y con la atención individual a la población adulta. Primero en la práctica curricular, después como parte del servicio social, ambos pertenecientes al programa “Grupo RED” coordinado por el Dr. Manuel Guzmán. Es por ello que la elección para poner en marcha el proyecto de grupos clínicos con infantes fue sin duda CeSeCo Norte.

A sabiendas que en la CeSeCo Sur se contaba con el programa en el que coordinan grupos GIN (Grupo Infantil Natural) y GAP (Grupo Analítico de Padres), modelo de intervención base del proyecto “Jugando Expreso lo que Siento” que más adelante se desarrolla, se hizo un acercamiento con ellos para hacer una observación de un grupo GIN en acción. Sin embargo, este encuentro generó un problema inter institucional dentro de ese programa de prácticas al vernos como “intrusas” y “malintencionadas”.

Fue claro el recelo por la práctica que ahí se realiza, así que se opta por no volver y asumir que la supuesta “falta cometida” fue no aclarar las intenciones de la observación de lo que en aquella CeSeCo se viene realizando con respecto a los grupos GIN y GAP.

Pese a este malentendido, se obtuvo la grata experiencia de la observación de los grupos GIN, aunque para ese momento ya se tenía poco más de un mes de haber iniciado el grupo en CeSeCo Norte. Además se hizo contacto con la Mtra. Ana María Guzmán quien ha sido un apoyo fundamental para la supervisión de los grupos GIN que se coordinan hasta la fecha.

Lograr que el “Grupo Piloto” se consolidara era la apuesta original y prueba tangible de que la experiencia para la propuesta de intervención en el CENDI, cubría el perfil profesional requerido para el ejercicio de este tipo de trabajo clínico.

4.1.1. “Grupo Piloto”

El término de “Grupo Piloto” fue definido tiempo después al inicio de este proyecto, una vez que se determinó la función que se le estaba dando, es decir, esclarecer el fin para lo que se fundó este primer grupo: grupo de prueba, grupo experimental.

La función del “Grupo Piloto” es poner a prueba el proyecto que se presenta como modelo de intervención institucional en el CENDI Charly, una vez hecho el diagnóstico correspondiente. Poner a prueba no sólo el proyecto en sí mismo, sino las habilidades para la realización de este trabajo, siendo aún novata en la práctica de la psicología clínica. Incursionar como terapeuta de grupo con infantes y probar si es que se cuenta con el perfil para este tipo de trabajo, que es por demás demandante, física, intelectual y emocionalmente.

La intención de este primer grupo, como ya se mencionó, se pensó en aquél momento para tener experiencia previa al inicio de los grupos en el CENDI. No ir sin experiencia a aquél escenario sino llevar algo de lo hecho en donde desde hacía casi un año realizaba prácticas clínicas. Sentir seguridad de plantarse frente a un grupo que prometía ser demandante, era uno de los objetivos principales.

4.1.2. Consideraciones iniciales

Una vez aprobada la propuesta de apertura al grupo con infantes, se citó a los padres de familia de los niños candidatos para el grupo.

Los requerimientos eran simples: niños de entre 6 a 12 años, es decir, en la etapa de latencia que equivale a la edad en que van a la escuela primaria. Que no presentaran daño orgánico, sino problemáticas en el orden de lo conductual, emocional y escolar.

Se opta por un grupo de 5 niños, por cuestiones de espacio y consideraciones de ser el primer grupo a coordinar y la ansiedad e incertidumbre que esto provocaba, no se quiso comenzar con un grupo mayor a esa cantidad, aun cuando el modelo teórico GIN-GAP sugiere un grupo hasta de 10 niños.

Este grupo habría que ser mixto y parejo en género, finalmente se seleccionan a 3 niñas y 2 niños que coincidieran en el horario establecido para su atención. Se acuerdan los días sábados a las 9:00 de la mañana con los padres de los integrantes y por los mismos niños.

4.1.3. Entrevistas con los padres y los niños(as) candidatos(as) al “Grupo Piloto”

Las entrevistas consistieron en el planteamiento del motivo de consulta por la cual consideraron necesaria la atención psicológica para su hijo(a), conocer la situación familiar en que vive y se desarrolla el pequeño, y preguntas básicas sobre su comportamiento en casa y escuela, la forma en cómo se lleva con sus hermanos y con ellos como padres. Fue un tiempo de escucha dedicado a lo que tuvieran que decir respecto a la problemática que veían (o localizaban) en su hijo(a).

Esto, en lo que respecta a la parte de la entrevista con los padres, ya que se estableció dividir la sesión en dos tiempos y espacios diferentes. La presentación y planteamiento del motivo de consulta fue con todos en una misma sala: psicólogas, padres de familia y el infante en cuestión. Después se les separa para que ambas partes, padres e hijo(a), expresen con mayor libertad su punto de vista sobre la situación por la que acuden a la atención psicológica. Una de nosotras se quedaba con los padres y la otra pasaba a otra sala con el pequeño.

En esa otra parte de la entrevista, con el niño o niña, se les da la opción de jugar, colorear, platicar o que ellos decidieran lo que hiciéramos en ese tiempo. Con el cometido de bajar las resistencias y que se sintieran en confianza de hablar del tema que los traía a la consulta.

Se trata de llevar una entrevista semi-dirigida, con preguntas base que los niños pudieran desarrollar como una conversación fluida. Preguntas referentes a la situación en su casa, lo que piensan del motivo de consulta del que hablan sus padres y su versión respecto a ello. Su situación escolar y la forma en cómo socializa con otros niños. Dando la oportunidad también de que se hable de lo que el pequeño quiera hablar, que proponga un tema de su interés.

Como parte de este acercamiento a cada caso por atender, se obtiene una primer impresión de la situación familiar, el contexto en el que se desenvuelve el niño y la localización del problema desde ambas perspectivas: padres e hijo(a). Se sabía de la importancia de este encuentro con las dos visiones de la problemática que los llevó a la consulta psicológica, ya que el plan de tratamiento incluye tanto a los padres como a sus hijos(as).

Dentro de las entrevistas se establece el encuadre con los padres, sobre la forma de trabajo y su compromiso con el tratamiento que estaba por iniciarse con sus hijos(as). La modalidad de trabajo sería grupal con 5 integrantes en una sesión semanal de duración de 1 hora con 15 minutos y entrevistas periódicas con los padres, una vez al mes, en su defecto, cada que se considerara necesario. Esto último con el cometido de mantener involucrados a los padres en el tratamiento de su hijo(a), siendo que el problema que le están adjudicando o localizando en él o ella, en la mayoría de los casos se origina en casa y es necesario que los padres se hagan cargo de lo que a ellos les corresponde.

Otra función que las entrevistas periódicas con los padres cumplen o mejor dicho, suple, es la falta del GAP que de acuerdo al modelo GIN-GAP de la AMPAG se atiende a la par que el GIN que se estaba conformando. El GAP no logra realizarse debido a que algunos padres no se encuentran interesados en atenderse, y a que los horarios en que atenderíamos al grupo con sus hijos(as) no siempre coincidían con los que ellos tenían disponible, ya sea porque trabajaban o tenían más hijos por cuidar en casa. Se sabe que sus justificaciones y explicaciones eran mayormente excusas y resistencias de atenderse ellos, “prefiriendo” que la atención fuese sólo para sus hijos(as).

Sin embargo, se decide por no ejercer presión para que se atendieran los padres, que no fuese una condicionante que cumplirían a medias, sino plantearles las entrevistas periódicas como una forma en que se involucraran en la problemática que estaba manifestando su hijo(a). Una forma de no dejarles toda la carga a los niños por aquello que era visto como un problema, sino hacerlos partícipes de que el tratamiento de su hijo(a) es una cuestión familiar.

De esta manera, no sólo se abría el panorama hacia el mundo infantil, sino al familiar y el de pareja. Permitiendo un mayor campo de intervención de nuestra parte y de involucramiento de parte de los padres.

4.1.4. Consideraciones de la conformación del “Grupo Piloto”

El “Grupo Piloto” es conformado en sus inicios por 5 niños: Ruth, José Luis, Cristian, Estefanía y Alondra. De los cuales sólo los primeros dos continúan en tratamiento a la fecha, ya que los hermanos Cristian y Estefanía desistieron a las 3 primeras sesiones de iniciar el grupo y Alondra un mes después. De tales deserciones sólo se sabe el motivo del caso de Alondra, de quien en una segunda entrevista con su mamá, asegura no haber notado los cambios que ella esperaba en 2 meses de tratamiento. A la siguiente sesión la niña no se presenta al grupo.

Emiliano se integró al grupo a un mes después de su inicio, quien continuaría en tratamiento por 9 meses aunque intermitentemente. En esta misma modalidad de intermitencia se encuentra el caso de José Luis, no así Ruth quien ha sido, a la fecha, la más constante y quien merecería un apartado especial en este documento para hablar de su caso.

Pedro, primo hermano aunque lejano de Ruth, se integra cuatro meses de curso del grupo. Pedro deja el grupo a los dos meses de haberse incluido porque su madre no ve cumplidas las expectativas en el cambio de comportamiento de su hijo, no considerando las inasistencias al grupo en el poco tiempo que estuvo en él.

Paola se integra al grupo de niños a 6 meses de trabajo realizado, pese a la constancia y compromiso de sus padres en el tratamiento de la niña, a los 4 meses abandona el grupo al notar, contrariamente a los casos anteriores, un cambio radical en su comportamiento en la escuela, principalmente con el cual los padres se mostraron satisfechos.

4.1.4.1. **Motivo de consulta:**

Ruth: el bajo rendimiento escolar es un primer determinante, la niña es considerada por sus padres como “sumisa” y “débil” en comparación con sus hermanas, “no se defiende” y “no socializa con otros niños de su edad”, ya que procura estar junto a su madre el mayor tiempo posible. Piensan que la llegada del hermano menor fue lo que incrementó esta actitud en su hija.

José Luis: hijo único de padres recién separados. “Hace berrinches” y es “caprichoso”, “llora por todo” y tiene problemas de enuresis. Lo anterior, según la mamá, se presenta tras el abandono del padre 6 meses antes de su ingreso al grupo de terapia.

Cristian y Estefanía: los mellizos son llevados a la consulta por el tío materno quien tiene la custodia temporal desde hacía medio año, debido al maltrato que en su hogar recibían. En casa de su tutor tienden a “robar”, “no acatan órdenes” y son “rebeldes e inquietos”. Reprobarán el ciclo escolar por inasistencia y bajo rendimiento académico. Los niños son presentados con un evidente descuido en su aseo personal y vestimenta.

Alondra: la madre de la niña solicita la consulta psicológica debido a sus “berrinches” y actitud de desafío hacia ella. Con la nueva pareja de la señora, parecieran estar en competencia por su atención, se ven inmersas en discusiones en las que la madre y la hija parecieran de la misma edad. El parecido entre ellas es por demás visible y a la señora le preocupa que su hija sea como ella, considerando el antecedente de adicciones que tiene.

Emiliano: los motivos de consulta que la madre refiere son: “*es tartamudo*”, enuresis cíclica, problemas de socialización con pares, es “agresivo”, “rudo”, “berrinchudo” y “consentido”. Los padres se encuentran separados debido a violencia intrafamiliar desde que Emiliano tenía dos años de edad y las visitas del padre hacia éste son esporádicas. Anteriormente el niño ya había recibido atención psicológica.

Paola: la demanda de atención proviene de la escuela de la niña por reiteradas quejas de que es “*muy platicona*”, “*no trabaja en la escuela*” y “*distrae a los demás compañeros*”. Paola es una niña “muy sociable” pero le cuesta trabajo “quedarse quieta” cuando así se requiere, comenta su mamá. El cuidado de la niña queda en manos de la abuela paterna la mayor parte del tiempo porque ambos padres trabajan.

Pedro: solicitan la atención psicológica por condición de su escuela tras haberle tirado de un golpe el diente a un niño. Aseguran en su casa que el niño es “grosero”, “agresivo” y “desobediente”; tiene bajo desempeño escolar y dificultad para relacionarse con otros de su edad que no sea de forma violenta. Siempre ha vivido con los abuelos maternos ya que su padre se ha desentendido de él y su hermano menor. Su mamá trabaja parte del día y el niño queda bajo el cuidado de sus medias hermanas, abuelos, tíos y primos.

4.1.5. **Presentación y Fase de Inicio**

La primera sesión del “Grupo Piloto” se llevó a cabo el día sábado 3 de septiembre de 2011, en el horario previamente acordado con los padres de familia, de 9:00 a 10:15 am. En este primer encuentro grupal contamos con la presencia de 4 de los 5 niños citados, la ausente fue Alondra de quien no se dio explicación de su falta.

En los documentos Anexos se encuentra la primera sesión del “Grupo Piloto” la cual, fue la primera sesión también para nosotras como coterapeutas de un grupo de psicoterapia infantil. Al igual que los niños del grupo, nosotras estábamos llenas de incertidumbres y ansiedades. Para los pequeños es un cambio radical en su cotidiano, aquellas actividades que ellos hacían un sábado por la mañana como desayunar con su familia, ver las caricaturas, dormir hasta tarde, ahora se veían interrumpidas por la hora de terapia a la cual no sabían a lo que iban ni lo que tenían que hacer en ese espacio y tiempo.

Estas incertidumbres se sumaban a las de las co terapeutas, sólo que en nosotras eran ansiedades de tipo paranoide, ya que se manifestaba una duda persecutoria de si lo que estábamos haciendo iba a funcionar, si podríamos contener un grupo de infantes, si funcionaría este proyecto dentro de CeSeCo Norte, si los padres estaban convencidos del tratamiento en que se encontraban sus hijos(as).

Así iniciamos una primera sesión, donde se comprueba que la realidad supera a la fantasía y que en general fue tal y como lo describen los doctores Dupont & Jinich en su modelo psicoterapéutico.

Para la siguiente sesión se contó con la presencia de los 5 niños, y el tiempo de jugar fue tomado como privilegiado por ellos, omitiendo el asignado para pensar. Conforme avanzábamos en las siguientes sesiones, el juego se volvía más catártico, los gritos y las risas se daban lugar en los juegos de mucha acción como “las trais”, “congelados americanos” y cuando hacíamos bandos para “la guerra”.

Cabe mencionar, como de las modificaciones al proyecto original Dupont & Jinich, que se incluyó una caja de juguetes al grupo, aun cuando esto no sólo no está considerado dentro del material para el GIN, sino visto como un obstáculo para el trabajo grupal en donde se debe dar el juego libre sin intermediarios, como lo serían los juguetes.

Debido a que no se contaba con cojines y que el espacio que utilizábamos no era el más adecuado para el trabajo GIN, ya que tres de las cuatro paredes eran cristales y había una falla en el piso que era peligrosa en juegos de mucha acción; entonces decidimos optar por incluir juguetes, mismos que fueron facilitados por la coordinación de CeSeCo Norte.

4.1.6 Los que se fueron...

Las ausencias de los pequeños se fueron presentando, los hermanos Cristián y Estefanía faltaron a las siguientes dos sesiones después de la segunda que tuvimos. Regresaron y se ausentaron definitivamente el 8 de octubre de ese año, contando hasta entonces con 4 sesiones. La inconstancia y desentendimiento de sus tutores en el tratamiento de los mellizos se veía reflejada en el descuido de aseo que presentaban, su impuntualidad, la baja cuota que pretendían pagar por la atención psicológica, y el hecho de que en cada sesión los niños eran llevados por una persona diferente. Los tutores en aquel momento de los niños eran los tíos maternos, ya que los padres los maltrataban y el DIF se los quitó.

En el caso de Alondra las inasistencias se debieron a las múltiples actividades que su madre tenía por cumplir, dejando en segundo término el tratamiento de su hija. Dejó de asistir a los 3 meses y medio de haber iniciado la atención, con un total de 7 sesiones de las 14 que llevábamos con el grupo hasta ese momento. En entrevista con su mamá, aseveró no haber notado un cambio significativo en su hija pero quería que siguiera en atención como hasta ahora; sin embargo, al regreso de las vacaciones de diciembre desistió del tratamiento. En este caso, más que en los demás, se sugirió en más de una ocasión que la madre estuvieran en atención psicológica también, ya que fuimos testigos del maltrato verbal que tenía hacia Alondra, así como problemas con el control de la ira comentado por la misma señora y antecedentes de consumo de drogas hasta hacía dos años atrás. No obstante, la sugerencia fue evadida primero y después declinada con el argumento de falta de tiempo.

Las ausencias de estos niños fueron tomadas por Ruth y José Luis con indiferencia en un primer momento, haciendo cómo que no les afectaba el abandono de estos compañeros de terapia. Sin embargo, al paso de las sesiones, incluso hasta pasado más de medio año de lo sucedido, los seguían recordando como “los que se fueron”.

4.1.7. Los que llegaron... y también se fueron.

A un mes de inicio con el Grupo Piloto, Emiliano es canalizado al mismo por recomendación del Dr. Manuel Guzmán, quien conoce a la madre del niño siendo ésta residente de San Juan del Río.

Emiliano se integra al grupo en su sexta sesión hasta ese momento. Fue un factor determinante para hacernos salir de un estado de confort a todo el grupo, ya que no se habían presentado situaciones de confrontación entre los niños hasta su llegada, sacando a la luz temas familiares importantes que se estaban evadiendo. Emiliano causó gran incomodidad desde su llegada, siendo rechazado por el grupo pero principalmente por Ruth. Tras el decline de la atención de Cristian, Estefanía y Alondra; Emiliano comienza a destacarse dentro del grupo por las discusiones con Ruth.

Emiliano estuvo en tratamiento durante 9 meses, aunque faltó varias ocasiones, fue miembro del grupo gran parte del proceso. Desiste de la atención psicológica poco antes del término del servicio social del que se formaba parte, previo también del cambio de domicilio al que nos mudaríamos con el grupo para su atención.

Pedro entra al grupo para finales de enero de 2012 en su sesión número 18. Es referido a CeSeCo, y en particular con nosotras, por parte de la mamá de Ruth, quien es tía materna de Pedro. Aunque fueron pocas las sesiones en que estuvo en el grupo ha sido recordado por los demás integrantes porque puso de manifiesto en el grupo “los insultos”, las groserías y el bullying en la escuela, del cual los demás han sido víctimas pero nunca victimarios como él. Con sus recurrentes insultos provocó a los demás a sacar sus defensas a su modo, José Luis con quejas, Ruth con trampas y Emiliano también con insultos, aunque eran ellos mismos quienes intentaban regular las agresiones de Pedro porque eran excesivas.

Paola se integró al grupo a finales del mes de abril de 2012. Estuvo en 9 sesiones hasta finales de julio de ese mismo año, en las cuales fungió como la aliada de Ruth en la batalla campal que ésta tenía contra Emiliano, quien a su vez intentó aliarse con José Luis en la guerra de “niñas vs niños”. Trajo al grupo el tema de “querer crecer”, “los novios” y “los esposos”, mismo que destapó el drama familiar de cada uno de los integrantes, teniendo

como protagonistas a las parejas inmediatas que conocen: sus padres. Las discusiones que presencian, el abandono de la figura paterna en el caso de José Luis y Emiliano, y quién funge la autoridad en casa. “Lo que hacen los adultos” y el tabú de lo sexual, las diferencias entre los roles de los adultos con los de los niños y los beneficios que conlleva crecer.

Estas representaciones dentro del grupo generó que Ruth nos llevara a “ser bebés”, papeles que los otros tres integrantes se sabían muy bien. El grupo entró en una fase de regresión profunda con este tema, en una dramatización de la etapa del nacimiento hasta la de los primeros pasos. Fue Paola quien nos sacó de esta fase, cansada de representar tanto ese papel fuera del grupo terapéutico como lo hace dentro del grupo familiar en dónde es hija única y la pequeña de la casa.

La salida de Paola no sólo dejó a Ruth y a José Luis como los únicos integrantes del grupo, mismos que son miembros originales del “Grupo Piloto”, sino que coincide con la conclusión en el ciclo del Servicio Social en CeSeCo Norte para abrirse el primer grupo en la consulta privada.

4.1.8. Segundo Grupo de Psicoterapia Infantil: CeSeCo Norte

*“Jonhy: - Ustedes no regañan...-
se queda pensado unos segundos y pregunta -¿Por qué ustedes no regañan?-
Rápidamente contesta Karol: -Porque ellas no son maestras...
ni mamás, son psicólogas.”
Grupo de los sábados, 2012.*

Como parte del proyecto de la apertura del consultorio privado, y pensando en que los grupos de psicoterapia infantil eran la apuesta principal para este proyecto, antes del término del servicio social en CeSeCo Norte y con el objetivo de evitar el rezago en las listas de espera de atención para la población infantil en la institución; se solicitó nuevamente a la Coordinadora de esta dependencia institucional el permiso para la apertura

y atención de un nuevo Grupo Psicoterapéutico Infantil en los mismos términos y condiciones en que se dio la oportunidad con el “Grupo Piloto”.

En junio de 2012 se da inicio al segundo Grupo de Psicoterapia Infantil, siguiendo el protocolo que con el que se inició el “Grupo Piloto”:

- Selección de casos para obtener un grupo mixto
- Primeras entrevistas con padres y niños
- Establecimiento del horario afín a la institución, padres de familia, niños y terapeutas.

El grupo dio inicio el sábado 24 de junio de 2012 a las 12:00pm, acordándose que serían sesiones semanales de una hora con 15 minutos y entrevistas periódicas con los padres de familia y/o tutores.

4.1.8.1. **Motivo de consulta:**

Rosa Liliana (Lilí): Mala actitud en casa con la nueva pareja del padre, es “insolente” y “reta su autoridad”. El padre teme que su hija heredase la esquizofrenia de su madre biológica quien es violenta y han tenido muchos problemas, incluso intentó matar a la niña cuando ésta era más pequeña. Cabe mencionar que Lilí es una niña muy inteligente, tiene discurso y vocabulario de una persona adulta y culta, y se autodenomina como “*niña de 10*”, por el promedio escolar que mantiene.

Jonathan (Jonhy); Es agresivo en casa y la escuela, “grosero” y golpea al hermano mayor. Sus padres están separados desde hace algunos años, el niño fue testigo de sus discusiones y víctima de violencia intrafamiliar. Actualmente vive con su mamá pero pasa gran parte del día sólo con su hermano y opta por salirse a la calle a vagar. El padre del niño sólo lo ve los fines de semana y es él quien se hizo responsable de llevarlo a la consulta psicológica.

Luis Alexander (“Choche”): Es víctima de violencia escolar, “*no se sabe defender*” y por el contrario tiene una personalidad “tierna”, es educado y respetuoso con los demás. El detonante por el cual lo llevan a la consulta, es por las “falsas acusaciones” que declaró en la escuela, diciendo que “en su casa lo golpean” y que “siempre está

solo”, esto con la finalidad de llamar la atención de su mamá, declaración tanto de la madre como del mismo niño.

Enrique: es agresor victimario en la escuela, el tema de la violencia está presente siempre en él, pero el motivo que lo llevó a la consulta psicológica fueron las faltas de respeto que tiene con su maestra, no sólo no obedece sino que “se burla” de ella e incita a sus demás compañeros a hacerlo, es un líder negativo. En casa se encuentra en un abandono por parte de su madre, quien trabaja todo el día y Enrique y su hermano se encuentran al supuesto cuidado de los abuelos y tíos.

Karol Paulina (Karol “como el Papa”): es una niña, en palabras de la mamá, “insegura” y “temerosa”. Es una buena estudiante aunque el costo por ello es una colitis nerviosa a sus 7 años de edad. Se preocupa demasiado por sacar buenas calificaciones, por ser cumplida en sus actividades escolares y ser la “niña buena”. Sin embargo, esta situación cambia en su casa, ya que se muestra confrontadora con su mamá, los abuelos y los tíos con quienes pasa la mayor parte de su tiempo. Tiende a cambiar los nombres por apodos alusivos ya sea a sus defectos, o bien, a nombres infantilizados y de caricaturas. A la madre le preocupa que tanto ella como su hija sigan en “duelo por la muerte trágica del padre”, al cual Karol apenas conoció.

4.1.8.2. **Psicodinamia del grupo.**

Este grupo nos muestra la dualidad presente de los niños malos, groseros, retadores e inquietos frente a los niños “adultos” que ponen orden, plantean el respeto al prójimo, al espacio, a la autoridad de los mayores. El resultado, a pesar de que la mayoría de los chicos se fueron, fue encontrar un particular equilibrio entre el juego y el respeto, entre la colitis por no terminar un trabajo de escuela y mermar la agresión significativa a los compañeros de escuela y mayores.

Otra enseñanza significativa es el de la relación atractiva de los polos opuestos: la niña nerd y el niño agresivo. El resultado es que la niña se relaja mucho más para enfrentar sus acciones escolares y el niño empieza a cultivar la realidad del respeto al prójimo.

Así mismo, en este grupo aprendimos a retomar e interpretar no sólo sueños sino equívocos de niños en el grupo de infantes. A continuación se presenta el relato de un sueño de Karol:

“El villano de la telenovela ‘Misión SOS’, Edor, se le aparece a la niña en un lugar muy oscuro, él le dice a Karol que lo acompañe a otro lugar pero ella le dice: ‘¡no! Si tú

eres un mentiroso, yo no puedo ir contigo porque eres el villano de la Telenovela'. Haciendo intentos vanos, él trataba de decir algo pero ella no lo dejaba ya que estaba regañándolo y regañándolo por lo malo que era. En la crónica del sueño Karol se equivoca dos veces y en vez de decir el nombre del personaje de la telenovela dice el nombre de un compañero de clase "Edgar", mismo que en el decir de Karol es grosero y la molesta a ella y sus amigas, es, por así decirlo, el villano de su salón."

Se hace puntuación al sueño en torno a dos cosas principales:

Que **Karol** es "bien regañona" no sólo a Edgar en clase sino a la gran mayoría de sus familiares en casa: a la abuela por "gruñona", al tío Ernesto porque es "perezoso"³⁹ y siempre tiene sueño, a su mamá porque es "presumida" y "burlona", al abuelo por "glotón" y a su tía por "mentirosa". Karol confronta todos los personajes de su contexto cotidiano haciéndoles ver sus faltas, equivocaciones y defectos, al menos los que ella así considera.

En el grupo de terapia, Karol enfrentó sin miedo a Enrique quien se caracterizaba por ser violento e incitar a la insolencia a los demás y al igual que a Edor y Edgar, lo regañaba y advertía que *"los niños malos se van al infierno"*.

El hecho de que los niños como Karol lleven a sesión de grupo sus sueños es una gran oportunidad para mostrar que las formaciones de lo inconsciente caben en la práctica clínica grupal infantil; con el plus de los equívocos verbales como se muestra en la viñeta anterior.

El mundo onírico es un código de acceso a un complejo de ideas, situaciones y emociones subyacentes al cotidiano lógico; los equívocos también nos permiten incursionar en otro mundo que se ha ido sometiendo a la represión⁴⁰.

³⁹ Efectivamente, este tío no hacía muchas cosas porque en realidad tenía un tumor en el cerebro, situación que se diagnostica hace algunos meses. Posteriormente se lo extirparon y Karol parecía ser su enfermera de cabecera, amén de estar apurando a toda la familia por atender al tío con sus medicinas y lo que fuere necesario.

⁴⁰ El equívoco al cambiar el nombre de Edor por Edgar por las similitudes que los caracterizan fue importante señalarlo. Después se marcó también si es que este personaje y compañero de clase no le recordaban a Enrique, que también se parecía a ellos y al cual también confrontaba y "regañaba". Teniendo en cuenta cómo el desliz del significante se hace presente, en este caso por medio de los nombres de varones que la niña conoce; hay un cuarto personaje en la vida de Karol con nombre que empieza con E, su

Con **Enrique** se aprende a leer el dilema de la incidencia en la vida infantil de los ciberjuegos sobre los juegos tradicionales⁴¹. Este niño dejó ver un nivel profundo de enajenación y predilección por los ciberjuegos que por ningún otro, se le dificultaba proponer juegos tradicionales y menos aún inventarse alguno, ya que a su decir “no sabía jugar esos juegos” y los que “sí sabía” eran video juegos violentos, porque esos “*están bien chidos*”. El tema de la violencia se veía matizado por la resignación del niño frente a las imposiciones de juegos como “las trais” que Karol propone invariablemente desde la primera sesión.

Karol y Enrique eran clave uno para el otro en el tratamiento por ser su perfecto contrario, no sólo en masculino/femenino sino en comportamiento, desempeño escolar, aseo personal, la forma de socializar de Karol con un amplio grupo de amigas versus los niños que seguían a Enrique por ser el “bravucón” de su salón. Sin embargo, la confrontación a las figuras de autoridad se hacía presente en ambos, Karol regaña a toda su familia y Enrique se burla de su maestra y la reta a que lo discipline.

Hago un especial énfasis en estos dos niños porque fueron los más constantes, en la estancia tanto en CeSeCo como al mover al grupo al consultorio privado. **Lilí** sólo asistió a dos sesiones del grupo en las cuales hizo alianza con Karol frente a los niños varones; **Luis Alexander** fue inconstante, iba a una sesión y faltaba a dos, regresaba y volvía a faltar, finalmente desistió de la atención tras 5 sesiones, en las cuales se destacó por ser protector de Jonhy quien es de todos el más pequeño y él el mayor del grupo. **Jonhy** inició constante pero en el traslado al consultorio privado asistía esporádicamente, en las sesiones que asistió constante seguía la dinámica del grupo en general aunque por momentos encontraba un tema de su interés expuesto por Enrique: la violencia de los videojuegos y lo “divertido” que les resultaba. También trajo a sesión el tema del noviazgo en niños de su edad.

En CeSeCo se trabajaron 2 meses con este segundo grupo, con el objetivo de que se consolidara antes de moverles el espacio terapéutico. Tras 8 sesiones de haber iniciado en

tío Ernesto quien en el cotidiano es quien juega con ella, va por ella a la escuela, la lleva a terapia pero al mismo tiempo es uno más que no se escapa de las críticas y regaños de la niña.

⁴¹ González, S.; *El juego, estrategia didáctica en la prevención de actos delictivos y violencia*. Proyecto de desarrollo educativo presentado para obtener el título de Licenciatura en Intervención Educativa, UPN. Santiago de Querétaro, Qro, México. 2013.

CeSeCo se hizo el traslado al consultorio privado, continuando con la atención psicológica: Karol, Jonhy y Enrique.

4.1.9. **Aprendizaje de la Experiencia en CeSeCo Norte**

CeSeCo Norte ofrece servicios psicológicos a la sociedad queretana a costos accesibles. Es una dependencia institucional de la universidad, pensada no sólo para dar apoyo a la comunidad sino como apoyo al estudiantado con lugares donde puedan hacer sus prácticas curriculares y servicio social. Es por tanto, un espacio de aprendizaje, investigación y colaboración social.

Cuando los tiempos entre la materia de *Diagnóstico Institucional* y la práctica curricular se conjugaron, es cuando surge la idea de hacer la propuesta de intervención en el CENDI en la modalidad de grupo. Se conjugaron tres escenarios diferentes: salón de clases en la Facultad de psicología, Colegio Educación y Patria CENDI Charly y CeSeCo Norte. Lo revisado y reflexionado en el aula, lo observado en el CENDI y lo comprobado en la práctica en CeSeCo, fue moldeando el proyecto de los grupos de psicoterapia infantil para el siguiente semestre, sin saber aún los alcances que se obtendrían.

Sin embargo, de los tres lugares mencionados, CeSeCo funge como el laboratorio experimental de prácticas, ya que es a partir de la experiencia directa como se aprende la clínica, en base al *ensayo y error* como se miden los efectos de intervención que se realicen en la particularidad de cada caso. Posibilitando la reflexión y la abstracción del conocimiento de la experiencia.

Es así como surge la idea del “Grupo Piloto” para hacer esto justamente, un grupo que diera el primer acercamiento a la clínica infantil grupal y de esta forma comprobar si las dos psicólogas, en ese momento estudiantes, podrían cumplir con los requerimientos que esta labor clínica les demanda.

4.2. Trabajo de Intervención Clínica en Instituciones: “Colegio Educación y Patria: CENDI Charly”

Como parte de la materia curricular *Diagnóstico Institucional* del séptimo semestre área clínica, en el mes de febrero de 2011 se acude a la institución “Colegio Educación y Patria: CENDI Charly” con el objetivo de conocer esta institución educativa y realizar, en caso de que así lo permitieran, el diagnóstico correspondiente.

El primer acercamiento con la institución fue con su Directora, la Mtra. Martha Patricia Navarrete, a quien se plantean los motivos de la visita y la intención de que en un segundo momento se pudiera realizar una intervención clínica en su institución. Desde este primer encuentro el panorama pareció prometedor, ya que los directivos por requisito único, solicitan una carta membretada expedida por la Facultad de Psicología como respaldo del trabajo a realizar dentro del Colegio. De inmediato los directivos otorgaron la autorización para trabajar en su institución diciendo, a manera de bienvenida, que el Colegio “estaba a disposición” del trabajo de diagnóstico propuesto, acordándose que se asistiría a la realización de las observaciones correspondientes una vez por semana, en este caso, los días miércoles de 8:30 a 9:30 am.

La instrucción de la Dirección fue remitir este proyecto al Departamento de Psicopedagogía, a cargo de la Psicóloga Erla López. Según la Dirección, ella podía guiar de una mejor manera en tanto psicóloga y dirigir los intereses del proyecto de acuerdo a los intereses del Colegio. Es por ello que la mayoría de las visitas al Colegio fueron a dicho Departamento convirtiendo a la psicóloga en la *informante clave*⁴² para esta labor diagnóstica.

La psicóloga describe la dinámica de trabajo del Colegio, las problemáticas institucionales, las funciones del Departamento que está a su cargo y las múltiples actividades que en realidad ejecuta, a saber:

⁴² “Son aquellas personas que por sus vivencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en el campo pueden apadrinar al investigador convirtiéndose en una fuente importante de información a la vez que le va abriendo el acceso a otras personas y a nuevos escenarios.” *Observación participante: informantes claves y rol del investigador*. Juana Robledo Martín.
http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/obspar_format42.pdf

- Ser maestra sustituta en ausencia de alguna de las profesoras,
- Regularizar a los niños que así lo requieran,
- Brindar atención psicopedagógica a los estudiantes, docentes y padres de familia,
- Ser profesora del Colegio a nivel universitario, preparatoria, secundaria y primaria teniendo a su cargo a todo el estudiantado.

Esta situación no es algo que sólo le suceda a la psicóloga en turno, sino al resto del personal a quienes también se les delega responsabilidades fuera de su área de trabajo, incluido el mismo Coordinador del Colegio. Lo peculiar de esta situación, que desde los ojos del diagnóstico institucional se ve como una flagrante explotación, este fenómeno se vive en el día a día como una situación de “normalidad” y “naturalidad”.

En medio de este caos inicial, la psicóloga con quien se trabaja hasta el final de este proyecto es quien brinda un apoyo definitivo, por ejemplo, es ella quien introduce primeramente a la Dirección y Coordinación del Colegio la realización del segundo paso de este trabajo: la Intervención Clínica; en un segundo momento avisa al Colegio de profesores y a la comunidad estudiantil, quedando claro que el periodo de trabajo de intervención clínica sería agosto-diciembre del ciclo escolar, obteniéndose así su aprobación.

En las entrevistas con la Psicóloga, dentro del primer periodo de estancia el de la realización del diagnóstico institucional, una queja reiterada era la inconstancia y aparente indiferencia de los padres respecto a las problemáticas de su hijo, manifiestas en primer plano en el Colegio, ya fuera en conducta, problemas de aprendizaje y desempeño escolar.

En un intento por salvar la situación de los niños en problemas intra escolares, la psicóloga propone a los padres su canalización para la atención clínica psicológica, la respuesta de estos es de rechazo, simulando aceptación, interés y determinación

A continuación se hace un Decálogo de Adversidades Institucionales que marcaron, directa e indirectamente, tanto el diagnóstico como la intervención institucional, así como nuestra estancia dentro de este Colegio.

4.2.3. Decálogo de las Adversidades Institucionales

La intención y acto de escribir este apartado del capítulo, es producto de una extensa reflexión *a posteriori* de la experiencia en el Colegio. Escribir este decálogo es poner especial atención en un fenómeno que puede traducirse como “usual”, en el inicio de un proyecto dentro de casi cualquier institución, me refiero al *Mesianismo*⁴³ *Institucional*.

Es la expresión de un entusiasmo “fuera de serie” donde se deja ver la esperanza de que todos, si no los más importantes de los problemas que le aquejan a la institución, se resolverán gracias a la presencia, participación y conocimiento, en este caso, de las psicólogas.

Este es un primer momento que, aparte del Mesianismo Institucional, se podría referir como el momento de estar “*entre candilejas*”, ya que no sólo hemos sido aceptadas para realizar nuestra tarea profesional, sino que nos vemos consentidas con un “plus” (falso plus) de halagos, cumplidos y promesas implícitas de formar parte de la institución. Fue una experiencia de iluminación en ese momento en el que se es estudiante universitaria en el umbral de concluir la formación. Iluminación que engeguició la observación y la intervención institucional, pero fue ya en el trabajo del día a día, y más a detalle al final de la experiencia, que se aclararon algunos factores que determinaron la estancia dentro de la institución y que tardíamente se hizo caso de ello. Este decálogo explica esta dualidad del ideal y el real:

1. *El campo de observación diagnóstica se veía mediada por el Departamento del Psicopedagogía.*

Desde las primeras visitas a la institución, el proyecto se deriva al Departamento de Psicopedagogía en un intento de colocarlo en el área de trabajo que le “correspondía”. Si bien la información que la psicóloga proporciona, desde su área de trabajo, sirve de guía para dirigir la intervención por realizar, queda limitada la observación directa a cambio de un diálogo informativo relativamente extenso y concerniente a los temas de interés para el proyecto de intervención, como por ejemplo: la situación de los niños en el Colegio, el

⁴³ Concepto dilucidado a partir de los *supuestos básicos de Bion*, específicamente se refiere al de *emparejamiento o mesiánico*.

involucramiento de los padres, la dinámica de trabajo de los profesores, la dinámica de trabajo de la institución y lo que el Departamento de Psicopedagogía hace.

2. *Inaccesibilidad a la Dirección por sus múltiples actividades dentro y fuera del Colegio.*

Debido a que la institución cuenta con una serie de servicios que ofrecen a la comunidad y con el tiempo han ampliado sus áreas de mercado, actualmente abarcan todo el sector educativo: de maternal a universidad, en tres diferentes campus de la ciudad. De esta forma, la Directora por lo general no se encuentra en las instalaciones en dónde se haría la intervención y cuando sí está, no se encuentra disponible para hablar con ella.

Al final de la intervención, la devolución se hizo a la Coordinación y al Departamento de Psicopedagogía únicamente.

3. *El setting terapéutico, necesario para el trabajo de intervención, no era fijo ni estable.*

El espacio que la Dirección asignó era el ideal para los grupos terapéuticos, contaba con el material y dimensiones necesarias y adecuadas: salón alfombrado con cojines, pizarrón y fácil acceso al baño.

Se pensó que había sido asignado para uso exclusivo de los grupos de psicoterapia, al menos en los horarios acordados para su atención; sin embargo, en reiteradas ocasiones se tuvieron que improvisar espacios para la atención de los niños ya que algunas profesoras de preescolar hacían uso del salón en el horario de los grupos de terapia. Del espacio ideal que teníamos en un inicio nos trasladaron a una bodega-oficina con un sinnúmero de enseres potencialmente peligrosos.

4. *El acercamiento y diálogo con las profesoras es breve y limitado*

Debido a la inaccesibilidad de la Dirección del Colegio, el segundo al mando era el Coordinador, quien al asumir responsabilidades fuera de su área se veía igualmente sobre saturado, lo que hizo que el proyecto se remitiera al Departamento de Psicopedagogía. Fue

a través de la psicóloga de la escuela como se hizo por primera vez un acercamiento directo con las profesoras, sin embargo dicho acercamiento era con reservas, ya que el tiempo requerido para entrevista era tiempo equivalente a desatender a sus grupos de clase.

El trabajo conjunto: padres, docentes y estudiantes no se logra porque según se argumentó no se tenía ni el tiempo ni los espacios para ello y al parecer tampoco disposición.

5. Localización de un síntoma significativo de la institución: la permisividad del Colegio con sus estudiantes, padres de familia, personal docente y administrativo.

Los niños pueden entrar a la escuela en cualquier horario sin haber ningún tipo de sanción y recomendación; de igual manera, podrían llegar sin uniforme e incluso no asistir. En ninguno de estos casos había algún tipo de amonestación. Si acaso, y en la acumulación de reiteradas faltas, se les enviaba un citatorio desde el Departamento Psicopedagógico a los padres, aunque la misma situación se repite. Si estos no asisten no pasa nada.

Se puede decir que la institución y la sociedad de padres de familia se encontraban coludidas y se solapan recíprocamente en estas “pequeñas minucias del día a día institucional”, pero sumadas todas ellas empezaban a formar un problema significativo detectable en la conducta de los niños.

Esta acción de solapamiento y colusión, en cierta forma limitó el acercamiento no sólo con las profesoras sino, y principalmente, con los padres de familia, a sabiendas de la importancia de informarles y solicitarles el visto bueno para la atención clínica psicológica para sus hijos(as).

6. El Departamento de Psicopedagogía se presenta como marginal dentro del Colegio.

Al intentar hacer un trabajo integral y conjunto, el Departamento de Psicopedagogía llamaba a padres y profesoras a entrevistas como una forma de comprometerlos ante la problemática que el niño(a) requiere. Algunos de ellos hacían caso omiso a las indicaciones hechas por la psicóloga, obstaculizando así el trabajo realizado con los niños, quienes de los tres vértices mencionados eran los únicos que hacían frente a su problemática ya que no tenían la opción de no asistir a la cita con la psicóloga.

Esta situación da cuenta de que, en principio, el Departamento Psicopedagógico es una instancia marginal dentro de la institución siendo justo ahí a donde envían el proyecto de los grupos psicoterapéuticos desde su ingreso al Colegio. La recepción que la institución hace al proyecto es, en lo aparente muy bien recibido; sin embargo, al paso del tiempo se va degradando el lugar de reconocimiento y el proyecto termina en el sitio más lejano física y estructuralmente.

7. *El acuerdo verbal con las maestras y la psicóloga del Colegio de informar a los padres de familia sobre el trabajo por realizar con sus hijos, se cumple parcialmente.*

La propuesta de intervención clínica que se les planteó es puntual al aclarar de antemano, que tanto profesores como padres de familia son un eje determinante para el infante y por tanto, para su proceso durante el tratamiento de psicoterapia grupal infantil. Sin embargo, la consigna del Colegio fue omitir flagrantemente las entrevistas con los padres e iniciar directamente el trabajo con los niños. Se acordó que serían las maestras titulares de los grados 2°, 3° 5° y 6°, correspondientes a los estudiantes canalizados a los grupos de psicoterapia, quienes informarían a los padres sobre la necesidad de que su hijo(a) se atendiera y de la opción que el proyecto les brindaba frente a ello.

Se habló con las profesoras, se les dio una copia del proyecto ya con el visto bueno de la Dirección y Coordinación y sin más requerimiento se inició la atención clínica grupal.

El acuerdo con las maestras y la psicóloga se cumplió de forma parcial.

Fue con el acercamiento directo a los padres como se supo que las maestras no les habían informado a todos de los acuerdos de intervención con sus hijos(as), siendo estos quienes les informaron y comentaron lo que se hacía dentro del grupo infantil. Situación que pone en evidencia a las terapeutas y a la institución.

8. *El proyecto de intervención clínica institucional en el clandestinaje.*

El estilo de comunicación intra institucional cultivado en este Colegio resulta disfuncional, esto se percibe en los vacíos informativos con los padres de familia respecto al trabajo que se estaba haciendo con sus hijos(as).

Este fenómeno comunicacional inadecuado del cotidiano institucional, representa un síntoma específico en gestación dentro del Colegio.

Se considera un punto significativo dentro de la intervención que se realizó, ya que la institución en general y las psicólogas del proyecto en particular, transgredimos la autoridad de los padres de familia, manteniéndolos al margen, aun sabiendo que son ellos quienes finalmente deciden sobre su hijo(a). De manera involuntaria nos vimos coludidas, junto a la institución, por este atropello a los padres de familia.

9. El deslumbramiento frente a la supuesta buena aceptación y facilidades del Colegio ante el proyecto de intervención, logró sus alcances hasta el salón de clases de la Facultad de Psicología, grupo 3, octavo semestre.

La aceptación del proyecto de intervención institucional al primer intento, con todas las facilidades a favor y con el reconocimiento por ello dentro del grupo de formación académica, ennegreció aún más la observación institucional objetiva. Ni el docente ni los compañeros de salón de clases advertimos sobre los puntos ciegos que la propuesta de intervención estaban generando, por ejemplo, la supuesta “buena aceptación del proyecto”, y de sus posibles repercusiones, no las pudimos prever como “aparentes”, expresión del *Mesianismo Institucional*. En consecuencia, no se advierte ni el desarrollo ni el desenlace final de la intervención.

En un primer momento, la ceguera que generó la “buena recepción y facilidades para el proyecto”, dio la confianza para la puesta en marcha de la intervención, obteniendo los buenos resultados a su término, se pudo realizar el trabajo en la libertad de hacer con los grupos y sus integrantes lo que se consideró era lo conveniente y lo que se quería hacer.

Se pensó que al egreso de la licenciatura, se podría regresar al Colegio con la misma propuesta pero de manera más formal con los padres, pensándolo como un servicio extra que la escuela podía ofrecer y una primera oportunidad de trabajo para las psicólogas del proyecto. Sin embargo, esto no logró ser así ya que al final las autoridades de la institución declinaron la propuesta.

10. No hay evaluación de la intervención institucional por parte del Colegio. Se hace el cierre con los grupos de psicoterapia infantil.

En aquel momento lo más práctico fue tomarlo a bien, ya que así como no hubo devolución ni evaluación, tampoco hubo críticas ni quejas a la labor realizada. Se hizo el cierre adecuado con los niños de los grupos, así como con la psicóloga de la escuela, pero la Dirección y la Coordinación se mostraron, una vez más, inaccesibles.

Por medio de correo electrónico ya que de frente fue imposible, se hizo un agradecimiento a la institución, el tiempo de estancia y las facilidades otorgadas. Se hicieron también, explícitas las intenciones de regresar tras vacaciones decembrinas para la entrega de los expedientes de los estudiantes que atendimos en terapia y para hacer la reformulación de la propuesta de intervención. No se obtuvo respuesta.

No obstante, la satisfacción obtenida de esta experiencia en los indicios del trabajo clínico profesional que se realizaba con los niños, fue la más grata evaluación que se pudo obtener. Se comenzaban a dar cambios significativos con los integrantes de los grupos, cambios que necesitaban consolidarse y que de continuar en el tratamiento se hubiesen logrado.

4.2.2. La propuesta de intervención

La intervención clínica debe responder a las necesidades de la institución, siendo que la propuesta del proyecto que se presenta al Colegio es la de brindar el servicio de atención clínica psicológica en la modalidad de grupo. Se consideró esta opción como propuesta al Colegio por tres razones:

1. Teniendo en cuenta que la lista inicial que presenta el Departamento de psicopedagogía con los candidatos para atención clínica psicológica era de 27 estudiantes⁴⁴, la posibilidad de atenderlos de manera individual resultaba prácticamente imposible. Para atender 27 niños en sesiones ordinarias de 50 minutos se requerirían de por lo menos 22.5 horas, sin considerar el tiempo intermedio entre sesión y sesión. Por poner un ejemplo, atender a todos estos estudiantes detectados se requerirían jornadas diarias de 5 horas. Por lo tanto ni los horarios del Colegio ni de quienes formábamos parte del proyecto nos alcanzaban para la consulta de 27 casos.

El trabajo grupal tiene la bondad de reducir esta carga horaria de una manera contundente, ya que brinda la opción de atender varios casos (7 niños por grupo) en un sólo horario con dos terapeutas a su cargo. Los horarios se reducen a 1 hora por sesión grupal, así las horas requeridas en total son 4 trabajando en grupo vs 22.5 en individual. Con esta propuesta de uso económico de tiempo y dado el caso de que la demanda rebasara la demanda general de estudiantes, se podría pensar sin afectar directamente a los intereses de la institución en poder abrir uno o dos grupos más.

2. Siendo estudiante del último año de la licenciatura en clínica y habiendo decidido estudiar en el módulo de prácticas el seminario de trabajo grupal, anidaba la expectativa de poner a prueba lo visto en esta experiencia clínica directa y principalmente poder incursionar en el trabajo del análisis infantil grupal⁴⁵.

⁴⁴ El número general de estudiantes de primaria es de 210 lo cual significa en términos porcentuales que hay un 13% de estudiantes detectados y registrados como demandantes de atención psicológica.

⁴⁵ Cabe mencionar que el campo de trabajo grupal con infantes resultaba parcialmente desconocido, en el manejo técnico. Se conocía el básico teórico a partir de los seminarios de Introducción al Trabajo Clínico con Niños y Clínica Grupal I.

Además de que estaba visto en estos seminarios que, hipotéticamente, los resultados esperados para la intervención clínica analítica psicológica, son equivalentes tanto en el esquema de atención individual como en el esquema de trabajo grupal.

3. Como parte del plan curricular, las materias Diagnóstico Institucional, Clínica Grupal y Modelos de Intervención, tienen por requisito que el estudiante toque puertas diferentes a las de la Universidad y con ello acercarlo a su primer encuentro con el campo laboral de la profesión psicológica. Este acercamiento inicial, lejos de haber sido una decisión obligada por el plan curricular, resultó ser en definitiva el preámbulo de una práctica profesional ya como egresada de la licenciatura.

4.2.2.1. **De la propuesta: los objetivos de la intervención.**

La Coordinación del Colegio solicita como condición para desempeñar el trabajo, que en la propuesta de intervención queden explícitos los objetivos generales y particulares de la misma.

Con esta advertencia se trabaja la propuesta y los objetivos con una única meta que fuera la de la aceptación irrevocable. No se aceptó la posibilidad de rechazo a la propuesta, se pensó, se procesó y se escribió para su aprobación.

A continuación se presentan los objetivos de la intervención expuestos dentro del documento que se presentó al Colegio y que fueron aceptados sin condición:

Objetivo general:

- *Brindar atención clínica psicológica grupal a los estudiantes de educación primaria que fueron canalizados a esta área por el Departamento de Psicopedagogía de la institución, y que hasta el momento no hayan sido atendidos.*⁴⁶

Objetivos particulares:

- *Brindar un espacio de escucha a la palabra del niño, a partir de la técnica del juego grupal.*

⁴⁶ Al momento de escribir este documento se reconoce que el planteamiento no es claro y su fundamento en este momento de intervención es parcial; sin embargo, sirve de borrador para que el siguiente proyecto sea más fundamentado y mejor estructurado.

- *Involucrar a los padres y maestros del estudiante en las problemáticas que pueden estar afectándole y que se le adjudican al infante, ya que ambas figuras adultas son fundamentales en su contexto vital.*

Con respecto a los objetivos no explicitados en lo anterior se podría decir que en realidad el objetivo general es, visto desde los intereses de la institución, que sus estudiantes recuperen su estatus académico aprobatorio y su estabilidad emocional.

El objetivo visto desde quien propone esta intervención, aparece como un objetivo doble, a saber:

- a) Hacer la intervención misma y hacerla lo mejor posible
- b) Que los niños etiquetados como “problema” pudieran recuperar su estado de *niños* como el resto, sin sobre nombres ni estigmas.

Un reto que se plantea en el quehacer de intervención, es el de coligar los diferentes objetivos que demandan quienes contratan a las psicólogas en formación y los objetivos de éstas.

Es un reto porque en algún punto de la práctica de intervención puede haber divergencias, malos entendidos, posturas y puntos ciegos no considerados que obedecen a visiones de formación e ideológicas de cada una de las partes.

4.2.2.2. De la propuesta: acciones concretas de trabajo grupal

Como ya se mencionó, en la lista del sondeo que se hizo con profesores para la canalización a la atención clínica, fueron 27 los estudiantes por atender hasta ese momento. Haciendo una valoración de los “casos urgentes”, hecha por el Coordinador y la psicóloga de la escuela, la lista oficial se redujo a 14 estudiantes considerando entonces dos grupos de terapia de 7 niños cada uno.

El horario de los grupos se buscó que coincidiera con los horarios de talleres que el Colegio ofrece, de 1:00pm a 2:00pm de miércoles a viernes. Se optó por los días jueves y viernes,

sólo que 4 estudiantes de los 14 en lista, se encontraban inscritos a otros talleres. La lista final quedó de 10 niños que recibirían la atención psicológica.

La intervención se llevó a cabo a partir del jueves 29 de septiembre de 2011 con el **Grupo 2**, y el viernes 7 de octubre con el **Grupo 1**. Finalizando el viernes 16 de diciembre de ese mismo año.

4.2.4. **Intervención Clínica Directa:**

“Jugando Expreso lo que Siento”

Aún con las limitantes que el Colegio fue cercando en el periodo de estancia e intervención institucional, se considera que el objetivo central, el de mayor importancia, fue alcanzado: brindar un espacio y tiempo a la palabra del niño, con la intención de que externase aquello que le aqueja en el cotidiano y lo ha colocado como una parte sintomática de su escuela y su casa. Un espacio dónde, a decir de los propios niños “podemos ser locos” y no hay reprimendas por ello.

Lo menciono como el objetivo central, más allá de hacer la intervención en sí misma, porque lo que esta experiencia deja, el definir en gran medida el trabajo que como profesionalista se desea hacer: Psicoterapia Grupal con Infantes.

En el Colegio fue poco el tiempo de trabajo clínico directo con los grupos infantiles, pero lo cierto es que los cambios en psicoterapia infantil son de una rapidez impresionante, se echan de ver al poco tiempo en comparación con la psicoterapia de los adultos. Esto se debe a la plasticidad de pensamiento y conducta que se tiene en la infancia, misma que con el paso de los años se va perdiendo como parte del proceso para llegar a la etapa adulta. De pequeño se puede pensar en lo impensable, de adulto es difícil darse esa oportunidad frente a un esquema de pensamiento que la misma sociedad demanda.

Los cambios suscitados en estos niños, denunciados así por el Coordinador del Colegio y de algunas profesoras, fueron principalmente: mejora en la conducta, baja considerable en

su agresividad y mayor facilidad para relacionarse con los compañeros. También, y fue lo más sorprendente para el Coordinador, una mejora en el desempeño escolar de estos estudiantes.

A continuación se hace una descripción de lo sucedido en los dos meses de trabajo en experiencia directa con los grupos de psicoterapia infantil y respondiendo a la pregunta que el Coordinador hizo cuando él mismo logró ver ante sus ojos, tan significativos cambios en sus pequeños estudiantes: “¿Qué fue lo que hicieron?”

4.2.4.1. Proceso de selección para los Grupos de Psicoterapia Infantil

Los niños estudiantes del Colegio nos conocían ya de vista, por así decirlo, ya que notaban la presencia de dos personajes ajenos a su escuela en las visitas semanales en la fase de diagnóstico institucional, pero no se tuvo un acercamiento directo con ellos hasta la primera sesión grupal.

En algún momento, previo al inicio de los grupos, la psicóloga del Colegio nos presentó ante los diferentes grupos, de primero a sexto grado, pero no se trabajó con ellos. Dicha presentación se dio al ir a hablar con las profesoras, presentarles el proyecto de intervención y dialogar con ellas para que, bajo su consideración, se hiciera una lista tentativa de los candidatos a los grupos de psicoterapia. De este encuentro surgió una primera lista de 27 supuestos casos por atender, después se hizo un segundo filtro por la psicóloga y la Coordinación, seleccionando los casos que a su consideración fueran de mayor necesidad y urgencia.

La lista oficial quedó en 10 niños, optando por abrir dos grupos de 5 niños cada uno. El **Grupo 1** atendido los viernes de 1:00 a 2:00pm, queda integrado por los niños “chiquitos⁴⁷” estudiantes de 2° y 3° grado cuyos nombres son: Natalia, Luis César y Diego de segundo, y Joshua e Isaí de tercero.

⁴⁷ Decir “Chiquitos”, es un prejuicio aunque ya no son tan “chiquitos”; en el inicio, atender a este grupo dejaba la sensación y sentimiento de que eran unos “Chiquitos, jijos de su madre...”.

El **Grupo 2** atendido los días jueves en el mismo horario, conformado por los más “grandes⁴⁸” de la escuela, de 5° y 6° grado, y ellos son: Alejandro y Alexis de quinto, y Björk, Enrique y Juan de sexto.⁴⁹

Durante esta primera fase de inicio con los grupos, lo “catártico y regresivo” es lo que aparece en primer plano. Se le da prioridad a la acción, donde *el juego* funge una doble función: “lúdico placentero”, tanto para los niños como para las psicólogas; y como herramienta interpretativa con fines terapéuticos, ya que se vuelve representante del drama familiar y escolar del que el infante forma parte.

Con estos grupos, inspirados en el modelo GIN, se puede decir que sólo se alcanzó la primera fase, la regresiva y catártica, aunque hubo momentos, más claros en “los grandes” donde sí se trabajó el *Tiempo para pensar*; en los “chiquitos” no se alcanzó esa fase pero hubo evidencia de que la catarsis (gritos y movimientos convulsivos) estaba disminuyendo, y con un poco más de tiempo para trabajar, sin duda se alcanzaría explícitamente el momento de reflexión sobre la catarsis.

Se logró comprobar, de acuerdo a Dupont & Jinich, que entre más regresivas y catárticas fuesen las sesiones grupales más pronto habría resultados explícitos en los niños. Mientras en sesión se encontraban desbordados anímicamente, en la escuela mejoraba su manera de relacionarse tanto con sus compañeros como con su profesora a cargo, lograban concentrarse en clase y su rendimiento incrementaba. Por decirlo de algún modo, “entre peor se comporten adentro (en sesión), mejor se comportan afuera.”⁵⁰

Técnicamente, aunque suene contradictorio, es condición para obtener los resultados positivos de la intervención, que el grupo infantil natural en la fase inicial se comporte de manera “desbordada” e “incontrolable” a través del juego. En un segundo momento el juego en sí deja de ser prioridad y la palabra ocupa un lugar preferencial en los niños, acto que pasa inadvertido por la conciencia.

⁴⁸ Los “Grandes” se les llama así por prejuicio también ya que estaban instalados por la Dirección como los que “ya no son niños y ahora hay que prepararlos para su ingreso a la secundaria...”

⁴⁹ Por supuesta precaución y protección de los “Chiquitos” y que pudiesen ser “presa fácil” de los grandes, se decidió separarlos. Posteriormente se entendió que es mejor haber realizado la mezcla de los dos grupos sin considerar la edad.

⁵⁰ Supervisión con la maestra Ana María Guzmán.

A continuación se presentan la descripción psicodinámica de estos dos grupos y el aprendizaje de los mismos.

4.2.4.2. **Presentación y Psicodinamia. Grupo 1: “Los chiquitos”**

El **Grupo 1** fue particularmente caótico desde su inicio. Se hizo la debida presentación y establecimiento del encuadre y comenzó la euforia.

Hicieron una dramatizaron de lo que ellos sabían es “*ir al psicólogo*”: Juntaron dos bancas, uno se acostó en una de ellas, simulando un diván y comenzó a balbucear sin aparente sentido; detrás de él estaba el “psicólogo” que en lugar de escuchar, roncaba descaradamente. El grupo rompió a carcajadas. Este fue el detonante, ver que al igual que ellos reíamos en lugar de callarlos y reprenderlos como las “Misses” del Colegio. He aquí la primera y clara diferenciación que los niños notaron y nos hicieron ganar el título de “chidas” y “buena onda”, colocando al grupo en un lugar privilegiado dentro del Colegio ya que otros niños querían ser parte del “taller de psicología”, como ellos mismos lo nombraron.

Este grupo estaba conformado por 4 niños y una niña, con edades entre los 7 y 8 años, un grupo donde el juego es lo primordial, un espacio donde lograban “descargarse” y “desestresarse”, ya que corrían, gritaban, golpeaban, reían, se enojaban, se contentaban y no se les reprendían por ello.

Los “cojines” eran usados como proyectiles, escudos, bombas y armas, en una lucha de “todos contra todos”. Mismo por lo cual el *tiempo para pensar* fue pasado por alto, era tanta la adrenalina que los niños no lograban controlarse y las psicólogas terminábamos con dolor de cabeza.⁵¹

Eran sesiones completas, desde que se abría la puerta hasta el último momento en que terminaba. Jugar, correr, gritar, reír y evitar en lo interno, el impulso por corregir, educar y

⁵¹ Aun cuando teóricamente hablando, se sabía y advertía lo caóticas que pueden ser las sesiones en esta fase de inicio, una vez que se tuvo la experiencia directa, hay una confrontación entre el ideal esperado y el real concreto. De esa fricción, la idea de tener el control se pierde rápidamente y la experiencia se torna en sorpresa, ansiedad, impotencia y somatización.

cuidar la integridad de los niños; todo esto demanda un extra de energía física y razonamiento intelectual, que en la incipiente formación en ese momento eran preceptos y propuestas de intervención clínica analítica absolutamente nuevas, en consecuencia, controversiales por momentos ya que esto ni remotamente lo veíamos en ningún seminario de aula.

Joshua e Isaí, estos dos niños del grupo son quienes más jugaban y gritaban, atrayendo la atención del resto quienes se mantienen como público cautivo. Ambos se ganaron el título de “comediantes”, ya que por sí mismos eran un espectáculo de inicio a fin, no sólo atraían la atención del grupo entero sino que no daban lugar a que hubiese la más mínima posibilidad de que se desviara esa atención. Ellos llevaban el control del grupo, imponían la dinámica que se debía llevar dejando marginal al resto. Para romper esa inercia de control y segregación se decide participar activamente y dar la posibilidad de quedar todos incluidos.

Eran imitadores de personajes de cine, televisión y cantantes. Contaban chistes y además los actuaban demostrando una gran habilidad para ello. Se inventaban historias, ponían apodos, su imaginación era tan plástica y flexible que podían ser cualquier personaje dentro de la representación que estuvieran actuando. No había una sola sesión en la cual no nos hicieran reír, por lo cual, al final todos terminábamos agotados.

Los temas preferentes y recurrentes que Joshua e Isaí representaban, giraban en torno a las relaciones sexuales y las personas “gays”. Al sexo lo llamaban “*hacer bebés*” y el término “*gays*” lo usaban para insultarse pero invariablemente se acercaban entre ellos simulando darse un beso o decían ser “*novios*”. Sobre ambos temas aseguraron saber a través de la televisión.

Natalia era la “buena” del grupo, al menos eso intentaba ser ya que en realidad, en palabras de los demás niños era “mandona” y “enojona”. Natalia piensa que está en el grupo de terapia porque “*tiene un problema*”: golpea a sus compañeros varones de la escuela.

Se caracterizó en el grupo por comportarse como la “Miss de inglés” y acusaba a los demás niños por no acatar las consignas establecidas, los anotaba en el pizarrón y solicitaba que se pusiera orden y disciplina. Tal vez esta actitud de Natalia dentro de la sesión se debe a que quienes estábamos a cargo del grupo, no adoptábamos esa postura de Miss convencional y

entonces, con un peculiar estilo de voz chillona, estridente y fastidiosa acusaba ante nosotras cómo era que sus compañeritos estaban haciendo tal o cual cosa fuera del esquema convencional de comportamiento: *“Miiiiiss, Joshua no hace caso....Miiiiissss Isaí dijo una mala palabra....Miiiiissss, Luis César me pegó.....Miiiiis, los niños se están portando mal.”*

Lo cierto es que Natalia es bastante “latosa” y “llevadita”, sin embargo sus compañeritos por mucho la llegaban a rebasar.

Cabe mencionar que su mamá es policía, pero poco habló de ella ya que discutían mucho según refiere la niña. Tiene una hermana menor a quien llama “princesa” y trata como tal, ella juega mucho con el rol de ser la mamá, la maestra, quien da las órdenes y gusta de regañar a sus semejantes. El papel de la autoridad en casa está diferido entre su mamá y su abuela, donde esta última funge con el papel materno y la mamá el de una figura paterna ausente.

Diego fue el “dejado” del grupo, no respondía a las agresiones ni juegos de los demás. Si lo golpeaban decía no dolerle, se intentó inducir que el niño se defendiera, pero como toda la dinámica del grupo se veía matizada por las risas que Joshua e Isaí nos generaban, Diego no se quejaba de las agresiones de los demás.

Sólo estuvo en algunas sesiones, era un alumno que faltaba mucho al Colegio y lo poco que comentó fue que su padre no vive con él y su mamá. Las referencias que la Psicóloga nos dio, fue que tenía poco más de un año en Querétaro, ya que su mamá y él venían huyendo de Tijuana por problemas con el padre del niño.

Luis César hablaba poco, el tema de sus padres era “intocable” para él, fue a partir de entrevistas con la psicóloga del Colegio que supimos que el niño fue el “pilón” no esperado de sus padres, los cuales tienen nietos de la edad Luis César.

Dentro del grupo era callado pero muy inquieto. Era el primero en molestar a Diego, ya que este no se defendía, tuvo varios enfrentamientos con Natalia echándose la culpa de quien comenzaba las peleas. Con Isaí y Joshua se divertía al igual que el resto del grupo pero no entraba a su dinámica de juego y diálogo, sólo observaba y reía de ellos.

Ian, un pequeñito de 2° grado a quien su maestra se mostró muy interesada en su atención, ya que su situación familiar era muy complicada y se reflejaba en su desempeño escolar. Este es un niño que de primer impacto genera una gran ternura por su belleza y encanto, pero no se logró ahondar en el caso ya que sus padres prefirieron que estuviera en el taller de futbol que en el de psicoterapia. Sin embargo, los niños del grupo lo recordaban como el niño tranquilo y el más pequeño de todos, un punto referente para todos ellos que explícitamente eran “problemáticos” para sus maestras y compañeros de clase. Sólo asistió a dos sesiones.

4.2.4.3. **Aprendiendo de la experiencia. Una reflexión del Grupo 1.**

Se sabía que en el grupo estábamos cumpliendo con la fase de inicio, *catártica* y *regresiva*, pero la intensidad con la cual se estaban manifestando los niños, demandaba un sobre esfuerzo por parte de las psicólogas que estábamos a cargo.

Teniendo como experiencia previa del inicio de un grupo en CeSeCo Norte, era inevitable hacer la comparación entre uno y otro. El de CeSeCo lejos se encontraba de parecerse al Grupo 1 del CENDI, el *exceso* en euforia, adrenalina y energía sobrepasaban los límites que en ese momento teníamos las coordinadoras, lo cual hizo cuestionar la labor clínica en grupos desbordados como este: ¿qué hacer? ¿Cómo contenerlos? ¿Cómo escucharlos entre gritos? Sin embargo, fue cuestión de tiempo, en las coterapeutas eran más las resistencias, dudas y miedos generados por la incipiente práctica clínica que se tenía.

Sumado a ello, la responsabilidad que significaba tener bajo nuestra tutela un grupo de infantes durante una hora a la semana, y las expectativas del Colegio sobre el trabajo que se estaba realizando, ¿Qué iban a decir que hacíamos? ¿Jugar nada más? ¿Dejarlos gritar “como locos”? ¿No había orden ni disciplina en este grupo?

No lo externaron así ni las maestras ni demás personal de la institución pero la mirada que dirigían hacia el grupo era suficiente para que estas fantasías se hicieran presentes.

En lo que respecta al comportamiento desbordado de los niños, fue suficiente hacer caso a los objetivos del proyecto: *brindar un espacio, tiempo y escucha a la palabra del niño.*

Ellos mismos, tal y como lo marca la teoría, se fueron regulando, los gritos iban disminuyendo lo que era un indicativo de que en un par de meses más de trabajo con el grupo, el *Tiempo para pensar* hubiese tomado su lugar.

4.2.4.4. **Indicios de trabajo clínico. Grupo 1.**

Mientras las sesiones seguían siendo agotadoras y meramente catárticas para los niños, la relación transferencial se fortalecía. Se consideró que el punto clave estaba en que encontraron un lugar donde no se les reprendían por ser como eran: gritones, hiperactivos, “maldicientes”, “golpeadores”, “golpeados”, víctimas-victimarios.

La libre expresión de todo cuanto quisieran hacer y decir se daba lugar una hora a la semana en el “taller de psicología”, ellos lo sabían y lo aprovechaban.

Con el **Grupo 1** la relación transferencial fue positiva desde un inicio, hacían diferenciación entre sus maestras y nosotras las psicólogas, sabían que ese era *su* espacio y *su* tiempo para hacer lo que quisieran hacer a diferencia del salón de clases.

A sesión entraban corriendo, dando maromas y riendo, gustosos de asistir. Sin embargo, el tiempo para pensar y dialogar sobre lo sucedido tanto en sesión como en su contexto familiar y escolar se pasaba por alto. Era curioso, divertido y gratificante descubrir la dualidad de amor-odio, a través de la relación con el Grupo1, ya que si bien eran imparables y esto rebasaba nuestros límites de tolerancia, al mismo tiempo buscaban la forma de agradarnos, haciéndonos reír fue su vía y lo lograban. Esto generó que fuera doloroso dejarlos al finalizar la estancia en la institución, tanto para ellos como para las coterapeutas.

Se sabía que era poco el tiempo de atención con los chicos, pensando en dos meses y medio con un total de 12 sesiones aproximadamente, terminamos viéndonos en tan sólo 9 ocasiones, mismo que desajustó los tiempos establecidos: *inicio, clímax y cierre*.

Otro punto no contemplado fue la fuerte regresión de este grupo y las resistencias por salir de ella. Por lo cual hacía que el tiempo de reflexión y diálogo se omitiera, y el cierre se viviese como forzado y por demás emotivo para todos.

Previendo que los tiempos establecidos para la intervención en el Colegio no serían suficientes para lograr un diálogo y reflexión, de acuerdo a las expectativas del proyecto, se optó por darles el espacio y tiempo para la abreacción, a sabiendas de que no habría tiempo para significar y re significar tal catarsis.

La experiencia muestra que, de contar con el resto del ciclo escolar, los resultados terapéuticos hubiesen sido evidentes, fortalecidos y consolidados.

4.2.4.5. **Viñetas explicativas:**

Dos sesiones de parteaguas:

No nos corran vs no nos dejen

Las siguientes dos sesiones, la antepenúltima y penúltima, van a marcar la diferencia entre el tiempo de mera abreacción y los inicios del tiempo para pensar.

Sesión 7, antepenúltima.

“Los perros cagones”

En esta sesión, Isaí y Joshua nuevamente tomaron el protagonismo. Comenzaron a jugar a ser “perritos”, en donde uno de ellos era el perro maltratado por su dueño, quien era mantenido encerrado en una jaula improvisada que hicieron con bancas, y el otro era el dueño victimario. Como una forma de protesta a los latigazos y reprimendas de su dueño, quien personificaba al perro comenzó a “hacer popó” por todo el salón. Los roles de dueño y perro fueron intercambiables en varias ocasiones entre uno y otro niño.

No conforme con hacer popó durante toda la sesión, y distribuirla por todo el salón, la popó volaba a diestra y siniestra con la intención de embarrarnos al resto del grupo. Un pedazo de escarcha sirvió para simular la popó. Era increíble la cantidad de popó que producían los

perritos, transformándose en una diarrea incontrolable de la que nos hicieron partícipes al embarrarnos con ella.

En este juego fue la primera vez que se logró tocar un tema referente a casa, ya que uno de los niños al ser cuestionado sobre la procedencia de tanta popó, aseguró que: “*la traigo de mi casa*”. En esa ocasión el grupo sirvió de retrete para el niño quien necesitaba descargar la popó que venía cargando de su casa.

Esta sesión, de las últimas con el grupo, era el acceso en el que el *tiempo para pensar* se diera lugar. Los gritos disminuyeron considerablemente y aunque hubo muchas risas, al vernos inmersos en tal “cagadero”, todo el grupo nos dimos cuenta de que en esta ocasión pudimos hablar en vez de gritar como las anteriores sesiones, pudimos escucharnos en vez de ensordecernos.

Fue en esta sesión donde se anuncia el término de la estancia en el Colegio y del trabajo psicoterapéutico con ellos.

En la reflexión interpretativa de lo sucedido en esta sesión, en forma cronológica, están los siguientes puntos:

- El binomio perro maltratado-hacedor de popó vs dueño-victimario, y lo intercambiable de estos roles en los dos niños, es la representación de lo que en su casa sucedía. Ambos son descuidados e ignorados, volteados a ver casi exclusivamente para ser objeto de regaños y castigos. Conocían ambos roles pero les resultaba fascinante el papel del “perro hacedor de popó”, que era su rol en casa.
- En la escuela, como consecuencia de su comportamiento “desbordado y agresivo”, son identificados como “niños problema” y son reprendidos tanto en su salón de clases como en cualquier otro escenario.
- La sesión del “hacer y esparcir popó” se podría decir que es una sesión elaborativa y de transición; los gritos desquiciantes, el ruido por el ruido mismo y la hiperquinesia todo esto evidente y expresado durante las 6 sesiones iniciales, bien podrían representar, a manera de vómito y regurgitamiento, los conflictos interiorizados de los problemas de casa y la escuela. En esta sesión escatológica, el producto nocivo, adquirido y expresado como diarreica, pasa a ser, por el proceso

clínico grupal, a producto nutricional, siendo la popó la materialización y la asimilación de esos conflictos.

- Fue una sesión festiva, como de ofrenda, por fin los niños habían visualizado la ruta de poder transformar aquella infección que les generaba la verborrea en salud, y ahora podían ser escuchados y no reprimidos, podían ser y hacer lo que sienten y piensan de una manera ordenada lograda gracias a el establecimiento del encuadre de las sesiones y la palabra de las psicólogas; el trabajo grupal y la co-terapia permite dar esa contención-transformación.

Sesión 8, penúltima

“Nenuco, detonante para el surgimiento de los hace bebés”

En la penúltima sesión, y ya con el aviso a los niños sobre el cierre del grupo, se dio lugar a la representación de los roles familiares y sus funciones.

Todo comenzó porque el tema de “*ser gays*” se conjugó con el “*hacer bebés*”. Se colocaban Isaí y Joshua, los demás observábamos, uno encima del otro y hacían movimientos en donde buscaban friccionarse su área genital uno con el otro, gemían y nos volteaban a ver para cerciorarse de que los estábamos viendo.

Lo que marcó la diferencia en esta sesión, ya que en otras ocasiones también habían tenido estos acercamientos, fue la pregunta: “*¿en dónde están los bebés que están haciendo?*”. Natalia había traído un muñeco bebé nenuco, al parecer especialmente para la sesión, el cual fue motivo de discordia entre los niños pero que en este momento de la sesión Isaí y Joshua lo pidieron para representar que era su hijo. Ambos eran sus padres, no mamá y papá femenino-masculino, sino que los dos eran padres varones.

Al poco tiempo, Joshua asumió el papel de padre cuidador de todos los hijos que había estado haciendo la primera parte de la sesión. Isaí seguía la dinámica de juego y se asume rápidamente como uno de los hijos de Joshua, incluyendo también al muñeco bebé, a Natalia y Luis César. Las dos psicólogas fueron designadas como las niñeras de estos hijos. En ningún momento se habló de una mamá y al parecer no hacía falta, ya que Joshua

cumplía perfectamente su rol de padre responsable y proveedor, al pendiente del cuidado de sus hijos.

Todos estábamos en nuestro respectivo papel, los que eran bebés se mecían en su cuna, lloraban ocasionalmente y balbuceaban, no hablaban aún. Joshua se iba a trabajar, manejaba su coche, regresaba a su casa para ver a sus hijos muy preocupado de darles de comer, cambiarles el pañal una y otra vez (ya que hacían mucha popó) y arrullarlos para que tomaran su siesta.

Joshua se dio cuenta, de lo mucho que había “hecho bebés” ya que salió del salón donde estábamos y se asomó a su salón de clases y muy sorprendido de ver a todos los niños y niñas que había en su grupo académico, le dijo a su maestra: “*me los cuidas bien*”. Regresa con nosotros y nos dice que la “Miss Lulú” es la niñera de sus otros muchos hijos.

Finalizando la sesión todos quedamos complacidos con lo sucedido pero no se quiso ahondar más en el tema, en especial porque la próxima vez que nos veríamos sería para despedirnos. La reflexión a posteriori es que esta sesión fue un regalo⁵², una sesión regresiva pero al mismo tiempo una demostración de que pueden hacerse cargo de sí mismos, a propósito de nuestra partida.

En la parte interpretativa de esta sesión se podría decir que hay una continuación de lo sucedido en la anterior, ya que en ambas hubo un producto: popó y bebés.

- Una de las enseñanzas de esta sesión es que los actos generan consecuencias, por ejemplo, el “hacer bebés”, como consecuencia lógica en el juego se obtuvo un montón de hijos e hijas de los cuales aquellos que se la pasaron “haciendo bebés” tuvieron responsabilizarse y así lo dramatizaron.
- En el inicio de la representación, Joshua e Isaí se hacen cargo de la situación de la familia naciente; sin embargo, al descubrirse como papás “gays” pareció no cuadrarles del todo dado que no había mamá, sólo papás varones. Fue entonces que

⁵² Al momento de escribir esta tesis me descubro en el pensamiento personal de anhelar un regalo para mí, con el matiz de “no me quiten a mis niños”. Éstos, a su vez, en la dramatización me dicen que “van a estar bien... que saben cuidarse a pesar de todas las contingencias que los acompañan”. Con todo, la despedida fue emocionalmente intensa y en cierta forma dolorosa, ya que a la fecha, van a ser dos años de haber iniciado esa experiencia, se les extraña y mucho.

Joshua toma el control de la situación, se adjudica la función paterna como proveedor responsable de sus hijos e hijas, mientras que Isaí se incorpora y asume como bebé, declinando el rol inicial de pareja y padre “gay”.

- Situación significativa que vale la pena recalcar fue que, pese a que habíamos tres mujeres, Natalia, Evelyn y yo, a ninguna se le asignó ni tampoco se asumió, el rol de mamá por ser del sexo femenino. Natalia pasó a ser una de las hijas de Joshua y las dos psicólogas, junto con la Miss Lulú, las niñeras⁵³.
- El tema de las relaciones sexuales en los padres sigue siendo un tabú desde temprana edad, la información que tienen los niños sobre el tema, no se supo qué tanta tienen a su alcance salvo lo que puedan ver en televisión. En lo explícito y en comparación con los demás integrantes del grupo, Joshua e Isaí se sentían muy atraídos por hablar de ello y de expresar sus fantasías en el juego en cada oportunidad.

Al término de la estancia y al cierre con el Grupo 1, aquél emotivo día, los niños hicieron explícita su tristeza por nuestra partida, por la pérdida del espacio para ellos, volvimos a una primer etapa de desbordamiento y los gritos reaparecieron.

Los pequeños no entendían por qué teníamos que irnos y en un intento por retenernos, literalmente nos encerraron en el salón al término de la sesión. Cuando logramos salir, con gritos desesperados nos pedían, suplicaban que no los dejáramos, nos interceptaron en tres lugares diferentes del Colegio y con jalones intentaban regresarnos al salón. Fue un espectáculo para los padres de familia que iban a recoger a sus hijos, así como para los demás compañeros de escuela y las maestras.⁵⁴ Esto sucedió con Isaí y Joshua, no así como Natalia y César que apenas se despidieron se fueron a su salón.

⁵³ No hay embarazo, no hay parto, no hay mamá. Pasó del acto sexual “hacer bebés” a mágicamente estar rodeados de aproximadamente 35 hijos e hijas.

⁵⁴ Fue ominoso que en ese día del mini secuestro, las peticiones de apego y compañía, coincide con que en esa misma noche sería la fiesta de graduación de la licenciatura. Por un momento se sintió una gran emoción y un nudo en la garganta.

4.2.4.6. **Presentación y Psicodinamia. Grupo 2: “Los grandes”**

El **Grupo 2** muestra un panorama totalmente diferente, en el previo de la experiencia con este grupo acudió la inquietante y múltiple fantasía de que:

- a) Los veíamos muy grandes, de ahí el nombre del grupo
- b) se pensó que por ser los mayores de la escuela sería complicado
- c) se encontraban en la fase previa a la secundaria,
- d) probablemente no querrían jugar.
- e) si se sabía poco sobre el trabajo con niños menos se sabía del quehacer con pre-adolescentes.

Estos eran los principales pensamientos, adelantándose por supuesto, a lo que el grupo estaba por ofrecer. No obstante, se iniciaron las primeras sesiones con el grupo conformado, al igual que el anterior, por 4 niños y una niña, entre los 10 y 12 años de edad de 5° y 6° grado de primaria.

El grupo se caracterizó desde un inicio por tener el tema atravesado del *divorcio* de sus padres, coincidencia o no, los cinco integrantes tenían esta problemática en casa misma que los marcó de una manera específica que hizo que presentaran ciertas manifestaciones de conducta, desempeño escolar y relaciones interpersonales con sus compañeros de escuela, motivos por los cuales fueron enviados a la consulta psicológica.

Cada uno externó su situación familiar a partir de la previa experiencia de uno de los niños, Enrique, con “otros psicólogos”, a saber:

Enrique es el menor de su casa, en una familia donde predominan las mujeres él es el único varón. Sobre sus experiencias con psicólogos asegura que es por su alto CI, su hiperactividad y porque se “altera fácilmente”. Esto último lo comprobamos conforme avanzábamos en las sesiones, ya que intentaba ser líder autoritario pero se veía a la sombra de Juan, su amigo que también es integrante de este grupo, y esto le generaba enojo y frustración con la rivalidad que existía entre Alejandro (hermano de Juan e integrante del grupo) y él, por la atención de Juan.

Enrique se enojaba fácilmente si no se hacía lo que él quería y pedía de mal modo. Estuvo presente en la mitad de las sesiones ya que en ocasiones simplemente “no quería asistir” y cuando sí lo hacía llegaba con una actitud de estarnos haciendo el favor de ir.

Juan, amigo de Enrique y hermano de Alejandro, jugó un papel determinante en el grupo, ya que planteó desde un inicio temas que a su consideración “ya no son de niños”, como el noviazgo y el “echarse la gorda” de la escuela. Actitudes de rebeldía como “hacer lo que se le da la gana” y ser “callejero”. Pero al mismo tiempo era un líder nato y empático, con un encanto y simpatía que a diferencia de Enrique, quien pretendía ocupar este lugar de liderazgo, lo caracterizaba. Era popular en la escuela, tenía novia, los demás compañeros de clase lo seguían, incluyendo a Enrique. Dentro de sesión jugaba rudo pero era precavido, reía mucho, hacía bromas y lograba tener la atención del grupo.

Fue precisamente Juan y Enrique quienes hicieron la puntuación de asistir a terapia porque “sus papás los habían dejado”, no porque estuvieran separados, tema que permeó el resto de las sesiones y permitió que los demás niños hablaran de sus respectivas situaciones familiares.

Björk, también de 6° grado, daba una imagen de ternura por su comportamiento tranquilo y delicado, pero sobre todo porque su complexión física no corresponde a la de una niña de su edad sino menor a los 11 años que tenía. De primera impresión parecía de 3° grado, esto generaba que en su salón fuera excluida del grupo de las niñas quienes notablemente estaban entrando a la pubertad. No contando sólo este factor, el de la talla menudita y el nombre inusual, para su marginación en su grupo, era también la “niña nueva” ya que se acababa de incluir al grupo en ese ciclo escolar porque su escuela anterior había sido clausurada⁵⁵. En aquella escuela Björk era conocida por su rudeza y rebeldía, el lado opuesto a lo que presentaba ahora. Desde un inicio se consideró que este caso en particular era una cuestión de adaptación y de que las maestras la sobreprotegían por su apariencia y cuerpo respecto a los compañeros de su edad, tendencia que se gesta y propicia

⁵⁵ Factor extra a su situación donde Björk tuvo que moverse, no por mala conducta ni por bajo rendimiento ni por cambio de residencia, sino por la triste historia de que su escuela fue clausurada ignorándose los motivos de tal infortunio para la educación en Querétaro y el país.

principalmente por sus padres. Cabe mencionar que su actitud, según refiere la maestra, se caracterizaba por ser demandante, agresiva e inflexible.

Alejandro, de 5° grado, fue remitido al grupo de psicoterapia por “inquieto” y “dificultad de aprendizaje”. Dentro del grupo y desde la primera sesión se hizo notar por su “inestabilidad motora”, no considerado como agresivo sino como no poder estar quieto y tranquilo por un sólo momento.

Se incluía en los juegos, proponía algunos otros, pero si no se le atendía comenzaba un juego él solo. Debido a las agresiones recurrentes de Enrique, por la rivalidad en la atención de Juan, se defendía sin pedir ayuda pero siempre salía a su rescate su hermano. Esto sucedió en todas las sesiones en donde tanto Enrique como Juan asistían.

Alejandro es el menor de sus hermanos y el consentido de su papá por ser el “chiquito”, pero a su vez es maltratado por sus hermanos mayores, quienes son descritos por Alejandro como “borrachos” y “peleoneros” al igual que su padre.

Alejandro vive en casa de su abuela materna con algunos de sus hermanos, porque sus padres se separaron un año atrás debido a que su papá “tenía otra” (pareja), y ahora se ven obligados a convivir con ella aunque no quieran. Este fue un tema que Alejandro evitaba tocar, no así su hermano Juan quien lo expresaba con aparente indiferencia.

Alexis, compañero de clases de Alejandro, se caracterizó por su pasividad en los juegos y relación con los demás integrantes del grupo, hablaba muy poco, casi lo indispensable, de pronto parecía ausente. Entre los gritos y cojinazos, Alexis desaparecía por momentos, se refugiaba en un rincón del salón y permanecía ahí sólo cubriéndose de los golpes.

Los padres de Alexis también estaban divorciados desde hace un par de años, según declaraba el niño, pelean mucho cada que se ven aunque ya viven en casas diferentes. Tiene una hermana menor, quien es vista por todos como la “niña ideal”, ya que tiene un excelente promedio escolar y “no genera problemas como Alexis”, quien dice ser muy enojón y gritón en su casa.

4.2.4.7. **Aprendiendo de la experiencia. Una reflexión del Grupo 2.**

Este fue el panorama con el **Grupo 2**, con quienes se logró desde la primera sesión los tres tiempos establecidos de acuerdo al modelo GIN-GAP en el que se basó el proyecto de intervención: *Tiempo para jugar*, *Tiempo para pensar* y *Tiempo de poner las cosas en su lugar*.

En el *tiempo para jugar* se buscaban los golpes con los cojines, a veces se optaba por juegos de menos contacto como dibujar en el pizarrón y la pirinola, en los cuales se lograba alternar el juego y el diálogo.

El *tiempo para pensar* era respetado, se propuso desde el establecimiento del encuadre que se dedicarían 10 minutos de la hora de terapia para este fin.

Al término de las sesiones todos ayudábamos a *poner las cosas en su lugar*.

El Grupo 2, rápidamente asume las consignas y el encuadre establecido para la terapia, transformándose así, en el ideal de lo esperado en el trabajo clínico grupal con infantes. Aunque al principio había grandes resistencias por parte de los niños y de las psicólogas a cargo y aun cuando, al finalizar el tiempo establecido para la intervención y el grupo se redujo a dos integrantes, se manifestaron cambios significativos en ellos, vislumbrando que en poco tiempo el *Efecto GIN*⁵⁶ se hacía presente.

Otra enseñanza, al igual que en el Grupo 1, fue dar cuenta de las resistencias de quienes coordinábamos el grupo. Las fantasías iniciales, previas a la experiencia, sobre las posibles trabas del trabajo clínico con pre-adolescentes, no eran más que eso, fantasías. Nuevamente por la incipiente práctica clínica con niños sumada al estar por primera vez en un escenario distinto y desligado a la Universidad. Era el primer encuentro con la realidad a enfrentar y conquistar al egreso de la licenciatura como una posible fuente de trabajo.

⁵⁶ De acuerdo a Dupont y Jinich, autores y creadores de este modelo de trabajo clínico grupal infantil, el Efecto GIN es el clímax del tratamiento, y este se da lugar cuando el primer y segundo tiempo se invierten, es decir, el Tiempo para pensar es mayor que el Tiempo para jugar. Es lo esperado, que la palabra adquiera sentido y esto le posibilita al infante a colocarse en un lugar diferente al del síntoma de su contexto.

4.2.4.8. **Indicios de trabajo clínico. Grupo 2.**

La dinámica con el Grupo 2 giraba en torno a la agresividad, donde los juegos tenían que ver con violencia y el sentirse “malos”, esto propuesto por los dos varones de sexto grado al sentirse los mayores de la escuela y al asegurar que: “*ya no somos niños*”.

Lo primordial era golpearse unos contra otros, pero no faltaba que alguien se viera ofendido por lo fuerte de los golpes y se lo tomara personal, propiciando roces entre ellos. Esto ocurría entre Alejandro y Enrique, ya anteriormente descrita la rivalidad entre ambos por la atención de Juan.

La relación transferencial con las dos psicólogas, fue ambivalente en un principio. No les maravillaba que jugáramos con ellos y buscaban la forma de verse vencedores sobre nosotras en los juegos de contacto, como la “lucha de almohadas” y “niños contra niñas”.

Un punto a favor con este grupo fue lograr el tiempo para pensar en la mayoría de las sesiones, casi desde un inicio de la atención psicológica. El tiempo para pensar se aprovechaba mayormente cuando integrantes como Enrique, y en ocasiones Juan, decidían no asistir al grupo y acaparar la atención e intentar sabotear la sesión incitando a que los demás siguieran jugando y distrayéndose.

Alejandro y Alexis, fueron los más beneficiados con la atención psicológica, no sólo porque asistieron a todas las sesiones sino porque aprovechaban el tiempo y espacio brindado para hablar de aquello que les aquejaba, sus dudas y miedos en el día a día. Con ellos los tiempos para pensar se conjugaban con el juego, ya que bien se podría estar jugando a la “pirinola” y platicando sobre los problemas en casa. “El jugar se volvía un intermediario para dialogar”.

Con Björk fue poco el trabajo ya que su mamá decidió que su hija no asistiera más al grupo.

Juan gustaba de asistir al grupo pero su orgullo y reputación de “ser malo” le impedía abordar los temas que le aquejaban, ya que eso significaba descolocarse de ese lugar que le estaba sirviendo para obtener de atención de su familia y como protesta del abandono de su

padre. No así Alejandro (hermano menor de Juan) quien junto con Alexis abordó el tema de los respectivos divorcios de sus padres y cómo se vieron afectados por ello.

Los padres de Alejandro y Juan estaban separados desde hacía un año aproximadamente, ahora su madre trabaja todo el día y su padre está dedicado a darle un lugar en la familia a su nueva pareja, de la cual los niños se expresaron muy mal. Era notable el enojo hacia su padre quien los “*abandonó por otra vieja*”, según dijeron, y el resentimiento hacia su madre porque de alguna forma los tenía descuidados por el trabajo.

Durante los juegos, Alejandro se destacó por la organización de los mismos, en un afán por alcanzar el orden en donde si algo salía mal, como saltarse el turno de alguien o que no tuviéramos el mismo número de pelotas cada quien, se desesperaba y nos hacía volver a empezar hasta que todos quedáramos iguales. Parecía ser que es justamente lo que hacía falta en casa, alguien que pusiera en orden el caos familiar en el que estaba viviendo Alejandro, mismo que se manifestaba en su problema de enuresis y en su “*inestabilidad motora*”, como lo planteó la psicóloga de la escuela.

Por su parte, Alexis se caracterizó por su silencio y pasividad, aunque cuando se trataba de hablar sobre sus padres se tomaba su tiempo para ahondar sobre ello. En su caso, la confusión de los padres sobre la vida marital y la educación de los hijos era el pan de cada día. Hacía más de 5 años que estaban separados, dos de divorciados pero seguían peleando como si aún vivieran juntos, incluso en ocasiones el padre del niño dormía en casa de ellos. Esta confusión de los padres causaba un efecto en Alexis de parálisis en la socialización y desempeño académico notable. Su profesora tenía sospecha de algún “*trastorno del aprendizaje*”, pero el panorama cambió al tener entrevista con los padres del niño⁵⁷, solicitada por ellos mismos.

⁵⁷ Dicha entrevista se abordará más adelante.

Reflexión:

El Grupo 2 se convirtió en el modelo prototípico de lo que la teoría del GIN-GAP advierte. A continuación, propongo nueve puntos que dan cuenta de esta afirmación que se fue construyendo en el trabajo directo de esta experiencia clínica:

- Se dieron lugar los tres tiempos establecidos: *Tiempo para jugar (50 minutos aproximadamente)*, *Tiempo para pensar (10 minutos)* y *Tiempo para poner las cosas en su lugar (2 minutos antes de salir del salón)*.
- Las primeras sesiones fueron suficientemente regresivas, de acuerdo a lo esperado en la fase de inicio: catártica y regresiva, mas no desbordadas, casi desquiciantes y descontroladas, como para omitir los demás tiempos establecidos. Sorprendentemente, casi sospechoso, hacían caso a las consignas establecidas inicialmente.
- Las resistencias de este grupo giraban en torno a los temas por tratar, la separación de sus padres principalmente y la afectación directa sobre ellos. También el ya no sentirse niños y querer crecer rápidamente, confundiendo ser mayores con “ser malos” y sentirse con el derecho de transgredir las normas, como el “*echarse la gorda*” por mera diversión. El tema de los noviazgos a esta edad surgieron en algunos de los niños, siguiendo con el mismo argumento de “*ya no somos niños*”. Esta dificultad en las sesiones fue disminuyendo cuando la atención del grupo dejó de centrarse en quienes mantenían esta actitud (Enrique y Juan).
- Otra forma resistencial que se manifestaba, siguiendo los postulados de los *supuestos básicos*⁵⁸ de Bión, fue el nombrado como *Ataque fuga*. Cuando se hacía alguna interpretación y puntuación sobre lo visto en sesión y su situación familiar presente, se obtenía como respuesta que salieran corriendo al baño sin solicitar permiso e incitando al desorden ya que querían salir todos juntos. Esto sucedía

⁵⁸ Los supuestos básicos son la mentalidad grupal, la existencia de una opinión unánime y anónima de un grupo. Dicha mentalidad se configura de emociones intensas y primitivas que funcionan como defensas regresivas contra el movimiento del grupo, es decir, a que el grupo madure. Es una creencia emocional de la que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa a tener al unísono un determinado tipo de fantasías e ideas. Es por ello que se manifiestan con ciertas “actitudes” (se ponen en acto), principalmente cuando se les marca alguna intervención de orden interpretativa. Bion, W. *Experiencia en grupos*. Paidós. México, D.F., 1991.

cuando Enrique y/o Juan se encontraban presentes en sesión, no así en los demás integrantes.

En una ocasión Enrique sólo regresó a ver a los que no lo habían seguido en su huida y advirtió preferir irse a su salón de clases. Después de esta sesión ya no quiso regresar al grupo.

- El *Tiempo para pensar* se hacía cada vez mayor, acercándose al *Efecto GIN*. Tal vez sea apresurado decirlo así pero se esperaba que con estos niños la segunda fase del tratamiento se adelantara, o fuese más prontamente alcanzada.
- El juego y el diálogo se conjugaron. Durante el *tiempo para jugar* el diálogo se hacía cada vez más presente, de pronto parecía que jugar era sólo un pretexto, la forma tradicional de iniciar la sesión y que en realidad los niños tenían la intención de hablar, bastaba que alguna de las psicólogas hiciera alguna pregunta sobre su particular situación familiar-escolar, para los chicos aprovechan la ocasión y ahondaran en el tema.
- Cabe mencionar que en este grupo el juego no se transformó en el jugar⁵⁹. A diferencia de la experiencia con el Grupo 1, quienes inventaban sus propias dinámicas de juego. Con estos niños los juegos eran los tradicionales: “lucha de almohadas”, “niños vs niñas”, dibujar en el pizarrón y en las últimas sesiones, “la pirinola”.
- Sin embargo, no por ello perdía su función terapéutica, es decir, la importancia que el juego y el jugar tienen para los niños como un sustituto de la asociación libre y como la forma que tienen para incluirnos en su mundo infantil, del día a día, de su contexto vital en donde ellos son vistos como un síntoma.
- ¿Por qué jugar a la pirinola? Es un juego de azar, bien puedes ganar o bien puedes perderlo todo, no depende de tu habilidad ni inteligencia, sino de lo que la suerte decida en el apartado caiga la pirinola.

La interpretación a posteriori de esta elección de juego estaba en la lógica del lugar en que como hijos de padres divorciados, quedaban ubicados en medio de las

⁵⁹ La diferencia entre el *juego* y el *jugar* es propuesto por D. Winnicott (1979), al considerar al juego como algo universal, como lo es “la pirinola” o “las trais”, donde es de conocimiento general las reglas y objetivo del juego. El jugar, por el contrario es una “práctica significativa”, según el autor, donde hay una libertad, creatividad y espontaneidad en el niño, los niños en el caso de los grupos GIN, donde ellos mismos crean sus propios juegos, como el caso de “los perros cagones” en el Grupo 1.

decisiones y discusiones de éstos. Sin opción, quedan merced de las decisiones de sus padres, bien sean buenas como malas, al igual que en la pirinola podían “ganar todos” como “perderlo todo”⁶⁰. Son presas de la suerte echada por sus tutores. La única forma de liberarse es por medio de manifestaciones sintomáticas.

4.2.4.9. **Primera y única entrevista con padres de familia.**

A continuación se presenta el primer y único acercamiento directo con padres de familia de uno de los niños que se atendía en este grupo, Alexis. Se considera de suma importancia porque pone al descubierto las fallas de la intervención, tanto del proyecto como de la institución misma; pero sobre todo y en especial, los significativos cambios que se manifestaron en Alexis tras la entrevista con sus padres.

Fue la única ocasión en que se logró el acercamiento con padres de familia del Colegio. La entrevista duró poco más de una hora y treinta minutos, aun cuando estaba calculada para una hora como máximo.

Antes de presentarnos⁶¹, el padre del niño hizo el comentario de su sorpresa al ver lo “jovencitas” que éramos las psicólogas, ya que esperaba que “alguien mayor” estuviera atendiendo a su hijo. Primer comentario-acción inesperado y desestabilizador de este encuentro.

Aclararon que la cita la solicitaron ellos mismos tras enterarse de la atención psicológica que recibía su hijo desde hacía algunas semanas y de la cual no estaban enterados. Se mostraron molestos de no ser informados y con una gran resistencia por lo que las “jovencitas” les fuéramos a decir. Segundo comentario-acción inesperado, resistencial y defensivo, con el plus de la noticia de que no estaban informados del proyecto de psicoterapia grupal.

⁶⁰ La pirinola tradicional está conformada por varios apartados: *todos ganan, todos ponen, pon 1, pon 2, toma 1, toma 2, toma todo y pon todo*. Con sus diferentes versiones, así estaba conformada con la que jugábamos.

⁶¹ Cabe hacer mención del entusiasmo y optimismo con el que se iba a realizar la primera entrevista a padres de familia y así, acercarnos al protocolo original de la teoría. ¡Oh decepción! No sólo para la pareja de psicólogas sino también a la pareja de padres y ex esposos.

La palabra nos era arrebatada por los señores, tercer acto inesperado, la hostilidad y tensión se hizo presente, primero entre ellos y luego hacia las psicólogas.

Usaron el espacio y tiempo para hacerse aclaraciones no pedidas por nosotras, de lo sucedido entre ellos tras la separación marital, se reclamaron las condiciones de vida de cada uno y las ausencias de ambos como padres. El llanto de ella, el enojo de él. Se volvió una batalla campal en donde nos vimos como sus hijos en una escena familiar, ambas psicólogas desaparecimos de su vista y percepción, estaban tan ocupados en la discusión que en las pocas intervenciones que se hicieron se tuvo que alzar la voz para obtener su atención de regreso al tema de su hijo. Cuarta acción inesperada.

De cuando en cuando nos convocaban para intervenir, para darle la razón a él o a ella, pero al no obtener las respuestas que querían su evidente molestia incrementaba y regresaban a su interminable discusión. Quinta acción inesperada, la anulación como profesionistas.

Los minutos pasaban y aumentaba la tensión en la sala, para sacarlos de la inercia de ex esposos furiosos, se les preguntó sobre el lugar en que colocaban a su hijo dentro de esta relación hostil que mantenían como parte del cotidiano. Siendo su respuesta la comparación entre un Alexis “tonto”, “berrinchudo” y “amanerado”, con un nivel bajo de calificaciones e interés por la escuela; con una hija menor “ejemplar”, una “niña de dieces” y de “comportamiento excepcional”. Sexto comentario inesperado y defensivo.

De esta forma Alexis queda en un lugar de desventaja, convirtiéndose en un pretexto-motivo para que ellos pudieran seguir comunicándose aunque sea de una manera agresiva-emotiva, tomando como rehén objeto a su hijo. El niño es un problema y causa de enfado más para el que no tienen tiempo de atender y resolver. Volteándonos la responsabilidad de crianza y exigiendo darles alternativas de disciplina y educación para su hijo. Séptimo comentario-acción inesperado.

Para ese momento de la entrevista, el nivel de tolerancia que las psicólogas se le habíamos dispensado a la pareja ya había rebasado sus límites. La escucha se vio afectada por la frustración de no saber cómo manejar la situación. Era evidente que el enojo comenzaba a hablar por encima de la voz de profesionista y las puntuaciones realizadas se dieron sin oportunidad de réplica y a modo de regaño Octava acción y comentarios inesperados.

Señalar que los causantes de los problemas incluyendo por supuesto las actitudes de su hijo, son ellos mismos y mientras eso no se resuelva el niño seguirá manifestando su inconformidad de la forma en que lo ha venido haciendo. Se les pidió dejar de etiquetar a su hijo como el “tonto” y “causante de problemas en la familia”, así como evitar hacer comparaciones entre sus hijos, dejando en desventaja a alguno de ellos colocando a la otra en un pedestal.

Las dos psicólogas, no sabemos de los padres del niño, terminamos con dolor de cabeza⁶². En nosotras, no quedó ánimo alguno de citar a padres de familia. Novena acción inesperada.

Sin embargo y al mismo tiempo, sabemos de la obligatoriedad, importancia y necesidad de entrevistar periódicamente a los padres, escuchar la forma en cómo éstos ven a sus hijos en casa, en qué lugar los han colocado y la función asignada-asumida dentro del núcleo familiar. Con esto, se reitera lo visto en el seminario de prácticas de la Facultad: “*si lo padres están bien, los hijos están bien*”, mientras no se resuelva el conflicto familiar y la dinámica dentro de casa, en donde los padres o tutores son el pilar de formación para los hijos, éstos seguirán manifestando sintomáticamente su queja.

Lo determinante para esta reflexión, fue el cambio manifiesto que se presentó en el niño a la sesión siguiente y hasta el final de la experiencia. Alexis dio un giro de 180° grados, era casi irreconocible, había dejado de ser pasivo pasando a ser propositivo, tanto en los juegos como en el diálogo durante el *tiempo para pensar*. Se incluía en los juegos, respondía cuando se sentía ofendido y agredido, su discurso era fluido y claro, daba argumentos bien sustentados y se daba la oportunidad de reflexionar sobre su situación particular. Décima acción inesperada y paradójica frente a las nueve anteriores.

En resumen.

Hablar con los padres es un reto, es como hablar con el real del conflicto manifiesto. Los padres, desgraciadamente, son el núcleo duro del síntoma y la resistencia. Los infantes son,

⁶² Contraria a la sistemática y disciplinada labor de registrar en la bitácora de los grupos, las entrevistas con las maestras, con la psicóloga de la escuela y las sesiones con los niños, nunca se transcribió esta entrevista con los padres de Alexis. La hoja correspondiente quedó en blanco, anotada en ella tan sólo el título y la fecha del funesto, incómodo y paradójico día de los inicios profesionales.

metafóricamente hablando, el *representante representativo de la representación* del conflicto familiar.

Aunque fue poco el tiempo de trabajo con el niño, este primer ajuste como consecuencia de la entrevista con los padres, era eso, sólo un primer ajuste e indicativo de mejora como resultado de la labor de intervención en la clínica grupal.

4.2.5. Supervisión de la Intervención Institucional

Las materias de *Diagnóstico Institucional, Diseño de propuesta de intervención clínica, Clínica Grupal I y II, y Prácticas curriculares* de la formación en el área clínica, permiten a los estudiantes de los últimos semestres aplicar lo visto en el aula. Son los primeros acercamientos *prácticos y vivenciales* al ejercicio profesional y laboral que en un presente futuro cercano se están obteniendo. Son materias clave dentro de la formación porque es a partir de la experiencia como se corroboran, se ponen a prueba y se van perfeccionando los conocimientos; es la intervención clínica directa la que coloca en su justo lugar todos aquellos saberes que se van obteniendo a lo largo de cuatro años de la licenciatura.

Sin embargo, en este trayecto formativo, por ser precisamente configurador entre lo teórico y lo práctico, se requiere de un guía, un acompañante en el sendero de las incertidumbres que los inicios del quehacer clínico psicológico demanda constante y permanentemente. Es por ello que como parte del plan de trabajo docente se considera fundamental la tarea de la supervisión, la cual está configurada de tal forma que posibilite el diálogo y la reflexión para que proyectos, como la intervención institucional en el Colegio CENDI Charly, alcancen los objetivos y metas esperadas.

Es a través del diálogo reflexivo como se van puliendo las ideas, definiendo los objetivos y esclareciendo las dudas. Es sólo con una interlocución que preferentemente no esté en contacto directo con el proyecto, con quien se pueden ver los puntos ciegos que una, inmersa directamente en el trabajo clínico en cuestión, no alcanza a ver. Con la supervisión de una persona experta externa es como las limitantes técnicas que surgen en un momento,

al siguiente y después del diálogo reflexivo, se pueden transformar en nuevos instrumentos de trabajo.

En la intervención institucional “*Jugando Expreso lo que Siento*” se contó con la supervisión del Dr. Francisco Landa, docente a cargo de la materia de *Modelos de Intervención*, quien fue guía y apoyo para la aceptación del proyecto en el Colegio Educación y Patria. Siendo una de sus recomendaciones y aportaciones a la intervención, la de sistematizar la información a través del uso del *Diario de campo* con las siguientes funciones:

- Registro de todo lo sucedido en cada una de las sesiones de los dos grupos;
- Se incluye al Diario de Campo, todos y cada uno de los datos que la psicóloga de la escuela nos proporcionó de cada caso;
- Se incluyen las notas personales sobre lo percibido y reflexionado de cada sesión terapéutica, el desarrollo de los grupos y los movimientos intra institucionales;
- Se incluyen las notas metodológicas, que incluyen la forma de trabajo de cada grupo y sesión, los recursos metodológicos utilizados y sus efectos;
- Se incluyen por último, las notas teóricas, los autores que podría ser útiles en apoyo al trabajo grupal y en la resolución de las dudas sobre lo que no se entendía respecto a lo que sucede sesión tras sesión.

Recabando de manera documentada toda esta información se obtenía una bitácora compuesta de un cúmulo importante de información diversa y conexas, además, esta bitácora daba cuerpo a la construcción un diario reflexivo que relata la experiencia, el proceso grupal e institucional, así como el proceso personal/formativo para quienes en pocos meses se convertirán en psicólogas clínicas.

La docente Ana María Guzmán, fue también supervisora de este trabajo de intervención, específicamente en la experiencia clínica directa con los niños en grupo, sus dudas e incertidumbres generadas dentro de los Grupos GIN y a consecuencia de la práctica en el mismo programa.

Las puntuaciones, mejoras y recomendaciones que se hacen son las siguientes:

- Realizar una sesión mensual con los padres, ya que no se lograron hacer las entrevistas iniciales con ellos y no se puede conformar un GAP por cuestiones de tiempo, espacio y falta de personal que se haga cargo.
- Cuidar y mantener siempre la transferencia institucional.
- En sesión con los niños, promover el uso del cojín para “golpear” y evitar que se lastimen con otro tipo de agresiones físicas.
- Para evitar que salgan –literalmente sea dicho- corriendo de sesión (supuesto básico de *ataque fuga*⁶³), ya que nos encontramos dentro de las instalaciones del Colegio y alguna autoridad podría(n) llamarles (nos) la atención, alguna de las psicólogas debía procurar mantenerse cerca de la puerta y hacer las interpretaciones desde ahí.
- Las interpretaciones han de ser completas: desde el deseo (lo que se hizo) y desde la defensa (el recurso del Yo utilizado como defensivo).
- En las entrevistas con los padres: dejar que ellos digan lo que tengan que decir;
- Preguntar qué es lo que están haciendo en casa, cuáles son los límites y la disciplina que establecen con sus hijos(as);
- Como pareja y como padres ¿cómo ven a sus hijos(as)?
- Remitirlos a su propia infancia y desde ahí trabajar lo actual, lo que sucede en el ahora con sus hijos y el aquí de la casa/escuela.
- Como jóvenes practicantes de la clínica analítica, en estas primeras intervenciones directas, estábamos cometiendo un buen número de omisiones técnicas, generando también, un buen número “áreas de oportunidad” al no estar cumpliendo, puntual y religiosamente con las indicaciones de la teoría propuesta por Dupont & Jinich. Caía una buena cantidad de “carga de consciencia” sobre nuestros hombros, sólo con la intervención reparadora que Ana María brinda nos brinda es como se aligera el camino. Sus palabras fueron *“hacer clínica es lo importante y eso se logra articulando teoría, método y técnica en la práctica.”*⁶⁴
- Se marcó que la división de edades y grados académicos de los niños “pequeños” y los “grandes” no debió haber sido así ya que se aprecia en la realidad que se trabaja

⁶³ Bion, W. *Experiencia en grupos*. Editorial Paidós Mexicana. México, D.F. (1994)

⁶⁴ Tal vez hay otro factor por considerar. La creatividad y la reingeniería técnica ante las circunstancias diferentes que el escenario de trabajo nos obliga a resolver de una u otra manera que nunca antes se habían documentado.

mejor con grupos de niños con edades mixtas, así los mayores regulan su fuerza y los pequeños aprenden a defenderse.

- Para la devolución y cierre con los niños, debía hacerse con calendario en mano y con anticipación, con fechas específicas aclarar cuántas sesiones faltan para terminar, de esta forma el grupo cuenta con tiempo para hacer el duelo al término de la experiencia.

Con este apoyo a la intervención se lograron gratos resultados, aunque un factor de realidad no deseada se refleja en la queja por el poco tiempo con el que se contó. Es fecha en la que se escribe este documento que aún no se puede digerir ese traspié, síntoma, acción resistencial del poco tiempo para trabajar con los grupos, que en el real no se pudo corregir ni elaborar. De ahí la importancia de tener que darse un tiempo para procesar toda conclusión/cierre de cualquier iniciativa, proyecto, actividad, relación humana. De lo contrario, el duelo, que es un fenómeno emocional necesario y natural, se podría constipar, fermentar, patologizar.

Sin duda que la supervisión clínica de la experiencia analítica directa, es el camino seguro al aprendizaje del ejercicio profesional clínico.

4.2.6. Conclusiones en torno a la experiencia “Colegio Educación y Patria CENDI Charly”

Fue reveladora y aleccionadora la experiencia vivencial obtenida en esta institución educativa, ya que se pudo realizar directa, práctica y ordenadamente la tarea que teníamos encomendada para nuestras actividades y requerimientos académico formativos que la Facultad a través de su área clínica nos demandaba, a saber:

- ✓ De principio a fin el proceso de estancia en esta institución fue enriquecedoramente formativa.
- ✓ La experiencia en el Colegio fue la confrontación con el real, fueron los primeros pasos forjadores y determinantes para el andar por los senderos del ejercicio profesional.

- ✓ Se hizo frente a la realidad de una dualidad: la fantasía de impotencia que se cultiva acerca del trabajo como profesionalista, cuando aún se mantiene la categoría de estudiante.
- ✓ Se aprendió que para trabajar en una institución como el Colegio, se requiere de un mayor y diferente esfuerzo de desempeño en la atención, comportamiento, formalidad y compromiso.
- ✓ Se logró diferenciar el escenario de la Universidad y el del campo laboral. No es lo mismo los modales cultivados en la Facultad que lo que hacen en cualquier otra institución que solicita nuestros servicios.
- ✓ Se aprendió a diferenciar los fenómenos de jerarquías, normatividades, expectativas, vicios, oportunidades y reglas explícitas e implícitas; situaciones básicas que se pudieron obviar pero que fueron determinantes acatar para entrar y permanecer dentro de esta institución.
- ✓ Fue el primer vistazo a uno de los panoramas existentes por ejercer como futura profesionalista de la psicología clínica.
- ✓ Se tocaron, ejercieron y reflexionaron más vértices del trabajo clínico de los que en un inicio se planearon e imaginaron.
- ✓ La observación, en el contexto de la elaboración de un diagnóstico institucional, sin duda y por mucho, amplía el ángulo y detalle de atención y registro.
- ✓ Observando, ahora con más detalle y precisión a la institución, la posibilidad de dar cuenta documentada de la dinámica institucional tiene muchas más oportunidades de hacer propuestas más cercanas a la objetividad y factibilidad de realización.
- ✓ A pesar de las vicisitudes y contradicciones en el proceso general, se logró identificar y dar cuenta de este fenómeno paradójico: se manifiesta lo que se llamará “*ceguera recíproca*”.
- ✓ La Ceguera en las dos psicólogas se da por su inexperiencia y apremio, los buenos resultados manifiestos en el trabajo directo con los niños alimentaron la ilusión expectativa de que serían contratadas por el Colegio. Se perdió referencia en la intención original del proyecto, no alcanzamos a ver fue que sí se habían logrado los objetivos de la materia de *Diseños de propuesta de intervención clínica*, los cuales eran: darle continuidad al diagnóstico, realizar la intervención y entregar resultados en

tiempo y forma. Se terminó el trabajo y bien, aunque hay que decirlo: en ningún momento del proyecto académico se contempló la posibilidad de obtener un contrato de trabajo en la institución.

- ✓ La Ceguera de la institución se manifiesta por su posición explícita y ambivalente de aparentar querer, pero en la realidad no hacer mejoras por su propia escuela/institución;
- ✓ Se percibe y se anota que, la institución *no apuesta ni arriesga* darle un giro a su condición media, tampoco elevar la calidad del servicio y atención a sus estudiantes aun cuando los resultados de la intervención demostraban que se podían lograr cambios significativos en beneficio de la misma, no se atrevió a invertir dinero ni crédito a la mejora continua, certificación y humanismo intra institucional.
- ✓ La resistencia al cambio en el abordaje y visualización del origen de los conflictos de sus estudiantes fue evidente, y a pesar de ver resultados positivos en ellos, la institución declina la propuesta de continuar.
- ✓ La resistencia institucional se identifica claramente cuando se hace explícito el impedimento para la realización de las entrevistas con los padres de familia, de todos aquellos niños identificados como candidatos a participar en el proyecto de atención psicológica grupal.
- ✓ El resultado de este impedimento hizo que la intervención clínica se realizase con un velo de clandestinidad, es decir, que en los hechos se realizan cerca de 20 sesiones de trabajo clínico grupal sin la autorización tangible y por escrito de los estudiantes que finalmente formaron parte de los Grupos 1 y 2, situación que se vio expuesta en la única entrevista que se tuvo con la pareja de padres de un niño del Grupo 1.
- ✓ A pesar de un sinnúmero de incertidumbres pre profesionales, se realizó de manera directa no sólo un *diagnóstico institucional*, sino que como resultado de ello, se propuso, aceptó y ejecutó un diseño de intervención, nombrado como: “Jugando Expreso lo que Siento”.
- ✓ Esta experiencia fue un logro formativo, profesional y fundamental, ya que en este caso se muestra, dentro de una institución de educación primaria, la instrumentación y aplicación eficaz de Grupos Clínicos Analíticos para Infantes en situación particularmente vulnerable dentro de las escuelas.

- ✓ Con esta experiencia se muestra que todo proyecto científicamente serio, en principio parte de un sueño, luego se hace una idea que se propone en tiempo, forma, lugares y personas adecuadas para su realización y sustentabilidad presente futura.
- ✓ Valiosa y reveladora experiencia práctica porque guió la ruta de acceso al trabajo clínico grupal con infantes.
- ✓ En esta oportunidad laboral se fue forjando un particular e irreversible gusto por cultivar este modelo de intervención, dentro del cual aparecen varios otros modelos y recursos que parten de la observación clínica activa, es decir:
 - La puesta en práctica de la conjunción de modelos de intervención tales como: entrevistas con los directivos de la institución, docentes y pareja de padres de familia, la persona responsable del departamento de psicopedagogía de la institución; psicoterapia grupal con infantes como intervención clínica directa, supervisión clínica de pareja de coterapeutas con expertos externos y supervisión colectiva en la materia de *Diseños de propuesta de intervención clínica*.
- ✓ La aceptación del proyecto y el apoyo inicial para su realización en la institución, fue estimulante para su puesta en marcha de acuerdo a las expectativas que como practicantes de la Facultad y estudiantes de la materia de *Diseño de propuesta de intervención clínica* se tenían.
- ✓ Al lograr ver las paradojas propias de las instituciones y poderlas identificar primero, para luego enfrentarlas con propuestas específicas, podría decir entonces que esta experiencia queda registrada como completa, enriquecedora y aleccionadora.
- ✓ Fue importante hacer adaptaciones al proyecto y esquema original, es decir, dadas las condiciones de trabajo en el Colegio, se ajustaron puntos relacionados con: el tiempo de duración del proyecto para su implementación en la escuela, en vez de ser una pareja heterosexual se trabajó en todo momento con coterapeutas mujeres; a diferencia de lo propuesto originalmente se incluyeron juguetes en las sesiones ordinarias con los integrantes del grupo, no hubo grupo analítico de padres (GAP).
- ✓ Se vieron afectados los planes preestablecidos en tanto que no hubo oportunidad de hacer la devolución de la retroalimentación correspondiente, a las autoridades del Colegio.

- ✓ Finalmente, podría decirse que no todo es queja, sin duda que el Colegio da la oportunidad aprender a hacer un análisis institucional, identificar aciertos y desvíos, siendo los resultados obtenidos y el trabajo realizado una referencia de consulta para futuras referencias laborales.
- ✓ Como un producto extra emanado de esta intervención institucional es en lo que ahora se está convirtiendo: en una vía clave y base de este escrito como tesis para la obtención de la Licenciatura en Psicología Clínica.
- ✓ Además, este modelo general de intervención en el Colegio nos dio la visa para el siguiente apartado como un puente de enlace al escenario del consultorio privado y el trabajo en la escuela primaria “Noo Botsi Di Nxodi”.

4.3. Trabajo en el Consultorio Particular

Introducción.

La consulta privada fue, desde un inicio, una meta a alcanzar al egreso de la formación académica. Es, en lo personal, un sueño desde los primeros semestres de la licenciatura.

Inicia como una idea vaga, dudosa y temerosa de llevarse a los hechos, siempre cargada de las voces de algunos docentes que nos llamaban “ilusos” si es que creíamos poder mantener un consultorio privado al egreso de la Facultad, ya que en su decir, sólo si papá y mamá pretendían financiar dicho proyecto se podía llevar a cabo. Resultaba complicado llevarles la contraria a aquellos ilustres profesores que, así lo pensaba en ese momento, sólo intentaban prevenirnos de un fracaso inminente.

Sin embargo, la idea nunca abandonó mi pensamiento, la mantenía en secreto salvo un a par de personas, ahora colegas y compañeras de consultorio. Era sin duda un proyecto osado y riesgoso, pero una vez que se dialogó con estas colegas comenzó a tomar forma y fue así como se decide realizar el servicio social como egresadas y no como estudiantes, es decir, nos tomamos seis meses para planearlo, platicarlo y hacernos de pacientes en la estancia del servicio social en CeSeCo Norte.

De esta forma el sueño particular se fue haciendo colectivo, ya que en parte aquellas suspicaces advertencias de los profesores eran ciertas. Por cuenta propia era casi imposible mantener un consultorio y si bien una sola recién egresada no podía hacerse cargo de los gastos de un consultorio, sí se podría hacer entre tres o cuatro personas.

Así comenzó la búsqueda de espacios para dar forma material al proyecto: casas, departamentos, consultorios en renta; zonas de fácil acceso para los pacientes y cerca de las instalaciones de CeSeCo Norte; rentas de acuerdo al presupuesto considerado, muebles y material para equipar el consultorio. Fue ardua tarea pero que finalmente se logró y mantiene hoy día.

La fecha oficial de inicio de labores en el consultorio es la última semana de julio de 2012, comenzando con pocos pacientes adultos y el “Grupo Piloto”, ya que se consideró que con el segundo grupo de infantes se tenía poco tiempo de trabajo y se esperó un mes más en CeSeCo.

4.3.1. **Inicios**

Las expectativas de este proyecto, sobre todo en el inicio, fueron muy altas. Se tenía la apuesta total en que el fortalecimiento del consultorio sería no una, sino la fuente de trabajo y remuneración económica, no sólo con la que comenzaba mi práctica profesional independiente sino que apuntaba a convertirse en el trabajo clínico profesional por excelencia, es decir, comenzar ahora para seguir ejerciendo la clínica hasta que la edad me lo permitiera. No consistía en probar si podía hacerlo, era comprobar que lo puedo hacer bien y mejorarlo.

Sabía de las contingencias que podrían poner en riesgo la concreción de esta meta/sueño de vivir lucrativamente a partir de la práctica y consulta privada en la atención clínica de pacientes. Estas contingencias las experimenté inicialmente en CeSeCo Norte y en el CENDI, a saber: la inasistencia reiterada de pacientes, “política blanda” en el pago económico ya que habiendo una tarifa límite había una tendencia marcada a que algunos pagasen menos que otros, incluso los había quienes no pagaban; por otro lado y frecuentemente, había que modificar los horarios de consulta principalmente a petición de los pacientes; simplemente, y de buenas a primeras, había quienes dejan de asistir sin avisar.

Atender a niños, las contingencias seguían siendo las mismas, sin embargo presenta un extra consistente en que los que deciden su estancia o no, dista mucho de estar en ellos, son los padres quienes deciden y en ocasiones son estos quienes estropean el trabajo clínico realizado con sus hijos(as).

Finalmente, como contingencia importante en el ejercicio de esta profesión se ubican los periodos vacacionales, contrario a lo que se pueda pensar, éstas inciden directa y seriamente en la consulta.

La contingencia plus, es que en la clínica analítica hay pocas certezas ya que se trabaja mayormente con las incertidumbres que la subjetividad humana nos antepone. La única objetividad en este quehacer clínico es la valentía y humildad de asumir que se trabaja permanentemente con subjetividades, además, reconocer de igual forma que la herramienta

principal de nuestro trabajo clínico analítico es nuestra propia persona, léase universo intelectual, universo emocional y universo corporal.

Sin embargo, así como hay contingencias hay bondades en esta labor. La clínica privada es muy noble, la mejor tarjeta de presentación es el trabajo mismo y las recomendaciones que los pacientes hagan de este. Es así como la agenda de pacientes pasó de ser seis adultos y un grupo de infantes (tres niños inicialmente), a no contar con horarios ni espacios disponibles unos meses después.

Si bien se contaba aún con el apoyo de CeSeCo Norte, que brindó la posibilidad de derivar pacientes cuando tuvieran sobre demanda de solicitudes, no era suficiente, ya que prácticamente sólo se obtenía para sustentar los gastos que generaba el consultorio por sí mismo (renta, servicios y material de limpieza) y las aspiraciones eran obtener ganancias de acuerdo al tiempo invertido en este trabajo.

No conforme con ello, una de las colegas y socias notifica que sólo será parte del proyecto por medio año, lo cual incrementaba los gastos para cada una de las personas que continuábamos. Pero, volviendo a la nobleza de este trabajo, surgieron dos alternativas, una en apoyo a la cuestión económica del consultorio y otra como oportunidad de trabajo.

La primera fue la posibilidad de rentar por hora los consultorios a colegas que no cuentan con los espacios para atender a sus pacientes, dos psicólogas clínicas y una psicóloga educativa, la cual es vista también como un apoyo para la derivación de casos en niños y adolescentes que así lo requieran. Un punto más a favor del proyecto ya que se vuelve más completo el servicio que se ofrece y el dinero obtenido se emplea a la manutención que el consultorio requiere.

La segunda fue, justamente la parte medular de este apartado del capítulo, la oportunidad de trabajo que se obtuvo gracias al acercamiento, presentación y aceptación del trabajo “*Jugando Expreso lo que Siento*” en la escuela primaria federal “Noo Botsi Di Nxodi”⁶⁵ como una alternativa de solución para las problemáticas escolares que se manifiestan en esta institución.

⁶⁵ De la lengua nhänñhü su traducción y/o interpretación al español es: *Los niños que estudian*.

Fue de esta manera como, el proyecto que inició como un requisito para aprobar las materias de *Diagnóstico Institucional* en séptimo semestre y *Diseño de Propuestas de Intervención Clínica* en octavo, se pone a prueba en el CENDI, se estructura y fortalece en el servicio social en CeSeCo Norte y se desprende para su consolidación en la elaboración de la propuesta formal del trabajo profesional conjugándose así dos escenarios: una institución pública educativa y la consulta privada.

La importancia de este logro⁶⁶ es el acierto en haber ido a la institución y no esperar a que nos buscaran. Explico:

Ruth es una niña integrante del *Grupo Piloto* que inició en CeSeCo Norte en 2011, continúa con la atención en el consultorio particular mismo que coincide con el cambio de ciclo escolar de la niña, pasa de 4° grado a 5° y es recibida por una profesora sumamente estricta⁶⁷. Es aquí donde se acentúan los problemas académicos de Ruth.

La profesora hace la petición a los padres del apoyo psicológico para su hija a lo que éstos argumentan que Ruth tiene un año en tratamiento. Solicita la profesora, con aprobación de la Dirección de la escuela, una constancia y el expediente psicológico de su alumna. Los padres de Ruth nos hacen llegar tal petición.

En la incertidumbre de no saber si es que algún papel expedido por las psicólogas que atendíamos a la niña tenía validez oficial, ya que ambas éramos aún pasantes de la universidad sin título ni cédula profesional, se acordó ir directamente a la escuela primaria para hablar personalmente con el Director y la profesora en cuestión y saber exactamente qué es lo que pedían respecto al caso de la niña. Así se hizo.

Fue en este encuentro donde se plantea la modalidad de trabajo en el tratamiento en el que se encontraba Ruth: Psicoterapia Grupal Infantil. El Director de la escuela mostró su interés por el proyecto y solicitó nuestros datos para derivarnos estudiantes con problemáticas

⁶⁶ Es logro porque se alcanza en el nivel de ejercer en el campo específico la profesión, trabajar el proyecto en la escuela primaria “Noo Botsi Di Nxodi” era lo que se pretendía en el CENDI, sin embargo las condiciones de esta institución no permitían alcanzar este nivel de ejecución y libertad de aplicación de las herramientas profesionales adquiridas en la formación académica.

⁶⁷ En realidad, esta profesora desempeña su actividad docente como un ejemplo de esta labor. Pone en evidencia la permisibilidad de sus colegas en esta institución, que fueron despreocupados ante la situación particular de la estudiante dejándola pasar de grado escolar aun cuando presentaba deficiencias académicas desde segundo año.

escolares, de conducta y aprendizaje. Se acordó que para la siguiente visita no sólo se entregaría la constancia de Ruth sino también y por escrito, la presentación del proyecto “*Jugando Expreso lo que Siento*”.

A continuación se hace una descripción a detalle del proceso, desde la aceptación del proyecto hasta la conformación de los grupos de psicoterapia infantil, el plan de tratamiento y la experiencia obtenida.

4.3.2. Proyecto en la Escuela Primaria “Noo Botsi Di Nxodi”⁶⁸

Como ya se mencionó el acercamiento a la Escuela Primaria “Noo Botsi Di Nxodi” se dio gracias al interés de las dos psicólogas por escuchar lo que tanto la profesora de la niña como el Director de la escuela tenían que decir sobre el caso, y sobre todo, saber qué es lo que estaban solicitando y qué es lo que les podíamos mostrar del caso de la paciente.

Una vez que se presenta a la Dirección de la escuela el proyecto “*Jugando Expreso lo que Siento*”, se acuerda que este documento será difundido a toda la planta docente para acordar en conjunto si es que es viable llevarlo a cabo en esta institución. Se agenda entonces una nueva reunión para informarnos al acuerdo al que se llega en el comité de maestros.

Fue en el transcurso de tres semanas, finales de septiembre a mediados de octubre de 2012, que se suscitó este trámite, entre haber ido la primera vez a la escuela primaria y el obtener respuesta de la Dirección.

Al asistir a la reunión de respuesta, el Director hace explícito su interés en el proyecto, argumentando la importancia del apoyo psicológico clínico que se necesita en ciertos casos, además de que, desde que él se encuentra al frente de esta escuela declinó el servicio USAER (Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular) que brinda USEBEQ, por considerarlo ineficiente para las necesidades de la escuela. La expectativa con esta nueva propuesta, siendo en la modalidad de grupo, era que se atendieran a más casos y con ello una mejora general en sus estudiantes.

⁶⁸ A detalle, la propuesta del proyecto a la Escuela Primaria Noo Botsi Di Nxodi, se adjunta en el anexo de este documento.

La propuesta de trabajo estaba organizada en varios módulos, a saber:

- La presentación del proyecto a la escuela
- La divulgación con los padres de familia
- Recepción de solicitudes de los padres que se muestren interesados con la propuesta
- Entrevistas con los padres de familia interesados en la atención psicológica
- Entrevistas con los profesores, quienes hacen la demanda inicial de atención psicológica para sus estudiantes.
- Programación de entrevistas periódicas con los padres de familia una vez que se inicie la atención psicológica con los grupos de infantes.
- Reuniones de diálogo con la Dirección y docentes de la escuela, acerca del desempeño general de los estudiantes que forman parte de los grupos clínicos.

Antes de iniciar la atención con los niños, se vio la necesidad de hacer algunos ajustes operativos al plan de trabajo propuesto originalmente:

- La atención de los grupos de psicoterapia serían en el consultorio privado y no en las instalaciones de la escuela primaria como se había contemplado;
- La recepción de solicitudes no fue pedida por los padres, sino propuesta por los profesores;
- Las entrevistas con los profesores a pesar de ser los demandantes iniciales del servicio, no pudieron realizarse previo al inicio de la atención de los grupos, se tuvieron que hacer después bajo el argumento de que no había acuerdo de horarios.

Una vez que los profesores han informado a los padres de familia⁶⁹ la situación de sus hijos dentro del salón de clases, la Dirección de la escuela les propone hacer una reunión para presentarles el proyecto *“Jugando Expreso lo que Siento”* y así brindarles una opción profesional para enfrentar y remediar conjuntamente esas problemáticas que aquejan no sólo al niño-hijo-estudiante, sino a sus compañeros de clase, profesores y a la familia.

Tentativamente se espera para esta reunión una asistencia de alrededor 50 padres de familia, es decir, un salón de clases repleto de papás y mamás citados por los conflictos que sus criaturas han generado en la escuela y para decirles que necesitan atención clínica psicológica como una alternativa para remediar la situación.

⁶⁹ Ahora sí, se trabaja desde la legalidad, a diferencia del Colegio CENDI Charly en el que la experiencia estuvo desarrollándose bajo el velo del secreto y ocultamiento de hechos a los padres de familia.

Para dos pasantes en psicología clínica, dirigirse a una reunión con padres de familia, sin duda que genera una gran expectativa acompañada de una gran incertidumbre, misma que nos produjo un sin número de fantasías, destacándose aquella fantasía previa⁷⁰ en la que nosotras veíamos a los padres como uno a uno nos sacarían los ojos, argumentando y vociferando frases tales como: *“¿será posible que estas muchachitas vengan a decirnos cómo educar a nuestros hijos?”*. Se esperaba también que la ansiedad natural y previa a este episodio, entendida como “el nerviosismo” en la exposición, pudiera jugar en nuestra contra, al menos en lo personal así fue.

Finalmente la junta con los padres de familia fue un éxito, el cual no se habría logrado de no ser por el apoyo recibido por el Director de la escuela quien estuvo presente y dio su visto bueno al trabajo que expusimos y al proyecto mismo, frente a los padres y madres presentes ese día.

Digo un “éxito” porque los interesados en la consulta clínica rebasaron los esperados, previo al inicio de la reunión el Director comentó que *“bien nos iría si al menos 10 padres aceptaran la atención para su hijo”*. Además, los padres asistentes se mostraron participativos, no a la defensiva como se preveía, lo cual generó que la tensión en la reunión disminuyera.

Se contaron 45 padres asistentes a la reunión, el 90% de los citados, de los cuales 25, más del 50%, se anotaron en la lista de interesados para la atención psicológica para su hijo(a) a la espera de ser llamados para la primera entrevista. De esos 25, algunos desistieron al ser citados pero algunos más se presentaron semanas después de la reunión, logrando al final la conformación de cuatro Grupos de Psicoterapia Infantil integrados por 5 y 6 niños cada uno. Cabe mencionar que esto fue mucho, muchísimo más de lo imaginado y esperado por nosotras.

Esta experiencia nos cambió la visión del qué hacer profesional, y nos mostró como el sentirse envuelta en una sensación de terror existencial da un giro de 180° y pasa a ser una

⁷⁰ Dupont y Jinich argumentan que el momento previo a cualquier primera entrevista con padres de familia, desencadenan una particular ansiedad de corte persecutorio con tendencia a paralizar a los expertos, intelectual y físicamente. El objetivo de los siguientes encuentros con los padres es que esta ansiedad disminuya y desaparezca finalmente.

sensación de logro y satisfacción total; así mismo la condición de pasantes/estudiantes/chiquillas queda en el pasado y la autoimagen se reconforta y nos ubica como profesionistas reconocidas por 25 padres de familia para que atendamos a sus pequeños.

Finalmente, este reconocimiento se extiende a al apoyo que la Dirección depositó en nuestra propuesta y diseño de intervención en apoyo a sus estudiantes.

El acuerdo con la Dirección de la escuela, planta docente y padres de familia es que nosotras los mantendremos al tanto del proceso en el tratamiento de los niños(as), y de esta forma hacerlos partícipes activos en la mejora académica y personal de éstos.

Una vez que se concretaron estos acuerdos se dio paso al trabajo directo con los niños y niñas integrantes de los nuevos Grupos de Psicoterapia.

4.3.3. **Plan de Trabajo**

La estructuración del plan de trabajo se sigue dando aún, con algunos ajustes que van mejorando los puntos ciegos detectados conforme a la práctica y lo que la experiencia que va dejando.

Sin embargo, como base principal a la propuesta, están los lineamientos del modelo GIN-GAP de los Doctores Adela Jinich & Marco Antonio Dupont, que consisten en:

- Entrevistas de valoración del caso, previo a su integración al grupo de psicoterapia,
- Entrevistas periódicas con padres de familia
- Solicitar a los padres de los chicos que también ellos se atiendan.
- Establecer el acuerdo de que la duración del tratamiento sea de un año
- Seguimiento de pacientes posterior a su estancia dentro de los grupos de psicoterapia.

A estos lineamientos se hicieron algunas modificaciones para hacer la adaptación de acuerdo a las necesidades y demanda que las circunstancias requerían. A continuación se puntea el plan de trabajo que queda estructurado de la siguiente forma:

- 1) *Primera entrevista con padres de familia e hijos*, la cual tiene como objetivo la valoración del caso, si es que el niño(a) es candidato(a) para la atención clínica grupal. De no ser así, buscar la alternativa más adecuada para su caso.
- 2) Para los niños(as) que sí formarán parte de los grupos de terapia, se acuerda con ellos y con sus padres los horarios y honorarios, cuestiones técnicas como el cobro de sesión sin previo aviso, la duración del tratamiento a un año y la importancia de las entrevistas periódicas con los padres de familia; así como la sugerencia de estar en terapia ellos también como pilar determinante para la cura de su hijo(a).
- 3) *Conformación de los Grupos de Psicoterapia Infantil*, los cuales serán atendidos en horarios acordados en las entrevistas con los padres, entre semana por la tarde. La duración por sesión es de 1 hora con 15 minutos, una vez por semana y se les pide a los padres de familia que se retiren durante este tiempo, evitando que la sala de espera se convierta en “la hora del chisme” de los adultos.
- 4) *Reuniones con profesores y Dirección de la Escuela Primaria “Noo Botsi Di Nxodi”*. Se planea de manera ideal perfecta que su programación sea una vez por mes, en su defecto cada dos meses, con el propósito de establecer un diálogo con ellos como responsables de los estudiantes que observan dentro del aula, tanto académicamente como en la manera en que se relacionan con sus pares. La importancia de estas reuniones es escuchar una parte fundamental en el contexto del día a día de los niños y que es justamente de donde son canalizados a la atención psicológica. Estas reuniones no tiene costo alguno, se incluyen como parte del expediente que se elabora de cada grupo de psicoterapia infantil.
- 5) *Entrevistas periódicas con padres de familia*, las cuales tienen por función escuchar lo observado por los padres y las madres en casa, lo que les han comentado en la escuela y los cambios que han notado en su hijo(a) desde que inicia la atención psicológica a la fecha de la entrevista. En estas reuniones se brinda un espacio para que puedan expresar sus dudas e incertidumbres respecto al tratamiento, sobre la situación familiar actual y para que puedan hablar sobre aquello que les preocupa vinculándolo hacia la mejora en el caso de su hijo(a). También se hacen algunas puntuaciones sobre lo trabajado en sesión con sus hijos, previniendo así el sabotaje en casa.

Estas entrevistas tendrán el mismo costo que la sesión de su hijo(a).

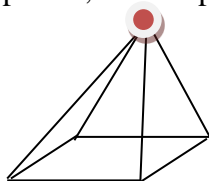
Se podría decir que es un dispositivo clínico analítico al que se recurre debido a la imposibilidad de crear el GAP.

Se considera que siguiendo este plan de trabajo los resultados esperados sean alcanzados adecuadamente al cabo de un año, de acuerdo a la propuesta que se les hizo tanto a los padres de familia como a la escuela primaria. La duración del tratamiento fue establecida siguiendo los lineamientos del modelo GIN-GAP, asumiendo que los cambios en los niños se pueden manifestar rápidamente pero resulta indispensable la actitud solidaria para consolidar esos cambios y evitar recaídas.

Si bien se pretende seguir esta planeación de trabajo, la parte medular del proyecto es mantener la transferencia de ambas psicólogas con la *triada de elementos* que lo componen: niños, padres y profesores. Es por ello que a las tres partes se les planteó claramente el procedimiento a seguir. Empero, hay que considerar que el cuarto elemento: equipo técnico, se articula de manera importante junto con los tres factores mencionados en torno a lo que la institución solicita: atención psicológica para los estudiantes problemáticos.

Con los cuatro elementos se trabaja en tiempos y espacios diferentes: con los niños en tiempo de sesión dentro del consultorio designado específicamente para el trabajo grupal; con los padres de familia el tiempo designado para las entrevistas periódicas en un consultorio diferente al de sus hijos; con los profesores y Dirección de la escuela las entrevistas se programan cada determinado tiempo dentro de las instalaciones de la misma; y el equipo técnico, las coterapeutas, en la supervisión clínica.

Vértice: Visión, Misión y objetivos de la Escuela



- a) Estudiantes b) Padres de Familia c) Docentes d) Equipo Técnico⁷¹

⁷¹ El vértice superior ordena las acciones de los vértices inferiores. Es la escuela quien hace la demanda de atención psicológica en primer instancia y de esta forma articula la relación entre sus cuatro actores en escena: estudiantes, padres de familia, docentes y equipo técnico. Siguiendo los lineamientos que la ideología de la institución educativa establece (misión, visión y objetivos), cada uno de los vértices debe responder desde la función que les es propia bajo un objetivo común.

Lograr que esta pirámide cuadrangular funcione para los fines terapéuticos que se pretenden alcanzar, es necesario que todos los actores: padres, docentes, Estudiantes- niños(as) y equipo técnico, se comprometan. Tradicionalmente, la parte más delgada del hilo del compromiso se ubica en los padres.

El compromiso radica en voltear a verse a sí mismos y dejar de centrar al hijo(a)-niño(a)-estudiante-paciente como *el* problema.

La disposición para el diálogo en reuniones programadas, hablar sobre el proceder de los niños(as) en los diferentes escenarios que trate: la escuela, la casa, la consulta. Ya que en todos estos escenarios se expresa el universo que lleva al infante a la atención psicológica.

4.3.4. Entrevistas con padres de familia

*“- Julio, ¿cuál es el plan que tus padres dicen que tienes? -
preguntamos.*

*- ¡Muuuajajajaja! - contesta haciendo su ‘risa de villano’
- Es mi plan malvado: voy a juntar a mi papá y su novia Fany con
mi mamá y su novio Alejandro; cuando Fany y Alejandro se
conozcan se van a enamorar y mis papás volverán a estar juntos
de nuevo.”*

*Julio, 6 años
Grupo de los Martes, 2013.*

El acercamiento con los padres y madres de familia superó las expectativas, ahora el reto eran las primeras entrevistas en el consultorio particular, el cual no sólo era un escenario diferente para ellos, sino también para nosotras como profesionistas en ciernes. Para ellos, la familia, por encontrarse en un escenario distinto a la escuela de sus hijos y porque en este segundo encuentro ellos serían los escuchados y los presentadores de la problemática que los lleva a la consulta psicológica. Para ambas psicólogas porque fueron las primeras experiencias profesionales de esta naturaleza en consulta privada. En toda esta experiencia hemos ido viviendo cosas nuevas igual que los padres de familia y los niños, son planos diferentes pero interactuantes e interdependientes.

Sin duda y sin excepción, en cada entrevista con los padres de familia, se genera una *tensión previa* al encuentro ya que se conjuntan las expectativas de lo que ellos tengan que decir, solicitar, reclamar y cuestionar; tanto como lo que las psicólogas tengan que decir y puntuar respecto a lo observado y trabajado con sus hijos(as) en sesión.

El fenómeno de la resistencia se manifiesta en por igual en los padres como en las coterapeutas. Explico:

- En la pareja parental: como jefes de familia están a la expectativa de lo que se les vaya a decir sobre su hijo(a), quien ha puesto al descubierto la dinámica del hogar, de la pareja, los métodos de disciplina y educación, en pocas palabras el pequeño *“saca los trapitos al sol”* de la casa/familia provocando en los padres una actitud defensiva durante la entrevista con dos formas generales de manifestarse: a) pasiva y sumisamente aceptando todo lo que se les dice; b) una actitud frontal, contestataria y con dificultades para establecer un diálogo.
- En la pareja de psicólogas, en el momento previo al encuentro de las entrevistas se generan fantasías en las que obsesivamente nos preguntábamos: *¿qué nos van a cuestionar? ¿han notado cambios en sus hijos? ¿son los esperados por ellos? ¿se van a llevar a sus hijos/hijas de la consulta? ¿continuarán con el proceso? ¿nos pagarán? ¿conduciremos bien la entrevista?*

Establecer el diálogo es el objetivo, el cual parece lejano cuando los padres se encuentran a la defensiva y las profesionistas se dejan intimidar por ello. De igual forma, las situaciones en que pareciera un interrogatorio policiaco por parte de las psicólogas al dejarse llevar por la tensión de la entrevista cuando los padres de familia no hablan, dejando la responsabilidad del encuentro en las terapeutas. Son manifestaciones resistenciales, no sólo antes de la intervención sino durante de la misma. Es función de las terapeutas desarrollar el dispositivo “adecuado” para que la pareja de padres no se sintiesen abrumados y encontrasen en esa hora de entrevista, un remanso de escucha, comprensión y esperanza.

Puede haber un sinnúmero de obstáculos resistenciales, siendo que de parte de las psicólogas se han podido hacer conscientes y de esta forma estar más pendiente y evitar que interfiera en la labor profesional.

En lo que respecta a la parte resistencial de los padres y madres de estos niños que llevan a la consulta, se puede decir, es totalmente normal y entra dentro de las expectativas, pero se espera también que con el paso del tiempo, tanto de su hijo en consulta como de las entrevistas con ellos, el diálogo se vaya estableciendo cada vez de manera más fluida y reflexiva en pro del bienestar del infante como de la familia en general y como consecuencia lógica, en la escuela.⁷²

Explico: el proceso que se da en los grupos de psicoterapia infantil se caracteriza por la presencia de fenómenos universales secuenciales. Los autores Jinich & Dupont esquematizan esta repetición de la siguiente manera: La primera fase es la denominada “abreactiva y catártica”; la segunda fase es la que se conoce como “de diálogo y reflexión”, y la tercera es denominada como fase de “orden y reparación”. Ciertamente es que no se dan estos fenómenos después de cinco, siete o treinta y tantas sesiones; en realidad en todas estas, desde la primera hasta la de después de mucho tiempo, se manifiestan en mayor o menor intensidad. Lo cierto es que al inicio hay más ruido expulsivo que conversación reflexiva. Digo lo anterior que ocurre en el trabajo con los niños para explicar que estas fases se espera que ocurran en las entrevistas con los padres de familia. Las cuales se dan en cada sesión y durante en el año de tratamiento con la evolución del grupo. En un proceso similar, se espera que los encuentros con los padres lleven este mismo orden y progreso, de tal forma que al finalizar el tratamiento de sus hijos, ellos no sólo se hayan hecho partícipes en el proceso sino que hayan llevado a la práctica aquello hablado y reflexionado dentro de las entrevistas.

Claro está que este es un ideal en el tratamiento y que como tal se desarrolla en la dualidad de tener alcances y limitantes. Esta condición dialéctica del conocimiento y del ser, permite impulsar el esfuerzo, tanto de los padres de familia, los niños en el grupo y las psicólogas a cargo, se vea motivado en el trabajo sesión tras sesión.

⁷² Desgraciadamente, hemos estudiado y constatado que el fenómeno de la Resistencia Analítica primordialmente es una resistencia de la figura de quien conduce las sesiones: de la persona experta. Esta persona lleva la brújula y la ruta de la sesión y con sus indicaciones no sólo verbales sino corporales y de actitud, matizan y entonan la calidad y clima de la reunión.

4.3.3.2. Viñetas.

Para ilustrar lo anteriormente comentado presento situaciones de entrevista clínica a padres de familia, pretendo dejar en claro este factor de inicio abreactivo/catártico; las particularidades que se manifiestan cuando los hijos(as) ya llevan cierto tiempo de tratamiento y finalmente quisiera mostrar el proceso de enseñanza-aprendizaje que esta actividad genera en los padres de familia y en la formación de quien escribe.

a) Consuelo y Roberto, padres de Ruth

Esta pareja solicitan la atención psicológica para su hija por problemas de aprendizaje, pero principalmente, porque la niña “*no se defiende*”, en especial de sus hermanas, y la tienen catalogada en casa como “*sumisa y débil*”. Consideran que este comportamiento en su hija⁷³ incrementó a la llegada del bebé a la familia, el nuevo hermano de Ruth.

La pareja de padres se caracteriza por ser la primera en asistir juntos a las entrevistas, en previas experiencias sólo las madres se presentaban a las citas, ellas llevaban a sus hijos a consulta y ellas mismas los recogían. En el caso de Consuelo y Roberto no es así, toda la familia lleva a la niña a sesión y toda la familia se encargaba de ir por ella. En las entrevistas, ambos padres asisten puntuales cada vez que son citados.

El tiempo de tratamiento con Ruth se ha prolongado de acuerdo al establecido en un inicio de la atención. A la fecha en que se escribe este documento⁷⁴ la niña cumplirá 2 años en el Grupo de Psicoterapia de los días sábados, siendo integrante original del *Grupo Piloto* que inició en septiembre de 2011. Señalo estas fechas porque es importante recalcar el cumplimiento impecable de Consuelo y Roberto, quienes no sólo han sido constantes y pacientes en el tratamiento de su hija, sino que se han adaptado a los cambios de la terapia. El cambio de domicilio, me refiero al cambio de la CeSeCo al consultorio privado, el aumento en la tarifa de la consulta y el cambio de horario de sesión debido a que se conjuntaron los dos grupos del día sábado.

⁷³ Esta expresión se emplea porque va a ser una constante donde a la mamá principalmente, le cuesta demasiado asumir que Ruth es su hija. Permanentemente la niega, devalúa y desconoce. Ruth deja claro, en el transcurso de la relación clínica, que muchos años de su corta vida ha sido la hija “invisible” la hija “fantasma”

⁷⁴ Septiembre 2013

Por otra parte, los cambios suscitados en la paciente: tras la primera entrevista con los padres, acto ocurrido a un mes y medio de haber iniciado la terapia de/con su hija, aseguran que ésta comienza a defenderse en casa, ya no es la niña “*sumisa y débil*” que conocían y esto los tiene muy contentos. Aseguran también, que es un resultado meramente de la terapia y no de algo que haya sido modificado en la familia, ya que en casa “*todo sigue igual*”.⁷⁵

Esta última aseveración refiere a la situación marital de los padres de la paciente, los cuales, desde la primera entrevista con ellos definen como “*distante*” y pensando en la posibilidad de llegar al divorcio. Cabe mencionar que ella se encuentra en atención psicológica en CeSeCo Norte desde el inicio del año 2011, interrumpiéndose por el parto de su hijo menor pero reanudando meses después.

En estos dos años de atender a la niña la situación familiar ha cambiado, también la escolar y sobre todo su conducta en estos dos escenarios. Pareciera que pasó de ser la niña “*sumisa*” a ser “*agresiva*” y mostrarse en la mayoría de los casos, a la defensiva. Ahora es, en palabras de su madre, una niña “*rebelde*”, pero al mismo tiempo “*chiqueada y desesperante*”.

Ruth en la escuela no tiene amigos cercanos, es aislada y “*se hace la chiquita*” logrando que el grupo entero la sobreproteja. En lo académico, presenta dificultades para aprender, pareciera no estar a gusto con su profesora, la cual, tras conocerla nos muestra destellos de “*tiranía*”, similares a ciertas expresiones características de Consuelo.

Esta pareja, a la fecha, muestra la escena en que han resuelto su conflicto y distanciamiento. Su actitud en las entrevistas da evidencia de ello. Son mucho más participativos y la calidad de comunicación es clara, entendible y directa. Sin embargo, parecieran que identifican a Ruth como el problema central de la familia y la comparación con su otra hija, la que sigue después de la paciente, se ha incrementado:

- “*Paola es independiente y Ruth sólo busca nuestra atención*”,
- “*Paola es desenvuelta, competitiva, va bien en la escuela...*”

⁷⁵ Estas son declaraciones parciales y paradójicas. Sin duda que hay cambios. Ruth ya no se deja de sus hermanas y esto a los ojos de sus padres es un cambio palpable aunque por el momento queda focalizado en la hija, sin alcanzar a ver el inicio de un cambio general/familiar.

- *“Ruth pareciera no tener ningún interés en nada”.*

Consuelo se identifica con Paola y no encuentra un nexo claro con Ruth, llegándose a preguntar *“¿por qué me tocó una hija como ella?”*. Lamentándose por su situación, como diciendo *“¿por qué no es igual que Paola?”* *“¿por qué no se parece más a mí?”*. Aunque la realidad sea que Ruth se parece tanto más a su mamá de lo que ésta logra ver, ya que la niña le pone de frente aquello que resulta tan molesto de sí misma y la situación familiar que no quieren ver ni la mamá ni el papá.

A pesar de las innumerables ocasiones en que se les ha marcado, sutil y directamente, que esta comparación entre sus hijas no es sana y que su argumento de que *“a todas las tratamos por igual”*, aunque la intención es buena, deja en desventaja a Ruth porque no entra dentro de las expectativas que se tienen sobre sus hijas, ya que esperan que todas sean iguales entre sí e iguales a la mamá, y ante los ojos de ésta, Ruth no se encuentra siquiera cerca de serlo.

Bajo el principio de que los niños(as) llevan al psicólogo a sus padres para que ayuden a estos, se considera que Ruth no se va a ir hasta que no se aclare el conflicto neurótico de la mamá. La hija no está conforme con el tratamiento en tanto que el origen ni siquiera se ha tocado, lo que refiere a la dinámica familiar y que ambos padres aseguran que *“ya están bien”*. Roberto borrado como padre/pareja y Consuelo como viviendo su desgracia infinita, sin consuelo.

De lo que pareciera ser un caso ejemplar, donde los padres han sido cumplidos y responsables ante la problemática a la que los enfrenta su hija, no sólo se encuentra en terapia grupal sino que recibió apoyo desde la psicología educativa según peticiones de la maestra de la escuela, encontrándose actualmente en regularización académica.

El dilema que plantea este caso, es la dificultad de reformar la barrera que los padres de Ruth han impuesto a lo largo de estos dos años de trabajo clínico referente a la dinámica que se mantiene a favor de la familia de origen. Considerando los usos y costumbres aprendidos y sostenidos desde respectivas familias de origen de cada uno y el lugar que se les asignó y no dejan de ocupar en ellas, ahora con su propia familia, le han estado

asignando a su pequeña hija esos usos y costumbres ancestrales, sin que ésta logre desafanarse de ello, a pesar asistir a terapia.

Sería importante diferenciar el “cumplimiento impecable” de esta pareja a las sesiones de sus hija y las entrevistas a las que han sido citados, frente al *compromiso real* de involucramiento y concientización de aquello que están haciendo como padre para que Ruth se manifieste sintomáticamente como la “vocera incómoda” de su familia.

b) Alejandro y Elvira, padres de Luis Ángel y Jesús

Los señores Alejandro y Elvira acuden a la consulta psicológica tras haber asistido a la reunión en la Escuela Primaria Noo Botsi Di Nxodi, debido a los problemas de conducta agresiva de su hijo Luis Ángel de 9 años, y las dificultades de lenguaje de Jesús, su hijo menor de 7 años.

Alejandro es el padre biológico de Jesús pero no de Luis Ángel, aunque lo reconoció legalmente como propio al brindarle su apellido. Asegura su madre que el niño “no sabe” de esta situación y preferirían que así siguiera ya que temen que se sienta “*diferente o rechazado*” por el señor, aunque aclaran que no hacen diferencia alguna entre un hijo y el otro.

Lo que reportan de la escuela de los niños es una queja constante del comportamiento de Luis Ángel, quien ha sido catalogado, incluso él mismo se nombra como “*bravucón*” y el compañía de un par de compañeros de salón aterrorizan a gran parte de su escuela.

Los padres del niño se muestran preocupados en la primera entrevista, temen que se convierta en un “adicto y delincuente”, ya que tiene amistades mayores que él a los que les gusta grafitear las calles y drogarse. Luis Ángel comienza a “rayar” y se escapa de su casa para ir con estos “amigos”. El señor Alejandro relata cómo es que él a la edad de su hijo se drogaba, pero logró salir adelante y ahora es un buen ejemplo para sus hijos.

Sin embargo, en el transcurso de las sesiones con los niños, en especial con Luis Ángel, el panorama de esta supuesta preocupación de sus padres queda en eso, un supuesto, ya que se

hacen presentes situaciones de violencia intrafamiliar, descuido, falta de límites en la educación y alcoholismo en el padre.

En la segunda entrevista con los señores, se confirma lo relatado por el niño aunque matizado por ellos: sí lo dejan salir a la calle *“pero a las 10 de la noche salimos a buscarlo”*, están poco tiempo con sus hijos porque ambos trabajan quedando al cuidado de los abuelos maternos quienes aún tiene hijos pequeños que cuidar y *“a veces se les escapa Luis Ángel”*. Al señor Alejandro le gusta tomar los fines de semana y comenta que: *“a veces no me puedo controlar y les he pegado”*, supuestamente se muestra arrepentido. Se escudan diciendo que el niño simplemente no obedece a ninguno de los dos.

El padre del niño asegura que: *“probar las drogas no te hace adicto y es bueno que mi hijo tenga esa experiencia si tiene curiosidad y así pueda decidir si es lo que quiere”*. Aseveración que da cuenta de que no sólo el niño está siguiendo los pasos de su papá sino que éste le está dando permiso de que lo haga.

Se concluyó la entrevista marcando la falta de límites y respeto a la figura de autoridad en casa y en la escuela. El tema de la agresividad lo tiene representado en casa al ver que es aceptado y tolerado que su padre *“no se pueda controlar”* y no haya repercusiones por ello, repitiendo esta conducta en la escuela. La curiosidad por el alcohol y las drogas ha sido fomentado también en casa, con las historias que el padre cuenta como hazañas de su niñez y adolescencia, sus inicios en las drogas a los 10 años y el conocimiento que adquirió sobre las diferentes tipos que hay y sus efectos.

El hecho de que Luis Ángel *“no sepa”* que Alejandro no es su padre biológico, aunque en realidad el niño sí lo sabía pero no se lo habían confirmado, lo ha puesto en una búsqueda de aceptación del padre que conoce tratando de imitarlo y seguir sus pasos para parecerse a él lo más posible.

Después de esta entrevista los niños acudieron a sesión un par de ocasiones más y no volvieron. Tal vez el mover la dinámica familiar era más riesgoso que permanecer como estaban, o esa fue la lectura que se hizo tras la deserción de la terapia.

Las expectativas de este caso eran diferentes, las de la escuela, las de los padres y las de las psicólogas. Quedando abierta la pregunta ¿qué buscaban los padres de estos niños de la atención psicológica? ¿fue un caso más de los que asisten por un tiempo para poder confirmar lo que siempre han pensado, “esto no sirve pero lo intenté”? de tal forma que logran excusar su estilo de vida, asegurando que “así son” y que “no pueden cambiar”.

La actitud del niño responde a sentirse perteneciente a su tribu-familia, pese al secreto que le intentan esconder del cual no quiere saber aunque sí lo sabe.

Realmente es una pena que no siguieran en consulta los niños, en especial Luis Ángel, porque por lo que se alcanzaba a ver, el niño tenía buena disposición para el diálogo y la reflexión, además necesitaba del espacio y tiempo para poder expresar aquello que en otros escenarios, como la escuela y su casa, le tenían negado manifestar.

Aunque era un niño violento también era protector de los que a su consideración eran “débiles”, a pesar de que era agresivo daba muestras de ternura y consideración, en más de una ocasión llevó dulces para todo el grupo asegurándose de que ninguno faltara.

Lo reportado por el profesor del niño era que su agresividad en el salón de clases había disminuido considerablemente durante el tiempo en que estuvo en tratamiento.

c) *Manuel y Martina, padres de Abraham*

Los señores Manuel y Martina acuden a la consulta psicológica por recomendación del Director de la escuela Noo Botsi, debido al inesperado bajo desempeño académico que su hijo presentó en las primeras evaluaciones del ciclo escolar, quedando “Sin Promedio” hasta el momento.

Es un gran desconcierto esta situación porque Abraham mantenía un promedio escolar por encima del ocho. Sus padres piensan que el cambio de escuela le afectó y esperan que se regule conforme pase el tiempo, pero decidieron tomar la terapia como apoyo para su hijo y descartar alguna otra problemática que ellos no alcancen a ver.

Esta pareja de padres de familia resulta peculiar al común que se habían entrevistado anteriormente: tanto la señora como el señor participan activamente durante la entrevista, se dejan hablar uno al otro, no hay tensión en su relación; su discurso, aunque su vocabulario es limitado debido a su falta de estudios, es fluido y coherente; son una familia humilde provenientes de Tolimán, de bajos recursos económicos y se mantienen del único sueldo del señor Manuel (es albañil), aun así pagan tarifa completa del tratamiento sin regatear.

Abraham se integra al grupo de los martes a las 5:00pm en marzo de este año. Se han tenido tres entrevistas más con sus papás en las cuales reportan haber notado una gran mejoría en el niño, su desempeño académico ha mejorado, ya no está malhumorado todo el día, reanudó su actividad física por las tardes ya que tiene gusto por el futbol, se ha vuelto más atento a su higiene personal y organizado en sus cosas personales.

Después de que era candidato a repetir el ciclo escolar, pasará año con promedio general de 7, lo cual mantiene motivado a Abraham asegurando que *“quiere subir más”*.

¿Por qué esta mejoría notable y creciente en este caso? ¿Dónde está la diferencia con los dos anteriores? Cabe mencionar que Ruth y Abraham están en el mismo salón de clases y comparten a la misma maestra, lo cual descarta que sea una cuestión de la profesora y del grupo académico. Ruth repetirá quinto grado y Abraham pasa a sexto.

La gran diferencia está en aquello que los padres han trabajado en casa. Paralelamente a éstos cambios corresponden a los cambios a lo trabajado en sesión.

Los señores Manuel y Martina, como ya se mencionó, son una pareja peculiar ante el común de los padres que solicitan la atención psicológica para sus hijos. Resultan peculiares porque de primera impresión generan la opinión de que probablemente no regresarán. Se tenía el antecedente de otras familias de bajos recursos que al poco tiempo desisten de la terapia aun cuando se les consideró una tarifa accesible a sus posibilidades. En el caso de los padres de Abraham, lo económico no fue una opción ni ellos la solicitaron, la real preocupación y ocupación por el problema que su hijo manifestaba los llevó a pedir ayuda.

Las observaciones que se les hicieron a los señores durante las entrevistas fueron: el niño se sentía presionado por la escuela, al ver su bajo desempeño lo hacía tener pesadillas en las cuales sólo hacía tarea que no lograba terminar, incluso en una ocasión se levantó sonámbulo al pizarrón que tienen en la sala de su casa. Sólo una persona en casa debe ayudarlo en sus tareas, de preferencia sólo en caso de que tenga dudas, había por lo menos tres adultos (mamá, papá y una tía) sobre de él y no le permitían concentrarse ni hacer caso a lo que todos le decían a la par.

El tener una actividad extra escolar, de preferencia deportiva, complementa la educación del niño, además hace el ejercicio que necesita considerando que tiene un notable sobrepeso y se distrae, mejorando su estado de ánimo.

Las figuras de autoridad deberían definirse mejor, ya que la función que la tía del niño ejerce en casa sobrepasa a la de los padres y esto puede estar confundiendo a Abraham.

Para la última entrevista con los padres del niño, finales de junio de este año, mencionan haber puesto en práctica las recomendaciones hechas. Dejan que su hijo haga su tarea por sí mismo y sólo apoyarlo en las dudas que tenga, ya sea alguno de ellos o esperar a que llegase su tía quien es profesora de secundaria. Cuando Abraham mejora en las calificaciones, alcanzando promedio escolar para la tercera evaluación parcial, reanuda su entrenamiento de fútbol logrando entrar en el torneo de verano. Sumado a ello, y esto como un plus que la señora Martina decidió incluir, cambiaron sus hábitos alimenticios con el apoyo de la nutrióloga de la escuela de su hija menor, ya que el sobrepeso en su hijo es una reflexión del que ella misma tiene y quiere prevenir se manifieste también en su hija pequeña y rectificar el que tiene Abraham.

Comentario.

Al poder hacer esta comparación, por mencionar tres casos de los tantos que se han presentado, quedan claras las expectativas de los padres de familia frente a las expectativas de la escuela y a las expectativas también de la labor clínica de las co terapeutas. Es recordar que los niños(as) que llegan a la consulta son hijos e hijas de padres de familia que

tienen un ideal de lo que quieren y esperan de su descendencia, así como de lo que no quieren. Los cambios que se pudieran suscitar en los pacientes hijos, tienen un efecto revelador en sus familias que ponen en riesgo la dinámica que han mantenido hasta el momento.

Surgen tantos cuestionamientos cuando se confrontan situaciones específicas como en el caso de los padres de Luis Ángel, ¿qué esperan de la atención clínica psicológica para su hijo? Sería la principal pregunta, pero se revierte cuando, en el afán de comprender lo que sucede, como profesionalista una se cuestiona ¿qué espero yo de la labor clínica que ofrezco? Y al mismo tiempo ¿qué he hecho, qué estoy haciendo, cómo lo puedo mejorar? Extrañar a Luis Ángel es un efecto que no esperaba, siendo un niño agresivo, grosero y agotador, puedo decir que marcó un momento de mi vida como profesionalista para llevarla a ajustes y modificaciones posteriores en mejora del proyecto.

4.3.3.3. Primera fase del tratamiento

El inicio de los grupos fue una labor titánica. Cuatro grupos con un promedio de 5 niños cada uno, más el grupo de los sábados, sumaban más de 25 niños y niñas por atender cada semana. De pronto, el consultorio se desbordaba con la gente entrando y saliendo todos los días, la sala de espera quedaba pequeña para recibir a familias completas al traer a sus hijos a la consulta.

Así como parecía un caos la recepción y entrega de los niños en cada sesión, el caos verdadero se suscitaba tras cerrar la puerta del consultorio, quedando los padres fuera, comenzaba la acción.

Fueron dos primeros meses, los que ambas coterapeutas llamamos de “entrenamiento”, sumamente demandantes física, intelectual y emocionalmente. De “entrenamiento” porque aprendimos: lanzamiento de cojines a distancia, defensa personal, esquivar cojines sin perder el peinado, identificación del objetivo y tiro al blanco, planeación de estrategias de ataque y trabajo en equipo. Esto por el lado del contacto físico, la importancia del cuerpo,

su uso y fuente de interpretación. Lo significativo del involucramiento de las psicólogas a esta dinámica grupal siendo integrantes activos del grupo.

Por el lado intelectual y emocional, el reto era contener a 5 grupos de psicoterapia con infantes, sin enloquecer en el intento. Es decir, asumir que el instrumento de trabajo es la persona misma, implica comprender que hay un umbral de tolerancia para la demanda de atención que habría que cubrir y que, por la euforia de los posibles alcances que el proyecto podía ofrecer, no se tomaron las necesarias precauciones para resguardar los puntos ciegos del mismo. Ahora se sabe que, tener más de 25 pacientes es una osadía, multiplicado por los padres y madres de estos pacientes que siempre hay que tener en cuenta. Fue un exceso para nuestra experiencia inicial.

No digo que sea una labor imposible, ya que se llevó a los hechos, pero fue un abuso de confianza en una misma, en la coterapia y en el uso del consultorio. Pensar que el único cambio sería: mayor tiempo de trabajo igual a mayores ingresos económicos.

Lo cierto es que el cansancio físico, emocional e intelectual me llevaron a sacrificar, sin darme cuenta en ese momento, a algunos pacientes adultos que percibieron esos cambios en mí y desistieron de la consulta al poco tiempo de haber iniciado los Grupos de Psicoterapia Infantil. Digo sacrificar porque no podía contenerlos, haya sido por falta de experiencia profesional como porque eso implicaría una sobresaturación de información que no sólo no estaba preparada para sostener sino que bajaba la calidad en el servicio que se estaba ofreciendo.

Aun con el cansancio auestas, el placer que genera trabajo se multiplicó a la par de la apertura de cada grupo y el proceso terapéutico de cada uno. El crecimiento personal y profesional que ha brindado esta experiencia, es superior al imaginado que tendría hasta este momento del egreso de la licenciatura.

La primera fase de tratamiento con estos Grupos de Psicoterapia ha sido tan fructífera para los pacientes como para las psicólogas. La mejoría reportada en la escuela y por los padres de familia es sorprendente, tanto para ellos como para ambas terapeutas. Los cambios significativos que se manifiestan en esta primera fase son:

- Notoria baja en la agresividad y violencia en los pacientes que asisten a consulta por este motivo.
- En los pacientes que llegan siendo tímidos, inhibidos y sumisos, víctimas de *bullying*, comienzan a ser más expresivos y aprenden a defenderse de aquellos victimarios que los torturan en la escuela.
- Hay un considerable aumento en el rendimiento académico, mejora en la concentración en el aula y participación en clase.
- Las formas de socializar con sus pares son mejores y más fáciles de entablar.
- Las formas de comunicación en la familia comienzan a suscitarse, ya que los pacientes van encontrando formas diferentes a las que tenían antes de la terapia para poder decir lo que les preocupa, inquieta y aqueja.

Este tipo de cambios son vistos como mejoría en el paciente, pero es necesario advertir que responden a la *fase de catarsis* por la cual están pasando en sesión. La descarga que el grupo les permite sirve de contención de las ansiedades que traían cargando consigo por mucho tiempo. Son cargas de su historia familiar que se develaron en manifestaciones sintomáticas en la escuela, que se potencializan al ser reprendidos por ello tanto en este escenario como en su hogar. Es por esto que el contar con un espacio y tiempo para descargar esas ansiedades genera cambios, leídos como positivos, en aquellos dos escenarios en donde se representaba la problemática en un inicio.

Sin embargo, lo advierte Dupont & Jinich, es una respuesta al estímulo, en este caso terapéutico que necesita consolidarse estructuralmente y que eso sólo se da hasta la segunda fase del tratamiento, la de *reflexión y elaboración*.

Es necesario mencionar que la primera fase, la *catártica regresiva*, ocupa varios meses en el tratamiento hasta que se agota y puede darse paso al orden, el diálogo y la reflexión. Deja de ser necesaria esta fuerte catarsis cuando se vuelve intolerante para los mismos niños, cuando ya no es necesaria tanta acción física y las interpretaciones de las psicólogas han surtido efecto.

Cada grupo tiene su propio ritmo de trabajo y proceso terapéutico, siendo así que el grupo de los viernes a las 6:00pm se caracterizaba por ser el más activo-agresivo, manteniendo ese nivel de actividad por 6 meses, no así los grupos de martes y miércoles que si bien

iniciaron muy activos, el uso de la violencia fue prontamente regulado por ellos mismos y modificado a juegos tradicionales.

De común acuerdo, a la mitad del tiempo establecido de duración del tratamiento, el tiempo de pensar se aumenta, de 15 minutos a 25 en cada sesión.

4.3.3.4. Visitas a la Escuela Primaria “Noo Botsi Di Nxodi”

Después de la reunión con los padres de familia, la siguiente visita a la escuela primaria fue para entrevistarnos con la planta docente y la Dirección.

Una reunión de poco más de una hora en la cual cada uno de los profesores, los cuales ya conocían el proyecto, expresaron los motivos por los cuales remitieron a sus estudiantes para la atención psicológica.

Con lista en mano de los niños que acuden a la consulta, a un mes de haber iniciado los grupos de psicoterapia con ellos, fuimos anotando los comentarios y preocupaciones que éstos tenían sobre cada caso. A grandes rasgos esta fue la función de la reunión. Todos los profesores se mostraron accesibles al diálogo. También hablamos de los casos que no se presentaron aunque ellos los remitieron con nosotras, casos que les preocupan y que son sonados también por los niños que sí acudían a la terapia.

Las consecuentes reuniones en la escuela, fueron únicamente con el Director, ya que el acceso con los profesores no se nos era otorgado.

Estas reuniones tenían la finalidad mantener informada a la escuela de los niños y niñas que continuaban con la terapia. Los avances que a la Dirección le interesa saber, es decir, resultados concretos en lo académico y comportamiento dentro de la escuela. A su vez, se nos comunicaba aquello que los profesores han informado sobre los estudiantes que acuden a la terapia.

En realidad eran reuniones informativas, el diálogo sobre las problemáticas generales de lo que ocurre en esta escuela no eran abordadas por la Dirección, ya que lo que solicitaba, al igual que toda institución, eran estadísticas sobre el progreso de sus estudiantes. Además,

los tiempos que se designaban a estas reuniones eran cada vez más reducidos y con la presión de terminar pronto por las múltiples actividades que tenían que cubrir.

Pese a ello, hubo un tema específico en el que se concordó, y es que la situación familiar, en especial la actitud de los padres hacia el tratamiento psicológico de sus hijos, es determinante para que la terapia cumpla con su labor. Si hay compromiso con el proceso terapéutico, la familia es el principal apoyo para la mejora del infante, de esta forma todos ganan: el niño, la familia y la escuela. En la misma medida pero en su contrario, la familia llega a ser el principal saboteador en el tratamiento.

4.3.3.5. **Segunda fase del tratamiento**

El paso a la segunda fase del proceso terapéutico, *la fase elaborativa*, sucede en momentos diferentes para cada grupo, pero en el general, se requiere de varios meses para agotar la catarsis y regresión intensa que se desarrolla en el primer momento de la terapia.

Esta segunda fase implica que el tiempo de acción disminuya considerablemente, no sólo en tiempo por sesión sino en la energía y atención empleada en ello. Deja de tener la importancia que en un principio, ya que las intervenciones interpretativas al grupo, por parte del trabajo de coterapia, han surtido efectos. El grupo comienza a elaborar aquellas ansiedades que en el primer tiempo aparecen desbordadamente. Se elabora cuando se empieza a hablar de ello, pasando de la acción a la verbalización.

De los cuatro grupos que se conformaron con los estudiantes de la escuela primaria Noo Botsi, tres de ellos lograron pasar a esta segunda fase. En especial dos grupos alcanzaron fácilmente esta etapa, logrando constituir de mutuo acuerdo en cada grupo, que el *tiempo para pensar* se incrementara de 15 minutos a 25, ya que en anteriores sesiones nos habíamos percatado que el tiempo para jugar se había convertido en una forma de iniciar la sesión y había perdido su importancia catártica. Siendo que ahora los niños tenían mucho por dialogar y desde un inicio de la sesión comenzaban con algún tema para trabajar en sesión, alguna ocurrencia y sobre lo que les haya sucedido en la semana.

El esperado “*Efecto GIN*” comenzaba a darse un lugar determinante en los grupos, no sólo ocupaba un mayor tiempo de la sesión, sino que las reflexiones y el diálogo eran de mayor profundidad en cuanto al tema y las asociaciones que todo el grupo tenía al respecto. Además, esta labor era propiciada por los niños y no por nosotras como en un inicio de la terapia ocurre.

Sin embargo, junto con el alcance de esta etapa, viene una nueva ola de deserciones a los grupos. Esta fase es también considerada como de consolidación de los resultados obtenidos en la fase evacuativa, por lo que entre los espectaculares cambios de meses atrás a los que se logran en este segundo tiempo, hay una notable diferencia. Los padres de familia ya no ven avances sólo estabilidad. Causa por la cual dejan de llevar a sus hijos al grupo, bajo el argumento de que “ya no necesitan la terapia” considerándose además, como un gasto del cual pueden prescindir.

Algunos otros, los que no han visto los resultados esperados, desertan por esta misma razón considerando el tiempo que han invertido sin que se vean cumplidas sus expectativas personales.

Esta segunda fase ha sido alcanzada por los integrantes de los grupos pero no por sus familias, y es por ello que deciden desertar de la atención psicológica, interrumpiendo el proceso terapéutico que se estaba llevando exitosamente.

4.3.4. Conclusiones

La práctica clínica del consultorio privado en mancuerna con la escuela primaria Noo Botsi, ha sido un acierto para las expectativas formativas y de trabajo profesional que como pasantes en psicología teníamos.

La apuesta total al consultorio en esta primera etapa como profesionistas era arriesgado, pero el trabajo institución-consultorio ha permitido fortalecer la consulta psicológica para cada una de las psicólogas que participamos en este proyecto.

La experiencia del ejercicio profesional que de estos grupos se ha obtenido, sobrepasa por mucho lo esperado, ya que no sólo ha sido un entrenamiento para la apertura de futuros

grupos de psicoterapia infantil, sino que se reitera el gusto e interés por dedicar la profesión hacia este campo laboral.

Las habilidades que se despliegan en la experiencia directa con los grupos de infantes son insospechadas en un principio, ahora la escucha analítica y la formulación de interpretaciones con efectos fructíferos, la soltura en los tiempos de juego por parte de las coterapeutas que facilitan la comunicación con los pequeños son cada vez, todas ellas, acciones más afinadas y certeras. De igual manera resulta ser situarnos como adultas-terapeutas-niñas.

No obstante, la verdadera revelación dentro de esta experiencia ha sido el acercamiento con los padres de familia. En primer instancia por la reunión informativa que la escuela primaria organizó y que debíamos dirigir con el propósito de convencerlos de que, *“Jugando Expreso lo que Siento”* era una buena alternativa para solucionar los dilemas que sus hijos e hijas estaban manifestando.

Después, porque las solicitudes de nuestros servicios excedían los límites considerados inicialmente, tal vez la apertura de un o dos grupos con los estudiantes de esta escuela. Con los 25 casos por atender implicaba 25 familias por escuchar, abatir las resistencias y mantener en transferencia positiva.

La inexperiencia de las psicólogas llevó a descuidar a los padres, lo que ocasionó que la segunda ola de deserciones se hiciera presente al alcanzar la segunda fase del tratamiento de los grupos. Al no ejecutarse el GAP, habría que prestar especial atención a la programación y sistematización de las entrevistas programadas a los padres de cada uno de los pacientes-niños(as).

Capítulo V
RESULTADOS

La presente tesis ha tomado como vértice de referencia y experiencia tres escenarios institucionales diferentes pero similares, el “Colegio Educación y Patria CENDI Charly”, la Escuela Primaria Federal “Noo Botsi Di Nxodi” y la CeSeCo Norte. Las dos primeras son escuelas primarias y la tercera es un área formativa perteneciente a una escuela de educación superior. En los tres escenarios se aplicó el programa que fue llamado “*Jugando expreso lo que siento*” y los resultados concretos de su aplicación han sido evidentes.

Los mismos pequeños que participaron en esta experiencia clínica son portadores de cambios significativos. Ni qué decir de sus padres que, en términos generales notaron los cambios no sólo en sus hijos sino en ellos mismos.

Para nuestra sorpresa, y sin esperar ese tipo de expresiones emotivas, hubieron un sin número de reconocimientos y agradecimientos sinceros, incluidos los docentes y la Dirección de la Escuela Noo Botsi Di Nxodi.

A continuación se hace un desglose de los resultados obtenidos en las tres instituciones en que se ha desarrollado este trabajo clínico.

a) CeSeCo Norte

La selección de los siguientes casos se debe al tiempo en que estuvieron dentro del grupo, todos ellos pasaron a la segunda fase, la elaborativa. Aunque algunos no terminaron el año de tratamiento propuesto, los resultados que se suscitaron fueron significativos. En otros casos las resistencias de los padres impidieron que los cambios en sus hijos fueran de relevancia para sus expectativas y desertaron de la terapia. Algunos más continúan a la fecha en el grupo.

- **Ruth.** Comienza su proceso terapéutico en septiembre de 2011 con el “*Grupo Piloto*” con el que se inaugura el proyecto GIN.

El motivo de consulta inicial por el cual sus padres llevan a la niña es porque: “*es sumisa y tiene problemas escolares...*”; a los dos meses dentro del grupo este par de incidentes familiares y escolares se ve remediado.

Ahora ya se defiende de sus hermanas, quienes eran abusivas con ella por su condición de “*flaquita y menudita*”.

Estando en terapia grupal de manera regular, ha logrado hacer valer su palabra, sus derechos dentro de la dinámica familiar, lucha por un lugar diferente al que la tenían colocada.

El comentario de la madre de Ruth, después de un tiempo queda matizado por un tono de, llamémoslo así, “sorpresa gustosa” y refiere que detecta en su hija “una actitud *rebelde*, nunca antes vista en la niña”; al mismo tiempo, pero no tan complacida, la mamá refiere que ahora Ruth expresa un apego hacia ella, cada vez mayor. Estos cambios son notificados por los padres después de los seis meses en terapia.

Después de una gran rivalidad y recelo por el nuevo hermano, el primer hijo varón de la familia, Ruth encuentra una gran identificación con él, tratando de convertirse en una niña pequeña, habla *chiqueada* y quiere ser atendida como a su hermanito de dos años. Hace una clara diferenciación entre dos bandos: sus dos hermanas por un lado, “*el bebé*” (así se le nombra por toda la familia) y ella, por otro.

Dentro del grupo de psicoterapia, Ruth se ha convertido en un elemento fundamental, tal vez por ser prácticamente la fundadora del mismo. Por momentos hace intervenciones no sólo como si fuese una psicóloga más dentro del grupo, en ocasiones sus intervenciones, en especial en el *tiempo para pensar* cuando ayuda a sus compañeros a poner en palabras aquello que se les dificulta pueden ser de experta colega. Cuestiona, pone ejemplos que clarifican lo que alguno de los demás niños intenta decir, da su opinión desde su particular lugar de niña-hija-hermana-estudiante.

Actualmente, Ruth está repitiendo quinto grado, debido a su desinterés por la escuela el pasado ciclo escolar. Esta situación tiene a sus padres muy molestos, indignados y decepcionados.

Los resultados que se esperarían de este caso no se han alcanzado debido al rechazo que, en particular la mamá muestra hacia su hija. Pese a las múltiples entrevistas e intervenciones que han tenido con ellos, su postura frente a la situación sigue siendo la misma: “Ruth es el problema”.

- **Karol.** Inicia la terapia en junio de 2012, después de 4 meses se integra al grupo con Ruth y José Luis. El motivo de consulta es debido a su excesiva preocupación por obtener buenas calificaciones, siendo una alumna brillante pero con una *colitis nerviosa* a su corta edad, debido a esta situación. Es “*insegura*” y “*temerosa*” pero sumamente confrontadora con sus familiares adultos cercanos. Después del primer trimestre de terapia, no se vuelve a presentar los síntomas de la colitis.

Con el paso del tiempo, Karol se comporta cada vez más como una niña de su edad y no como la *conciencia moral* y *los buenos modales* dentro del grupo, lo cual resultaba muy molesto para la mayoría de los compañeros a quienes no les gustaba ser regañados ni corregidos en todo momento por ella. Poco a poco esta aprensividad disminuye.

Actualmente, superado el año de tratamiento, Karol se muestra agresiva, tanto en el grupo como en su casa. Contesta y confronta a su abuela, reclamándole lo “*mala madre*” que ha sido con su hija, mamá de la niña. En la escuela ha sido reportada por “*faltas a la autoridad*”. Todo parece indicar un llamado de atención hacia su madre, quien la tiene descuidada por su trabajo, aunque intenta compensar a la hija con cosas materiales. Nuevamente, la falta de compromiso por parte de la familia, en este caso específico la mamá de Karol, el trabajo clínico de la niña se ve obstruido. La niña se esfuerza pero su mamá ofrece oposición. Quedando invertidos los roles familiares. La hija educa a mamá.

- **José Luis.** Inicia la terapia en septiembre de 2011, con la apertura del “Grupo Piloto”. El motivo de consulta apuntaba a su comportamiento a base de “berrinches, caprichos y enuresis” surgiendo marcadamente tras el segundo abandono que el padre hacía. La madre del niño es quien lo lleva, intentando ella iniciar su propio tratamiento psicológico, aunque desiste al poco tiempo.

La conducta del niño se mantiene pero la enuresis desaparece cuando José Luis comienza a dormirse en su propia cama y no más en la de su mamá, situación que comenzó cuando el padre abandona la familia.

Justo a mitad del proceso terapéutico, las inasistencias y los retardos se vuelven recurrentes. La madre del niño comienza a trabajar y deja delegado su cuidado a la abuela y amigas, no al padre quien hace fallidos intentos de acercarse a su hijo.

Después de que pareciera una total deserción de la terapia, José, sorpresivamente no sólo regresa sino que llega de la mano de su papá, quien asegura hacerse cargo de llevarlo a sesión sin falta. Se le propuso y se tuvo una entrevista clínica con él.

Para ese momento, poco más de un año en el grupo de terapia, José Luis comienza a tener cambios significativos, socializa de mejor manera con sus pares, con varones principalmente. Sus recurrentes quejas, berrinches y dependencia hacia las psicólogas, disminuye considerablemente. Hay una mayor aceptación a las reglas del grupo, deja de usar muletillas como “no sé”, “no puedo”, “¿me ayudas?” evitando hacer la actividad que el grupo está realizando. Después de esto, el niño deja de asistir definitivamente al grupo sin ninguna explicación.

La solicitud de que ambos padres, aunque fuese por separado, se atendieran en pro del tratamiento y bienestar de su hijo y de sí mismos, siempre fue dejada de lado.

- **Jonhy.** Inicia tratamiento en junio de 2012, en el mismo grupo que Karol, el cual más tarde se incorpora al que pertenece Ruth y José Luis. El doble motivo de consulta se debe a, primero, la “agresividad” que presenta en casa y en la escuela; luego, al “bajo desempeño escolar” que lo llevó a repetir primer grado.

Jonhy, en el grupo se caracterizó por ser muy activo y pocas veces agresivo, como lo refieren sus padres y su tía que es quien dicen es la que “lo cuida”. El descuido por parte de su madre y el constante traslado de una casa a otra, la de la mamá, la de los tíos y la del padre, afecta en la inestabilidad emocional del niño.

Se trabajó poco con este caso, ya que sus inasistencias dificultaban el proceso. Cuando los adultos notaron un cambio de actitud en Jonhy, que dejó de ser agresivo en la escuela, prescindieron de la terapia, lo que ocasionó que dos meses después tuviera que regresar pero nuevamente desiste tras no ver los resultados esperados.

El papá de Jonhy intentaba hacer lo que tenía a su alcance pero se veía en la disyuntiva que llevarlo a vivir con él porque pronto tendría un hijo con su actual pareja. La mamá del niño sólo se presentó en una ocasión a entrevista sin

disposición alguna de cambiar su situación actual para mejorar la condición de vida de sus hijos.

- **Emiliano.** Se integra al “Grupo Piloto” a un mes de haber iniciado y se mantiene por 9 meses. El motivo de consulta se debe al supuesto “*tartamudeo*” que, según su madre presenta desde muy pequeño, al igual que la enuresis. Tiene dificultades para socializar con los niños de su edad y prefiere convivir con personas adultas.

Después de la segunda entrevista con su mamá, ésta refiere que su hijo ha logrado hacer amistades de su edad, con mayor facilidad se acerca a los demás niños y juega con ellos, situación que antes tenía que ser mediada por la mamá. Su agresividad ha disminuido al igual que la enuresis.

El compromiso de su mamá fue fundamental para que los cambios en Emiliano se consolidaran, evitando recaídas. La señora hizo cambios en sí misma y la situación familiar, tales como forzar la relación entre su hijo y el padre de éste, dejando a la decisión de ambos, padre e hijo, que decidieran cuando buscarse y verse.

Se reiteró que el problema de lenguaje no se presentaba en sesión y que parecía ser la única que lo notaba, en sus palabras, deseando tener un “*hijo perfecto*”. De esta forma marcaba un pequeño error al hablar como un problema de lenguaje.

La deserción del caso coincide con el cambio de consultorio, de CeSeCo Norte al consultorio particular.

Para las dos practicantes en un primer momento y prestadoras de servicio social después, la oportunidad de iniciar el “*Grupo Piloto*” como prueba para el proyecto “*Jugando Expreso lo que Siento*” y posteriormente reafirmar la labor clínica con el Segundo Grupo de Psicoterapia Infantil, no sólo nos dio la confianza, experiencia y compromiso profesional sino que brinda las bases y herramientas necesarias para planear e iniciar la realización de nuestro sueño original de ejercer profesionalmente esta disciplina en la consulta privada.

b) *“Colegio Educación y Patria, CENDI Charly”*.

Los resultados obtenidos de esta experiencia se ven medidos en el trabajo de intervención clínica directa con los estudiantes que pertenecieron a los dos grupos del proyecto *“Jugando Expreso lo que Siento”*; ya que en lo que refiere a la institución, la situación general se mantuvo.

El diagnóstico que se realizó a esta institución no obtuvo retroalimentación, ni por parte de la escuela CENDI Charly, ni por el docente ni tampoco por el grupo académico de Facultad.

En el cotidiano del aula, se podría pensar y decir que *“sólo fue un requisito necesario para aprobar la materia en cuestión y nada más...”*

Para nosotras, como estudiantes, se reconoce, estábamos afectadas por la inercia del área, del grupo y del docente y buscar la calificación antes que el conocimiento; sin embargo, se reconoce también que no nos perdimos en la exclusiva búsqueda de la calificación aprobatoria, no, la genuina apuesta se tenía depositada en lo que la experiencia de la segunda fase ofrecía, la de ejecutar la intervención clínica directa en la institución diagnosticada; se pensaba y veía en el horizonte inmediato que esa experiencia, la de la intervención, podía ser una posibilidad real de trabajo al egresar de la licenciatura. Por ello y pese a la indiferencia “global”, de la institución externa, como de la materia de la formación y nuestros pares, se continuó con el trabajo en el CENDI.

La inexperiencia de ambas, aun estudiantes de la licenciatura, llevó a velar una serie de factores que obstaculizaron la eficacia de la intervención. La principal fue el *clandestinaje* con que se realizó el proyecto de intervención con los niños a espaldas de sus padres, con quienes no se obtuvo acercamiento alguno hasta que fuimos descubiertas por una pareja de padres de un niño del Grupo 2.

Aun así, la experiencia clínica e institucional quedó como el antecedente del proyecto *“Jugando Expreso lo que Siento”* que más tarde fue puesto en práctica en la escuela primaria “Noo Botsi Di Nxodi” como buenos y mejores resultados.

En lo que refiere directamente a la intervención directa con los estudiantes del CENDI:

Del Grupo 1, el de los “chiquitos”, el GIN proporcionó un espacio y tiempo en donde eran escuchados, atendidos y contenidos ante su desorbitante exteriorización de energía, incomprendida y reprimida en otros escenarios, como el salón de clases y el hogar. Al final de la experiencia se dieron visos de la posibilidad de pasar de la acción a la palabra, todo es cuestión de tiempo y paciencia por parte de las terapeutas para que el grupo llegara a ese punto, en donde el desbordamiento no fuese más un recurso transitorio y la posibilidad del diálogo ocupara su lugar principal.

Para las dos psicólogas fue la revelación de encontrar la vía de acceso hacia el inconsciente del infante en medio del caos que se montaba en cada sesión con este grupo. La paciencia, la contención y la observación, fueron desarrolladas para lograr hallar el nexo entre lo simbólico del juego expuesto dentro del grupo y su realidad en el cotidiano de cada uno de los niños. Fue la prueba necesaria para que las terapeutas pudiesen comprender los avatares de la labor clínica grupal infantil y confirmarse a sí mismas que este trabajo es el que se quiere ejercer en el presente y futuro profesional.

Del Grupo 2, el de los “grandes”, fue otra sorpresa inesperada. Es la primera experiencia clínica en que la palabra se articula dentro del juego, siendo que al final de la experiencia el *Tiempo para pensar* abarcaba gran parte de la sesión y la parte catártica no fuese necesaria. El diálogo en el grupo se dio lugar de una manera que para las terapeutas resultó sorprendente. La claridad de pensamiento y palabra de estos niños se posibilitó al encontrar un espacio y tiempo en donde eran escuchados y el diálogo no se veía mediado por juicios ni reprimendas.

Al término de la intervención la Coordinación del Colegio reporta los cambios notados en sus estudiantes, de acuerdo a lo observado por él y lo comentado por las profesoras de los estudiantes. Sin embargo, el Colegio no acepta la propuesta de continuar con el proyecto por el resto del ciclo escolar, sin dar mayor explicación y argumentación, se cierran las puertas a la posibilidad de mejorar la calidad de su servicio como institución y también, para las novatas terapeutas se nos cerraba la ilusión de poder trabajar en esta institución.

c) Noo Botsi Di Nxodi y la consulta particular

Este apartado es realmente significativo, como se explica en el anterior inciso, la apuesta apuntaba a lograr ser contratadas como psicólogas en el CENDI y ejercer el proyecto de “*Jugando Expreso lo que Siento*” también, como se explica, esa ilusión no pudo ser y la decepción fue significativa. Por momentos se nos perdió la brújula profesional y emprendedora. ¿Qué vamos a hacer ahora? ¿En qué nos vamos a emplear?

Se pensó ofrecer el servicio del proyecto antes citado en diferentes escuelas primarias del rumbo, haciendo el censo correspondiente se tenía considerado que con cuatro o cinco en que se aceptara el proyecto sería suficiente. Se hizo un rediseño de la propuesta, y aprovechando la visita a esta escuela por el caso de una niña que atendíamos, hablamos con la dirección sobre el proyecto, el cual, para nuestra grata sorpresa les pareció interesante y prontamente se trabó tal compromiso que se consideró innecesario entrevistarnos en otra escuela. El número de solicitudes rebasó por mucho las expectativas iniciales: alrededor de 45 familias solicitaban la atención, de los cuales se consolidaron 25.

De esta forma se dio la apertura de cuatro grupos GIN con los alumnos de la escuela, alrededor de 25 niños y niñas, se mantuvieron hasta la mitad del tratamiento, de noviembre 2012 a mayo del año en curso.

El primer grupo en desertar fue el de los lunes, el cual tuvo una duración de dos meses, se considera que fue debido a un error de selección de casos durante las entrevistas, y su designación a un mismo grupo de niños provenientes de familias de bajos recursos económicos, escolaridad y sin deseos reales de comprometerse a lo que una terapia psicológica requiere.

El motivo de consulta de estas familias refiere, no explícitamente sino entre líneas se puede leer, que “*la maestra de su hijo los mandó a terapia*”, incluso que ha sido condicionada la entrada a la escuela de no buscar la ayuda psicológica. A “*regañadientes*” acuden a las entrevistas con las psicólogas y llevan a terapia a sus hijos un tiempo considerable para esperar los resultados que les piden, pero debido a su inconstancia y falta de compromiso, los resultados no son vistos por ellos y desisten de la atención clínica.

No existe una *demand*a de atención realmente sostenible para que el proceso terapéutico se suscite. Técnicamente, como terapeutas, nos involucramos en una serie de omisiones que a la postre hicieron que un grupo se desintegrara, a saber: se hizo una lectura inadecuada a la demanda que en realidad se planteaba provenía de parte de la escuela no de los padres de familia.

La parte económica afectó de manera significativa en el sentido de que, si bien la tarifa es de por sí accesible al público en general, en este grupo la cuota más alta por niño cubría tan sólo la mitad de la propuesta. Al aceptar esa eventualidad laboral de pago de *media tarifa* sobre una tarifa modesta, sin darnos cuenta nosotras mismas no valorábamos nuestra labor profesional, la inasistencia reiterada, considerada como un *acting out* del grupo, se hizo presente hasta que finalmente se desintegra el grupo.

El segundo grupo en desintegrarse fue el de los viernes, el cual se fue quedando sin integrantes poco a poco, desertando por diferentes razones. De los que se supo fue debido a que, paradójicamente, los resultados esperados por la familia se vieron logrados, se evidenció el aumento en las calificaciones y se salvó el ciclo escolar. Este era un grupo sumamente intenso en las formas de comunicarse y relacionarse, llamaba la atención el reflejo que daban de su entorno familiar: gritos, maldiciones, golpes, jalones. Fue un grupo que quedó conformado en el inicio por varones; no fue planeado así en su conformación, ya que las niñas que se esperaba integraran este grupo, tras la entrevista con sus padres decidieron no presentarse a la primera sesión de grupo, aun confirmando su asistencia. La mayor parte del tiempo de este grupo se estacionó en la fase catártica-evacuativa y se prolongó hasta el momento de su desintegración con pocas vistas de pasar a la segunda fase.

Durante el tiempo que este grupo se mantuvo, se caracterizó por ser constante y con un especial aprecio a la terapia, siendo para sus integrantes el único espacio en que no se les reprendía por comportarse como lo hacían, lo que en casa y la escuela es visto como “mal educados”, “groseros”, “agresivos”.

Los grupos de los martes y miércoles se mantenían constantes hasta la llegada de vacaciones de verano (2013) cuando, con pretexto de los días de asueto, cursos de verano y regularización, comenzaron a ausentarse.

El de los martes era un grupo que permaneció abierto, manteniéndose sólo una de los cinco integrantes originales. Por temporadas hubo grupo lleno y después volvía a quedar con dos integrantes como máximo.

El de los miércoles, fue el que mejor se consolidó, ya que de sus cinco integrantes iniciales se mantuvieron tres de ellos hasta el verano, alcanzando poco más de los siete meses de trabajo constante.

Pese a no terminar el año de tratamiento se vieron alcanzados gratos resultados en los niños, manifiestos en primer plano, el más evidente y esperado por los padres y maestros: *mejor desempeño académico*.

Tres de seis niños de 5to grado que estaban a punto de reprobar el año, lograron salvarlo dignamente. En otros pacientes, de diferentes grados escolares, también se vio esta mejora notable en lo académico, tanto en su desempeño, como en constancia y responsabilidad de sus actividades en la escuela y tareas extra escolares. La concentración en clase mejoró, así como su participación en la misma.

En los casos en que la agresividad era un problema central, fueron pocos los niños que continuaron la atención psicológica, pero quienes continuaron hasta la segunda fase del tratamiento, la violencia se vio disminuida considerablemente, dejando de ser un problema para los profesores, los compañeros de clase y para sí mismos. Encontraron así, una nueva forma de relacionarse con otros niños y niñas en el cotidiano.

Los padres de familia reportan que la comunicación con sus hijos ha mejorado, ya que los pequeños se acercan a ellos para hablar de cosas que antes no lo hacían, pero sí lo actuaban, por ejemplo siendo agresivos y cargando un monto de enojo no expresado.

Por ejemplo, Julio comenta con su madre que conoció a un niño dentro del grupo que “es igual que él” porque tiene un padrastro y sus padres se encuentran separados desde hace mucho tiempo. Julio asegura que él siempre pensó que era el único niño que se encontraba

en esa situación y por eso no quería que los demás se enteraran. La madre pensaba a su vez, que Julio entendía la situación de ella y su papá, sin considerar que era motivo de preocupación del niño y lo hacía sentirse marginal del resto de sus amigos. Las vías de comunicación en la familia encuentran acceso a través del niño.

Y aunque lo ideal sería que todos fuesen gratos resultados, lo cierto es que al igual que logros que la terapia grupal infantil genera en los niños y su entorno inmediato, también expone las áreas de oportunidad, las carencias y fallos del proyecto.

Con las modificaciones que se hicieron al modelo original GIN-GAP, se descuida el trabajo de orientación y apoyo hacia los padres de familia, por la ausencia del GAP. Aun cuando se cubre esta área de trabajo con las entrevistas periódicas, las familias no van al mismo paso que sus hijos, quienes se encuentran en su proceso terapéutico.

Las entrevistas con los padres debieran ser cada mes, como se acordó al inicio del tratamiento con ellos y sus hijos, pero debido a las resistencias que estos encuentros implican, se registra una marcada tendencia a postergar las entrevistas con los padres. El temor en una y que genera hablar con los papás no ha cedido pese al tiempo que se ha trabajado con los grupos infantiles.

Por su parte, los padres y madres de familia también tienden a evitar estos encuentros con la psicólogas por la incertidumbre de lo que se les pueda decir respecto a sus hijos, lo que éstos pudieron haber dicho sobre la familia y si es que serán juzgados por su particular situación.

La dificultad con la que se encuentran cuando comienzan a notar cambios en sus hijos, y que tales cambios no estuvieran de acuerdo a sus expectativas, la deserción se hace inminente. La selección de casos, previo al proceso terapéutico propiamente dicho, funge como una variable determinante para que un grupo se configure como terapéutico y alcance sus objetivos.

Se registra entonces, que gran parte de las deserciones a la terapia se debieron a la falla de comunicación con los padres. La parte de contención que un GAP puede proveer a las

familias, en esta variación del modelo original, descuida a los padres en la vulnerabilidad frente a lo que su hijo(a) le acontece y la resolución de ese conflicto.

Las resistencias por parte de las terapeutas es un punto ciego que es necesario trabajar en pro del proyecto que se emprende como parte de su trabajo profesional y que se aborda en la sistematización de la supervisión y del análisis personal.

En síntesis, como experiencia formativa de la licenciatura, el haber trabajado en estos tres escenarios institucionales sin lugar a dudas ha sido más que importante y enriquecedora. Que el área clínica haya incluido las materias de Dx Institucional, Clínica Grupal y Diseños de Modelos de Intervención a pesar de la vehemente y venerada vocación al pensamiento psicoanalítico ha permitido que podamos intervenir y mostrar los alcances inusuales e inesperados que el pensamiento psicoanalítico puede lograr.

Haber iniciado el ejercicio profesional de la manera en que se ha realizado, formando ocho diferentes grupos de terapia analítica infantil, registrar todos y cada uno de los acontecimientos que en ellos ocurrieron y realizar esta tesis para dar fe de ello, considero que es un resultado importante para la Universidad, Facultad, Área y personal.

Capítulo VI

DISCUSIÓN

Para la creación y realización de este proyecto, el cual se basa en el modelo GIN-GAP de los doctores Dupont & Jinich, fue necesario hacer una serie de modificaciones. Esta tarea no ha sido fácil, ya que una trata de ser siempre fiel a las lecturas de la formación académica y a la transmisión en boca de nuestros docentes.

Los autores, los expertos, los mentores de tal o cual teoría, en este caso de clínica psicoanalítica, hace que una como profesionista en ciernes, tienda a seguir la ruta que estas personas ya consagradas dictan en su obra de una manera devota. Este sería el camino más sencillo, reproducir lo teorizado y comprobado por otros, sabiendo de antemano los resultados por obtener.

Sin embargo, cuando llega el momento de la confrontación a la situación real de, en este caso, nuestras condiciones particulares, se llega a ciertas conclusiones, tales como las diferencias que marca el contexto de dos psicólogas de la Facultad de psicología de la UAQ recién egresadas frente a los mencionados Dupont & Jinich, analistas de grupos y docentes investigadores de AMPAG y APM.

Podría pensarse que la empresa de incursionar en la clínica grupal infantil representaría un acto osado, ambicioso, tal vez incluso soberbio; sin embargo ¿cómo no ser y hacerlo así, si nuestras prácticas y servicio social las desempeñamos en una dependencia como lo es la CeSeCo, que en su tiempo tuvo la osadía de iniciar el servicio psicológico a una ciudad como la de Querétaro cuando esta no contaba con más de 200,000 habitantes y la Facultad de Psicología UAQ (en ese momento, única en Querétaro y la región) apenas contaba con siete generaciones de egresados cómo profesionistas de la Psicología.

Dupont & Jinich contaban con la infraestructura ideal y la formación dada por los muchos años de ser profesionistas practicantes e investigadores innovadores de la disciplina, por ejemplo: prestigio, contactos, referencias institucionales, publicaciones, conferencistas, carisma, demanda de atención, candidatos de postgrado de la formación AMPAG, aparte de ser sus estudiantes no resultaba difícil que se sumaran como sus asistentes y promotores de sus ideas y propuestas francamente innovadores y eficientes para la demanda creciente que se iba descubriendo día a día.

Tal vez suena como justificación particular, pero en realidad es un recurso para explicar cómo fue que en el intento por aprender este quehacer profesional nos dimos a la tarea de intentarlo de la manera más organizada y leal a la propuesta original.

Dejamos de seguir ciertas cosas propuestas por los autores no porque se consideraran como innecesarias y fácilmente prescindibles, o porque carecieran de eficacia. No. En realidad una serie de circunstancias/limitaciones llevaron a la decisión de modificar el modelo original, una que fue determinante fue porque no se encontraron ni contaron con colegas afines a la idea de hacer trabajo de clínica grupal infantil, principalmente en lo que refiere a la intervención institucional en el CENDI y a los inicios en CeSeCo con el “Grupo Piloto”.

Otra fue, que la formación recibida durante la licenciatura se inclinaba proferentemente a cuestiones de revisionismo teórico y menos a innovaciones práctico-teóricas; hacer cosas en la práctica clínica real y escribir a propósito de ello.

Si bien es cierto que he referido este trabajo gracias a las materias de *Diagnóstico Institucional, Diseños de modelos de intervención, Clínica Grupal y prácticas*, el pegamento de ideas predilecto está puesto en revisar textos teóricos de psicoanálisis, de la teoría freudiana a la lacaniana, conforme se avanza en los semestres.

Toda la comunidad estudiantil del área clínica participa en la elaboración de un Diagnóstico Institucional, todos presentan un Diseño de Intervención pero ni siquiera las tres cuartas partes de todos muestran pasión por aprender a hacer intervenciones clínicas directas en escenarios reales y fuera del suelo universitario. Pasa de ser una oportunidad de aprendizaje y posible campo laboral, a un mero requisito para aprobar estas dos materias en los últimos semestres de la licenciatura.

De principio a fin se fue cayendo en cuenta de que esta empresa no era ni sería fácil, tampoco festiva ni bien recibida ni reconocida por otras personas, ni siquiera por ser un proyecto que se inició en el ámbito universitario. Menciono lo anterior porque efectivamente existe otra práctica donde trabajan esta modalidad de intervención, GIN-GAP, y en el ideal imaginado de que, los conocimientos son para compartirse, se nos hizo fácil acercarnos y que nos dejaran participar como observadoras de una sesión de trabajo. En apariencia fuimos bien recibidas y observamos en circuito cerrado una sesión con el

GIN. Para nosotras fue una buena experiencia, aquellos compañeros de generación tenían al menos un año de experiencia con esta labor clínica. Por mala fortuna, esta visita trascendió y no hubo oportunidad de regresar, la posibilidad de un trabajo inter programas de prácticas, entre pares de compañeros de formación, fue bloqueado e imposible procurarlo.

Pareciera que existiera una marcada tendencia de territorialidad, de *luchas tribales*, donde docentes encargados de coordinar, tanto prácticas como seminarios de aula, se consideran por así decir “dueños”, “predicadores” en ocasiones “templarios” de una palabra, de una obra, de un modelo de intervención como lo es el GIN-GAP.

Por fortuna, no todo el cuerpo docente es así, y se encontró el apoyo de algunos docentes para la supervisión de este proyecto.

El pensamiento psicoanalítico me parece fascinante en tanto que abre, proyecta y re dimensiona los alcances del pensamiento humano. Por otro lado, la práctica clínica grupal infantil me resulta un encuentro pasionalmente interesante que me lleva a pensar que sólo practicando y escribiendo lo que practicamos y descubrimos en esa práctica clínica es lo que permitirá vida eterna al psicoanálisis. He oído voces calificadas que nos digan que “Hay que defender al psicoanálisis a toda costa...” ¿pero de qué hay que defenderlo? Reflexiono y pienso que: Filosofar por filosofar el psicoanálisis hará que el desenlace decadente sea más pronto que tarde.

En lo que a mí respecta, al haber sido estudiante del área clínica me hizo percibir, sentir, resentir y luego nombrar una fuerte presión por pertenecer a un “grupo de seguidores” de la filosofía psicoanalítica. No era algo explícito, en la mayoría de los casos, pero de pronto se sentía una especie de presión por pertenecer a la “hermandad del psicoanálisis”. No digo que esté mal, sólo que siendo Psicóloga clínica, y no teórica psicoanalítica, necesito de otros recursos para mi práctica profesional y el modelo de intervención GIN surge como una alternativa de trabajo para la clínica grupal y el psicoanálisis infantil.

Sé que contravine la disposición central de no haber trabajado en pareja de diferente sexo, la verdad es que en la Facultad hay pocos hombres y de los compañeros que hay en clínica, no se mostraban interesados por esta labor clínica. Escogí trabajar con mi colega y amiga logrando ver y declarar que trabajar así, dos mujeres terapeutas, no marca diferencias

lamentables. Cuando se refiere a *función materna* y *función paterna* en psicoanálisis, no se remite directa ni necesariamente a madre y padre respectivamente, sino a la o las personas que funjan con estas funciones: cuidado, protección, alimentación, constancia de objeto, tolerancia a la frustración, metabolización de los afectos por una parte, y por la otra, instauración de la ley y la prohibición, proveedores. Estas son las funciones que se depositan e identifican los niños en las terapeutas desde su particular mundo interno.

También es verdad que Dupont & Jinich advierten que el GIN categóricamente no incluye los juguetes, la apuesta está en emplear muchos cojines, un pizarrón con plumones, sala alfombrada con acceso al baño. La premisa es darle prioridad al cuerpo como medio de interactuar, un *instrumento de comunicación*, ya que permite al grupo libertad y espontaneidad en sus acciones, lo cual busca propositivamente en la terapia para: “... *sacar a la superficie de la conducta de nuestros pacientes sus mecanismos inconscientes, sus fantasías y ansiedades más emergentes, sus relaciones objetales primarias, y pretende el arribo de la secundarización mediante la verbalización interpretativa, la elaboración de lo traumático y la ruptura de los roles estereotipados*”⁷⁶.

En la interacción del grupo por medio del grupo, se incrementa la tolerancia a la frustración, se fortalece la confianza en sí mismos y el respeto a los demás. Las fantasías son más fácilmente comunicables por medio de la acción, al menos en un primer momento del proceso terapéutico, ya que el inconsciente infantil es mucho más asequible a la expresión plástica, corporal y emotiva que la de un adulto.

En mi primera experiencia de grupo clínico infantil, y que se hizo en CeSeCo Norte, nos vimos precisadas a no atender esa condición. ¿Por qué? Primero, en esta CeSeCo el noventa por ciento de las puertas y paredes son de cristal; los pisos tienen losetas que durante el tiempo en el que yo estuve ahí, estuvieron levantados y resultaba un espacio de riesgo para el juego libre de los niños. Los muchos cojines que se requerían no entran en el presupuesto de la dependencia y previendo que el uso de éstos, dentro de una sala con tres de las cuatro paredes de cristal, resultaría peligroso aventarlos a diestra y siniestra a riesgo de que romper alguno de los cristales con el paso del tiempo. Sólo el pizarrón y los plumones

⁷⁶ Dupont, M.; Jinich, A. *Psicoterapia grupal para niños. Capítulo III. El cuerpo*. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. 1993. Pp. 136.

estaban accesibles, por lo cual se optó por solicitar a la coordinación de la CeSeCo una caja de juguetes para empezar a hacer algo y atender la demanda de atención clínica.

Como es sabido en el medio el proyecto GIN en Dupont & Jinich tuvo una evolución esquematizada nominalmente como GIN 0, GIN 1, GIN 2 y así hasta el número 4, el cual es modelo el que formalmente se establece y presenta como el diseño GIN-GAP. Menciono lo anterior por la modificación que se realizó en lo que refiere al tiempo de sesión.

Desde el GIN 2 el tiempo de sesión es de 60 minutos, pero es a partir del siguiente en que se distribuyen de esta manera: 45 minutos son dedicados a la acción, 15 al tiempo de reflexión y diálogo, y los últimos minutos (dos o tres) de orden y reparación, tanto del consultorio como de los procesos dinámicos que movieron en cada uno.

Sin embargo, he encontrado algunas variantes respecto al tiempo de sesión, en un artículo de Adela Jinich en 2003, a propósito del IX Congreso de AMPAG, menciona una hora con 15 minutos el tiempo dedicado por sesión tanto al GIN como al GAP. En ese mismo congreso un ex alumno de la doctora Jinich, establece que son 90 minutos lo que dura cada sesión de este modelo.

Nosotras empleamos diferentes tiempos, éstos quedaban prácticamente determinados por la institución a la que se le dio el servicio. En CeSeCo fue de 75 minutos, debido a las variantes que encontramos optamos por un punto medio, entre una hora y una hora con treinta minutos: *una hora 15 minutos*. En el CENDI se advirtió que sólo se podría emplear 60 minutos para la experiencia, porque nos otorgaron el horario específico de 1pm a 2pm jueves y viernes, y nada más. Actualmente se sigue con los 75 minutos por sesión considerando que cada grupo demanda su tiempo para jugar, su tiempo para pensar y para poner las cosas en su lugar.

El asunto de supervisión es una actividad compleja, sofisticada y cara. Implica tiempo, con el cual no contábamos siendo estudiantes del octavo semestre: tiempo de clases, tareas, prácticas clínicas y la intervención en el CENDI. Se confiaron las supervisiones a los docentes de Clínica grupal II, Diseños de propuesta de intervención clínica y el programa de prácticas, acoplándonos al tiempo disponible considerando que había muchos más proyectos por supervisar.

La propuesta de Dupont & Jinich queda atravesada por el contexto en el que se realiza: *AMPAG: Instituto de formación en posgrado, intervención práctica directa e investigación*. Teniendo las instalaciones y estas condiciones de trabajo, las posibilidades de supervisar el proceso evolutivo terapéutico de los grupos GIN-GAP no sólo es más accesible sino que es parte de su formación.

El equipo de trabajo del GIN-GAP se conforma por: dos terapeutas de niños, dos de padres de familia, un terapeuta que hace las entrevistas previas al tratamiento grupal (opcional), un terapeuta que coordina el grupo de supervisión después de cada sesión del GIN-GAP y un grupo de estudiantes tras la cámara de *gessell* como observadores. Al menos así se tiene diseñado el equipo ideal para el trabajo de este modelo de intervención clínica.

Una vez por semana se da este proceso y se entiende que obedece al esquema de trabajo en el plan curricular de AMPAG, institución que vio nacer el proyecto de Dupont & Jinich y que era la crema de la investigación clínica grupal y psicoanalítica en México, considerando el material humano que respaldaba ese tipo de investigación directa y la infraestructura que ya antes mencioné.

Acá en la licenciatura del área clínica, aparte de no comulgar con el trabajo grupal no cuenta con el número mínimo de expertos que se hicieren cargo de supervisar tantos grupos como éstos se tengan registrados en las prácticas y en el servicio social. Este trabajo, el que nosotras hicimos, se supervisa periódicamente con la maestra Ana María Guzmán, pero ni siquiera cerca de una vez por sesión.

Una forma de sopesar esa propuesta ideal de supervisar saliendo de la sesión clínica del GIN fue la sugerida por el coordinador de la práctica que nos advertía la importancia de inventariar todo lo que tuviese qué ver con el grupo que se estuviese trabajando: entrevistas a los padres y niños (iniciales y periódicas), así como cada una de las sesiones con los niños. Todo esto escribirlo justo al concluir la sesión clínica.

No teníamos, ni tiempo, ni dinero, ni experto disponible para supervisar de la manera que Dupont & Jinich lo indicaban, pero con la esta sugerencia de recuperar las sesiones en una bitácora, se desarrolló la habilidad y destreza de poder encontrar en el diálogo post terapia de la pareja terapéutica, y de la escritura pormenorizada del diario de campo un referente

importante y fiel de lo que se está haciendo en la práctica clínica. Ciertamente es que, en estos inicios de la práctica profesional esta propuesta no alcanza ni supera la supervisión directa con un interlocutor experto. No. Pero sí ayuda y en mucho hacerlo así. Llevar un diario y seguimiento de grupo/caso por caso ha servido para la elaboración de reportes que nos demanda la escuela Noo Botsi y por supuesto para la elaboración de este documento de tesis.

Asociado a la elaboración del diario de campo, está el de haber elaborado un formato de recopilación de información específica, datos generales del paciente y la familia, motivo de consulta y una breve síntesis de la primera entrevista clínica (Anexo). La psicóloga del CENDI nos mostró que la capacidad memorística no alcanza para retener todos los datos y detalles que el caso aporta y que es necesaria una sistematización de la información. En nuestra Facultad no nos advirtieron de estas particularidades y minucias técnicas para preservar en registro la información que en cada momento nos puede resultar importante.

En este trabajo, aparte de darle un giro importante a las disposiciones generales propuestas por Dupont & Jinich también incluyo una propuesta particular, relacionada con el cómo una, como psicóloga de recién egreso, se hace llegar el trabajo.

Uno de los predicamentos en que el psicoanálisis se debate es sobre el tema de la *demanda*, de dónde, de quién/quienes proviene, si es una demanda o una solicitud. Siendo mi apuesta el trabajo en consultorio particular, la espera de que se formule o no la demanda de atención psicológica de parte de los candidatos a pacientes era una desventaja para mi proyecto y economía. Pero de no hacerlo, estar a la espera, se considera que una quien tiene la necesidad de atender y se le induce a la otra persona que tal vez aún no registra su demanda.

En cierta forma tiene sentido esta postura, aunque también quedarse pasivamente esperando a que soliciten de nuestros servicios es arriesgarse a que esto tal vez no ocurra y que para cuando eso pudiese suceder, ya una podría estar en otra serie de prioridades. En esta experiencia se le dio un giro a esa modalidad de concebir “la demanda clínica”. Se encontró la manera de conjugar el trabajo de consultorio privado con el institucional.

Frente a las limitaciones que tiene ser pasante en psicología clínica, sin título ni cédula profesional, y las incertidumbres profesionales y personales que esto conlleva, se decide emprender una modalidad distinta a la de esperar a que la demanda de atención se formule y re estructurar el proyecto “Jugando Expreso lo que Siento” como una propuesta frente a las problemáticas que presentaba la escuela primaria Noo Botsi Di Nxodi.

De esta forma no sólo incrementa el número de pacientes por atender, sino que brinda una experiencia excepcional de trabajo clínico, ni siquiera cerca de lo que se pensaba poder obtener a un año de egreso de la licenciatura. Los resultados manifiestos en la escuela primaria y en las familias de los niños que atendemos, han sido la mejor tarjeta de presentación para presentes y futuras referencias de trabajo.

En síntesis podría decir que es mucho más lo que aprendemos en la experiencia directa y fuera del manto universitario. Una también aprende a ver no sólo al interior existencial cuando estamos frente a este universo que el trabajo infantil nos proporciona, sino que también aprendemos a ver en el interior, por ejemplo, de nuestra formación con sus debilidades y sus fortalezas. Sus virtudes esperanzadoras y sus vicios decadentes. No es el tema de esta tesis, sin embargo y porque esta Facultad me lo enseñó, le vendría bien a la dependencia y en particular al área clínica un Diagnóstico Institucional y su correspondiente intervención, de manera decidida para abrir ampliamente los canales de investigación que ahí están trazados pero por mantener una determinada posición no dan posibilidad a desarrollar las inquietudes clínicas sustentadas, sin duda en el pensamiento psicoanalítico.

Capítulo VII

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

a) De lo personal/profesional

En la elaboración de este documento, durante la supervisión con el Director de tesis así como en la relectura general de la misma, una se da cuenta de un sin número de aspectos concluyentes que tal vez en el inicio no estaban siquiera considerados como tales.

Para empezar, elaborar una tesis lo considero como un ejercicio serio, metódico y científico, un recurso para dar respuesta a las preguntas que en mi formación y en mi ser personal me he podido ir formulando.

En algún lugar leí que Gabriel García Márquez aseguraba que *él escribía lo que escribía como una forma de explicarse cómo había sido su vida*. El escribir nos remite a nosotros mismos y aclara nuestro entorno.

Mientras elaboraba esta tesis “La loca de la casa” se atravesó por mi camino. El espíritu del texto me aclara que el escribir, aparte de ser un acto sublimatorio, auto reivindicativo y hasta cierto modo terapéutico, es al mismo tiempo un acto de aprendizaje ya que es una forma de saber lo que se trae en el pensamiento.

La escritura irremediablemente lleva a la lectura, y ésta a manera de espiral dialéctica nos lleva a una nueva escritura y así sucesivamente. Es entonces no sólo un acto de aprendizaje sino una forma de transmisión de conocimiento general, bien sea de orden científico, literario, histórico, fantástico y la narrativa de la naturaleza que sea.

En el caso específico de esta tesis, el escribirla, desde mi particular visión es una manera de retribuir a la comunidad una experiencia profesional en vías de desarrollo y mejora.

La tesis es, desde el primer momento en que cruzó por mi pensamiento, un sueño personal el cual se conjugó a la perfección con la pasión encontrada en el ejercicio profesional en psicoterapia grupal con infantes, y por si fuera poco, con el trabajo en la consulta privada.

Lo que una a veces olvida es que dentro de los sueños también están incluidas las pesadillas y del ideal soñado al real elaborativo del documento, un sinfín de circunstancias no esperadas se presentan y atormentan mi cabeza. Inseguridades, el pensamiento osado de que estoy dedicando mi tiempo a escribir en lugar de buscar trabajo institucional como los

demás colegas, un miedo terrible de no terminar en tiempo y forma esta tesis, pasar horas en un solo párrafo sin poder avanzar dos líneas más, evitar ponerme a trabajar dejando la tesis por días... Para estos malos momentos, “La loca de la casa” viene a mi rescate de nuevo aseverando que a veces evitas ponerte a trabajar y es por miedo:

“Por miedo a todo lo que dejas sin escribir una vez que pasas a la acción. Por miedo a concretar la idea, a encarcelarla, a deteriorarla, a mutilarla...”⁷⁷

De lo anterior, digo que, la primera conclusión de esta tesis es todo aquello que quedó fuera de este documento. No se puede incluir todo lo que sucedió y sucede dentro de la experiencia. Las anécdotas no descritas, los niños y niñas no nombrados, los temas que no fueron ampliamente desarrollados, los comentarios post sesión, las reflexiones de supervisión, las ocurrencias personales; todo ello a pesar de darle cuerpo y consistencia a la idea general y contenido general de este documento, reconozco no fácilmente, no se pueden incluir.

Pero poco sirve lamentar lo que no se hizo y sí valorar lo que ahora hago. Elaborando esta tesis pretendo fortalecerme para que en el trayecto del ejercicio de esta profesión me consolide y mejore en mi quehacer y mi proponer.

De esta forma puedo describir la segunda conclusión, la cual comprueba que se diluye el mito de que existe una frontera entre lo profesional y lo personal; a la luz del trabajo clínico analítico realizado considero que esa frontera es prácticamente inexistente. Se podría decir que la profesión va sobre los rieles de la vida personal.

Mi historia personal, en familia, mis apellidos, mis eventos de infancia, mis relaciones primeras con mi familia, mis mascotas y métodos para hacer de mis causas reivindicatorias, defensas heroicas.

Como tercera conclusión diría que, mi linaje formativo universitario me lleva a lamentar la ausencia de buenas guías en materias como las de Dx Institucional en séptimo semestre y Clínica Grupal en octavo, pero estas carencias me llevaron a concretar el proyecto “*Jugando Expreso lo que Siento*” como una forma compensatoria, aunque fuese de manera

⁷⁷ Montero, R. *La loca de la casa*. Alfaguara. México, D.F. 2003. Pp. 48.

casi autodidacta, aquellas herramientas y revisiones teóricas con la práctica directa en instituciones y grupos clínicos de infantes.

En la cuarta conclusión digo que, en el tema de tesis que presento se encuentra explícito en el nombre que he elegido como título de este documento, *“Psicoterapia Grupal Infantil: de la formación académica a la formación profesional”*, en el cual lo central es la experiencia clínica directa que he obtenido del proyecto *“Jugando Expreso lo que Siento su desarrollo a la par del crecimiento profesional y personal.*

Como quinta conclusión digo que, este proyecto ha evolucionado a la par que las dos terapeutas que lo diseñaron, coordinan y ejecutan. Todo comienza como el cumplimiento del requisito para aprobar las materias de “Diagnóstico institucional” y “Diseño de propuestas de intervención clínica”, del séptimo y octavo semestre de la licenciatura. Luego, capacitarnos y entrenarnos en la CeSeCo Norte para sostener la propuesta de intervención clínica institucional en el Colegio Educación y Patria CENDI Charly. Finalmente, reafirmar la vocación profesional aplicando la Psicoterapia analítica grupal infantil, en el consultorio privado.

Como sexta conclusión, en el contexto del octavo semestre se alimenta el doble mito de que: a) no se van a encontrar buenas oportunidades de trabajo para ejercer la profesión, y b) no se tienen las herramientas indispensables para ejercer esta profesión de manera eficiente dentro del campo laboral. Como séptima conclusión, reitero que es un mito y que por el contrario: a) sí hay buenas oportunidades de trabajo para el ejercicio de la profesión, y b) sí contamos con las herramientas necesarias para el digno ejercicio profesional dentro del campo laboral.

El panorama laboral al egresar resulta mucho más amplio de lo que se puede llegar a pensar durante la formación académica. Las ofertas de trabajo institucionales se encuentran en el sector educativo y de salud, principalmente. Pero la oferta de trabajo que estas instituciones ofrece es poca comparada con la cantidad de egresados por año, no sólo de la Facultad de Psicología de nuestra alma mater sino de las numerosas universidades privadas de la ciudad, que cuentan con esta misma carrera.

Las oportunidades se reducen, encontrar un “buen trabajo” en los primeros meses posteriores a la fiesta de graduación es de baja probabilidad, más aún porque no se cuenta todavía con el título y ni cédula que acreditan para ejercer.

Sin embargo, cuando se cuenta con la convicción y vocación profesional los obstáculos se enfrentan y salvan más fácilmente. La fidelidad al sueño que una quiere para su ejercicio profesional y el atrevimiento de hacer lo que una desea, como lo ha sido hacer clínica grupal infantil en la consulta privada y la elaboración de esta tesis. Ésta sería la octava conclusión, fidelidad y convicción al sueño profesional.

Pero de pronto una olvida que los sueños propios no siempre son compartidos, al menos no todo el trayecto en que se trazan. El trabajo de co terapia ha sido fundamental para este proyecto, la coincidencia de ideas y forma de trabajar nos unieron a Evelyn y a mí en la práctica clínica grupal y en el interés por incursionarnos en el trabajo con infantes. Se pensaba, idealmente, que este documento también sería bajo esta modalidad de coincidencia, pero no fue así, cada una tomó decisiones que cambiaron el rumbo de cada quien: yo continué con la tesis y ambas en la co terapia de los grupos de niños en la consulta particular.

b) Conclusiones técnicas.

En lo que refiere a la parte técnica, se concluye la importancia de la incursión de este proyecto en las instituciones, siendo que gracias a esos encuentros es que se dio la oportunidad de iniciar con esta práctica clínica. Ésta reflexión corresponde a la novena conclusión.

Un acierto fue hablar directamente con las direcciones de las instituciones al llevar la propuesta de intervención. Desde CeSeCo, la petición de la apertura del “Grupo Piloto” se realizó a la Coordinación de esta dependencia. Se contó con el apoyo de la institución en todo momento, incluso con la apertura del Segundo Grupo de Psicoterapia Infantil. Con esta alianza institucional se ha logrado también, que al término de nuestra estancia ahí se nos siga derivando pacientes para su atención en la consulta privada.

En el CENDI al hablar directamente con la Directora, se logra la entrada al Colegio. Después se deriva el proyecto a la Coordinación y al Departamento de Psicopedagogía. Al mantener este contacto desde un inicio, de la etapa de diagnóstico hasta el término de la intervención clínica.

En la escuela Noo Botsi, el acercamiento con el Director y los profesores posibilita que el proyecto sea viable para toda su población estudiantil, es decir, se extiende a los 12 grupos académicos con que cuenta esta institución. La propuesta que llevamos a esta escuela es vista como la alternativa para dar solución a los problemas manifestados por sus estudiantes y que no se han podido atender porque escapan a las posibilidades y labores de la planta docente. Además, la ausencia de USAER, el proyecto de USEBEQ que responde a los problemas escolares y de aprendizaje para las escuelas federales, era un punto más a nuestro favor, ya que posibilitaba una mayor libertad y amplitud del proyecto que presentamos.

La Dirección de esta escuela nos brindó además, un reto importante a abordar, la confrontación directa con los padres de familia. La reunión en que presentamos el proyecto “Jugando Expreso lo que Siento” ante los padres, fue la prueba de fuego necesaria para convencerlos a ellos, ya no a la institución, sobre la alternativa de atención psicológica para sus hijos(as).

De esta forma las cartas quedan puestas sobre la mesa desde un inicio, este debió haber sido el procedimiento en el CENDI en donde por el contrario se trabajó en el clandestinaje total con los padres de familia.

La décima conclusión refiere a mantener desde el primer momento, un buen contacto con los padres, donde el procedimiento y plan de trabajo quede claro para ellos. De esta forma los padres y madres de familia se ven incluidos y comprometidos con el tratamiento de sus hijos(as).

Como onceava conclusión se encuentra la adaptación del modelo original a las particulares circunstancias que se nos presentaron, teniendo que hacer modificaciones al modelo original de Dupont & Jinich. Una de las significativas modificaciones fue dejar al GIN sin el GAP. Debido a las circunstancias particulares de estos grupos, así como a la falta de

personal que atendiera a grupos de padres y en especial, a las resistencias de los padres por atenderse ellos a la par de sus hijos(as); entonces se decide optar por las entrevistas periódicas con los padres frente a la falta del GAP.

En las resistencias también se encuentran las de las dos co terapeutas, quienes las ansiedades persecutorias que generan los encuentros con los padres, seguían y siguen siendo difíciles de afrontar. Incluso en las entrevistas periódicas con los padres, en varias ocasiones se han postergado tanto por ellos como por nosotras. Ésta sería una doceava conclusión, donde se confirma que *las resistencias son del analista*, y es un punto a trabajar por parte de ambas terapeutas.

De las modificaciones hechas al modelo original de Dupont & Jinich, se considera que salvo la anteriormente mencionada respecto al GAP, las demás no han afectado ni la experiencia ni los resultados obtenidos con los grupos de infantes.

La inclusión de juguetes no es un intermediario que impida la libre expresión de los niños dentro del grupo. Cada uno de los niños y cada uno de los grupos hace uso y manipula los juguetes y el material del *setting terapéutico* desde su particular manifestación inconsciente, sus fantasías, su mundo interno, la proyección de sus objetos y la introyección a sus objetos. Además, tanto en el uso de juguetes como en los juegos de mucha acción donde se prescinde de estos, la interacción entre los integrantes del grupo es medida por la manifestación de sus fantasías inconscientes, y en base a ellas es donde las interpretaciones e intervenciones por las co terapeutas son enunciadas.

La modificación de ser una pareja de co terapia del mismo género, no impide que las depositaciones de los roles de función materna y paterna se vean impedidos por parte del grupo. Estas funciones, tanto en el real como dentro de la terapia son investidas independientemente del sexo de la persona o personas que las ejerzan.

Como treceava conclusión, se apunta que, frente a las posibles dificultades dentro de la clínica, la supervisión clínica es de suma importancia, no sólo para este proyecto sino para la práctica clínica en general. En especial considerado que la experiencia profesional de las co terapeutas va iniciando y que son necesarios puntos guías para el buen ejercicio de esta profesión.

El acierto de parte de ambas co terapeutas ha sido mantener el grupo de supervisión clínica que se inició en el programa de prácticas de la licenciatura, bajo la tutela del Dr. Manuel Guzmán. La reflexión y el diálogo que en este grupo se gesta ha sido punto clave para que el consultorio se mantenga y fortalezca.

En lo que respecta a los Grupos de Psicoterapia Infantil, la supervisión ha sido brindada por la maestra Ana María Guzmán, quien ha dedicado gran parte de su práctica profesional a los grupos GIN-GAP. Las puntuaciones que ella nos ha marcado han sido imprescindibles para la conformación y sostén de los grupos que hemos coordinado, desde sus inicios en CeSeCo Norte, el tiempo que estuvimos en el CENDI y los primeros pasos en la consulta privada. Ésta sería la catorceava conclusión, el contar con una especialista GIN-GAP para la supervisión de esta labor clínica.

c) Conclusiones del Grupo

“Jugando Expreso lo que Siento”, considerada como *una alternativa de clínica grupal con infantes*, brinda al infante:

- Un mayor continente de contención de sus ansiedades e impulsos agresivos, ya que el grupo le permite un espacio *abreactivo- evacuativo* al posibilitar la acción entre sus miembros de acuerdo a sus deseos. Quinceava conclusión.
- El encuentro con sus pares en una *reacción de espejo*, siguiendo a Foulkes, a partir de los mecanismos de identificación, proyectiva e introyectiva. La reacción de espejo es la mirada y el discurso de los demás integrantes del grupo como un reflejo de las problemáticas propias. Así los pequeños ven en otros niños de su edad los problemas y síntomas propios, se identifican con ellos y viceversa. Esto baja las ansiedades en el grupo, al darse cuenta de que los problemas personales muchas veces son comunes. Dieciseisava conclusión.
- La libertad y espontaneidad como consignas implícitas del grupo, convoca a que sean los niños quienes guíen este tiempo y espacio apropiándose, lo que hace que la terapia se convierta en *su tiempo y su espacio*. El GIN es un espacio diferenciador entre el afuera, la realidad, el cotidiano, las exigencias, la escuela, el hogar... y el adentro, donde los niños no son reprimidos ni reprendidos por su libre expresión en

todas sus manifestaciones, externalizan sus experiencias placenteras tanto como las que perciben como amenazantes y displacenteras. Dieciseisava conclusión.

- Al no haber consignas explícitas por parte de una autoridad imperante dentro del *setting terapéutico*, el grupo hace las propias y se regula así mismo, controlando los impulsos agresivos de aquellos integrantes que se les dificulta contenerse y se expresan con violencia poniendo en riesgo la integridad de los demás. Decimoctava conclusión.
- El *Tiempo de pensar* tiene por objetivo la verbalización en los niños, la puesta en palabra que induzca al diálogo sobre aquello que les sucede y que se ha manifestado de forma sintomática, causándoles problemas en casa y la escuela. Es de suma importancia que este diálogo se suscite de forma grupal, ya que los niños hablan y se responden entre sí en el lenguaje que les es propio, no en el lenguaje de adultos intentando hacerles entender algo. Decimonovena conclusión.
- El grupo proporciona un lugar seguro que incita al movimiento, la acción, el contacto físico en un primer momento, y en otro tiempo, el diálogo abierto sin reprimendas que implica la exposición ante los demás, una parte íntima y privada de la vida familiar. Esto genera que aquellos infantes a los que se les dificulta socializar, por timidez, temores y carácter pasivo-sumiso, aprendan a hacer valer su palabra y venzan sus limitaciones inhibitoras. El grupo brinda confianza y contención para que esto suceda. Vigésima conclusión.

En lo que respecta al ejercicio profesional, esta propuesta clínica es una buena alternativa para incursionarse en la práctica clínica tanto grupal como infantil, siendo que se procura la supervisión clínica, la bitácora de registro de sesiones y el trabajo en co terapia. Éste último funge como apoyo, sobre todo en las primeras experiencias de trabajo clínico, porque permite una experiencia compartida, en donde pueden rescatarse dos visiones de una misma experiencia, encontrar puntos ciegos de intervención con un grupo y armar buenas estrategias de intervención dentro del mismo. Ésta reflexión apunta la vigésima primera conclusión.

d) Sobre la propuesta

Una, escribir profusamente para alcanzar una sistematización seria de la experiencia clínica directa.

Dos, escribir para aprender y cultivar la vocación profesional.

Tres, que la investigación en licenciatura sea la que al estudiantado le interese y esté en relación con los temas de la clínica aplicada, sin la predisposición de los intereses de los docentes.

Cuatro, hacer una crítica constructiva a la formación académica, principalmente en lo concerniente al vínculo de la teoría y la práctica.

Cinco, consolidar la práctica de la clínica grupal en tanto que se perfila como una alternativa significativa para la atención adecuada, eficiente y competente a la sobre demanda de solicitudes de la población infantil.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bleger, J. (1976). *Psicohigiene y psicología institucional. Cap. II. Psicología institucional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bion, W. (1994). *Experiencia en grupos*. México, D.F: Paidós Mexicana..
- Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México, D.F.: Editorial Pax México.
 - *Capítulo I. Aproximación histórica a la terapia grupal.*
 - *Capítulo III. El grupo terapéutico.*
 - *Capítulo V. Aportaciones del psicoanálisis a los grupos.*
 - *Capítulo IX. Transferencia.*
 - *Capítulo XIII. Resistencia.*
 - *Anexo. Coterapia.*
- Dinerstein, A. (1987). *¿Qué se juega en psicoanálisis de niños? Cap. IV. Los padres en análisis de niños. Demanda, deseo, ¿de quién? El niño como objeto a en el fantasma materno*. Buenos Aires Argentina: Lugar Editorial.
- Dupont, M. y Jinich, A. (1993). *Psicoterapia grupal para niños*. Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara.
 - *Capítulo II. El grupo infantil natural.*
 - *Capítulo III. El cuerpo.*
 - *Capítulo IV. El juego.*
 - *Capítulo V. Los padres*
 - *Capítulo VI. Supuestos teóricos y propuestas técnicas.*
- Freud, S. (2006). *17° Conferencia. El sentido de los síntomas (1917[1916-17])*. Obras Completas. Tomo XVI. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *18° Conferencia. La fijación al trauma, lo inconciente (1917[1916-17])*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *19° Conferencia. Resistencia y Represión (1917[1916-17])*. Obras Completas. Tomo XVI. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *27ª Conferencia. La transferencia [1917(1916-17)]*. Obras Completas. Tomo XVI. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *Análisis terminable e interminable (1937)*. Obras Completas. Tomo XXIII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Freud, S. (2006). *Inhibición, Síntoma y Angustia (1926[1924])*. Obras Completas. Tomo XX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *La represión (1915)*. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *Psicología de masas y análisis del yo (1921)*. VII. *La identificación*. Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *Sobre la dinámica de la transferencia (1912)*. Obras Completas. Tomo XII. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
- García, D. (2002). *GIN-GAP. Una alternativa para el tratamiento psicoanalítico grupal de niños y padres. (Conferencia)*. Memorias del XV Congreso de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo y IX Congreso de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo. “Los grupos y la salud mental en Latinoamérica: grupos, parejas, familias e instituciones.” Zacatecas, Zac., México.
- Grinberg, L.; Langer, M. y Rodrigué, E. (1957). *Psicoterapia del grupo, su enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
 - *Capítulo II. Diferencias del grupo social y del grupo terapéutico.*
 - *Capítulo VI. Mecanismos de curación en el grupo terapéutico.*
- Grinberg, L. (1976). *Teoría de la identificación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Jaques, E. (1979). *Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva*. Capítulo XX. Tomo IV. Obras Completas Melanie Klein. Buenos Aires, Argentina: Paidós Horne.
- Mannoni, M. (1976). *El niño, su enfermedad y los otros*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva visión.
 - *Capítulo I. El síntoma o la palabra.*
 - *Capítulo II. La transferencia en psicoanálisis de niños. Problemas actuales*
- Montero, R. (2000). *La loca de la casa*. México, D.F.: Alfaguara.

- Ribeiro, R. (S/fecha). *El jugar en el psicoanálisis de niños*. Revista de Psicología y Sociedad de la Facultad de Psicología. Núm. 20. Santiago de Querétaro, Qro, México: UAQ.
- Rodulfo, R. (1989). *El niño y el Significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Saint-Exupery, A. (S/fecha). *El principito*. México, D.F.: Emece.
- Varios autores. (2003). *El Psicoanálisis en la Universidad, Memorias del Foro*. Querétaro, Qro, México: Universidad Autónoma de Querétaro.
 - *El Psicoanálisis en la Universidad. Eufemismo, compromiso y utopía.*
 - *La formación clínica con corte Psicoanalítico, más que una limitante una posibilidad.*
 - *El Psicoanálisis en nuestra Facultad.*
- Tamayo, L. (2001). *Del Síntoma al acto. Reflexiones sobre los fundamentos del psicoanálisis. Cap. I. La verdad originaria*. Santiago de Querétaro, Qro., México: Serie Psicología, Universidad Autónoma de Querétaro.
- Utrilla. M. (1998). *¿Son posibles las terapias en las Instituciones? Cap. III. Conocimientos Institucionales*. Estudio Situacional. Madrid, España: Ed. Biblioteca Nueva.

Referencias de internet

Páginas web:

- <http://twittercounter.com/>
- <http://www.excelsior.com.mx/global/2013/04/25/896050>
- <http://www.eluniversal.com.mx/notas/900987.html>
- <http://mexico.cnn.com/mundo/2012/12/26>
- <http://www.guerraeterna.com/>
- http://www.queretaro.gob.mx/documentos_interna_prensa.aspx?q=epsUWZ+4EQGMyUKdzdIgSQ==

Artículos en línea:

- Robledo Martín, J. *Observación participante: informantes claves y rol del investigador*. Abril 2012. Recuperado en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/obspar_formet42.pdf

A N E X O S

9.1. Primera sesión “Grupo Piloto”

3 de septiembre 2011, Sesión 1

Ruth, José Luis, Cristian, Estefanía, Evelyn yo nos reunimos en la sala 4 de CeSeCo Norte para el inicio de una experiencia nueva para todos. Entre los nervios de los niños y los nuestros, nos presentamos nuevamente con ellos y pedimos hicieran lo mismo con el grupo. Después se preguntó a los niños si sabían a qué habían venido pero ninguno sabía a qué o por qué estaban aquí, supuestamente. Evadiendo el tema, comenzaron a quejarse del frío y el sueño, por haberlos citado tan temprano en sábado.

Permanecemos en silencio por unos minutos, los niños se mostraban incrédulos ante la propuesta de hacer lo que ellos quisieran hacer. Nos mirábamos unos a otros y nadie decía nada.

Estefanía se notaba inquieta, observaba a todos en la sala hasta que su hermano Cristian propuso jugar a “las trais” porque a eso juega en su escuela. Minutos después José Luis se anima a proponer un juego nuevo, “las escondidillas”. Fue aquí donde las risas, gritos, empujones, caídas y buenas tácticas para “salvar a todos los amigos”, se hicieron presentes e incrementaron conforme pasaba el tiempo. Después de un tropiezo entre las persianas, Ruth decidió ya no jugar pero optamos por cambiar de juego, ahora sería “los encantados, mismo que generó que las risas y gritos aumentara aún más.

Para ese momento ya se nos había terminado el tiempo de jugar y se dio la indicación de tomar asiento para el tiempo para pensar, pero de pronto a todos les dieron ganas de ir al baño, tomar agua y querer comer. Salieron al baño en plan de huida y a su regreso siguieron jugando obviando la indicación previa a su salida.

José Luis hizo la observación de una silla vacía y si es que “faltaba un niño”, a lo que aclaramos que Alondra no había asistido el día de hoy pero la esperaríamos para la próxima. Esto hizo comentar a los niños sobre las diferentes Alondras que conocían, y en especial a Ruth le hizo recordar a una niña de su escuela que se había escapado de su casa “porque se enojó”, pero justamente el día de ayer la habían encontrado.

Debido a que seguían inquietos, pasábamos de un tema a otro y se interrumpían en los comentarios que cada uno hacía. Cristian preguntó si es que podía traer un balón para jugar fútbol, pero se negó esa posibilidad ya que el espacio con el que contamos es pequeño y hay ventanas y cristales. José Luis pidió traer un “juguete chiquito” provocando que los demás solicitaran lo mismo. No supimos negarnos pero condicionamos que sólo podía ser uno y si es que todos lo traían. De esta forma terminamos la sesión.

9.2 Formato de 1er. entrevista a Padres de Familia

Grupos Psicoterapéuticos Infantiles “Jugando Expreso lo que Siento”

Coordinan:
Psic. Evelyn Rangel Martínez y Diana Jazmin Sánchez Olvera

FORMATO DE ENTREVISTA PARA PADRES

Fecha: _____

Datos generales del niño o niña:

Nombre: _____
Edad: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____
Escuela de procedencia: _____ Grado y grupo: _____ Promedio escolar: _____
¿Ha estado en otras escuelas? _____ ¿Cuáles? _____
Nº de hermanos: _____ Lugar que ocupa entre sus hermanos: _____
Nombre y edades de los hermanos: _____
Dirección: _____
Cuántas personas y quienes viven con el niño(a): _____

Datos de los padres:

Nombre de la madre: _____ Edad: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Nombre del padre: _____ Edad: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Estado Civil (de ambos): _____
Teléfono: _____ Cel.: _____

Motivo de consulta:

- Problemas de aprendizaje
- Problemas de conducta en la escuela
- **Bullying** (¿víctima o victimario? Especifique)
- Problemas de socialización (casa, escuela y/o calle)
- Problemas de lenguaje (de qué tipo, cuáles letras)
- Enuresis (desde cuándo)
- Problemáticas en casa (situación actual de los padres)
- Violencia intrafamiliar
- Duelo
- Otros: _____

¿Cómo se enteró de la atención psicológica GIN? _____

Preguntas básicas:

Enfermedades crónicas ¿cuáles?: _____
Tratamientos a los que se haya sometido: _____

Hospitalizaciones: _____ ¿Cuándo y por cuánto tiempo? _____

Atención psicológica previa: _____ ¿Cuándo? _____ ¿Dónde?: _____

Motivo: _____ Diagnóstico: _____

Incidentes notorios (sustos, accidentes, emociones fuertes): _____

Antecedentes del desarrollo:

Condiciones prenatales (edad del embarazo, fue normal, complicado, planeado, etc.) _____

Condiciones perinatales (el parto fue normal, complicado, etc.) _____

Condiciones postnatales (medida y peso, edad de los primeros pasos, gateó, primera palabra, control de esfínteres, destete, etc...) _____

Descripción del niño o niña:

Actividades que realiza por sí mismo: se baña solo, se viste solo, duerme con o solo, etc. desde cuándo: _____

Relación con la madre: _____

Relación con el padre: _____

Relación con los hermanos (as): _____

Comportamiento en la escuela: _____

Síntesis de la entrevista con los padres:

Síntesis de la entrevista con el niño o niña

9.3 Propuesta de proyecto presentada a la Escuela Primaria “Noo Botsi Di Nxodi”

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO:

“Jugando Expreso lo que Siento”

Grupo-Taller de Psicoterapia Infantil

I. RESPONSABLES DEL PROYECTO

Evelyn Rangel Martínez y Diana Jazmín Sánchez Olvera, quienes escriben el presente documento, serán las responsables de coordinar el grupo de infantes que se describirá en los consecuentes apartados, proyecto que lleva por nombre: “Jugando Expreso lo que Siento” Grupo-Taller de Psicoterapia Infantil.

Egresadas del área clínica en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro, coordinadoras de un grupo de infantes en la Central de Servicios a la Comunidad Unidad Norte UAQ (Ce.Se.Co Nte.) de Septiembre 2011 agosto de 2012, y con dos grupos más dentro del “CENDI” Charly de Septiembre a Diciembre 2011.

Durante el periodo estudiantil, integrantes del programa de prácticas Psicodinamia de los Grupos Humanos periodo agosto 2010-diciembre 2012. Prestadoras de servicio social dentro del programa Grupo RED (Recepción, Entrevista y Derivación) periodo enero-julio 2012 en CeSeCo Nte. Actualmente atención en consulta privada a partir de julio de 2012.

II. INTRODUCCIÓN

Cuando un niño es llevado a la atención psicológica clínica, éste se expresa, principalmente a partir del juego. El juego, tiene un lugar privilegiado en la infancia, y es considerado como lo natural en los niños, ya que podríamos pensar que al jugar no sólo expresan y externan lo que les acontece y aqueja, sino que a su vez hacen lo que en su cotidiano no pueden y no dicen.

El niño exterioriza en el juego sus fantasías, a partir de la dramatización de escenas y roles familiares, es decir, pone en acto aquello que le rodea, su contexto familiar, escolar y social. Considerando que los conflictos infantiles, denominados como psicopatológicos, se gestaron en el contexto social del que la familia es célula, la reproducción de esta célula en un grupo psicoterapéutico dará paso a la proyección del conflicto infantil, brindándole un espacio y tiempo de escucha y contención a la expresión verbal del niño diferente al que tiene cabida en el hogar y el aula.

Por una parte, el juego resulta ser lúdico y placentero para el pequeño y por otra, con los fines terapéuticos que a nosotras refiere, nos permite un tratamiento de análisis infantil.

Nuestra propuesta de intervención grupal se fundamenta en el modelo GIN (Grupo Infantil Natural)-GAP (Grupo Analítico de Padres) de la AMPAG (Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo) que a su vez se basa esencialmente en la teoría Psicoanalítica.

¿Qué le afecta al niño? ¿Qué tiene que decir al respecto? ¿Cómo lo expresa? Esas son las preguntas principales para las sesiones del grupo-taller.

III. ANTECEDENTES EN LA INSTITUCIÓN “Colegio Educación y Patria” CENDI Charly.

En el periodo de septiembre a diciembre del año pasado, este proyecto se llevó a cabo como una *Propuesta de Intervención Clínica Institucional en el Colegio Educación y Patria CENDI “Charly”*. Se brindó la oportunidad de realizar una intervención psicológica a 10 niños de 2°, 3°, 5° y 6° año. Se trabajó con dos grupos de 5 niños cada uno. Durante los dos meses y medio de sesiones psicoterapéuticas, fue notable cómo los niños conseguían hablar sobre aquello que estuviese afectándoles dentro de su contexto vital, y cómo también les generaba preguntas y distintos sentimientos que pocas veces decían. Agregado a lo anterior, se puede afirmar que, encontraron un espacio para jugar libremente, y así pudieron expresar, mediante la acción lúdica asistida y palabra descubierta, lo que deseaban decir, ya que, antes de esta experiencia clínica no habían encontrado los elementos ni la manera para expresarlo de manera entendible para sí y para los demás cercanos.

Para los niños resultó ser un espacio agradable, al que asistían por voluntad propia, pues nunca se les obligó a estar dentro de las sesiones. Se brindó una atención y escucha de índole terapéutico para todo aquello que ellos quisieran decir.

IV. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General:

- Brindar atención psicológica clínica grupal a estudiantes de educación primaria que, según la consideración de padres, profesores y/o psicólogos, la requieran.

Objetivos Particulares:

- Brindar un espacio de escucha a la palabra del niño a partir del juego como una herramienta grupal.
- Involucrar a los padres y maestros del alumno en las problemáticas que pueden estar afectándole y se le adjudican al niño, ya que ambas figuras adultas son fundamentales porque conforman su contexto vital.
- Mejorar la calidad de vida del infante, misma que se ve reflejada en su desempeño escolar y su manera de socializar con aquellos que lo rodean, interviniendo desde la psicología clínica grupal.

V. JUSTIFICACIÓN

Un alumno distraído, conflictivo, aislado, que participa poco en clase, se atrasa respecto al resto del grupo, o se resiste a aprender; por lo general se cataloga como “flojo” o “tonto” por sus compañeros de clase, o se le teme si es que presenta problemas de conducta y agresión. Pero a la vista, ya sea del docente a cargo del grupo o por sus padres al recibir las notas de cada parcial, se identifica un problema que muchas veces proviene del hogar y el contexto en el que el niño se desenvuelve. Sin embargo, este tipo de “problemáticas” no sólo pueden ser adjudicadas a la institución educativa en

cuestión, como suele ocurrir, también pueden obstaculizar el servicio que la institución busca brindar.

Con la intervención psicológica clínica grupal se pretende brindar un mejor servicio a su comunidad estudiantil así como hacer cumplir, de la mejor manera, los objetivos que la escuela se ha planteado.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: Plan de Trabajo

Presentamos esta propuesta a la Escuela Primaria “Noo Botsi Di Nxodi” como una manera de intervenir clínicamente con aquellos niños de 1° a 6° año de primaria que deseen pertenecer a este Grupo-Taller. Es importante mencionar que depende del número de interesados en formar parte del proyecto, que se designará el número de niños que integrarán el grupo. Un grupo se conformará máximo con 7 niños, mínimo 5. En caso de ser necesario se dará apertura a más de un grupo.

La población específica a la que se dirige el proyecto, son aquellos niños que según la consideración de padres, profesores y/o psicólogos requiera de una atención clínica. Puede tratarse de problemas de aprendizaje y problemas de conducta que competan a la atención clínica. Es importante que se considere también a aquellos pequeños que se ven afectados directamente por una situación determinada. La decisión final dependerá de los padres o tutores del estudiante.

El periodo de tiempo que será destinado a esta propuesta es el ciclo escolar 2012 - 2013. En un horario acordado por la institución, padres de familia y psicólogas, en las instalaciones de la Escuela, en el espacio que sea considerado óptimo para la atención y que designe la institución para el trabajo con el grupo. El día sería acordado por quienes presentan este documento, profesores y padres de familia posteriormente.

En este espacio distinto que pretende ser el Grupo-Taller, se brinda, por parte de ambas coordinadoras una Atención Psicológica Clínica que se interesa por el bienestar integral del infante, procurando que si existe algún motivo que aqueje al pequeño emocionalmente éste pueda ser tratado y no repercuta en su desempeño académico, social y vital.

El taller se organiza en los siguientes módulos:

- a) *Módulo Administrativo y Divulgación:* Implica la organización preliminar al inicio del Taller de Psicoterapia Infantil. Comprende la presentación de la propuesta a la institución y la consecuente divulgación del taller.
- b) *Recepción de Solicitudes:* Los padres interesados en que sus hijos sean integrantes del Grupo-Taller deberán presentarse a una entrevista previa con las coordinadoras, para lo cual se les indicará una fecha.
- c) *Entrevista con los Padres:* En la que se presentará más en detalle la forma de trabajo para el Grupo-Taller y se escuchará el motivo por el que se considera necesario que el niño asista.
- d) *Entrevista con profesoras:* Antes de comenzar la atención clínica en el Grupo-Taller, será imprescindible una entrevista profesora-coordinadoras, esto con el fin de conocer a fondo el caso académico del estudiante para quien se solicita la atención.
- e) *Módulo Terapéutico:* Esta propuesta se fundamenta en el modelo GIN (Grupo Infantil Natural) de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, que se vale del juego libre y la palabra para el trabajo clínico con niños.

Siguiendo este modelo de intervención clínica infantil, las sesiones terapéuticas se dividen en tres tiempos: *Tiempo para jugar, tiempo para pensar y tiempo para poner las cosas en su lugar*. La duración de las sesiones es de 1 hora con 30 minutos, un día por semana.

El espacio adecuado debe contar con cojines y un área apropiada para el juego libre.

- f) *Devoluciones periódicas a los padres*: Cada que se considere necesario se realizará una entrevista padres-coordinadoras para tratar temas relacionados con el tratamiento del niño. Serán programadas cada mes con duración de 30 minutos a 1 hora.

La implicación de los padres tiene como objetivo propiciar que sean partícipes activos del bienestar emocional del niño.

- g) *Devoluciones periódicas a las profesoras*: Se estará al tanto del caso académico del niño. Se escuchará aquello que la profesora encargada considere necesario en el tratamiento del estudiante. Se acordarán fechas con cada profesora y se destinará una reunión de 30 minutos por cada integrante del grupo.

IX. METAS QUE SE ALCANZARÁN A LA MITAD DEL TIEMPO PREVISTO PARA EL PROYECTO.

Se espera que después de una asistencia continua y compromiso de los padres en el tratamiento de su hijo (a), para finales de enero de 2013, durante la tercer devolución se puedan valorar “avances” en cada caso. Se enfatiza que se tratará de casos particulares y es imposible plantear un estándar en el tratamiento de los niños.

X. METAS QUE SE ALCANZARÁN AL TÉRMINO DEL PROYECTO.

Durante la última devolución, en julio de 2013, la expectativa es una “mejora” en la estabilidad emocional del niño, y con ello en su desempeño académico y conductual. “Mejora” considerada por padres, profesoras y psicólogas encargadas de la coordinación del grupo. Se repite, se debe contar con asistencia continua y una participación activa de los padres o tutores de cada niño.

XI. SUPERVISIÓN

La atención psicológica clínica que se brindará por ambas coordinadoras será supervisada por expertos en psicoterapia grupal e infancia. Se contará con la supervisión del Dr. Manuel Guzmán Treviño, docente de la Facultad de Psicología UAQ, analista de grupos por la AMPAG y coordinador del programa de prácticas y servicio social Grupo RED en la Central de Servicios a la Comunidad unidad Norte. Y la Mtra. Ana María Guzmán coordinadora de la Central de Servicios a la Comunidad unidad Sur, donde se cuenta con el programa Desarrollo Psicosexual Infantil, Grupo Infantil Natural/ Grupo Analítico de Padres.

Aportando así, con cada supervisión del grupo terapéutico nuevas y mejores herramientas para la atención prestada en cada sesión.

XII. ENTREGA DE INFORMES

Como presentadoras de la propuesta y psicólogas coordinadoras de grupos infantiles, nos comprometemos a entregar por escrito, un informe de resultados a la mitad del tiempo destinado al proyecto y un informe final con la comparación de las metas propuestas y metas alcanzadas. Estos informes serán entregados a la Dirección de la Escuela.

XIII. EVALUACIÓN

Ambas coordinadoras llevaremos un registro escrito de cada una de las sesiones grupales y de las entrevistas periódicas con padres y profesoras, esto con el fin de realizar un contraste de inicio y término de la atención en cada caso.

Los informes entregados a la institución y las devoluciones con padres y profesoras, serán herramientas de evaluación también. Pues estaremos al tanto del caso de cada integrante del grupo, de los alcances o limitaciones que tendrá en determinado momento la intervención clínica de nuestra parte. Se considerarán también cambios necesarios a realizar en el tratamiento del niño.

Santiago de Querétaro, Qro. a 28 de septiembre de 2012

Diana Jazmín Sánchez Olvera

Cel. 4422849232

jazmin_gro@hotmail.com

Evelyn Rangel Martínez

Cel. 4423437180

evelyn_rangelmtz@hotmail.com

Consultorio: Calle Arco de la Sabiduría #2119 Col. El Vergel.

Atención de grupos psicoterapéuticos infantiles día sábado de 9:00 a 10:15 am y de 12:00 a 1:15 pm.