

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

***“EL MODELO GIN-GAP EN UNA ZONA POPULAR DE LA CIUDAD DE
QUERETARO:
UNA ALTERNATIVA PSICOTERAPEUTICA Y FORMATIVA”***

**T E S I S QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN
PSICOLOGIA CLINICA**

P R E S E N T A N :

**ARTURO SANTIAGO GUERRERO
ANA MARIA DEL ROSARIO ASEBEY MORALES**

QUERETARO, QRO. SEPTIEMBRE 1997.

SEP 1997

No. Adq. H57384

No. Título _____

Clas. 616.8915

A816m

BIBLIOTECA CENTRAL

RESUMEN

La realidad psicosocial que se muestra en el cambio de milenio, nos exige construir nuevas prácticas de intervención psicológica que acompañen a los nuevos y complejos escenarios humanos.

El modelo terapéutico denominado por sus siglas GIN-GAP, propuesto por Dupont y Jinich hace más de dos décadas, se presenta ante nosotros como una alternativa valiosa y flexible para atender la creciente demanda de atención terapéutica para niños, en virtud de que nos arroja mejores resultados no sólo en cuanto su eficacia terapéutica, sino también, que se reduce el tiempo y costo del tratamiento en forma considerable.

Por esa razón, introdujimos dicho enfoque clínico en la Central de Servicios a la Comunidad Lomas II, adecuándolo a la circunstancia queretana, por representar una alternativa de atención terapéutica a la comunidad y de formación para futuros terapeutas de niños.

El trabajo que traemos aquí constituye un intento de historizar, teorizar y evaluar la experiencia que hemos tenido al aplicar el modelo GIN-GAP (Grupo Infantil Natural-Grupo Analítico de Padres).

ABSTRACT

The psychosocial reality that is showing at the end of the century, encourage us to build new psychological intervention practics that may go along with the new and complex human escenaries.

The therapeutic model denominated GIN-GAP (Natural Children's Group-Analytic Parent's Group), proposed by Dupont and Jinich for more that two decades has been for us a flexible and cherrishful alternative to attend the growing demand of therapeutic attention for children, considering that it has given us better results in therapeutic efficiency as well as helping us reduce the cost and time of the treatment in a considerable way.

For That reason we decided to introduce this clynique approach to the Community's Central Services al Lomas II, adequating it to Queretaro's circumstances as a representation of a therapeutic attention alternative to the community and future children's therapists that are in formation.

The work that we have here constitutes an effort to historize, theorizze an evaluate the experiece that we've had with the GIN-GAP model.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

T E S I S

“EL MODELO GIN-GAP EN UNA ZONA POPULAR DE LA CIUDAD DE QUERETARO: UNA ALTERNATIVA PSICOTERAPEUTICA Y FORMATIVA”.

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

MAESTRO(A) EN: *PSICOLOGIA CLINICA*

P r e s e n t a n :

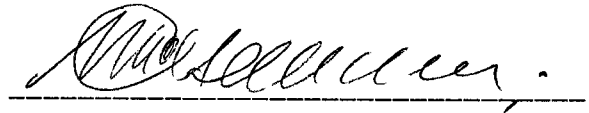
*ARTURO SANTIAGO GUERRERO
ANA MARIA DEL ROSARIO ASEBEY MORALES*

Dirigida por:

Dr. Marco A. Dupont Muñoz

S I N O D A L E S

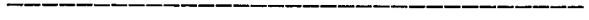
Dr. Marco Antonio Dupont Muñoz
Presidente



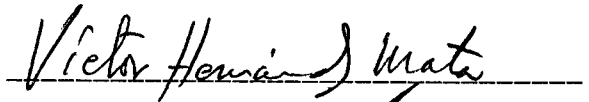
Dr. Adela Jinich de Wasongarz
Secretario



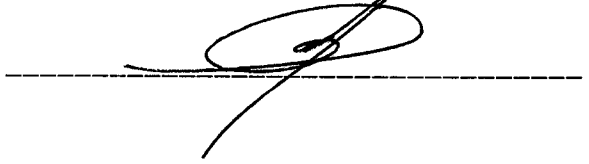
Dr. Marco Antonio Carrillo Pacheco
Local



Dr. Víctor Hernández Mata
Plante



Dr. Patricia Nuñez Lemus
Plante



Dr. Andrés Velázquez Ortega
Rector de la Facultad de Psicología

M.C. Carlos Isacc Silva Barrón
Director de Estudios de Posgrado

CENTRO UNIVERSITARIO

Querétaro, Qro., Septiembre de 1997.

MEXICO

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	Pág. 6
PRESENTACION.....	10
INTRODUCCION.....	13
CAPITULO I.	20
BREVE NOTA HISTORICA DE LA CENTRAL DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD CESECO LOMAS 2.....	21
– De la Constitución de la Facultad de Psicología de la U.A.Q., a la creación de las Centrales de Servicio a la Comunidad.....	25
– Análisis crítico de la Historia de Ce.Se.Co. Lomas 2.....	32
CAPITULO 2.....	39
MARCO TEORICO-TECNICO DEL MODELO PSICOTERAPEUTICO GIN-GAP.....	39
– Consideraciones Iniciales.....	40
– Definición de Marco Teórico Técnico.....	43
– Desarrollo Teórico-Técnico del GIN-GAP.....	50
– La Teoría Sistémica del GIN-GAP.....	85

CAPITULO 3.....	99
LA EXPERIENCIA CON EL MODELO GIN-GAP EN QUERETARO: ANTECEDENTES.....	100
CAPITULO 4.....	116
LAS ETAPAS DE TRABAJO CON EL MODELO GIN-GAP: 1992-1997.....	117
– Primera etapa piloto 1992-93.....	117
– Segunda etapa 1993-94.....	134
– Tercera etapa 1994-95.....	147
– Cuarta etapa 1995-96.....	164
– Quinta etapa 1996-97.....	177
CAPITULO 5.....	196
SOBRE LOS PROCESOS PSICOTERAPEUTICOS DE LOS GIN Y DE LOS GAP.....	197
CAPITULO 6.....	210
COMENTARIOS FINALES.....	211

BIBLIOGRAFIA	215
---------------------------	------------

UN PROFUNDO AGRADECIMIENTO:

A los Drs. Dupont y Jinich por haber compartido generosamente su experiencia y trabajo clínico;

A la los Docentes y Alumnos de nuestra Facultad por hacerme pensar;

A nuestra Central (Ce.Se.Co. Lomas 2) por ser un espacio propicio para la reflexión y práctica clínica;

A nuestros pacientes del GIN y el GAP por enseñarme tanto;

A Quetzal, Omar y Said por su comprensión y cariño;

A mi pareja, Angélica, por amarme tanto;

A mis padres y hermanos que me han dado fuertes raíces;

A "Charo" por su participación.

Arturo Santiago Guerrero

AGRADECIMIENTOS:

Quiero manifestar mi cariño y deuda perdurables a los Drs. Marco Antonio Dupont y Adela Jinich de Wasongarz, maestros y amigos por su inestimable colaboración, inteligencia, paciencia y entusiasmo a lo largo de las supervisiones, donde nos brindaron la oportunidad de poder comprender esta loable labor de manera cada vez más profunda; compartiendo con nosotros uno de sus magníficos trabajos científicos como es el Modelo GIN-GAP. Así como también por la asesoría y dirección de esta tesis.

Expresar mi gratitud a la Universidad Autónoma de Querétaro, y con ello a las autoridades universitarias, especialmente al Ing. Jesús Pérez Hermosillo quien depositó en nosotros toda su confianza al permitirnos tan maravillosa labor, como es el trabajo del Modelo Psicoterapéutico GIN-GAP, facilitándonos oportunamente durante su gestión cuanta solicitud le hacíamos.

Mi agradecimiento al Mtro. Marco A. Carrillo Pacheco, que con su resuelta amistad y comprensión nos garantizó la ayuda y los medios necesarios para emprender esta modalidad, durante su gestión como Director de la Facultad de Psicología.

Mi gratitud al personal docente, estudiantil y administrativo de la Central de Servicios a la Comunidad Lomas 2, por ofrecer y utilizar su tiempo incluyendo vacaciones y días festivos; así como su capacidad y creatividad en esta difícil, pero agradable tarea. Particularmente a la Sra. Ma. de la Luz Santillán.

Mis infinitos agradecimientos a los pacientes de los grupos infantiles y de los grupos de padres, por confiar en nosotros y permitirnos aprender en ellos.

Mi eterno agradecimiento a mis hijos Erika y Maxwell quienes me proporcionaron su vitalidad y alegría en todas y cada una de las etapas de mi trabajo. A ellos les debo mis disculpas por “robarles” momentos preciosos para dedicarlos a la práctica clínica con el GIN-GAP y a la elaboración de esta tesis.

Mi más sublime cariño y respeto a mis Padres Juan José y Bella, quienes me transmitieron su fortaleza y tenacidad, así como a mis hermanos Jorge, Carlos, Ramiro y Juan José por su amor, apoyo y comprensión.

Gracias mil a Jack Roach Leatherman, cuya paciencia y apoyo me acompañaron en mi proceso de formación y entrenamiento con el GIN-GAP.

A Graciela Espíndola "chelota" por su voluntad y paciencia en el proceso de captura de esta tesis.

Ana María del Rosario Asebey Morales.

P R E S E N T A C I O N

PRESENTACION:

En la década de los setenta, dos prominentes psicoanalistas de nuestro medio los Drs. Marco Antonio Dupont y Adela Jinich de Wasongarz, buscando optimizar el procedimiento empleado hasta entonces en el tratamiento individual de niños con problemas emocionales; emprendieron una investigación clínica, conjugando sabiamente la práctica con grupos humanos (niños y padres) y las reflexiones teóricas en torno al desarrollo biopsicosocial del ser humano, sus alteraciones y su psicopatología posterior, apoyándose para esto en las matrices teórico-técnicas del psicoanálisis infantil.

A la coherente convergencia que lograron entre sus enriquecedoras aportaciones teóricas y el acertado diseño de una técnica flexible, denominaron modelo GIN-GAP que significa Grupo Infantil Natural y Grupo Analítico de Padres, consistente en un óptimo y abreviado procedimiento de intervención psicoterapéutico que contempla trabajar con grupos de niños de ambos sexos en edad de latencia (6 a 12 años) y con grupos de padres.

Con el fin de ir perfeccionando los dispositivos técnicos, su procedimiento ha ido experimentado una evolución a lo largo de más de veinte años, en las diferentes etapas de su aplicación llevadas a cabo

en instituciones de varios estados del país, quienes los asumieron como su instrumento básico de trabajo para incidir en las problemáticas psicosociales de las poblaciones de escasos recursos económicos. Demostrando que las instituciones de salud mental y servicio a la comunidad, constituyen los campos privilegiados para su aplicación ya que esta modalidad posibilita brindar un servicio psicoterapéutico a una numerosa población infantil y a sus padres, obteniendo resultados eficaces en un tiempo más corto y a un costo económico más bajo.

Además, su metodología no sólo es empleada con fines psicoterapéuticos, sino que también está orientada a objetivos psicoprofilácticos en el campo de la salud mental, como son la enseñanza escolar y la elaboración de situaciones emergentes generadoras de graves traumas psicológicos, lo cual se verificó después del sismo de 1985 ocurrido en el D.F.; donde los Drs. Dupont y Jinich intervinieron con el profesionalismo que los destaca, entrenando psicoterapeutas y capacitando voluntarios para el auxilio a los damnificados.

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La presente investigación, deriva de nuestra experiencia de trabajo con este importante y valioso modelo de intervención psicoterapéutico grupal para niños (GIN) y para sus padres (GAP), mismo que desde febrero de 1992, venimos aplicando en la Central de Servicios a la Comunidad (Ce. Se. Co.) Lomas de Casa Blanca No. 2, al haberlo incorporado en el programa intitulado "Desarrollo Psicosexual Infantil" que está dirigido fundamentalmente a la atención psicológica de aquellos niños con múltiples conflictos emocionales, manifestados en una amplia gama de dificultades en el ámbito escolar, que van desde problemas de aprendizaje hasta conductas de agresión; así como aquellos niños que presentan una gran diversidad de síntomas psicopatológicos (enuresis, encopresis, cleptomanía, depresión, obesidad, bulimia, anorexia, problemas de lenguaje, etc.), producto de su historia personal (evolutiva e intrapsíquica), de su entorno interaccional (familiar, sociocultural) y desde luego de las condiciones sociales que representa el vivir en una zona urbana-popular como Lomas de Casa Blanca y alrededores.

Esta colonia ubicada al sur de esta ciudad, constituye el prototipo viviente de muchas otras zonas del estado y del país caracterizadas por

un crecimiento amorfo, caótico y no planificado. Encontrándonos, en uno de los asentamientos humanos populares más grandes de Querétaro, cuya población actualmente rebasa los 180,000 habitantes siendo altamente heterogénea en la medida en que proceden de diferentes lugares, principalmente del medio rural y de las zonas suburbanas de la capital. Dicha población está constituida en su mayoría por niños y adolescentes, mismos que se encuentran muchas veces en un completo abandono, ya que prevalece la desintegración familiar, la delincuencia, el alcoholismo, la drogadicción, violencia física y sexual, abandonos tempranos (principalmente del progenitor varón), incestos, madres solteras y otros que no dejan de ser importantes. Por lo mismo, esta zona propicia gran cantidad de conflictos sociales que requieren ser abordados por diversas instituciones.

A estas problemáticas psicosociales complejas se suma un bajo nivel de educación formal y una situación socioeconómica precaria, donde un número considerable de habitantes integran las filas del subempleo y desempleo. Aunque también existe una importante población obrera y de otros servicios. Ocupando muy pocas veces "viviendas unifamiliares" ya que generalmente viven en "casas de vecindad", lo cual fomenta más aún la promiscuidad, generando el despertar temprano del niño a la

seudogenitalidad, vivida en muchas ocasiones con violencia como suele ocurrir en los incidentes sexuales (incestos, violaciones).

Bajo estos requerimientos y exigencias de la vida real y cotidiana de los pacientes de esta zona popular, nos vimos en la necesidad de buscar una alternativa psicoterapéutica que nos permita responder a la fuerte demanda de la población infantil en un tiempo menor, interviniendo precozmente en la psicopatología de estos incluyendo su contexto familiar y reduciendo la deserción propiciada en gran parte por los propios progenitores.

Corroborando que la modalidad clínica GIN-GAP nos ofrecía un alto grado de efectividad terapéutica por ser aplicable a contextos similares al nuestro, constituyendo una excelente opción de atención psicológica especializada para sectores de población con escasos recursos económicos que se ven doblemente conflictuados a partir de sus condiciones históricas, culturales, económicas y sociales; en interacción con sus contenidos intrapsíquicos.

De ahí que la investigación que presentamos tiene por finalidad exponer el origen histórico de este modelo psicoterapéutico en Querétaro, su incorporación a la Central de Servicios a la Comunidad Lomas de Casa

Blanca No. 2 y la evolución de la experiencia hasta su consolidación en el programa "Desarrollo Psicosexual Infantil". Es decir, que buscamos mostrar bajo una actitud crítica y propositiva, en que consiste el Modelo psicoterapéutico de los Drs. Dupont-Jinich; bajo qué condiciones se trajo, se insertó y se ha desarrollado en nuestra Central, de tal manera que al aplicarse aquí; ha tenido una readecuación que le ha dado un sello propio.

Evidentemente la propuesta que presentamos, no se reduce a historizar la experiencia que hemos tenido con el modelo GIN-GAP en Querétaro. Lo que buscamos primordialmente es validar este modelo demostrando su eficacia terapéutica en nuestro espacio de trabajo, haciendo hincapié en las modificaciones que se han suscitado a lo largo de la experiencia; modificaciones que han variado año con año. De tal modo que pretendemos hacer un balance evaluatorio de cada período, en el que se analicen y cuestionen los aciertos y errores que sirvieron o no para el siguiente período. Lo cual nos permitirá llegar a tener un modelo acorde y flexible a la problemática primordial que atendemos en este contexto.

Esto nos conducirá a una serie de objetivos, entre ellos el trabajar una propuesta de formación y entrenamiento para psicoterapeutas de grupos

infantiles y sus padres. Lo cual nos permitirá mostrar que las Centrales de Servicios a la Comunidad de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro y específicamente la de Lomas 2, es un verdadero espacio de servicio social cada vez más especializado y profesional, así como es un lugar de entrenamiento y formación que aporta nuevos conocimientos vía investigación, de tal modo que podemos estar en condiciones de proponer alternativas.

Cuando la psicología se encuentra al servicio de la práctica, una y otra se cuestionan recíprocamente, de tal forma que se construyen nuevos modelos de intervención psicológica y formación profesional. Esto es lo que ha venido sucediendo en nuestra Central.

Esta investigación surge de replantear nuestra práctica psicoterapéutica con niños y sus padres. Ahí radica su plena importancia, en la medida que nuestra investigación se ubica como un trabajo científico alternativo desde la psicología para abordar la problemática psicosocial que se nos presenta en la realidad mexicana actual.

Las nuevas condiciones que presenta nuestro mundo, ha generado nuevas problemáticas psicosociales en extremo grandes y complejas que exigen de la psicología y sus profesionales potencializarse de tal

modo que podamos comprender esta nueva realidad y estar en mejores condiciones de incidir en ella a través de intervenciones profesionales cada vez más eficaces.

En este país, la psicología tradicionalmente se ha quedado en intervenciones profesionales, donde se atiende clínicamente un solo caso. En estos momentos ya no es posible quedarse en la atención de casos aislados. La psicología y sus profesionales están obligados a crear modelos de intervención que atiendan la demanda cada vez más creciente, en términos más rápidos y efectivos. Este trabajo demuestra que esto es posible. Que los psicólogos tenemos el reto de proponer alternativas de intervención psicológica que acompañen a los nuevos escenarios internacionales, nacionales y regionales.

CAPITULO I.

BREVE NOTA HISTORICA

DE LA CENTRAL DE

SERVICIOS A LA

COMUNIDAD CESECO

LOMAS 2

BREVE NOTA HISTORICA DE LA CENTRAL DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD CESECO LOMAS 2.

Llevar a cabo una breve reflexión histórica de la Central de Servicios a la Comunidad Lomas II, con el propósito de contextualizar nuestra

investigación, es del todo imprescindible ya que será a partir de tales puntos de referencia que lograremos presentar y justificar en buena medida las tareas clínicas y formativas que hemos venido realizando en la Ce.Se.Co. Lomas 2, y de cómo tales actividades nos conducen a desarrollar investigación científica en la misma.

En nuestro caso entendemos que el proceso investigativo no podía ser a la inversa; primero la investigación y luego la propuesta de trabajo clínico. Consideramos que esta investigación, surge de la práctica clínica y no antes. De una práctica que originalmente se organiza bajo la lógica del método básico de ensayar y errar. Por eso sólo podía surgir luego de problematizar nuestra intervención terapéutica con niños y no al margen de ella. Consideramos que es aquí donde radica básicamente el valor de la presente investigación, en la medida que en ella se busca sistematizar, teorizar y validar la práctica terapéutica que realizamos con niños y sus padres en los últimos cinco años, con el fin

de mostrarla, como una alternativa valiosa de atención psicológica desde la clínica para niños en edad de latencia y desde luego como una propuesta sólida para formar terapeutas de infantes y los padres de estos, en un momento histórico de nuestro entorno nacional e internacional, caracterizado básicamente por una crisis económica-política generalizada en los llamados países tercermundistas quienes sostienen la riqueza de las naciones desarrolladas o del primer mundo a costa de su empobrecimiento. Es un momento y espacio histórico donde las representaciones sociales de los sujetos muestran una grave insatisfacción que genera un malestar psicológico profundo en nuestra sociedad. Por tal razón, entendemos que urgen alternativas para enfrentar tal problemática.

Regresando al objetivo de contextualizar históricamente nuestra Ce.Se.Co. y dentro de ella la investigación que nos trae aquí, diremos que coincidimos con todos aquellos que afirman que la actividad académica y el saber científico siempre se encuentran intervencidos, de alguna forma, a las diversas y complejas condiciones de carácter histórico-social que las rodean. Este planteamiento concluye que nunca se dan al margen de ella.

En tal sentido, el quehacer científico-académico no se entiende y no se puede reducir a lo que en epistemología se le ha dado en llamar estructura de la ciencia, es decir: objeto de estudio, método, teorías, criterios de validación, etc. El proceso científico exige tomar plena consciencia de las múltiples y complejos elementos que en conjunto, hacen que surja y se desarrollen ciertas prácticas científicas y no otras. Dicho de otro modo, afirmamos que en el ámbito de la ciencia, no solo están en juego las teorías, técnicas, métodos y sus criterios de validación.

Son entonces el conjunto de condiciones económicas, políticas, sociales e ideológicas, entre otras, quienes constituyen lo que llamamos contexto histórico-social de la ciencia y que nos proponemos reflexionar, desde una óptica Kuhniana, para entender mejor la aparición y desarrollo de la Ce.Se.Co., Lomas 2. Esto nos permitirá en consecuencia, entender las prácticas que se han llevado a cabo desde el origen de la misma y de como también han desaparecido algunas, para que, finalmente, estemos en condiciones de contextualizar la presente investigación.

Lo que a continuación presentamos, constituye una breve nota histórica de nuestra Central, que no por pequeña, escasa de valor. Perseguimos

con ella un intento de historizar el trabajo que hemos venido realizando en la misma, sobre todo para quienes ignoran las actividades clínicas desarrolladas. La nota nos permite simultáneamente contextualizar el modelo GIN-GAP en Querétaro, y de cómo este ha sido ricamente reformulado y readecuado a nuestras circunstancias institucionales y sociales, hasta llegar a la propuesta actual del mismo.

Por tal razón, este breve recorrido histórico, incluirá dos apartados: En el primero se expondrá la constitución de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro y la creación de las Centrales de Servicio a la Comunidad. En el segundo, plantearemos el surgimiento y desarrollo de la Ce.Se.Co., Lomas 2.

DE LA CONSTITUCIÓN DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA U.A.Q., A LA CREACIÓN DE LAS CENTRALES DE SERVICIO A LA COMUNIDAD.

Cronológicamente el surgimiento de nuestra Escuela de Psicología se ubica en octubre de 1966 cuando en sesión de Consejo Académico de la Universidad Autónoma de Querétaro se aprobó su creación; abriendo sus puertas a los estudiantes de la psicología hasta febrero de 1967.

Lo primero que podemos observar en el nacimiento de la Facultad; es un conjunto de condiciones complejas que rodean su origen y que podemos dividirlas en internas y externas. Las primeras se refieren a la dinámica contradictoria que al interior de la universidad se vivían cuando se inicia el proceso de gestación de la Escuela de Psicología. Las condiciones externas las ubicamos como aquellas que provienen del entorno estatal, regional, nacional e internacional, las cuales van a tener una significancia importante en el origen y desarrollo, de nuestra escuela ya que tales condiciones le van a dar una direccionalidad y un lugar social en los diferentes grupos sociales de Querétaro y desde luego al interior de la Universidad donde se libra una lucha entre dos opciones: crear la escuela de medicina o una escuela que atendiera los fenómenos sociales. Ante ésta disyuntiva se crea la Escuela de

Psicología, con el rechazo abierto o encubierto de ciertos grupos de la propia Universidad que disputaban la hegemonía en la misma. Reflexionar estas situaciones nos proporcionaría un conocimiento más claro de la prehistoria de la escuela de psicología y por ende, entender mejor su incipiente inicio de actividades académicas, así como su ulterior desarrollo hasta llegar al presente con el fin de planear su futuro.

A finales de los sesenta, en el plano internacional observamos que el mundo está dividido en dos grandes bloques de poder ideológico, político y económico. Por un lado, los Estados Unidos como el líder de los países occidentales organizados económica y políticamente por el capitalismo que se caracteriza por plantear su modelo. Por otro lado, tenemos a la Ex-Unión Soviética liderando al bloque de países llamados socialistas que se vienen desarrollando bajo una lógica económica diferente. Asimismo, los años sesenta se caracterizan por la llamada guerra fría entre estos dos frentes, donde ambos bloques buscaban la hegemonía geopolítica luego de la II guerra mundial.

La historia: nos muestra un mundo polarizado y antagónico: capitalismo “versus” comunismo. En el panorama nacional, los sesenta y setenta son considerados como la etapa de desarrollo industrial del país en

zonas con tradición fabril como el D.F., Edo. de México, Monterrey y Guadalajara y otros nuevos como Querétaro, Cuernavaca, y León. En México al igual que en muchos países se reproduce la misma lucha ideológica internacional.

Otra característica económica-política importante de estas décadas, es el “boom” petrolero del país, al descubrirse yacimientos importantes del crudo en el sureste de México. (López Portillo Presidente de la República en ese entonces decía “preparémonos para administrar la riqueza”).

Estas condiciones entre otras, propiciaron que México abandonara abrupta y torpemente el campo y las actividades agropecuarias, que en ese tiempo eran las más fundamentales en su economía, para adoptar como modelo central de desarrollo la producción industrial como el eje del proyecto económico-político de los gobiernos de ese tiempo. Actualmente sucede un fenómeno similar pero con las características globalizadas del neoliberalismo.

Regional y estatalmente, el proyecto de quienes conducían nuestro país, ya habían marcado a Querétaro, por su ubicación geográfica en el centro del país, como un polo extremadamente atractivo para el

desarrollo industrial. Este modelo priorizó en todo momento la inversión nacional y extranjera, dándole todas las facilidades para establecerse en el estado. Tales facilidades incluían desde luego un ambiente de “paz social” a como diera lugar.

La industria que sustituyó abruptamente la producción agrícola, en las ciudades de Querétaro y San Juan del Río produjo rápidamente transformaciones en todos los ámbitos de la población, tal propuesta de desarrollo para el Estado de Querétaro propició una auténtica revolución en el imaginario colectivo y en las formas de organización social, generándose con ello, problemáticas psicosociales novedosas para los habitantes de estas ciudades.

El proceso de industrialización propicio aceleradamente que la población básicamente campesina y rural, se convirtiera en obrera y ciudadina. Su anterior escenario psicosocial cambió radicalmente en una sola generación y por lo tanto el nuevo les exigió construir representaciones sociales nuevas que les permitirán sobrevivir a los cambios para los cuales nadie estaba preparado.

Nuestros gobernantes como siempre, se preocuparon desde el principio por los señores del capital y sus intereses, pero no así del grueso de la

población. Una sola prueba de ello, era que, mientras las fábricas se instalaban en las mejores tierras del municipio (zona industrial) con servicios inmejorables y a precios de regalo, los futuros obreros y sus familias hacían crecer a la mancha urbana en forma desordenada y sin los más mínimos servicios urbanos. Aunado a esto, ante el auge fabril queretano, no tardó en aparecer el fenómeno de la llegada masiva de inmigrantes deslumbrados con la promesa de desarrollo y progreso, provenientes del interior del estado, así como de otros estados y lugares, particularmente por ser mayoría, de Guanajuato y del D.F., quienes vinieron a instalarse preferentemente a San Juan del Río y Querétaro, ciudades hasta ese momento caracterizadas por ser sociedades muy cerradas en tanto apegadas a sus modos y costumbres culturales. Ante la llegada masiva de inmigrantes con representaciones sociales diferentes, la sociedad queretana tendió a cerrarse más al principio, para finalmente asumir los cambios a pesar de todo.

La sociedad actual de Querétaro al igual que otras ciudades y regiones del país se encuentran en un proceso de recomposición social.

Este proceso social que se ha gestado en el Querétaro de las últimas tres décadas se encuentra en sincronía y sintonía con el desarrollo nacional y mundial llamado de modernización; que si bien ha producido

avances económicos y sociales en la población, es menester reconocer que también dicho proceso de modernización es directamente responsable del empobrecimiento generalizado de la población y haber generado graves problemas en la sociedad y el entorno ecológico.

Como hemos podido constatar a lo largo de este recorrido, la creación de la ahora Facultad de psicología en la Universidad Autónoma de Querétaro coincide con el proyecto de desarrollo industrial que ya se había puesto en marcha en el Estado, en sus dos ciudades principales, Querétaro y San Juan del Río.

El proceso de industrialización planteó nuevas problemáticas no solo para las fábricas sino al conjunto de la sociedad donde aparecieron con mayor fuerza y claridad fenómenos y conflictos psicosociales inéditos que era necesario entender y resolver. Es en ese contexto donde surge nuestra escuela de Psicología; que desde su nacimiento suscitó un malestar profundo en el sector de población más conservador y retrogrado, el cual llegó incluso, según narran quienes lo vivieron, a promover actitudes de linchamiento real contra los fundadores de esta escuela; quienes cuestionaban indirectamente el orden establecido y aparecían a los ojos de este grupo medieval como la encarnación misma del "mal", lo cual puede entenderse a posteriori, como reflexión al

respecto, consideramos que la psicología y sus profesionales eran y hoy todavía son vistos intuitivamente, como una amenaza en virtud de que son ellos quienes “develan” aquellas representaciones concientes o inconscientes, cargadas de sentimientos de angustia y vergüenza.

Ante el crecimiento acelerado de la población en la ciudad de Querétaro y las problemáticas psicosociales que generó el proceso de transformación de una economía y sociedad oriundamente campesina en urbana y obrera, es que la Facultad de Psicología tratando de dar respuesta a la demanda implícita de intervención especializada desde la psicología, creó un espacio de atención y servicios psicológicos dirigidos a la población queretana, donde se buscaba cumplir con dos objetivos complementarios: atender psicológicamente a la población pobre; al tiempo que los alumnos y docentes tendrían un espacio para prácticas profesionales.

Es así como surge la primera Central de Servicios a la Comunidad en 1978 con una serie de dificultades para llevar a cabo los objetivos para lo cual fue creada; decayendo en actividades fantasmas y alejados de la psicología durante un año y medio que a decir del propio coordinador de ese tiempo, más bien “encubrían actividades de orden étílico-sexuales” (pág. 13. Rev. 19 de Psicología y Sociedad, U.A.Q., septiembre 1983).

Más tarde con otros coordinadores empezaron a trazarse objetivos académicos y de servicios. Luego, poco a poco, el trabajo de extensión de la universidad, propicia que aparezcan más centrales en diferentes puntos del Estado y la ciudad; entre ellas la nuestra.

ANALISIS CRITICO DE LA HISTORIA DE CESECO LOMAS 2.

Es menester, en este apartado reflexivo, considerar en forma sintética el origen y desarrollo que ha tenido Ce.Se.Co. Lomas 2, hasta nuestros días.

El surgimiento de esta Central de ubica en agosto de 1986, a partir de dos programas: “La Banda Pato” y “Guarderías Populares”.

Los objetivos del primer programa consistían en promover la prevención y rehabilitación de la farmacodependencia y delincuencia en los miembros de la mencionada “banda”. Se proponía también aprovechar su capacidad organizativa y creativa, dirigiéndolas hacia actividades socialmente constructivas. Asimismo, se buscaba que la comunidad en una actitud comprensiva, coadyuvara en la solución que generaba la “banda”. Aunque los objetivos eran bondadosos de por si, este programa tuvo que ser cerrado en abril de 1988, en virtud de que fue un

fracaso y no consiguió el cumplimiento de sus tareas. El análisis clínico posterior ha mostrado que tal programa carecía de un marco teórico-técnico adecuado que sirviera de referente para la práctica, tampoco se contaba con un equipo de maestros y alumnos capacitados en la tarea de "como hacerlo".

La reflexión posterior también ha mostrado que el Coordinador de tal Programa de "Bandas" estaba más interesado en realizar una investigación surgida de necesidades personales para obtener el grado de maestría, que en ofrecer un servicio comprometido y de calidad a la comunidad, la cual detectó el poco interés hacia ellos. Tal parece que los jóvenes integrantes de la llamada "Banda pato", ante las actitudes del programa y sus colaboradores, se repetía nuevamente su larga historia de abandono y caos intrafamiliar y social, debido a las actuaciones caóticas, ambivalentes y de poco compromiso profesional de los miembros del programa.

Esto nos lleva a pensar que los programas de prácticas y de servicio a la comunidad, que se propongan en los sucesivos deberán estar avalados por una demanda explícita o implícita de la propia comunidad y no a partir de los intereses o estado de ánimo de quienes lo propongan. Así también para no caer en actitudes voluntaristas, es

menester un marco teórico-técnico que sustente las actividades de los programas.

El programa de “Guarderías Populares”, apareció en abril de 1985, buscando constituir una guardería autogestiva. Es decir, crear un espacio donde se pudiese atender a niños en forma integral a los hijos de madres trabajadoras, habitantes de Lomas, siendo ellas mismas quiénes en forma consciente se harían cargo de dicho centro de atención a sus hijos, bajo una forma de organización autogestionaria.

La historia del programa “Guarderías Populares”, se parece al de “La Banda Pato”, en cuanto que el programa no tenía un marco teórico-técnico que estructurara en todas sus partes y acciones la difícil y delicada responsabilidad de abrir una “Guardería”. Tampoco tenían en equipo bien entrenado que involucrara a las madres en forma conciente y consistente en la tarea autogestiva. Pero sobre todo, no contaban con un financiamiento mínimo seguro que permitiera la confianza para la permanencia del programa. Parece ser que el grupo de madres detectó esta endeble propuesta y se fue alejando paulatinamente, al grado de tener que cerrar oficialmente en abril de 1988 el programa.

De cualquier manera, estos dos programas, gestadores de nuestra Ce.Se.Co., han orientado nuestro trabajo hacia dos temáticas que en realidad son dos demandas de atención comunitarias para intervenir desde la psicología y de otras disciplinas afines: LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES, quienes de hecho conforman estadísticamente el grupo más numerosos de la población de este sector de la ciudad.

Ante el fracaso de los programas de atención comunitaria mencionados, atinadamente quien quedó a cargo de esta Central, realizó una investigación que diera cuenta de las necesidades manifiestas y latentes de la población de "Lomas" y que podrían ser atendidas desde la psicología. Este sondeo de opinión mostró la necesidad imperiosa de abordar la problemática psicosocial que presentaban los niños y los adolescentes.

De aquí surgieron algunas actividades que consideramos puente ya que intentaban conjuntar por un lado la demanda manifiesta de la población, "atender a sus hijos", y por otro, hacerlo desde la psicología y con un rol de psicólogos. Estas actividades fueron: "Talleres Infantiles" y "Actividades Didácticas".

Quién había quedado a cargo de la Central, pronto se percató que en realidad detrás de la demanda manifiesta, se encubría una latente donde se hallaban conflictos más profundos, que requerían ser abordados con mayor seriedad profesional.

Estas fueron algunas de las condiciones propicias para crear programas con mayor claridad que recuperan los aciertos y desaciertos tenidos en las experiencias pasadas. Se requería de auténticos programas que conjugaran simultáneamente: demandas explícitas e implícitas de carácter psicosocial de la comunidad, mayor claridad teórica-técnica, recursos humanos docentes, entrenamiento a los alumnos que se integran a ellos desde luego un compromiso de servicio sólido y de calidad con la comunidad que propiciara aceptación y arraigo de nuestra Institución.

Son los programas de: "PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA" este primero y "PROBLEMAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL INFANTIL", posteriormente, quiénes en forma clara y madura, aunque no perfecta, constituyeron una propuesta cualitativamente diferente a las anteriores. Estos programas constituyeron el renacimiento de la Ce.Se.Co. Lomas 2, e incluso de otras, en la medida que fueron las primeras propuestas que mostraban coherencia entre los objetivos con

que fueron creados, la estrategia o metodología para llevarlos a cabo y sustentados científicamente por teorías y técnicas.

Antes que estos programas se plantearan, la crisis de ésta Central era tan seria, que los docentes y alumnos que trabajaban en la misma, ya habían abandonado el barco. Ya ni siquiera con un espacio físico se contaba para llevar a cabo las futuras actividades que se programaran cuando se aceptaron nuestros programas, tuvimos que empezar de cero, con grandes carencias y limitaciones. Al principio las actividades de nuestros programas las hicimos en las mismas escuelas, primarias y secundarias de la zona, quienes nos albergaron inicialmente. Carecíamos de todo, pero no de entusiasmo y claridad en lo que queríamos. Esto fue tan patente, que las Autoridades Universitarias se vieron obligadas a financiar nuevas instalaciones en donde se desarrollarían los programas. Nuestro edificio fue inaugurado en Junio de 1990, por el Rector, el director de Psicología, Autoridades Estatales, Municipales, Delegacionales, Representantes de las Escuelas Primarias y Secundarias y desde luego por los propios beneficiarios de los servicios que prestaban los dos programas. En ese momento, sólo éramos tres docentes y ningún alumno.

En la historia reciente, es evidente que estos programas han sido fructíferos en todos los sentidos: hacia la comunidad de Lomas, hacia los docentes hacia los alumnos, hacia la Facultad y hacia la psicología.

A la comunidad de Lomas, en cuanto que han sido atendidos y beneficiados cada vez más y mejor con un servicio especializado que ha venido dando buenos resultados para la solución de problemáticas psicosociales e incluso la prevención de las mismas. Estos resultados han abierto nuevas perspectivas las cuales a su vez, nos han permitido ofrecer un conjunto de propuestas más científicas y profesionales. Los errores nos invitan a ver nuestras carencias para cubrirlas lo mejor posible, pero sobre todo, de los errores aprendemos y lo seguiremos haciendo.

Hoy día, podemos afirmar con satisfacción, que nuestra Central cumple con tres objetivos que consideramos fundamentales en virtud de que son quienes justifican y guían su existencia.

Tales objetivos complementarios son: el servicio psicológico comunitario, la formación permanente y la investigación.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO-TECNICO

DEL

MODELO PSICOTERAPEUTICO

GIN-GAP

CONSIDERACIONES INICIALES

Lo que diferencia las prácticas psicológicas profesionales de cualquier otra actividad humana dirigida a producir efectos psicosociales en los sujetos, es que las primeras se encuentran sustentadas en los discursos científicos y las segundas, responden únicamente a un conjunto de valores e intereses ideológicos.

Cuando las intervenciones psicológicas no tienen un repaldo teórico que especifique y clarifique tanto los objetivos que persigue como su aplicación práctica, estaríamos entonces ante cualquier cosa menos un trabajo serio y profesional. Tales prácticas que dicho sea de paso, lamentablemente abundan, son mera ideología que esconde en la mayoría de las veces sus verdaderos fines.

Hace mucha falta realizar reflexiones críticas de carácter epistemológico para desenmascarar tales actividades pseudoprofesionales. Sólo así iremos avanzando en el terreno de la ciencia y su aplicación en la práctica.

En tal sentido, estamos de acuerdo con todos aquellos que consideran que trabajar en el campo práctico de la psicología requiere en todo

momento, de avalar nuestra labor con una formación teórica-técnica profundamente seria. Es decir, una formación profesional permanente y eminentemente auto-crítica.

Aunque los discursos teóricos tienen como característica ser el resultado de elevados procesos intelectuales y la práctica profesional constituye un acto irrepetible que se mueve por los caprichos propios de la compleja realidad que aborda, ambos procesos nunca están divorciados: la práctica lleva a teoría y ésta a nuevas prácticas, las cuales a su vez, producirán más y mejor conocimiento. Una buena práctica implica siempre una buena teoría y viceversa.

Las teorías psicológicas y otras afines nos proveen de esquemas referenciales las cuales permiten acercarnos y abordar a la realidad psicosocial. De no tener estos instrumentos conceptuales, el mundo se nos presentaría sólo como un gran caos. El profano cuando se enfrenta a su realidad cotidiana, la aborda también, pero con esquemas referenciales que devienen de: “su sentido común”, “sus valores”, “sus sentimientos”, “su ideología”, etc. En cambio el esquema referencial del profesional es todo un sistema conceptual que posibilita dar primero que nada, un orden al caos y luego, propiciar los cambios.

Hay que tener muy presente que en muchas ocasiones, el sistema conceptual que posee el profesional se convierte en un auténtico aparato que obtura y taponea la posibilidad de “leer” y “escuchar” la realidad. Tenemos que advertir del peligro frecuente que representan los marcos de referencia rígidos. Lejos de constituir una herramienta intelectual para transformar la realidad psicosocial, se pueden, y de hecho lo son, un instrumento que se emplea y alía con el “status quo”.

Estas breves consideraciones, nos van justificando la gran importancia y necesidad de esclarecer cual es el marco teórico-técnico que hemos ido reconstruyendo y readecuando para trabajar en el modelo psicoterapéutico GIN-GAP, que venimos aplicando en Ce.Se.Co. Lomas 2. Desde luego, éste esquema referencial también sirve de fundamento para la propuesta de formación de terapeutas bajo esta modalidad.

Antes de exponer el conjunto de teorías y técnicas que se organizan en torno al GIN-GAP, versión Querétaro, es indispensable detenernos para realizar una serie de consideraciones epistemológicas que ofrezcan un punto de partida y una base sólida a nuestro marco referencial.

Nos referimos primera que nada, a la necesidad que tenemos de construir una definición operativa sobre el empleo que le daremos al concepto de marco teórico-técnico, en ésta tesis.

DEFINICION DE MARCO TEORICO-TECNICO.

La formación en cualquier disciplina científica consiste básicamente en que el profesional auto-construya su marco, teórico-técnico de referencia que le permita operar en prácticas concretas elegidas por el mismo. Los maestros e instituciones solo facilitan (u obstruyen) el proceso formativo.

El marco teórico-técnico podemos considerarlo como un complejo sistema conceptual organizado alrededor de prácticas profesionales o de investigación científica. La auto-construcción de dicho esquema, adquiere características propias, según la disciplina de que se trate.

En el caso de la psicología y en particular de la psicoterapia, como una práctica especializada de la misma, la formación profesional adquiere características altamente complejas por varias razones.

Primero, el futuro psicólogo o psicoterapeuta se encuentra ante un conjunto de información psicológica en desorden y hasta confusa. La historia de la psicología nos muestra este hecho en forma evidente. Nuestra ciencia nació y se desarrolló hasta nuestros días, a partir de una pluralidad de escuelas, corrientes o sistemas en psicología. La enorme complejidad que implica el objeto de la psicología: los procesos psicosociales del sujeto, obligaron a los creadores de la psicología, a realizar un recorte ontológico-instrumental de ese gran objeto de estudio. Parece ser que la psicología no tenía más posibilidad que esa, para desarrollarse.

Esta fragmentación (necesaria al principio) no solo ha producido la construcción parcial de objetos de estudio; de metodologías y cuerpos teóricos. Detrás de estas propuestas encontramos también profundas concepciones de hombre e ideologías implícitas o explícitas. Así mismo, encontramos enfoques de enseñanza que devienen de dicha parcialización.

Las alternativas psicológicas al conformarse como escuelas, necesariamente han necesitado reproducirse a partir del proceso de formación de nuevos seguidores. Nos parece que ésto ha sido y es un grave problema que observamos en los procesos de formación en

nuestra disciplina. Esta escotomización necesaria al principio para crecer, fue creando poco a poco, formaciones profesionales que distan mucho de serlo, en virtud de que una gran cantidad de psicólogos y psicoterapeutas, se encuentran auténticamente atrapados en formaciones dogmáticas y partidistas que en nada favorecen la construcción de nuevas prácticas y teorías. Estas posturas han confundido dramáticamente el saber científico con los dogmas religiosos; la práctica de la realidad con el pragmatismo superficial basado en “el pan nuestro de cada día”.

Como observamos claramente, la psicología, entendida como ciencia todavía no tiene el avance científico que le permita una unidad epistemológica coherentemente organizada que ofrezca una retotalización de su objeto de estudio. Habría que considerar que, el hombre psico-socialmente hablando, es simultáneamente, un ser que tiene conductas (conductismo), percepciones (Gestalt), cognición (psicogenética), consciente-preconsciente-inconsciente (psicoanálisis) relaciones reales con su familia, (teoría sistémica); así como representaciones sociales, etc.

La enseñanza en la inmensa mayoría de escuelas, facultades e instituciones de formación de psicólogos y psicoterapeutas, del país y

del mundo, lamentablemente continúan repitiendo los caducos modelos de formación, donde impera la fragmentación y dogmatización de la psicología. Desconocen la posibilidad de retotalizar la psicología. Conciben que la pluralidad psicológica constituye el peor obstáculo para su desarrollo. Nosotros por el contrario vemos con esperanza, que es precisamente en esa diversidad donde se halla la riqueza actual de la disciplina. Ahí encontramos el punto de partida para la reorientación de la psicología en todas sus dimensiones: 1.- como disciplina científica, 2.- como proceso de enseñanza, 3.- como práctica profesional y 4.- como proceso de investigación.

Si ya de por sí la formación profesional de psicólogos y psicoterapeutas se dificulta por los peligros de la enseñanza, tenemos que expresar con mucha claridad que la formación en esta disciplina no se reduce a la adquisición y asimilación de teorías y técnicas. La formación profesional incluye necesariamente un conocimiento de nuestra propia subjetividad afectiva-cognitiva, vehiculizada en representaciones conscientes-preconscientes-inconscientes. Es decir, al esquema referencial de los psicólogos y psicoterapeutas, se integra el conocimiento de nuestro propio deseo y de como lo hemos venido poniendo en juego a lo largo de nuestra existencia.

Pero se equivocan si piensan que el tener conocimiento teórico-técnico de nuestra disciplina y de otras afines, aunado al saber de la subjetividad es suficiente para una formación profesional seria. En virtud de que nuestro objeto de conocimiento es el sujeto y este es eminentemente un ser psicosocial, es imprescindible también tener un conocimiento del lugar social que tenemos, resulta una obligación ética para nosotros tener una claridad sobre nuestros valores e intereses ideológicos y políticos.

El saber de nuestro deseo y lugar social es una necesidad del terapeuta y del psicólogo en general para no perderse en actuaciones contratransferenciales e ideológicas.

Con la reflexiones anteriores, estamos en condiciones de plantear lo que entendemos por marco teórico-técnico, en la formación de terapeutas del GIN-GAP.

Al igual que le sucede a todo psicólogo y psicoterapeuta el futuro terapeuta de GIN-GAP, tiene ante si la rica diversidad teórica técnica que conlleva la psicología. Y el saber que ofrecen otras disciplinas afines que enriquecen nuestra práctica:

El esquema de referencia del terapeuta en GIN-GAP, requiere necesariamente de un proceso de selectivización de teorías y técnicas contenidos en la inmensa pluralidad que implica la psicología. Las limitaciones humanas y sobre todo los objetivos terapéuticos del GIN-GAP, son quienes exigen la recuperación selectiva de lo conceptual y de lo técnico; reconociendo en todo momento el empleo parcial que realizamos de las mismas. En eso consiste el proceso de auto-construcción del marco teórico-técnico referencial, lo cual sólo es posible con la ayuda de la crítica epistemológica.

La epistemología nos permite diferenciar el conocimiento científico, como representación conceptual de la realidad, de la simple descripción superficial. Asimismo, distingue la técnica avalada teóricamente de lo que es una mera "receta de cocina". Gracias a la epistemología entendemos que las teorías y técnicas son herramientas para operar en el mundo, ya sea para mantener el estado de cosas o para transformarlo. El conocimiento científico no es la verdad; es tan sólo su búsqueda. Los conceptos intentan representar a la realidad, no son una réplica exacta de la misma.

El marco teórico-técnico que concebimos tiene por característica primordial ser abierto y flexible. Esto hace que permanentemente se

someta a la crítica epistémica, lo cual garantiza su reconstrucción cada vez que es necesario. Esta es una enseñanza que hemos obtenido de nuestros maestros, los Doctores Jinich y Dupont, quienes a partir de una metodología elemental de ensayo y error, crearon y desarrollaron durante los últimos 20 años el modelo GIN-GAP, el cual sigue creciendo por esa apertura y flexibilidad teórica técnica. Ellos entienden que son las condiciones de la realidad psicosocial e institucional, las que cuestionan y le dan directriz a los marcos de referencia, a los cuales se les exige permanentemente que se sustenten en todo momento en el discurso científico.

Nos ha quedado muy claro que el objeto sujeto de estudio y de práctica de los terapeutas del GIN-GAP, son los niños, sus padres y su familia. Mantenemos por tanto, una relación de sujeto a sujeto (transfereñcia-contratransferencia) que obliga a tomar en cuenta nuestro deseo y lugar social. El esquema referencial que poseemos, está integrado por nuestros propios aparatos psicosociales. Con ellos trabajamos y por ende, requerimos que el terapeuta en formación se halle en procesos que lo llevan a un saber de si mismo (análisis personal) y de como maneja su personalidad y valores tanto en el trabajo en el GIN o en el GAP, como en la relación interpersonal con los integrantes del equipo y con la institución (supervisión y grupo operativo).

Luego de estas consideraciones epistemológicas, estamos en condiciones de avanzar en la explicación del marco teórico-técnico que sostiene al modelo de intervención GIN-GAP y del proceso de formación en Querétaro.

En seguida trataremos de sintetizar la propuesta más actual Jinich y Dupont en cuanto al desarrollo del GIN-GAP, para que finalmente pasemos a explicitar algunas aportaciones de la terapia familiar al marco teórico-técnico que le hemos realizado al modelo en su versión Querétaro.

DESARROLLO TEORICO-TECNICO DEL GIN-GAP.

La propuesta psicoterapéutica actual del GIN-GAP, es resultado de la permanente práctica-teorización que por más de dos décadas han llevado a cabo sus creadores, Dupont y Jinich, y desde luego de un grupo de colaboradores a su alrededor. La formación psicoanalítica tanto para la terapéutica individual como para la grupal, su gran interés en el trabajo con niños, constituyen a nuestro entender, los elementos centrales que fundidos en la particular creatividad y compromiso profesional de los creadores, permitieron la construcción de un modelo de intervención especializada en psicoterapia infantil.

Como podrá colegirse, la propuesta clínica de los doctores, representa simultáneamente todo un proceso de construcción del conocimiento. El inicio es un camino que va de lo simple a lo complejo; de situaciones imprevistas caóticas a formas de organización superior. Su principal método ha sido desde el principio poner en juego ideas y estrategias para confrontarlas en la práctica clínica. Es decir, el método del ensayo y el error.

Siempre fue la realidad concreta, como lo sigue siendo ahora, el parámetro más importante que obliga a validar y conservar lo valioso de la práctica clínica; o para desechar lo que resulta inoperante e intrascendente en la labor terapéutica, en este caso, con los niños.

Pero hay que consignar que Jinich y Dupont, congruentes con su formación, han mantenido en todo momento como sustento metodológico-teórico-técnico, al psicoanálisis en la construcción de su propuesta terapéutica para niños; sin dejar de tener una apertura a posiciones teóricas no psicoanalíticas, pero compatibles a ella.

El modelo GIN-GAP, que nosotros recuperamos directamente, para ponerlo en práctica en nuestra Central (CE.SE.CO. Lomas II), constituye la última versión corregida y enriquecida, elaborada por sus creadores, además de sus colaboradores, Siniego y Benenati. A ésta última versión la denominaron GIN IV, en alusión precisamente, de que corresponde a la cuarta reelaboración del modelo.

El origen del modelo terapéutico se remonta a la década de los setentas, exactamente en septiembre de 1974, cuando *“los autores buscando optimizar y abreviar los procedimientos terapéuticos individuales y grupales aplicables a niños en edad de latencia”*, construyeron una alternativa novedosa para atender pacientes infantiles.

Curiosamente la primera versión del modelo, no se llevó a cabo en alguna institución formativa o de salud mental pública. La intervención inicial se realizó en la práctica privada de Jinich y Dupont. Fue en la terapéutica privada donde nació el proyecto GIN. A dicha etapa del proyecto, los mismos creadores la denominaron GIN-O.

Desde esta aplicación inicial del modelo, podemos observar que ya conlleva una serie de elementos teóricos-técnicos-metodológicos fundamentales que se han conservado y enriquecido a la fecha. Podemos, siguiendo a los mismos creadores, resumir el GIN cero a partir de: la selección del paciente, del espacio e infraestructura terapéutica, de la estrategia clínica; de la experiencia en sí misma, de la evolución de resultados y el seguimiento que se llevó a cabo al término del tratamiento.

Del espacio e infraestructura terapéutica: consistió en *“una habitación sin ornatos, con aislamiento acústico, piso de loseta vinílica, con un gran pizarrón que ocupaba*

toda una pared; una pequeña escalera de ángulo que permitiera a los niños acceso a lo alto del pizarrón, gis y borrador. Como único mobiliario, sillas pequeñas de plástico irrompible para los niños y otras algo más grandes para nosotros dos. La habitación contaba con una ventana al exterior, a la que luego añadimos barras metálicas, ya que estábamos en un décimo piso. Dos puertas, una con acceso al baño, también con ventana al exterior, dotado de lavabo, agua, retrete y papel sanitario. Otra puerta con acceso a la sala de espera, que a su vez comunicaba con un consultorio para adultos y con el exterior”.

Como puede apreciarse, los creadores se preocuparon desde el inicio del proyecto, por tener un espacio analítico-terapéutico que permitiera poner en juego los síntomas y conflictos de los niños, así como las fantasías inconscientes que los sustentaban. Simultáneamente, tal vez previendo los altos niveles de agresión y ansiedad que iban a ser volcados en las sesiones de trabajo, el espacio o campo de acción tuvo desde este GIN-0 el objetivo de ser continente de afectos-conductas desbordadas; de tal suerte que esa habitación fue ideada para proteger emocionalmente y corporalmente a los niños que iban a ser incluidos en la experiencia terapéutica, en este caso, del GIN-0. El psicodiagnóstico realizado en entrevistas abiertas tanto al niño como a sus padres y luego la aplicación de una batería de pruebas psicológicas al infante que confirmará las conjeturas diagnósticas fueron los elementos centrales para elegir a los candidatos a tratamiento vía GIN.

Una vez admitido el niño al grupo terapéutico se establecía un contrato de trabajo que consistía básicamente: en 1).- Que los padres estuvieran a su vez en psicoterapia individual o grupal. Quienes no estaban en tratamiento se canalizaban al mismo; 2).- Se llevarían a cabo dos sesiones por semana de una hora cada una; 3).- Quienes llevaran a los niños al grupo, debían retirarse durante la hora de psicoterapia y luego recogerlos al término; 4).- Se establecieron y programaron reuniones periódicas de los terapeutas con cada niño y sus padres (después de iniciado el proceso de terapia, se convino en visitar alguna vez a los niños en su propia casa y en presencia de sus padres).

Estrategia clínica: Según nos señalan los propios creadores en su libro “Psicoterapia grupal para niños”, la estrategia que planearon, consistió en un “grupo abierto de niños en edad de latencia, heterosexual y sin límite de duración”.

La estrategia terapéutica incluía una fase de apertura donde el lugar de los terapeutas sería el de la abstención analítica, ésto es, sin lanzar consignas, buscando propiciar con ello la regresión. Con dicha regresión Dupont y Jinich, se esperaban la aparición de los mecanismos defensivos emergentes y las ansiedades subyacentes en la transferencia, que luego se interpretarían. El plan era interpretar en el aquí y ahora, lo que los chicos comunicaran verbal o corporalmente de sus padres-terapeutas. Este tipo de comunicación de los infantes fue el elegido para que los propios terapeutas se comunicaran entre ellos y con los niños. “En este

período habría que esperar una organización grupal en fragmentación, paranoide y con tendencia a la actuación”.

La estrategia clínica del GIN-0, contemplaba el desarrollo de una segunda fase donde se esperaba que en el proceso terapéutico se mostraran con plenitud los síntomas y conflictos de los pequeños dentro de la relación transferencial, lo cual permitiría desde luego, propiciar el cambio estructural de tales síntomas y conflictos que se evidenciaban dentro del espacio terapéutico y fuera del mismo. “Las interpretaciones deberían ahora abordar el campo terapéutico, el afuera de la vida de los niños; la familia, la escuela y el entorno en general”. Se esperaba mayor organización e integración grupal a medida que se consolidara el trabajo terapéutico de esta segunda fase. En todo momento con la actitud analítica de abstinencia, los terapeutas trabajarían a partir de lo que los chicos traerían como material de análisis, dándoles a ellos la iniciativa sobre los juegos o discursos. El pizarrón fue pensado para que funcionara como un “recurso suplementario que permitiría a los niños expresarse más allá de la palabra y la acción”, durante todas las fases terapéuticas.

El final de la terapia lo marcaría la evolución terapéutica de cada niño, la cual se daría después de una discusión del equipo terapéutico sobre el caso y desde luego, una vez que el niño elaborara suficientemente su despedida del grupo. “La terapia terminaría (en palabras de Jínich y Dupont) como empezó: con una entrevista de los

terapéutas con los padres, donde unos entregarían el niño a otros. Aquí se evaluaría el tratamiento desde las tres perspectivas”.

La experiencia: Según nos comparten los creadores del modelo en su libro, la experiencia en sí misma desbordó lo planeado en la estrategia. Siguiendo sus propias palabras: “la fase de apertura siguió las normas planeadas. En un primer momento, los niños asumieron un rol de alumnos o niños bien portados; adscribiéndonos implícitamente a los terapéutas el de maestros o padres vigilantes. La falta de consigna, el silencio, la ansiedad creciente y las primeras interpretaciones de la fantasía grupal, lanzaron a los niños, defensivamente, a dibujar en el pizarrón. En un intento pasajero por mantener la coherencia, decidieron por turno dibujar un cuento que inventaban en el que predominaban los devoramientos, raptos y persecuciones. Se dramatizó el cuento y se formularon interpretaciones en transferencia, en el aquí y ahora, relacionadas con la fantasía de gestación, atrapamiento y destrucción... en la primera sesión se advirtió la lucha

Después de la inicial apertura, apareció una etapa terapéutica en donde el grupo de niños, dio rienda suelta a una serie de fantasías y emociones reprimidas; de tal forma que las sesiones se caracterizaron por los elevados montos de ansiedad paranoide y agresión destructiva, la patología infantil se mostró en todo su esplendor. *”Durante meses, el campo terapéutico fue de batalla, con improvisados

proyectiles: gises, borradores, sillas, papel sanitario mojado o empacado y agua; en más de una ocasión se encendió fuego dentro del salón”.

Parece ser que los niveles de ansiedad y agresión fueron tan grandes que los terapeutas buscaron reforzar la contención de tales fantasmas tan arcaicos, buscando proteger más a los niños y a ellos mismos. Tal vez otros terapeutas hubieran abandonado en esos momentos el barco o bien, cambiar su lugar analítico por uno educacional. Para fortuna del proyecto, ésto no pasó y Dupont y Jinich asumieron el desafío de la ansiedad transferenciada y contratransferenciada, de tal suerte que el trabajo terapéutico con este grupo les permitió hacer varios descubrimientos y observaciones sobre la misma marcha que de ser obstáculos para el tratamiento de este grupo, se convirtieron en herramientas teóricas-técnicas-metodológicas para el desarrollo del GIN-0 y posteriormente para las siguientes versiones del proyecto.

Un primer descubrimiento que causó sorpresa, fue el escuchar a los padres de la mejoría notoria de la sintomatología inicial con la cual habían sido remitidos sus hijos a la terapia. Es decir el espacio del GIN-0 en el inicio del tratamiento sirvió para que los niños evacuaran una gran cantidad de emociones y pulsiones hasta ese momento no manifestadas, bajo un efecto catártico; que libraba a tales chicos de ese efecto pulsional de manera momentánea. Mientras en el campo GIN descargaban; en sus espacios de relación externa, bajaba la angustia y la agresión que sostenía

los síntomas. Para los coterapéutas era claro que ésto no era el anuncio de cambios profundos y estructurales, los cuales aún estaban lejos.

Otra observación importante de esta primera experiencia con el GIN que nos reportan sus creadores, es que ellos, los terapéutas en su desesperación de ser escuchados en esa fase inicial del tratamiento, llena de intensa descarga de angustia y agresión, descubrieron una forma para hacerse escuchar por esos niños que parecía imposible llegarles a través de la palabra. Esa forma de hacerse escuchar que más tarde se ha convertido en una herramienta técnica de gran valor, consistió en triangular entre los coterapéutas la interpretación dirigida al grupo o hacia algún niño. Más tarde los creadores han denominado interpretación marginal a ésta técnica que posibilita manejar terapéuticamente las resistencias que se presentan en el GIN.

Ante la agresión desbordada del grupo de niños y de éstos hacia los terapéutas creadores del modelo, buscando sobrevivir y protegerse terapéuticamente, el grupo fue manejándose con: un principio normativo que permitió darle un orden al caos agresivo de los niños y una organización primordial al grupo. Tal principio que de hecho se gestó y se actuaba en el grupo, necesitaba ser verbalizado por los terapéutas-padres-lideres, para ser validado; quienes así lo expresan en el citado libro: “formulamos la primera y única ley del grupo que, como la ley de los padres, era de doble valencia: “me pegas y te pego”, “me avientas y te aviento”, “me pisas y

te piso” y su contraparte... “me ayudas y te ayudo”, “me obsequias y te obsequio”, etc”.

La introducción de esa ley primitiva, al funcionar como organizador grupal, permitió un proceso de elaboración donde se dejó el mero proceso catártico; para dar paso a una segunda fase caracterizada por la verbalización de lo que acontecía dentro y fuera del grupo a cada uno de los niños; apareció la asimilación de la interpretación de los terapeutas. “surgieron roles grupales y ritos que se hicieron costumbre y luego cultura”.

Los chicos integrantes de ese grupo pasaron de un proceso grupal lleno de ansiedad y violencia a otro de “integración, colaboración y reparación. En esta fase logramos que, al terminar cada sesión, los pacientes nos ayudaran a colocar las cosas en su lugar”.

En virtud de que este GIN-0 tuvo la característica de ser abierto, al año de trabajo se recibió a nuevos pacientes (4). Los nuevos chicos fueron rápidamente asimilados por el grupo; de tal forma que no se reinició aquella fase inicial de regresión caótica y catártica, que había tenido el grupo. Estos nuevos integrantes pronto fueron aculturados por el grupo, con lo cual se evitó el período desgastado del inicio.

Como podrá apreciarse en este recorrido resumido del proyecto en su versión inicial GIN-0, quedan establecidos y prefigurados los principales elementos teórico-técnicos-metodológicos del modelo GIN-GAP, que posteriormente, en sus nuevas versiones, se irán consolidando.

Esto lo podemos corroborar a partir de la misma evaluación, discusión y comentarios que los propio creadores hicieron a esta intervención y que viene plasmada en el multicitado libro de los mismos. Ahí nos dicen:

“Consideramos haber logrado:

- Intervenir precozmente en la psicopatología del niño y del grupo.
- Propiciar que los padres se transformaran en promotores de la salud mental de sus hijos, introduciendo cambios en ellos mismos.
- Limitar la duración del tratamiento a un promedio de 20 meses en el primer agrupamiento y 29 meses en el segundo.
- Reducir la deserción de los pacientes a cero, y
- Resolver, o en todo caso mejorar significativamente la psicopatología del niño y sus padres”.

Y continúan: “Fue posible confirmar:

- Que el núcleo de la enfermedad de nuestros pacientes la llamada área psicótica de la personalidad, está conectada con la acumulación de agresión y ansiedad.
- Que su evacuación mejora el cuadro clínico, pero que la modificación estructural se realiza sólo por la vía de la internalización, y de la identificación con objetos

separados. Estos fenómenos propician el proceso de desarrollo del niño, su mejoría clínica y su socialización”.

En un proceso secundario de síntesis, podemos establecer que en la visión del GIN-0, queda plasmado el modelo en sus aspectos más centrales en tanto marco teórico-técnico-estratégico, los cuales podemos resumir así:

1ª Un interés por presentar un espacio terapéutico a los niños con una infraestructura que posibilite la expresión de la psicopatología infantil en transferencia; es decir, un campo de trabajo donde los pacientes pongan en juego sus fantasías, deseos, síntomas y conflictos acompañados de las cargas pulsionales que las motivan. Simultáneamente, desde el GIN-0 existe el interés por presentar un espacio terapéutico que contenga y proteja a los chicos de daños corporales severos. Es un espacio para jugar sin juguetes.

2ª El grupo de niños va a ser atendido por una pareja de coterapéutas de carácter heterosexual que va a tener un valor terapéutico importante, en la medida que los chicos casi de inmediato, visualizan a la pareja por efecto de sus imagos, en sus padres. Esto los llevará a proyectar e introyectar, transferencialmente, lo sano y enfermo que tales pacientes niños conllevan en sus estructuras.

Por otro lado, la pareja terapéutica sirve para contenerse mutuamente de los excesivos montos de ansiedad contratransferencial y rescatarse también de los procesos regresivos y evitar caer en la actuación terapéutica. Se hace particular hincapié en la formación especializada de los terapeutas: Un manejo teórico-técnico claro, al tiempo de la exigencia de un buen análisis individual.

3ª Los niños que vivirán la experiencia del GIN, tienen que ser seleccionados mediante un psicodiagnóstico complementario: a) la entrevista analítica abierta de los padres y el niño candidato y, b) la aplicación de una batería de pruebas psicológicas que confirmen y amplíen la información del caso, o, disconfirman las observaciones iniciales.

De esta etapa preterapéutica de diagnóstico y selección se ha llegado a determinar que, en virtud de que los niños en GIN, están en un espacio de gran libertad para expresarse y de que en muchos momentos tal expresión es catártica y corporal, los niños que presentan deficiencias físicas reales, tales como: los retrasados mentales, sordos, mancos, cojos, etc., mostrarían una clara desventaja con respecto a otros niños que no tienen tales déficits físicos y correrían el riesgo de ser agredidos peligrosa e innecesariamente. Por lo tanto, tales chicos son descartados para el trabajo psicoterapéutico bajo esta modalidad.

4ª Desde el inicio del modelo, los terapeutas asumen una postura de abstinencia, es decir de escucha analítica. Por tanto, desde la primera sesión no proponen consignas al GIN y mantienen una atención flotante; dispuestos a meterse con su propio cuerpo en la dinámica grupal de cada sesión pero siempre, esperando que sea el deseo de cada niño y del grupo, quienes lleven el curso y ritmo de la sesión

5ª Teórica-técnicamente, se reconoce que la fase inicial de la terapia en GIN, implica esperar que el grupo de niños pasarán necesariamente por una etapa catártica y de evacuación pulsional; caracterizada por montos de agresión y angustia muy altos. El reconocimiento de estos procesos de regresión arcaica de los infantes ha permitido entenderlos como una estrategia teórica-técnica muy importante y de la cual se reportan grandes beneficios para los niños; en la medida que, en ese espacio GIN, se contienen sus partes más psicóticas y agresivas. Esto les permite a los chicos aceptar y tolerar; y por ende, manejar, elaborar y resolver sus conflictos en Gin, en forma gradual para extenderlos posteriormente, en sus relaciones externas: su familia, escuela y comunidad. El reconocimiento de esta etapa del proceso terapéutico en GIN, va a prefigurar lo que, posteriormente se llamará: hora de acción, sinónimo de hora de descarga la cual se desarrolla sin perjuicio grave para cada chico ni tampoco los otros integrantes del grupo.

6ª Aunado a la etapa de extremo caos y de catarsis y regresión, aparece en los grupos una necesidad de sobrevivencia y por lo mismo, algo que los estructure y dé cierto orden.

Desde el GIN-0, los creadores del modelo, vislumbraron que el GIN, como cualquier grupo humano, éste es, de la cultura, requiere de ordenamientos necesarios para sobrevivir. Desde la primera experiencia, descubrieron que los propios niños establecieron una regla básica: “si me haces, te hago igual”; es decir, ponían en juego una ley cultural, tal vez una de las más arcaicas de las sociedades humanas. O sea, la Ley del Tali3n: “ojo por ojo, diente por diente”.

Esta ley les permiti3 un m3nimo de l3mites necesarios, como para ir reconociendo su propia agres3n e ir la manejando. Esto los colocaba gradualmente en la posibilidad de pensar lo que sent3an y hac3an para luego elaborarlo v3a los se3alamientos e interpretaciones de los terapeutas. Este segundo momento de trabajo terap3utico que desde el GIN-0 se mostr3, prefigura tambi3n lo que en versiones posteriores del modelo y m3s acabadas, se le llamar3 “ hora de pensar”.

7ª Desde la primera experiencia del proyecto, se entendi3 que los padres y la familia del paciente en GIN, desempe3aban un papel important3simo en el proceso terap3utico.

Aunque el proyecto al inicio no atendía directamente a los padres, se reconocía que la relación de pareja de estos, proyectaba en el niño en GIN, sus aspectos sanos y enfermos. Para que un niño pudiera ser aceptado en GIN, los padres tenían que estar en terapia analítica.

En versiones posteriores se atendió directamente a los padres, hasta llegar a su versión (GIN-IV) más elaborada. En dicha experiencia los padres, más que nunca, adquieren un papel relevante en la medida que de ellos surge el conflicto del niño y ellos mismos, resolviendo sus propios conflictos, serán capaces de ir acompañando el proceso terapéutico del hijo en GIN. De tal forma que se conviertan en aliados y no en obstaculizadores del cambio de sus hijos.

8ª Un elemento técnico que se consolida desde el GIN-0, es lo que sus creadores han dado en llamar la interpretación marginal. Esta consiste en triangular la comunicación terapéutica dirigida a un niño o al grupo, entre los propios terapeutas. Ahora también, cuando menos en la versión Querétaro, esa comunicación triangular se realiza en muchas ocasiones entre un terapeuta y otro niño del propio GIN.

Esta técnica surgió como alternativa ante las resistencias grupales e individuales para escuchar las interpretaciones de los terapeutas. Los creadores del modelo, han justificado teóricamente dicha estrategia interpretativa, aduciendo que opera porque

ese discurso en tono silencioso y escondido, los remite a la fantasía prototípica de la escena primaria, donde el niño es excluido, pero desea fervientemente ser incluido.

9ª También desde el GIN-0, podemos observar que se prefigura el tercer momento de cada sesión del GIN, es decir; el de colocar las cosas del espacio GIN en su lugar. Esto desde el principio tuvo el gran valor simbólico de reparar. Internamente en cada niño y en el grupo en su totalidad, implica reconstruir los objetos internos destruidos y dañados. Por tanto, es un proceso altamente integrativo y socializante.

Desde el GIN-0, los niños al llegar a un momento de mayor integración del proceso terapéutico fueron capaces de: dejar el cuarto limpio y las cosas en su lugar y responsabilizarse cada uno de lo que había ensuciado o destruido, abriéndose la ruta de la posible reparación”, como nos refieren Dupont y Jinich, en su multitudado texto.

10ª Aunque en el GIN-0 no se propone que los padres conformen un grupo paralelo al grupo de niños, ésto se debe a que tales padres estaban en un proceso terapéutico-analítico en forma individual y privada o, aceptaban la exigencia de iniciar un proceso de tal índole. Siempre hemos considerado que los creadores han tenido la firme convicción teórica de que los síntomas y conflictos del niño en general y en este caso en particular de los del GIN, tienen una vinculación directa con las relaciones de la familia; en la cual los padres tienen un lugar primordial en la

situación en que se hallan sus hijos. Implícitamente conciben un trabajo conjunto con los padres y explícitamente les exigían desde esta primera versión del GIN, estar en terapia con el fin de acompañar y propiciar los cambios terapéuticos y dejar por ende, de ser una resistencia imposible de manejar.

11^a El cierre terapéutico de cada niño queda en lo básico, consolidado desde esta primera versión. Los terapeutas, en una entrevista especial para ello, hacen entrega del niño que vivió la experiencia GIN, a los padres, quienes conjuntamente con los terapeutas y el niño, realizan una evaluación del proceso terapéutico. Este cierre posibilitó desde el principio, medir en cierta forma los alcances y limitaciones de la intervención terapéutica; convirtiéndose además en lo sucesivo en una especie de rito simbólico beneficioso para elaborar y cerrar el proceso terapéutico.

12^a Otro elemento metodológico del modelo GIN-GAP, que se prefigura desde su inicial versión, es el del seguimiento de los casos de infantes atendidos bajo ésta modalidad terapéutica.

Tal proceso viene constituyendo el mejor parámetro de validez terapéutica y científica que presenta el propio modelo, al permitir evaluar los resultados del proceso de tratamiento.

Es de hecho la prueba más dura que ha tenido que soportar el modelo. Gracias a ello, el modelo GIN-GAP se ha venido enriqueciendo y perdurando; en la medida que se somete a la crítica externa; pero sobre todo, a la autocrítica cuando apreciamos los resultados a través del tiempo.

El análisis del proceso de seguimiento de los casos atendidos ha sido desde la primera versión, el momento privilegiado de síntesis y recomposición del modelo. Donde se conserva lo valioso y se integra lo nuevo que enriquece, y se deja de lado lo inoperante por obsoleto del mismo.

EL GIN-I

Cuatro años después de que se inició el proyecto GIN-0, en 1978 en el Centro de Integración Juvenil (C.I.J) de Naucalpan, Estado de México, se llevó a cabo una nueva versión del proyecto, a la cual se le llamó GIN-I. En esta versión del modelo y en las tres posteriores se trabajó en forma institucional.

En el llamado GIN-I, se trasladó el modelo terapéutico de un contexto clínico-analítico-privado, a un institucional no analítico. De ser una alternativa de atención terapéutica a un sector de población económicamente privilegiado, a ser una alternativa institucional de servicio a una comunidad marcada por la pobreza y la marginación social.

Trasladar este modelo de intervención analítica y privada a una institución de servicio comunitario es ya de por sí un salto, que no todos los analistas puede digerir y avalar. Pero es todavía más escandaloso para muchos terapeutas formados o deformados la ortodoxia psicoanalítica, pensar que el trabajo clínico que propone dicho modelo, pueda ser realizado por terapeutas no entrenados psicoanalíticamente, en alguna asociación “autorizada” para ello.

De esta segunda aplicación del modelo podemos entender y recuperar para el marco teórico-técnico de nuestra versión GIN-GAP, que el GIN-I, constituye un avance en algunos aspectos técnicos, teóricos y metodológicos, sobre el GIN-0; en tanto que se propone que: el proceso de regresión que se dio en los niños del GIN-0, expresada por una intensa evacuación de la angustia y agresión , vía la transferencia, no tenía que extenderse en meses, con el consiguiente desgaste grupal y sufrimiento de los coterapeutas. El GIN-I, mostró que el tiempo de regresión se puede ir, por decirlo así, dosificando en cada sesión y por lo tanto quedar desde el inicio de la terapia manejado por los límites que expresamente comunican los propios coterapeutas. Esto posibilitó que “ la ley del grupo”, (ley del Talión), se promulgara desde el primer día de terapia.

Al igual que en el GIN-0, se hizo una selección de pacientes GIN, aquí también vía el psicodiagnóstico, se seleccionaran los pacientes. Descartándose aquellos niños que presentaran daño orgánico y de quienes los padres no se responsabilizaran del

tratamiento, el cual duraría seis meses, una sesión por semana de una hora de duración; y que tales padres trabajarían en un grupo paralelo al de sus hijos. A diferencia del GIN-0, en esta nueva versión institucional, sólo se realizó una entrevista de diagnóstico para tal selección. Otra diferencia del GIN-I con respecto al anterior, es que por vez primera se trabajó con grupos cerrados a tiempos delimitados, lo cual se viene a convertir en modalidad con las sucesivas versiones y aplicaciones del GIN.

La idea de crear un grupo de padres se basaba en la concepción psicopatológica de que el niño sintomático es el emergente de una familia. Y por lo tanto, que los padres tenían que enfrentar y esclarecer el conflicto de ellos mismos que ahora se hallaba depositado en parte o todo, en el hijo sintomático. El trabajo con los padres solo se llevó a cabo en las madres, debido a la ausencia de los padres. De cualquier forma se evidenció que el problema del hijo se remitía poco a poco al problema de ella con su cónyuge. Asimismo, la creación del grupo de padres, que ciertamente prefigura lo que a partir de GIN-IV, se llamará Grupo Analítico de Padres (GAP), se planteaba como alternativa a la terapia o análisis que llevaban a cabo paralelamente los padres de los niños en GIN-0. El grupo de padres, que en realidad como dijimos, sólo fueron las madres de los chicos quienes lo integraban, es lo novedoso del GIN-I, en este aspecto. Desde este grupo compuesto exclusivamente de madres, se observó un fenómeno que se ha venido mostrando constante en el trabajo con padres: mayor compromiso de las madres y desinterés de los padres. Es de hecho

un fenómeno no suficientemente estudiado que requiere ser investigado con mayor profundidad.

La estrategia terapéutica planeada en este caso por Dupont, quien entrenó, coordinó y supervisó al equipo y el trabajo del GIN-I, fue una apertura similar al del GIN-0, en cuanto que los terapeutas de niños no dieran consigna alguna, permitiendo la emergencia de los contenidos inconscientes más arcaicos de los niños. La estrategia pedía al equipo terapéutico no realizar interpretaciones del “allá y entonces”; para remitirse exclusivamente a señalamientos que hicieran referencia al “aquí y ahora” de la experiencia emocional que se vivía, utilizando el valioso recurso de la comunicación triangulada entre los terapeutas, que se había manejado en el GIN-0.

La estrategia en GIN-1, definió con mayor claridad dos momentos básicos del modelo terapéutico: la hora de acción, de catarsis; de evacuación psicomotora de la agresión y angustia de los niños que se daba durante los primeros tres cuartos de hora. Y la hora de pensar, el último cuarto de hora. La cual a la voz de los terapeutas, consistía en una consigna de sentarse al piso e invitar a los niños a verbalizar en un diálogo significativo, lo acontecido y experimentado durante la hora de acción. Este diálogo se extendió a discutir temas sobre el mundo externo, como la escuela y la casa.

El cierre del proceso terapéutico se llevó a cabo como en la versión GIN anterior y donde la evaluación conjunta dio opiniones que afirmaban como resultados satisfactorios en tanto a la solución de la sintomatología presentada al inicio del tratamiento. En esta versión GIN-I, no hubo un seguimiento que diera cuenta de la permanencia de resultados terapéuticos del niño en su contexto familiar y escolar.

Para finalizar el balance de la propuesta teórica-técnica del GIN-I, podemos afirmar con todo lo expuesto anteriormente, que esta segunda versión constituye un avance del modelo en muchos sentidos. Pero sobre todo porque en él aparece una alternativa de atención terapéutica para niños y sus padres, ubicados socialmente en la pobreza y marginación.

De esta versión también se desprende en consecuencia, la necesidad de formar terapeutas bien entrenados bajo esta modalidad, los cuales deberán organizarse bajo un programa académico-práctico donde se incluya un trabajo de supervisión conjunta del equipo de terapeutas tanto de los niños, como de quienes se reúnan en el grupo paralelo de padres.

EL GIN-II

En 1979, con la coordinación y supervisión de los doctores Jinich y Dupont, se trasladó la experiencia del GIN, a la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica

de Grupo (AMPAG). Al ser introducido dicho modelo terapéutico en una institución con las características de AMPAG, el GIN se enriqueció enormemente en virtud de que se constituyó formalmente en un proceso de entrenamiento, investigación y de servicio comunitario de manera simultánea.

La aplicación del modelo en esta nueva versión fue más cuidadosa en el aspecto formativo del equipo de coterapéutas, con quienes se creó un espacio llamado "Taller de niños" , dentro de la propia institución, donde se coordinaron y estructuraron las estrategias terapéuticas de entrenamiento, investigación y supervisión. Esto propició que la aplicación del GIN-II, se caracterizara entre otras cosas, porque los integrantes del equipo terapéutico, desarrollaran su potencial como terapeutas de niños, conectándose con sus propios aspectos ansiógenos infantiles y por tanto, aprendiendo y entrenándose para saber adentrar su cuerpo en el GIN, sin quedarse atrapados en la actuación inconciente. El taller infantil fue el espacio en donde el equipo de terapeutas, era contenido de sus intensas contratransferencias, vía la revisión teórica-técnica y desde luego la supervisión clínica colectiva.

Para nuestros fines de organizar el marco teórico-técnico del GIN-GAP, nos parece que en la versión GIN-II, tal vez por llevarse a cabo en una institución eminentemente formativa, el proyecto tuvo un avance importante en la medida que la técnica empleada fue teorizada; al tiempo que se conceptualizaba con mayor

claridad y comprensión sobre los procesos psicodinámicos que ya se venían presentando como constantes en la aplicación del proyecto en todas sus versiones anteriores.

La selección de niños para esta experiencia, al igual que en los gines anteriores, se realizaron a partir de un psicodiagnóstico que permitiera evaluar daños neurológicos y motores. Si los candidatos a GIN presentaban deficiencias en estas áreas, eran descartados. Si no tenían a un adulto tutor cuando menos que se hiciera responsable del proceso terapéutico, igual quedaba fuera. Las entrevistas selectivas se efectuaron en presencia de los padres y el niño (o en su caso el niño y el responsable tutor), las cuales eran realizadas por los integrantes del equipo. La evaluación y decisión final para incluir o excluir, fue ampliamente discutida en las sesiones del mencionado taller, donde participaba todo el equipo. Durante los dos años que duró la terapia del GIN, el equipo se reunía una hora antes y otra después de la sesión clínica.

Producto de esa cuidadosa preparación del GIN-II, se conformaron tres grupos de niños, según sus edades cronológicas y estadios de desarrollo psicosexual: El GIN-II-A, se integró con niños de tres a seis años; el GIN-II-B, por niños de siete a once años y el GIN-II-C, para chicos preadolescentes. Los grupos fueron planificados abiertos al principio y cerrados cuando se completaran con un máximo de nueve niños, los cuales se previeron como grupos mixtos.

A los padres de los niños aceptados en GIN, uno o ambos fueron canalizados a psicoterapia individual o grupal, de pareja o de familia; según se consideraba pertinente por el equipo. Estos padres se comprometieron a asistir a sesiones periódicas llamadas “mamut”, donde estarían sus hijos y el equipo terapéutico. En virtud del exceso de “ruido resistencial espontáneo”, que creaban los padres y eventuales acompañantes de los niños mientras esperaban a los niños en GIN, el equipo decidió formar un cuarto grupo para manejar dicho ruido resistencial.

El contrato terapéutico expresaba también un trabajo en triterapia, para cada GIN, durante dos años a una sesión por semana de sesenta minutos, suspendiendo en vacaciones la terapia.

Recuperando las versiones anteriores del GIN, el espacio e infraestructura terapéutica del GIN-II, consistió en un cuarto alfombrado amplio y con baño integrado; pizarrón, gises y cajones. Dicho *setting* terapéutico pertenecía desde luego a la AMPAG.

Una vez revisada la experiencia del GIN-II, consideramos que podemos sintetizar su valor teórico-técnico-metodológico, a diferencia de las anteriores, bajo el siguiente listado:

1.- El origen de la psicopatología infantil es comprendida como una falla de la estructura familiar-escolar-social. Por lo tanto el diagnóstico y tratamiento de los niños en GIN, tendrá que incluir el contexto de relaciones que rodean a esta práctica terapéutica: los niños, sus padres, otros parientes, acompañantes, terapeutas, secretarias, etc.

El diagnóstico implica una concepción de salud-enfermedad entendida como proceso; como evolución psicosocial, donde es tan importante o incluso aún más, tomar en cuenta los aspectos sanos de los sujetos.

Los síntomas de los niños en GIN, son entendidos como expresión de conflictos y no el síntoma en sí mismo. Por tal razón, el objetivo terapéutico del GIN, no radica solamente en desaparecer el síntoma. El niño, al igual que el adulto se comunica con el mundo a través del síntoma. Los terapeutas en ese sentido, son especialistas que decodifican tales mensajes distorsionados para colocarlos en un discurso verbal de acceso conciente (escucha psicoanalítica).

Para lograr ésto, la terapia del GIN, busca propiciar la regresión de sus miembros a sus respectivos procesos primarios; los actúen y descarguen en vivo dentro de un espacio de contención terapéutica. Queda claro que tales procesos han quedado fuera de la conciencia y son los motores de la patología infantil. Ponerlos en juego vía fantasías y actos, posibilita la necesaria elaboración de los mismos.

3°. En el GIN-II-A, se observó en todos los niños, una fuerte relación simbiótica con la madre, de la cual el padre quedaba excluido. Entendemos ahora que este fenómeno muestra una problemática cultural actual, donde se pone de manifiesto que los conflictos y crisis de la pareja, es inconscientemente triangulada con el o los hijos, en virtud de que los cónyuges no han resuelto dicha problemática. Es ahí donde aparece el hijo sintomático como el emergente de la pareja y familia.

Parece ser la madre quien se queja, enoja y protege a través de su hijo sintomático. Delega en él su malestar contra el padre ausente. Se ubica así misma como la víctima y al padre como victimario y abandonador. Desea la presencia del padre, pero se queja de la ausencia del mismo; quiere que su "pareja-padre", esté presente, pero simultáneamente e inconscientemente obstaculiza esa presencia. Esa ambivalencia; que ya se muestra como una constante que pertenece al orden cultural, la reproduce en su propio hijo, el cual se encuentra en el dilema de cambiar o permanecer igual.

Ya desde este GIN se observa la actitud ambivalente y resistencial de las madres: quieren que su hijo se cure, pero si lo logra, ella entrará en crisis. El hijo al curarse, dejará de cumplir la función de equilibrio patológico, lo cual provocará que la madre y su pareja, así como su familia entren en crisis. Por eso vienen a cambiar, pero apenas empieza el proceso y ya se están resistiendo al cambio.

4°. El trabajo en GIN, muestra que la terapia grupal con niños, posibilita con en los adultos, procesos de identificación, proyección y diferenciación entre el grupo de pares o iguales. Esto representa un artificio terapéutico valioso en la medida que, luego de actuar sus procesos simbióticos, propicia procesos de separación-individuación.

5°. Con esta nueva aplicación del GIN, queda nuevamente de manifiesto la importancia de un espacio que proteja física y emocionalmente a los niños, a la vez que promueva la expresión corporal y verbal en los niños. La propuesta implícita es: "jueguen sin juguetes". La ausencia de juguetes fue sustituida por los cojines, de los cuales vinieron a representar objetos internos y externos que fueron empleados para expresar deseos, fantasías y pulsiones reprimidas en los niños. También han servido para mostrar su capacidad de reparación y creatividad.

En el GIN-II, se pudieron teorizar varios aspectos que se mostraron en el proceso terapéutico de cada sesión:

a).- Los terapeutas con la técnica de la abstinencia, llegan con una actitud flexible de apertura y esperan que el grupo sea quien dé la pauta a seguir. Estaban preparados para entrar en la dinámica grupal y permitirse meter el cuerpo.

b).- El proceso grupal muestra una etapa de calentamiento (quitarse los zapatos), la cual permite pasar luego a la acción promotora de la regresión individual y colectiva. Aquí aparece la psicodinamia grupal; lo cual permite que los terapeutas además de meter el cuerpo, pueden hacer interpretaciones de tal proceso grupal lo cual posibilita un proceso elaborativo individual y grupal. Al final, los chicos son capaces de arreglar el cuarto donde expresaran su compleja problemática.

c) Queda bien establecida la función catártica de la terapia, entendido ésto como la elaboración de la angustia en un espacio terapéutico apropiado y cuidado. Así también la terapia busca que los niños expresen la función evacuativa de sus impulsos destructivos (compulsión a la repetición) expresados en actos e identificaciones proyectivas en la figura de los terapeutas, del grupo de pares y en general con todos los elementos infraestructurales del espacio terapéutico.

d) El papel del terapeuta queda más definido. El trabajo "triterapéutico" acordado, se organiza sobre una igualdad de funciones y responsabilidades. El equipo terapéutico entiende que su lugar en el GIN, es el de ser un objeto libidinal para el grupo o para cada chico.

e) Por tal razón, la actitud de escucha pasiva que la ortodoxia psicoanalítica exige del terapeuta, queda rebasada por los procesos grupales del GIN. Ahora se trata de meter el cuerpo, posibilitar la identificación de los objetos proyectados; al tiempo que

realiza una lectura de la psicodinamia grupal individual, devolviéndola vía señalamientos e interpretaciones.

f) Se definen con claridad los tres tiempos o momentos que se vienen mostrando desde las aplicaciones anteriores del modelo: la hora de acción, primer momento de las sesiones en donde los niños bajo procesos catárticos, evacuativos y compulsivos, dominados bajo el principio de placer, ponen en juego transferencial sus fantasías inconscientes a flor de piel. La hora de acción se establece sin la consigna de los terapeutas de tal modo que afloran las representaciones más primitivas ansiógenas y agresivas; listas para ser interpretadas en la acción dramatizada no sólo por los niños. También los terapeutas se conectan con sus propios procesos primarios y entran en sintonía dramática con el grupo, pero sin dejar su lugar de profesionales.

g) La hora de pensar, que desde el GIN-II ya se proponía bajo consigna de los terapeutas, presenta de nueva cuenta un fenómeno curioso: Al principio del tratamiento, el grupo de niños tienen dificultades para acceder al proceso secundario de pensar y verbalizar, de tal forma que la hora de acción ocupa la mayor parte de la sesión y los chicos se resisten a pasar a la hora de pensar. Conforme avanza el proceso de tratamiento se observa claramente que la hora de acción va disminuyendo en tiempo e intensidad y en igual proporción, pero en sentido inverso, la hora de pensar va aumentando; de tal modo que al final del tratamiento la hora de

pensar ocupa más tiempo en la sesión y la hora de acción menos. A esta inversión de los procesos de acción y pensar, los creadores la denominan “efecto GIN”.

h) En esta versión del GIN, la hora de poner las cosas en su lugar es entendida por el equipo terapéutico como la dramatización cotidiana de reparación. Es un acto simbólico de sintetizar y totalizar los objetos tan amados como agredidos y temidos que conforman las fantasías más arcaicas en la historia de estos niños y que durante la hora de acción fueron sacados de su refugio de lo inconciente de cada pequeño. (En la aplicación del GIN-GAP en Querétaro observamos que la clarificación de los tres momentos que se muestran en cada sesión terapéutica, ha permitido establecer límites que estructuran y contienen mejor tanto a los pacientes niños como a los terapéutas, reduciendo el desgaste y sufrimiento innecesarios de ambos).

6°. En esta versión se organiza mejor el proceso de seguimiento que desde elGIN-0 se había prefigurado. Se arma todo un equipo y una estrategia para realizarlo con la convicción de que dicho seguimiento, es un parámetro fundamental para validar el modelo.

El seguimiento del GIN II, mostró resultados positivos, pero también evidenció que es fundamental tomar en consideración a los padres y en general a la familia del niño en GIN, en la estrategia terapéutica ;ya que se corre el riesgo en todo momento, de

que otro miembro de la familia surja como emergente del conflicto familiar o de pareja no resuelto todavía.

EL GIN-III

Cuando el GIN-II se desarrollaba en la AMPAG, el GIN-III se ponía en marcha en el Instituto Mexicano de Psicoterapia Analítica de la Adolescencia (IMPPA) en 1980, supervisado por Dupont.

Esta versión se planeó para trabajar con los niños durante un año debido a la gran demanda de atención que tenía IMPPA.. Previamente se realizó una tarea de psicodiagnóstico y selección de niños para el proyecto GIN, el cual se extendió por cuatro meses.

La aplicación del GIN-III, se llevó a cabo siguiendo en forma general las versiones anteriores del mismo; desde la conformación del equipo de terapeutas, al cual se entrenó, hasta el seguimiento, pasando por el acondicionamiento del espacio terapéutico

Nuevamente se tomó en consideración importante a los padres de los niños y se abrió un grupo de orientación para los mismos o aquellos acompañantes de los pequeños en GIN.

Una vez más el GIN-III, muestra sus bondades para atender a más población en tiempo más reducidos; pero de nueva cuenta se observa como un problema muy importante lo que en GIN-II, se había empezado a teorizar: la actitud ambivalente de los padres con respecto al tratamiento de sus hijos; buscan terapia para ayudarlo; pero simultáneamente en forma inconsciente, despliegan una gran cantidad de maniobras resistenciales para boicotear y sabotear el trabajo terapéutico..

EL GIN-IV

La aplicación de esta versión se efectuó nuevamente en AMPAG en 1982, dentro de las actividades del Taller de Niños.

El GIN-IV, representa la experiencia del modelo más acabada con contábamos antes de nuestra versión en Querétaro. La nueva aplicación en AMPAG, integra otra vez los objetivos de servicio, formación e investigación, que se habían desarrollado en el GIN-II. Con la recuperación teórica-técnica de todas las experiencias anteriores se posibilita elaborar un modelo psicoterapéutico más eficiente en cuanto a sus resultados; accesible para la población de escasos recursos y pertinente para ser aplicado en instituciones de salud mental que buscan optimizar sus recursos.

El modelo se enriquece cualitativamente con respecto a las aplicaciones anteriores en tanto que se construye en él una alternativa valiosísima para abordar la problemática que presentan los padres. El GIN-IV propone con claridad y coherencia un grupo de atención a los padres de los niños que se desarrollará simultáneamente al GIN, pero en un espacio distinto. Dicho grupo de padres será atendido por dos terapeutas, quienes tienen por tarea primordial, propiciar terapéuticamente, la elaboración conjunta, entre ellos de la conflictiva de pareja proyectada en sus hijos. En este grupo se busca que los padres resuelvan su propio conflicto edípico. Se trata de que los padres sean capaces de transformar la resistencia y boicot al tratamiento de sus hijos, en alianza terapéutica.

Por tal razón, este grupo de padres que fue bautizado con el nombre de Grupo Analítico de Padres (GAP), será el espacio terapéutico por excelencia, que acompañara el trabajo con GIN. Con el grupo de padres (GAP), se logra por fin manejar el viejo problema de los padres de los mismos. Con dicho grupo se sustituye la necesidad y obligatoriedad que los padres estuvieran en terapia, como se proponía desde el GIN-O.

Otro aporte importante del GIN-IV va en relación al seguimiento de los casos atendidos, el cual es sistematizado y justificado teórica y técnicamente con recursos teóricos de la terapia familiar.

Una vez más observamos que durante la experiencia del GIN-IV, se confirman y enriquecen la teoría, la técnica y las estrategias empleadas en el modelo terapéutico; que en lo sucesivo y sobre todo para nosotros, constituye el sustento teórico-técnico del GIN-GAP Querétaro, y que nos da la pauta para proponer nuestra experiencia como un modelo terapéutico de formación e investigación.

LA TEORIA SISTEMICA Y EL GIN-GAP.

En el tratamiento terapéutico del GIN, como hemos podido corroborar en el breve recorrido analítico y sintético que presentaremos anteriormente, siempre se ha tomado en consideración el papel de extrema importancia que juegan los padres de los chicos que se encuentran en GIN. Desde el GIN-0, quedó de manifiesto que sus creadores condicionaron a los padres para aceptar a sus hijos en la experiencia terapéutica, sólo si ellos mismos se sometían a un proceso terapéutico analítico.

Las versiones del GIN, desarrolladas posteriormente, nunca dejaron de considerar la circunstancia problemática y dilemática que representaba el o los padres durante todo el proceso terapéutico. O bien se establecía una alianza terapéutica con ellos o, paradójicamente su resistencia la empleaban para desertar al chico o sabotear el tratamiento.

Evidentemente esta consideración no es nueva, los terapeutas de niños en general formados psicoanalíticamente saben y se han percatado de lo mismo desde hace tiempo. El niño sintomático o enfermo, es portador en muchas ocasiones de los conflictos no resueltos de sus padres. En tal razón, el chico es emergente de dicha problemática. De no entenderlo así, corremos el riesgo de trabajar infructuosamente con una terapéutica infantil aislada y separada del acontecer de su familia y fracasar en los propósitos clínicos.

Por eso, es fundamental que los padres también se hallen comprometidos en un proceso de transformación de su relación marital, en el caso que exista la pareja. En caso de que sólo haya un padre, generalmente la madre, de igual forma tendrá que establecer un compromiso de cambio, revisando y analizando su vida personal y de pareja con quien procreó al hijo en tratamiento, así como de otros aspectos de su existencia..

Hemos reconocido que el llamado GIN-IV, representa la versión más acabada y enriquecida en la evolución del proyecto en muchos sentidos; pero sobre todo porque en él es donde precisamente el viejo problema que han representado los padres con respecto al tratamiento de sus hijos, encuentra una alternativa sólida teórica y técnicamente; y, sobre todo coherente con el trabajo terapéutico que se desarrolla con sus hijos.

La propuesta consiste en un modelo de intervención directa con los propios padres; en la construcción de un espacio exclusivo para atender y manejar las problemáticas que presentan el conjunto de padres de infantes en GIN. Tal alternativa o modelo es el llamado Grupo Analítico de Padres (GAP), propuesto por Benenati y Siniego cuyo objetivo principal consiste en que los padres aborden su conflictiva en el grupo, el cual es coordinado por una pareja de coterapéutas. De lo que se trata es que los padres entiendan la triangulación patológica inconsciente que han establecido con sus respectivos hijos en GIN, y que por ende la elaboren y resuelvan entre ellos, dejando de proyectarla en el hijo emergente.

El GAP busca contener la angustia de los padres propiciando que aprendan a manejar propositivamente su ambivalencia y resistencia que emana del tratamiento de sus hijos, para no sabotear los cambios en el hijo. Los padres en GAP, son vistos ahora como factores del cambio terapéutico y la salud y no solamente como agentes patologizantes. Al aprender a manejar su angustia, los padres ya no les será necesario proyectarla en el hijo en GIN o en otro miembro de la familia y tomarlo como nuevo “chivo expiatorio” que sea el portador del conflicto.

Si bien el psicoanálisis ha sido el gran aportador de teorías que nos ayudan a comprender el interjuego de proyecciones e introyecciones inconscientes y complejos entre los miembros de una familia; entendemos que existen otras propuestas teóricas que ofrecen mejores planteamientos para abordar y atender al

fenómeno familiar y de pareja. La teoría sistémica, aplicada a la terapia familiar constituye un aporte que en el GIN-GAP, Querétaro nos ha enriquecido para que las lecturas grupales sean cada vez más completas. Las propuestas técnicas y teóricas que devienen del movimiento de la terapia familiar se complementan con las psicoanalíticas.

La conceptualización de objeto en la teoría psicoanalítica nos hace referencia al objeto de la pulsión, aquél en donde se busca la gratificación, el placer, es decir la reducción de la tensión. Es un objeto que el sujeto construye en su realidad intrapsíquica que puede coincidir o no en relaciones de la realidad externa entre sujetos en todo o en partes. Los objetos libidinales pueden tener representaciones contradictorias y mutuamente excluyentes, que sólo pueden ser albergadas y toleradas en lo inconsciente; por eso, no es importante que coincidan o no con lo que los sujetos y otras cosas en general son en sí mismos.

Desde el psicoanálisis una relación humana se establece cuando dos o más sujetos se proyectan e introyectan recíprocamente en una serie de representaciones subjetivas provenientes de la fantasía inconsciente, independientemente de las relaciones contextuales formales o sociales en las cuales se hallen inmersos.

La teoría sistémica, sustento del paradigma teórico-técnico de la terapia familiar tiene por objeto de estudio, las interacciones que entablan los miembros de una familia;

por eso, también le interesa abordar el conjunto de relaciones instrumentales o afectivas. Son dos planos de relaciones que se superponen. Las primeras hacen referencia a vínculos que establecen roles operativos para que una familia se organice y satisfaga las necesidades psicosociales estructuradas a partir de las diversas emociones y afectos, emergentes o constantes que se presentan en una familia.

Como ha podido verse, las relaciones entre los sujetos se encuentran ligadas en forma directa y simultánea con estructuras sociales las cuales pueden ser conscientes e inconscientes.

Desde el psicoanálisis nos permite una lectura de los procesos intrapsíquicos y herramientas técnicas para propiciar su modificación. Los enfoques de la terapia familiar y teorías de grupo, posibilitan una lectura de procesos interaccionales y por supuesto propuestas técnicas para cambiar el rumbo de tales procesos. Mientras las teorías psicoanalíticas se manejan en un plano vertical imaginario; los enfoques de la terapia familiar y teorías de grupo se plantean en un plano horizontal.

Ambas propuestas intercurren en ciertos puntos de esas coordenadas imaginarias y nos ofrecen una doble lectura de una misma realidad. Son dos lentes que enriquecen nuestra escucha profesional; que lejos de excluirse, pueden ser integrados bajo una actitud crítica, y desarrollar la investigación científica de un lado, y de otro, enriquecer nuestro marco teórico-técnico para operar creativamente

tanto en GIN como en GAP y desde luego para formar a nuevos terapeutas bajo esta modalidad.

Por tales razones, consideramos del todo pertinente incluir en nuestro preferente teórico-técnico, la propuesta de la terapia familiar; de la cual recuperaremos, en forma sintética, los aspectos que nos parecen más centrales y que tienen que ver con nuestro trabajo en GIN-GAP, Querétaro.

Podemos llamar terapia familiar a aquél movimiento clínico que tiene su aparición en el campo clínico durante la década de los años cincuenta del siglo que está por terminar. Dicha opción emergió necesariamente cuando los terapeutas de hospitales psiquiátricos observaban con sorpresa a pacientes esquizofrénicos recaer o “volverse más locos”, cuando eran dados de alta y se iban a sus hogares o cuando eran visitados por padres y familiares.

Era evidente que la “enfermedad”, no estaba solamente en la persona del paciente designado. Sus familiares influían de alguna manera para que enfermara. Si bien lo que entendemos por patológico estaba inscrito en la estructura de personalidad de los pacientes esquizofrénicos; resultaba claro que su familia le provocaba crisis.

De igual forma, los terapeutas de niños observaron desde el inicio de sus prácticas, que el trabajo clínico con los chicos tiende al fracaso si no existe una alianza terapéutica con los padres.

Ante tales problemáticas que ya se planteaban desde esa década, las clínicas no tenían a la mano herramientas teóricas-técnicas que permitieran el abordaje del fenómeno familiar. Los recursos teóricos-técnicos que provenían del psicoanálisis no alcanzaban, como sucede ahora; para comprender a todos los miembros de una familia a la vez. Tampoco existían conocimientos de otros enfoques psicológicos que permitieran hacerlo.

Las clínicas de ese momento ante las nuevas demandas de su práctica iniciaron un proceso de investigación del fenómeno familiar, que todavía a la fecha continúa. En la búsqueda de un sostén teórico, los terapeutas de aquella época, interesados en la problemática de la esquizofrenia, los niños y sus familias, recuperan la Teoría General de los Sistemas, propuesta por Bertalanffy, haciéndola suya; así como las teorías de la cibernética y la información.

Lo que llamó la atención desde un principio a los primeros terapeutas familiares, fueron las relaciones que entablan los miembros de una familia. La teoría General de los Sistemas aborda teóricamente en todo momento las numerosas y complejas

intercambios que realizan los elementos de un sistema. La familia bajo este modelo explicativo, es visualizado como un sistema, que a su vez se encuentra vinculado a otros sistemas; los cuales forman parte de otro(s) sistema (s) más abarcativos.

Este es uno de los postulados más centrales de la Teoría General de los Sistemas: todo cuando existe es un sistema y simultáneamente forma parte de otro sistema. Dicho planteamiento es holístico, en virtud de que concibe a la realidad como un todo infinito orgánicamente organizado; a la vez que es parte del mismo.

La realidad; esto es, todo lo existente objetiva o subjetivamente (la naturaleza, la sociedad, lo psíquico), se encuentra organizado en sistemas, los cuales a su vez se encuentran intervencidos con reciprocidad. Un sistema es un todo compuesto de partes relacionadas bajo un proceso de retroalimentación. Lo que sucede en una parte del sistema tiene que ver con las otras partes y con la totalidad. Nada se da forma aislada.

Todos los sistemas presentan dos características fundamentales que son contradictorias, pero que cohabitan en el mismo sistema. Son dos procesos coexistentes pero mutuamente excluyentes. Un proceso busca mantener una constancia del sistema ante los cambios (intercambio de información) que devienen del interior del sistema o del medio ambiente (otros sistemas). A este proceso se le

denomina morfostasis (mantener la forma) y su movimiento busca la homeostasis; el equilibrio del sistema. Con este mecanismo, el sistema está dispuesto a desplegar todos los cambios que sean necesarios para no transformarse estructuralmente. Es de hecho un proceso de retroalimentación negativa que sólo modifica la forma del sistema (cambiar todo con el objeto de no cambiar nada)

La morfogénesis es el otro mecanismo que se encuentra integrado en todo sistema (natural o psicosocial). Este proceso, opuesto a la morfostásis, busca transformar la estructura básica del sistema ante los intercambios de información provenientes de, fuera o dentro del mismo. Aquí bajo una retroalimentación positiva el sistema está dispuesto a modificarse para estar en sintonía y sincronía con la realidad y su conjunto. Si bajo el primer proceso de morfostasis el sistema se resiste a cambiar, en el segundo acepta su destrucción para renacer en un nuevo sistema cualitativa y cuantitativamente diferente.

La teoría general de los sistemas y la cibernética aplicada a la terapia familiar; no es sólo un nuevo enfoque en el campo de la clínica. Dicho movimiento implica sobre todo una nueva epistemología, es decir, una nueva forma de mirar y reconstruir conceptualmente a la realidad. De un modelo mecanicista y lineal de explicación del mundo se cambia a un modelo revolucionario circular y dialéctico.

Las teorías sistémicas y cibernéticas recuperan a los grandes pensadores del pasado y el avance moderno de la biología y la física.

Esta nueva epistemología permite comprender de otra manera los procesos biopsicosociales para intervenir en ellos. Por lo mismo, las teorías sistémicas nos permiten entender a la salud-enfermedad en una dimensión más totalizadora y ser compatible con aquellas teorías abiertas y flexibles.

A diferencia de otros enfoques terapéuticos que conciben a los síntomas como la manifestación de la enfermedad de un sujeto aislado; el paradigma sistémico entiende que más bien el sujeto sintomático ubicado como el enfermo, es el síntoma del sistema familiar y éste a su vez, del sistema social.

Este aspecto es de suma importancia para el GIN-GAP en Querétaro, en virtud de que recupera esta concepción de la salud-enfermedad y la complementa con la vertida por los propios creadores en su libro "Psicoterapia Grupal para niños", donde establecen que: "La psicopatología infantil (se entiende) como efecto y defensa de los factores ansiógenos surgidos de lo constitucional, lo intrapsíquico y lo

ambiental. La teoría del GIN sustenta que la rectificación de factores ansiógenos en los padres, internalizados por el paciente-niño, facilitan el proceso de elaboración y solución del conflicto que generan. Con este objeto está diseñada, junto a la técnica del GIN, la del Grupo Analítico de Padres, GAP, en el cual son corresponsabilizados para lograr las modificaciones necesarias en la familia”.

En la nueva epistemología, la enfermedad y la salud no es un proceso unidireccional y lineal donde, por ejemplo, el niño sintomático es la víctima de las proyecciones inconscientes de sus padres. El niño identificado como paciente es el síntoma de la familia, en la cual el chico es un emergente, pero no por ello pasivo. El también forma parte de un sistema de relaciones complejas, donde activamente interactúa con todo el sistema y no sólo con el subsistema parental. Bajo el enfoque sistémico; todos los miembros de una familia actúan consciente o inconscientemente en los procesos de salud-enfermedad. Todos son cómplices.

Sólo a partir de esta propuesta, entenderemos cabalmente la ambivalencia de los padres cuando traen a sus hijos a psicoterapia: quieren ayudarlos; pero simultáneamente no, porque ese hijo sintomático equilibra a el sistema y diluye la angustia subyacente o,

cuando menos, la hace más manejable al sistema. En el cual predomina la homeostasis y equilibrio en una familia. Equilibrio no es sinónimo de salud en psicoterapia familiar.

Si no entendemos que los miembros de una familia establecen una colusión regresiva e inconciente con el paciente identificado, corremos el riesgo de que la empresa terapéutica se obstaculice o de plano fracase rotundamente. O por otro lado, nos exponemos a que otro miembro de la familia empeore cuando el paciente identificado y tratado en GIN mejore.

Para quienes trabajamos en el GIN-GAP Querétaro, nos resulta claro que los síntomas más extraños de los niños cobraban un sentido más complementario cuando se explicaban la luz de las múltiples relaciones recíprocas y no sólo a partir de procesos de la fantasía inconciente de los chicos sintomáticos. La etiología intrapsíquica no alcanza para explicar todos los procesos patológicos. Ahora tenemos que comprender la función del síntoma en la familia y en el subsistema parental de la misma para promover la resolución de tales conflictos en el espacio del GAP.

Como todos sabemos, la terapia familiar no es una teoría y técnica unívoca. Mas bien, al igual que el psicoanálisis y la psicología, es un movimiento con diversas propuestas. En el GIN-GAP Querétaro, recuperamos aspectos que se han desarrollado en diferentes partes del mundo.

De la llamada línea estructural de Minuchin, recuperamos su modelo para entender a las familias a partir de conceptos tales como: límites, jerarquías, geografía, etc.; lo cual nos permite comprender, entre otras cosas, un fenómeno que constantemente encontramos en la relación marital de los padres que vemos en GAP, caracterizado por las dificultades que presenta la pareja en el manejo de su intimidad, de la ternura y la sensualidad. La constante que observamos, es que la pareja coloca al hijo y en general a los hijos como mediadores de su relación, convirtiéndose en el separador de la misma, aunque, por paradójico que parezca, es quien los junta. Si no comprendemos esta complicada colusión inconsciente, no lograremos avances en el trabajo terapéutico.

Los teóricos del llamado Ciclo Vital de la familia, nos son también particularmente importantes, ya que posibilitan la comprensión de los momentos del desarrollo de las familias y las parejas para

correlacionarlos con la problemática que presenta el niño en GIN. De igual modo, las técnicas provenientes del enfoque sistémico de Milán, basadas en su concepción de que en las familias se estructuran intercambios de información paradójales que sostienen los síntomas de sus miembros y por lo tanto se requiere de una estrategia que contrarreste dicho estilo de comunicación. En muchas ocasiones, solemos emplear su técnica de contraparadojas y lanzarlas a los padres en GAP para propiciar cambios terapéuticos profundos en forma inmediata en el seno no sólo del consultorio; sino, principalmente en la casa con su pareja y la familia.

El uso del genograma como técnica típica de la terapia familiar nos ha permitido por un lado manejar y organizar mejor la información de las familias en sus tres generaciones; y por otro, utilizarla como un recurso terapéutico para el GAP, en la medida que los padres visualizan activamente un esquema de relación que desde las primeras sesiones los mete y motiva en el proceso terapéutico, al tiempo que los coloca en la lógica analítica y reflexiva del trabajo grupal.

Con esta aportación de la terapia familiar podemos visualizar como los chicos son portadores de conflictos no resueltos de cuando menos dos generaciones anteriores a las de ellos.

CAPITULO 3

LA EXPERIENCIA CON EL

MODELO GIN-GAP EN

QUERETARO:

ANTECEDENTES

LA EXPERIENCIA CON EL MODELO GIN-GAP
EN QUERÉTARO 1992-1997.

ANTECEDENTES:

La Central de Servicios a la Comunidad Lomas de Casa Blanca 2, es pionera en el estado de Querétaro en cuanto a la incursión y aplicación del Modelo GIN-GAP, ya que no existen antecedentes de esta intervención en ninguna institución de servicio a la comunidad o de salud mental, estatal, federal y menos aún a nivel privado. Afirmaciones que están sustentadas en las minuciosas revisiones bibliográficas que efectuamos en relación a la práctica clínica que se realiza en Querétaro, y en numerosas entrevistas que sostuvimos con directivos, coordinadores y profesionales de instituciones enfocadas al rubro de la salud mental.

Dedicaremos este espacio a hablar de la gestación, evolución y progresiva maduración que se dio para el incursionamiento y establecimiento del Modelo GIN-GAP en nuestra Central; siguiendo un orden cronológico, coherente, veraz, profundo y suficiente, evitando en todo caso la dispersión y el encasillamiento agobiante de aquellas peligrosas y expansivas desfiguraciones que desde el exterior intentaban desvirtuar en lo posible el desarrollo histórico de las ideas y

de los acontecimientos que ocurrían durante la preparación y presentación de cada una de las etapas de trabajo.

La historia del Modelo GIN-GAP en Querétaro se remonta a febrero de 1987, cuando uno de nosotros asistió al 50 aniversario de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, celebrado en la apacible ciudad de Morelia, Mich; teniendo la oportunidad de escuchar al Dr. Armando Barriguete, quién en comunicación personal refirió los éxitos terapéuticos de los psicoanalistas Drs. Marco Antonio Dupont y Adela Jinich de Wasongarz en el campo de la psicoterapia grupal infantil con su proyecto GIN. Versión que más tarde fue ampliamente confirmada por el también psicoanalista Dr. Juan Tuber Oklander, docente en aquel entonces de la Maestría en Psicología Clínica de la U.A.Q., misma que nos encontrábamos cursando.

Sin duda alguna, dichas comunicaciones gestaron en la receptora un interés por conocer en forma más profunda esta prometedora alternativa psicoterapéutica, entrando en contacto con la misma en un taller sobre psicoterapia grupal de niños, coordinado por los Drs. Dupont y Jinich en el III Congreso Nacional de AMPAG efectuado en octubre de 1988 en esta ciudad, donde participó y escuchó con atención los bondadosos

beneficios que ofrece su técnica y su efectividad terapéutica en el novedoso trabajo simultáneo con grupos de niños y de sus padres.

La experiencia vivencial en este taller coincidió con una nueva gestión en la coordinación de la Ce.Se.Co. Lomas 2; momento significativo en el sentido de que ahí surgió el propósito de incorporar el GIN-GAP a esta Central e invitar a sus creadores con la finalidad de una capacitación teórica-técnica al personal, mismo que estaba constituido por tres psicólogos clínicos: Ana María del Rosario Asebey Morales (en la coordinación), Arturo Santiago Guerrero y Josefina Gómez Parra (Q.E.P.D.).

Sin embargo, las condiciones para tal efecto no eran del todo propicias, y aunque ya teníamos solicitudes de atención psicológica para niños, estas eran atendidas en los diferentes planteles escolares de la zona ya que carecíamos de infraestructura; carencia que jamás obstaculizó nuestra labor de reorganización en los aspectos administrativos, académicos, formativos y comunitarios. Esta tarea de reorganización, nos condujo a postergar tal propósito, más nunca a sepultarlo. De ahí, que paralelamente a nuestra reorganización continuamos siguiendo de cerca el desarrollo de la experiencia con este modelo psicoterapéutico a

través de asistencias a Congresos y recopilando publicaciones y escritos de los creadores y sus seguidores.

Nuestro esfuerzo se vio coronado en 1990, cuando obtuvimos nuestras propias instalaciones, permitiéndonos esto ofrecer a la comunidad de Lomas y alrededores un servicio psicoprofilácticos y psicoterapéutico a partir de la concretización de dos programas ejes de atención, los que como ya señalamos en un capítulo anterior fueron resultado de una previa lectura de las condiciones y necesidades psicosociales que la propia comunidad manifestaba en un estudio de detección de demandas que elaboramos durante dos años anteriores. Era claro como lo sigue siendo ahora, que la demanda manifiesta y latente exige sobre todo la atención psicológica a niños y adolescentes, sus padres y/o su núcleo familiar. De ahí que estos programas fueron propuestos y aprobados para abordar dichas demandas.

En el desempeño y desarrollo de esta labor, muy pronto percibimos que las solicitudes de atención rebasaron la oferta del programa "Desarrollo Psicosexual Infantil" en dos sentidos: por un lado, la demanda de atención psicológica mostraba un aumento constante de una población altamente heterogénea. Y por otro lado, tal demanda proyectaba una problemática psicosocial compleja y peculiar de la población solicitante.

Estas circunstancias y las condiciones de atención terapéutica del programa en cuestión, nos llevaron a realizar permanentemente una reflexión autocrítica de las diversas actividades que desarrollábamos. Nos vimos obligados a replantear y mejorar el trabajo con los niños, creando con esto desde la apertura del programa un ambiente propicio y permisivo para buscar nuevas alternativas de intervención que se adecuen más y mejor a la realidad social de la población que atendemos, al equipo profesional de trabajo y a nuestras instalaciones.

La actitud de búsqueda nos remitió a aquella idea cimentada en 1987 sobre el modelo psicoterapéutico GIN-GAP, que había tomado forma y contenido en 1988, obteniendo los dos años subsecuentes una progresiva maduración de las necesidades y objetivos tanto comunitarios como formativos, convergiendo en una sólida propuesta planteada oportunamente a la Dirección de la Facultad de Psicología y comunicada al mismo tiempo al personal docente que acababa de integrarse al programa, así como a los estudiantes que desde 1990 se habían ido incorporando en calidad de servicio social, prácticas curriculares y voluntarios; quienes a partir de aquí empezaron a participar en este proyecto, contando además con el valioso apoyo de nuestro Director Marco Antonio Carrillo P., que preocupado por la organización y formación académica para un mejor desempeño en el

servicio que nuestra Facultad presta a través de las Centrales de Servicio; aceptó la petición de la coordinadora para que docentes y estudiantes asistiéramos al IV Congreso Nacional de AMPAG en mayo de 1991, realizado en las ciudades de Guanajuato y León, Gto., donde nuevamente se presentaron los progenitores del GIN-GAP, dándonos la oportunidad de inpregnarnos más de los objetivos que su proyecto plantea, visualizando con más claridad la necesidad que teníamos de integrarlo a esta Ce.Se.Co. como una modalidad terapéutica muy atractiva que potencializaría los recursos humanos e instalaciones con que contábamos; permitiéndonos simultáneamente tener una alternativa psicoterapéutica seria y profesional que se podía readecuar a las exigencias de la vida real y cotidiana de la población de esta zona popular, respondiendo con ello en forma más precisa a las solicitudes de atención infantil.

Esta modalidad constituía de entrada una propuesta valiosa de atención psicoterapéutica grupal, cuando menos en tres sentidos:

1. Atender a un mayor número de niños.
2. Resolución de conflictos profundos de carácter intrapsíquico e interaccional en un tiempo menor.

3. Atender paralelamente a los padres de estos niños, para que el beneficio se extendiera a toda la familia, al tiempo que se reduciría la deserción propiciada generalmente por las resistencias de los padres de familia.

A partir de aquí, la coordinadora se dio a la tarea de concretizar tal propuesta, consolidando en primera instancia los vínculos ya existentes con los Drs. Dupont y Jinich, para replantear posteriormente en forma detallada (verbal y escrita), los objetivos de este proyecto al Director de la Facultad de Psicología, quien comprendiendo los beneficios que éste aportaría a la comunidad, a la Facultad y por ende a la U.A.Q; emprendió de inmediato las gestiones pertinentes para llevar a cabo la enmienda en cuestión, encontrando a su vez un apoyo desmesurable en el Ing. Jesús Pérez Hermosillo, rector de la U.A.Q. en ese período.

Como resultaba lógico, trasladar el modelo GIN-GAP a nuestra Central, requería de una adecuación del mismo a las circunstancias queretanas y a las exigencias de la comunidad demandante. No era cuestión de aplicar mecánicamente la técnica, era menester pensarla en función de nuestras propias condiciones: los recursos humanos, la formación, la población en cuestión, la infraestructura, etc.

Respecto a esto último, es decir la infraestructura, si bien ya contábamos con ella, no podíamos jactarnos de tener unas instalaciones propias de una institución de salud mental, sino más bien una modesta casa-habitación, donde tuvimos que adaptar nuestros espacios terapéuticos en diferentes niveles: el GAP en la planta baja y el GIN en el segundo piso por tener más privacidad respecto a los otros consultorios y acceso directo a un baño. Este espacio se alfombró, quedando un clóset de madera que ya estaba empotrado, se introdujo un pintarrón, plumones, interfón, cojines y se adecuó una ventana como cámara de Gessell con su respectiva fuente.

Nuestros recursos humanos conformados por psicólogos clínicos y estudiantes de diferentes áreas (básica, clínica, educativa y social) y niveles académicos de la Facultad de Psicología, emprendieron la capacitación con materiales teóricos enviados por los Drs. Dupont y Jinich y con los que habíamos recopilado en el transcurso de los 4 años anteriores. Para estas fechas estaba concluyendo el grupo de estudio enfocado al tema del Desarrollo Psicosexual Infantil, donde habíamos revisado a varios autores psicoanalistas, lo cual facilitaría la comprensión de la nueva capacitación en torno a la teoría y a la técnica del GIN-GAP.

En cuanto a las solicitudes de atención infantil, todas sin rezago alguno pasaron por un proceso de psicodiagnóstico que comprendía: entrevistas iniciales con los padres en presencia del niño, elaboración de historia clínica, aplicación de algunas pruebas psicológicas, hora de juego y devolución a los padres donde se planteaba la psicoterapia pertinente a seguir. En función de esto y de acuerdo a los lineamientos técnicos del GIN, emprendimos la selección de los niños para conformar los grupos infantiles, excluyendo a aquellos niños que no cuenten con un adulto que se responsabilice consistentemente de él, los que presentan limitaciones físicas, aquellos con retraso mental y con psicopatologías ya estructuradas como autismo, esquizofrenia y psicosis delirantes; para quienes ofrecemos en la institución otras alternativas psicoterapéuticas también psicoanalíticas.

Pese al entusiasmo y esfuerzo que veníamos realizando en los rubros antes señalados, la puesta en marcha del Modelo GIN-GAP tuvo que ser postergado hasta febrero de 1992, ya que en este ínterin la Psic. Josefina Gómez Parra, por razones de salud anunció su retiro definitivo de la U.A.Q., y en consecuencia de la Ce.Se.Co. Su ausencia y sustitución generaron serios obstáculos internos que amenazaban con disolver la innovación del proyecto en la Central, provocando una desintegración del equipo de trabajo e intentando debilitar la

administración con movimientos desorganizados y decodificación de las reglas institucionales por demás precisas. Hacer un recuento exhaustivo de estos acontecimientos primitivos rebasan la intención de esta tesis. Sin embargo, vale la pena tener en mente que los emergentes de estas situaciones hicieron su aparición en el rumbo evolutivo del Modelo GIN-GAP, intentando por todos los medios, (sin lograrlo) distorsionar el origen histórico del mismo en Querétaro.

La fortaleza que tuvimos para tolerar esta crisis y otras que desde el exterior se coludieron más tarde proyectando una sombra o una duda respecto a nuestra formación terapéutica, ética y profesional con grupos, objetando débilmente que tal enmienda era exclusiva de instituciones psicoanalíticas ajenas al ámbito universitario; afianzaron nuestro compromiso asumido en grado profundo con esta innovación terapéutica, lo cual nos permitió comenzar nuevamente desde el principio reorganizando y capacitando al equipo de trabajo al que se sumaron nuevos integrantes.

Es así que en febrero del 1992 incorporamos formalmente a esta Central, dentro de las actividades del programa "Desarrollo Psicosexual Infantil", el modelo psicoterapéutico GIN-GAP, bajo la supervisión de sus creadores los Drs. Dupont y Jinich. Incorporación que fue posible gracias a que confluyeron tres circunstancias:

1. Un propósito gestado en un momento histórico y motivado por las variables psicosociales y socioculturales del contexto, lo que impulsó a su madurez. (Coordinación de Ce.Se.Co. Lomas 2).

2. Una administración que impone por su lógica de financiamiento un cierto marco al funcionamiento del GIN-GAP y obviamente un enriquecimiento teórico-técnico a sus recursos humanos (Dirección de la Facultad de Psicología y Rectoría de la U.A.Q.).

3. Un interés y disponibilidad de una pareja de prominentes profesionales, al tener la deferencia de compartir con nosotros una pequeña porción del cúmulo de conocimientos adquiridos en la trayectoria de su rica y variada experiencia. (Supervisores).

Estábamos conscientes desde entonces, que emprender una labor de tal magnitud nos enfrentaba a la problemática de nuestra formación, en virtud de que la Facultad de Psicología de nuestra Universidad no contemplaba, ni contempla en sus programas curriculares, contenidos teórico-técnicos de la modalidad GIN-GAP. Por consiguiente teníamos la difícil pero no imposible tarea de llevar adelante paralelamente dos elementos:

1) Nuestra formación teórica-técnica

2) La atención psicoterapéutica grupal a niños y sus progenitores.

Para tal efecto, establecimos desde el principio una organización de nuestros recursos humanos en tres niveles. Constituyéndose esta organización en el modelo a seguir en todas y cada una de nuestras posteriores etapas:

1. Grupo de Expertos: Integrado por dos psicoanalistas supervisores quienes en el transcurso de esta experiencia demostraron una vez más su profesionalismo, compromiso y seriedad en esta magnífica pero difícil labor.

2. Grupo de Aprendizaje: Constituido por una parte activa (terapeutas y coterapéutas) y otra parte pasiva (observadores). Además de una trabajadora social quien realizó los estudios socioeconómicos de cada uno de los niños de GIN.

3. Grupo Psicoterapéutico: Formado por los niños en acción (GIN) y los padres en elaboración (GAP).

Bajo estas circunstancias y tomando en consideración el marco teórico-técnico de esta interesante alternativa psicoterapéutica, establecimos nuestros siguientes objetivos:

1. Tener un entrenamiento riguroso y consistente con una metodología precisa (GIN-GAP), aunada a una práctica clínica reflexiva, cautelosa y supervisada que nos permita comprender con más precisión el impacto y el grado de eficacia de nuestras intervenciones terapéuticas en los grupos de niños y de padres.
2. Atender la numerosa demanda infantil, brindando un servicio psicoterapéutico especializado, en un plazo menor, a un costo económico más bajo y con resultados óptimos.
3. Atención simultánea a los padres de estos niños, para que se conviertan en “coautores” de la mejoría de sus hijos, extendiéndose el beneficio a toda la familia, al tiempo que se reduce la deserción infantil propiciada por la resistencia de los progenitores.
4. Trabajar con una finalidad de investigación en torno al procedimiento técnico del GIN-GAP, sin menoscabo de que éste pierda su esencia, más bien con el afán de enriquecerlo para su consolidación en

nuestra Central y en otras instituciones de salud mental y de servicio a la comunidad.

5. Entrenar nuevas generaciones de la Facultad de Psicología de la U.A.Q., y de otros ámbitos académicos afines, ya que este modelo de intervención junto con las psicoterapias breve, familiar y grupal son las alternativas de atención terapéutica que requieren los nuevos escenarios psicosociales.

Si bien estos objetivos se han llevado a cabo en forma inmediata y con resultados óptimos, han permanecido en el transcurso de estos 5 años en una continua evolución tanto del efecto de nuestro aprendizaje, como de la efectividad del trabajo clínico con grupos. Buscando caminos cada vez más consistentes en la proposición de espacios específicos para la consolidación de nuestra formación y para la permanente capacitación de nuevos integrantes; lo que nos fue conduciendo a una mejor y mayor capacidad de resolución creativa y satisfactoria de los conflictos intrapsíquicos e interaccionales de nuestros pacientes niños y sus progenitores, reflejados en los cambios propositivos y permanentes de sus dinámicas familiares.

Asimismo, con el ánimo de aprovechar lo mejor posible los resultados que la experiencia de nuestra práctica nos fue mostrando, al aprender de nuestros errores y aciertos; emprendimos simultáneamente a pocos meses de iniciar la primera etapa, el objetivo enfocado a la investigación. Nuestra incursión en este rubro, marcó la tercera fase en la investigación de esta valiosa intervención psicoterapéutica, en la que colaboramos con numerosos trabajos que han sido presentados en diferentes Congresos Nacionales e Internacionales y publicados en libros y revistas. Donde reportamos nuevas circunstancias, proponiendo algunas modificaciones que obedecen a afinar una cantidad de detalles fundamentales en torno a la aplicación del procedimiento GIN-GAP y a la formación teórica-técnica y práctica de los recursos humanos.

A continuación ofrecemos lo más esencial de cada una de las 5 etapas anuales de trabajo con el modelo GIN-GAP, destacando en cada una tres momentos:

- 1) Planeación.- de las consignas a seguir, la organización de nuestros recursos humanos, y los encuadres de los grupos psicoterapéuticos de niños y sus padres. Anexando aquí una descripción cuantitativa de los últimos.

2) Evaluación.- de errores y aciertos tanto de nuestra formación, como de los procesos psicoterapéuticos grupales. Permittiéndonos esto implementar modificaciones acordes a cada etapa con las que aprendimos a tolerar frustraciones y congratularnos de nuestros logros.

3) Recomendaciones.- donde se plantean una serie de necesidades y requisitos para llevarse a cabo en la siguiente etapa.

CAPITULO 4.

LAS ETAPAS DE TRABAJO

CON EL MODELO GIN-GAP: 1992- 1997.

PRIMERA ETAPA PILOTO 1992-93.

Una comunicación pormenorizada de esta primera experiencia a la que denominamos piloto, se encuentra en el "Primer informe del trabajo con el proyecto GIN", presentado por la Coordinadora a la Dirección de la Facultad de Psicología y a la Rectoría de la U.A.Q., en septiembre de 1992. Habiéndose publicado gran parte del mismo en el libro "Psicoterapia grupal para niños" de los Drs. Marco A. Dupont y Adela Jinich, bajo el título "El GIN-GAP en Lomas de Casa Blanca 2, Querétaro". En consecuencia, aquí la presentamos resumida.

Nuestra experiencia con la modalidad GIN-GAP se inicia el 28 de febrero de 1992, con un recorrido por las instalaciones de Ce.Se.Co. Lomas 2, que hacen los supervisores Drs. Marco A. Dupont y Adela Jinich, el Director de la Facultad de Psicología Mtro. Marco A. Carrillo P. y la Coordinadora de dicha Central Psic. Ana María del Rosario Asebey M. Seguidamente, el Director y la Coordinadora en presencia de otras 44 personas. (grupo de aprendizaje) docentes y estudiantes de la Facultad de Psicología; dan la bienvenida a este magnífico grupo de expertos. De esta manera, quedó inaugurada la puesta en marcha en Querétaro, de esta prometedora alternativa psicoterapéutica.

Planeación:

Nuestros recursos humanos se organizaron con 2 expertos supervisores y con 45 docentes y estudiantes, quienes integraron el grupo de aprendizaje; constituido por terapéutas y coterapeutas tanto de GIN como de GAP, así como por observadores del proceso de los grupos infantiles.

Se conformaron 10 grupos terapéuticos paralelos, 5 de GIN y 5 de GAP. Cada uno de los primeros estaba compuesto por 10 niños entre 7 y 11 años de edad y diferentes sexos, siendo mayormente varones. En los GAP se integraron a los progenitores de los niños, contando con un 90% de mujeres-madres, el resto eran papás-varones.

En el transcurso del primer mes de trabajo con nuestros grupos psicoterapéuticos, se observó una notable inasistencia tanto de progenitores como de niños, lo cual motivo que movilizáramos nuestros encuadres y redujéramos estos 10 grupos a 6; 3 GIN y 3 GAP. Introduciendo en cada uno 3 coterapeutas, e iniciando con esto un proceso de triterapia.

Dicha modalidad triterapéutica se estableció inicialmente en el GIN 3 en virtud de que una de las coterapeutas emprendía el proyecto con un embarazo de 7 meses,

en consecuencia se preveía su ausencia temporal en el proceso (parto) y la necesidad de contención de los otros dos coterapeutas a los niños.

Esta etapa se caracteriza por las permanentes indicaciones y advertencias de los supervisores respecto a los encuadres de los GIN-GAP., estableciendo además los lineamientos a seguir en nuestra formación y entrenamiento psicoterapéutico grupal.

En relación a los GAP, se planea una previa reunión de la coordinadora con los padres de familia para explicarles la necesidad de su participación en el GAP, advirtiéndoles que la aceptación de sus hijos a GIN, estaría en función de dicha participación. Asimismo, se señala que los terapeutas debían aguardar a los padres en la sala de sesiones, esperando que estos escojan sus lugares; donde los terapeutas no necesariamente deben sentarse juntos, sino en lugares “estratégicos” según las circunstancias. Durante el proceso habrá que centrar a los padres en la tarea de entender lo que pasa con sus hijos, no sólo en sus “quejas”. La tarea es profundizar problemáticas históricas de los padres para ir rompiendo las cadenas generacionales en conflicto, ésto bajo la consigna de que “lo que no se recuerda de los padres se repite con los hijos”. Aclarando que el objetivo primordial del GAP no es propiamente la curación de los padres, sino el que éstos puedan adquirir insight sobre la problemática de sus hijos en relación a la propia. Se enfatiza que los terapeutas no están para satisfacer las necesidades de los primeros, en consecuencia será necesario darles “tribuna libre”, para luego llevarlos a analizar los

problemas de sus hijos, sin permitir que se laven las manos endosándonos a sus hijos “se lo traje para que me lo cure, me lo regresan cuando esté sanito”.

Sobre los GIN, se habla de la necesidad de establecer reglas internas, y de mantener la organización y secuencia de las sesiones de tal manera que si falta un niño o varios, se trabajará con los restantes, así sean dos ya que se considera que es un grupo. El espacio del GIN es más permisible que el ámbito escolar y familiar, por tanto deberá romperse el tabú de tocarse para trabajar con el cuerpo, el juego y las interpretaciones. El golpearse es muy erótico ya que implica contacto corporal, lo cual se interpretará, incluso cuando se sienta dolor. Aquí los coterapeutas harán de “yo auxiliar” de los pacientes-niños, no dejando para mañana, lo que puedan interpretar hoy. Hay que romper con el rol de maestros que puedan depositar los niños en los terapeutas, porque así se entra a conocer la internalización de los objetos parciales y/o totales de los niños, así como su superyo interno. Ya que siempre se elige la pantalla terapéutica para sus proyecciones, lo que deberá ser captado por los coterapeutas.

Para que se respete este trabajo hay que esperar que se cierre el primer ciclo y tolerar “censuras y críticas” ya que siempre las hay: “están tan locos los terapeutas como los niños” o “están enloqueciendo a los niños”. Se debe tener “constancia y tolerancia” sin tratar de discutir ni convencer.

Hay un ciclo de iniciación que puede durar de uno a dos meses antes de que se consolide el grupo. Por eso, hay que decir a los padres el tiempo que durará (un año); dos fases de 6 meses cada una con una evaluación en el intermedio para continuar con el seguimiento de otros 6 meses, posteriores al tratamiento. Señalar también las vacaciones de verano que se anunciarán con tiempo.

En cuanto a nuestra formación se tiene claro que empezamos a trabajar con “lo que tenemos y como podemos”, lo que nos servirá para ir rectificando errores. En base a esto se establecen 4 espacios:

1. Reuniones interclínicas después de cada sesión, donde participará cada equipo terapéutico establecido por coterapeutas de GIN, de GAP y observadores de GIN. Donde se permita la autocrítica y la catarsis de lo que se viva en cada sesión.
2. Supervisiones mensuales con los expertos Drs. Dupont y Jinich, enfocadas al proceso enseñanza-aprendizaje, a la explicación del método, la demostración y la discusión de la técnica dentro de una experiencia práctica, evolutiva, desplazada entre márgenes flexibles y tolerantes, que posibiliten desarrollar capacidades y expresar motivaciones, invitando a la creatividad.
3. Grupo Operativo de todo el equipo de aprendizaje, centrado en la tarea y en el análisis de las ansiedades que genera el trabajo grupal, especialmente de niños.

Todo esto en calidad preventiva ya que aunque el análisis personal es imprescindible para este trabajo, no es suficiente.

4. Grupo de estudio con temas diversos: la supervisión, la interpretación y el time, teoría y técnica del GIN-GAP y de otras modalidades grupales, los supuestos básicos de Bión, etc.

Evaluación de:

1.- Supervisión: se observó que la experiencia vivencial del grupo de aprendizaje se fue conjugando y comparando con el proceso terapéutico de los GIN y de los GAP. Las fantasías del grupo de aprendizaje en torno a la idealización del proyecto y principalmente de la pareja de supervisores de quienes se esperaba adquirir por arte de magia un cúmulo de conocimientos y resolución absoluta de todo problema que suele presentarse; es sustituida por una sensación de estar frustrados, enojados, de no obtener un aprendizaje efectivo. Las resistencias imposibilitan la comprensión y el sentido del trabajo, de la enseñanza rica y variada que imparten los supervisores. El temor a comprometerse con el proyecto para cambiar los modelos teórico-técnicos tradicionales de copiar y repetir; así como las fantasías de abandono y desplazamiento; son negados por el grupo, proyectándolos a los grupos pilotos de niños y fundamentalmente de padres, quienes tienen dificultades para asistir e

integrarse a sus procesos psicoterapéuticos. Produciéndose finalmente un acting grupal con la deserción de un emergente coterapeuta.

La hora de pensar coincide con la evaluación que se debe entregar a Rectoría, lo cual obliga a mirar retrospectivamente el trabajo, la experiencia y comentar lo relevante de éste. Se exhibe aquí una creciente aptitud para discurrir, comprender y asimilar las frustraciones, y satisfacciones; así como los errores y aciertos cometidos. El "EFECTO GIN" empieza a producirse en este grupo de aprendizaje, en el sentido de que la "hora de acción" (catarsis de los conflictos emocionales grupales) requiere de menos tiempo que la "hora de pensar" (donde se analiza y asume la tarea) y consecuentemente hay una disponibilidad del grupo a la reorganización que se propone para continuar óptimamente la labor, propuestas que son el resultado de la aptitud reparadora del grupo de aprendizaje, cuyo compromiso, permite concluir los procesos terapéuticos exitosamente a pesar del número reducido de pacientes. Los resultados se efectivizaron más tarde en la presentación de cuatro ponencias en el V Congreso Nacional de AMPAG, llevado a cabo en Cuernavaca, Mor.

2.- Grupo Operativo: el proceso psicodinámico fue similar al de las supervisiones, con la desventaja de no contar aquí con la presencia del grupo experto. Del tal manera que el tema en discusión a lo largo de estas seis sesiones quincenales de una hora fueron las problemáticas surgidas desde el primer mes de trabajo:

La inconstancia de los padres a los GAP y el temor de que los niños y padres se vayan “de las manos” y el proyecto quedara abortado.

La sensación de ser abandonados por la coordinadora y las consecuentes manifestaciones de celos y envidia hacia el tercero (bebe). Así como el “intento” de refugiarse en otra terapeuta presente que no ha sido “infiel” porque no ha tenido “bebés”.

El momento esquizo-paranoide tanto del grupo de aprendizaje como del grupo piloto (GIN y GAP) en el “tercer mes del espanto” (mayo). La locura llegó a esta Ce.Se.Co., a enfermar a todos ¿qué hacer?.

Las defensas maníacas que siguen a las ansiedades psicóticas, se hace presentes en el mes de junio (quinta sesión). Donde todo es juego, diversión, negación, indiferencia y omnipotencia.

Finalmente, la incapacidad de tolerar y consecuentemente eliminar estas ansiedades psicóticas provocan la desintegración de este grupo operativo después del 25 de junio, ya que las funciones sintetizadoras del yo grupal se han escindido sin que pueda existir aquí una fuente de contención.

3.- Grupos de Estudio: se establecen dos, quedando coordinados cada uno por las psicólogas Ana María Guzmán O. y Ana María del Rosario Asebey Morales. Al igual que en los GAP, aquí había una gran irregularidad en cuanto a la asistencia y puntualidad por parte del grupo de aprendizaje, argumentando una serie de pretextos que obstaculizaban asumir la tarea. A pesar de esto, ambos grupos de estudio prosiguieron la labor con aquellos integrantes dispuestos y comprometidos.

4.- Proceso: la evaluación de este punto nos permitió mirar retrospectivamente lo que habíamos hecho. Así:

La presencia de observadores en el GIN, enriqueció la psicodinámica del proceso de cada uno de los grupos infantiles. Ya que al convertir en activo el rol pasivo que inicialmente desempeñaban, se transformaron en “auxiliares” de los coterapeutas. Esto, les permitió una integración y participación más comprometida con el proceso, con el proyecto y consigo mismos.

En cuanto a la triterapia, observamos que un tercero viene a causar rivalidad, celos, competencia; ya que estas emociones están más vivas en nosotros como equipo terapéutico. Por tanto esta modalidad queda desechada en adelante.

El espacio terapéutico del GIN empezó a tener una difusión entre los niños de la colonia, quienes llegaban a nuestras instalaciones como bandadas de pajaritos,

porque les dijeron que aquí “los niños pueden golpearse y decir maldiciones en presencia de adultos”

En los GAP prevaleció la ausencia del progenitor varón. Ausencia que se percibía desde el proceso psicodiagnóstico infantil previo a la constitución de los grupos. En consecuencia se planteó que los GAP deberían llamarse GAM. (Grupo Analítico de Madres). Esta situación fue similar en el grupo de aprendizaje, donde también habían pocos varones.

Hubo una gran inasistencia inicial de estas mamás al GAP. Las que asistían, lo hacían de manera irregular, convirtiéndose en saboteadoras de sus propios hijos, ya que les costaba mucho trabajo y dolor darse cuenta y aceptar que ellas tienen algo o mucho que ver en la problemática de sus hijos. Su actitud hacía sentir a los terapeutas como si estuvieran frente a un “muro de piedra” que no permitía la entrada, argumentaban que las terapias individuales de sus hijos eran más efectivas, en tanto que estas no las involucraban al no exigirles un compromiso de trabajo paralelo al de sus hijos.

Los niños por su parte se resistían a estar en el GIN las primeras sesiones, argumentando sentir nostalgia por sus espacios individuales de psicodiagnóstico, al mismo tiempo que amenazaban y exigían retornar a dichos espacios. Más tarde, al integrarse presentaban una inconstante asistencia, lo que propiciaba que no pueda

darse cierta secuencia al material temático que se trabajaba de una sesión a otra, dando la sensación a los coterapeutas de que sus interpretaciones caían “en un saco roto” produciéndoles desaliento y frustración.

Se percibía la falta de compromiso de las mamás al GAP, lo que dificultaba que puedan ir elaborando las ansiedades que despiertan los cambios que sus hijos iban presentando. Por tanto, a pocos meses del proceso comenzaron a preocuparse, porque sentían que después de un período de aparente mejoría, sus hijos se mostraban agresivos con ellas, teniendo dificultades para ponerles límites en su casa: “los niños están peor que antes” comentaban las mamás enojadas, manifestando que “sí estaban cambiando, pero no precisamente de la manera que ellas esperaban”. Amenazando consecuentemente con dejar de traer a sus hijos al GIN., aunque curiosamente no amenazan con dejar de venir ellas al GAP y a partir de aquí sus asistencias fueron más constantes, y las resistencias empezaron a ceder para dar paso a una verbalización de ansiedades y fantasías en torno a la problemática evidenciada en sus hijos, vinculándola a sus propias vivencias infantiles colaborando así activamente en la rectificación del síntoma de sus hijos y en la modificación propositiva de sus espacios familiares.

Los seguimientos de seis meses, consistentes en una visita mensual del equipo terapéutico al domicilio de cada niño, fueron realizados por los observadores,

corroborando los éxitos terapéuticos esperados en todos nuestros pacientes-niños y en su entorno familiar.

Recomendaciones para la siguiente etapa:

Una pequeña comisión, acompañada por la coordinadora deberá visitar las escuelas de la zona. Visita que irá acompañada de una plática a los docentes, directivos y padres de familia, respecto al trabajo del proyecto.

Próximamente debe advertirse el compromiso que amerita el ciclo de este trabajo, independientemente de que los alumnos terminen o no su servicio social, o prácticas curriculares. Ya que desde el punto de vista académico, todo aprendizaje en formación requiere minimamente un año, para no estar probando un poco de aquí y otro poco de allá.

Hacer una selección calificada a las personas que quieran integrarse a este proyecto para que tengan consciencia de la seriedad que implica este trabajo.

Asimismo hacer una selección preliminar de los terapeutas, exigiendo "si es posible" el análisis personal, ya que el trabajo con niños es regresivo.

Procurar en lo posible no mover encuadres de los grupos terapéuticos GIN y GAP.

No volver más a trabajar en triterapia.

Continuar con observadores con la finalidad de capacitación.

Necesidad de elaborar viñetas clínicas de cada uno de los pacientes, niños, sobre lo más representativo de ellos. Esto, aunado a la importancia de la comunicación de cada equipo terapéutico en una previa reunión a la apertura de los procesos grupales, permitirá discutir cada caso clínico, entendiendo la problemática del niño en función de sus padres.

Formar los equipos terapéuticos de manera analítica: lugar, espacio, horario y pacientes. La programación de los grupos debe estar realizado óptimamente en función de las posibilidades de horarios de los niños y padres. Esto es muy difícil pero debe hacerse.

Se recalcan sobre las reuniones interclínicas de los equipos terapéuticos después de cada sesión. Así como la continuación de los grupos de estudio.

Finalmente, los Drs. Dupont y Jinich se comprometen a continuar supervisándonos mensualmente en la siguiente etapa.

PRIMERA ETAPA 1992-93

ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

NIVEL	FUNCIONES	INICIAN	CONCLUYEN
ADMINISTRATIVO	COORDINADORA*	1	1
GRUPO DE EXPERTOS	SUPERVISORES	2	2
GRUPO DE APRENDIZAJE	TERAPEUTAS	5	3
	COTERAPEUTAS	13	12
	OBSERVADORES	25	12
	TRABAJADORA SOCIAL**	1	
GRUPO TERAPEUTICO	GIN	5	3
	GAP	5	3

* Se encuentra también en el grupo de aprendizaje como terapeuta .

** En mayo se retira del proyecto, en virtud de haber concluido sus prácticas curriculares, quedando vigente la necesidad de las funciones que venía desempeñando.

46 personas inician = 100%

17 personas desertan = 37%

29 personas concluyen = 63%

ENCUADRE DE LOS GIN-GAP

1992-93

MARZO	EQUIPOS DE TERAPEUTICOS DE GIN-GAP		
GIN-GAP	HORARIO DE LAS SESIONES	TERAPEUTAS Y COTERAPEUTAS	TERAPEUTA Y CONTERAPEUTAS DE GAP.
1	Martes 15:99 Hrs.	Psic. Yolanda Meléndez H. Laura Solis	Psic. Ana María Guzmán O. Rosario Cortéz Laura Isela Gómez
2•	Martes 16:00 Hrs.	Psic.Noemí Andrade Roldán Rosario Cortéz	Psic. Noemí Andrade Roldán Leticia Camargo
3	Viernes 10:30 Hrs.	Psic.Ana María del Rosario Asebey Juan Tenorio Iveth Valdés	Psic. Ana Maria Guzmán O. Martha Patricia Gamez **
4	Miércoles 16:30 Hrs.	Psic. Yolanda Melendez H. Sandra Ocampo	Psic. Ana María Guzmán O. Verónica Ordaz
5	Martes 9:30 Hrs.	Psic. Noemí Andrade Roldán Gabriela López	Psic. Arturo Santiago Guerrero ** Guadalupe Rojo ***

• Fue el único GIN que no sufrió ninguna modificación en el encuadre.

** Coterapéuta y Terapéuta que dejan el proyecto temporalmente ya que sus actividades no les permiten tener el tiempo suficiente.

*** Coterapeuta que labora en marzo pero al cerrarse los grupos, queda como observadora continuando en las supervisiones mensuales con los expertos.

ENCUADRE DE LOS GIN-GAP

1992-93

ABRIL	MOVILIZACION Y CONSOLIDACION DE EQUIPOS TERAPEUTICOS DE GIN-GAP		
	HORARIO DE SESIONES	TERAPEUTAS Y COTERAPEUTAS	TERAPEUTAS Y COTERAPEUTAS
1	Martes 15:00 hrs.	Psic. Yolanda Melendez Hernández Laura Solis Sandra Ocampo	Psic. Ana María Guzmán Olvera Verónica Ordaz.
2	Martes 16:00 Hrs.	Psic. Noemí Andrade Roldán* Rosario Cortéz Gabriela López Salas	Leticia Camargo Manuel Cornejo **
3	Viernes 10:30 Hrs.	Psic. Ana María del Rosario Asebey M. Juan Tenorio Iveth Valdez	Rosario Cortez Laura Isela Gómez Javier Rivera ***

* Terapeuta que deja el proyecto en agosto.

** Coterapeuta varón que se integra a un grupo ya constituido.

*** Coterapeuta varón que viene a constituir un nuevo grupo.

RELACIÓN CUANTITATIVA DE LOS PROCESOS

PSICOTERAPÉUTICOS GIN-GAP.

1992-1993.

Niños en el proceso			Progenitores en el proceso		
GIN	INICIAN	CONCLUYEN	GAP	INICIAN	CONCLUYEN
1	12*	4	1	7***	3
2	12**	2	2	13****	2
3	7	4	3	5	4
TOTAL		10	TOTAL		9

* Iniciaron 8 niños en el GIN 1 y 4 niños en el GIN 4. Ambos grupos se fucionaron en la movilización y consolidación de Abril de 1992.

** Iniciaron 8 niños en el GIN-2 y 4 niños en el GIN-5. Ambos grupos se fucionaron en la movilización y consolidación de Abril de 1992.

*** Iniciaron 3 progenitores en el GAP-1 y 4 progenitores en el GAP-4. Ambos grupos se fucionaron en Abril 1992.

**** Iniciaron 7 progenitores en el GAP-2 y 6 progenitores en el GAP-5. Ambos grupos de fucionaron en Abril 1992.

Niños en GIN

50 programados para 5 grupos = 100%
31 inician en 5 grupos = 62%
10 concluyen en 3 grupos = 20%

Progenitores en GAP

50 programados para 5 grupos = 100%
25 inician en 5 grupos = 50%
9 concluyen en 3 grupos = 18%

SEGUNDA ETAPA 1993-94

Se inicia a mediados de marzo de 1993 y concluye en la misma fecha del año siguiente.

Planeación:

La organización de nuestros recursos humanos fue la misma en cuanto a los niveles, integrándose al grupo de aprendizaje dos docentes del programa de "Adolescencia", los Psic. Arturo Santiago Guerrero y Alejandra Garfias, para trabajar como terapeutas en diferentes grupos de padres. Asimismo, se incorporaron varios estudiantes de diferentes áreas de la Facultad de Psicología y una maestra ajena a Ce.Se.Co., como observadores de GIN. Los nuevos coterapeutas de esta etapa, constituían el grupo de observadores del pasado año.

Se conformaron 8 grupos psicoterapéuticos paralelos, 4 de GIN y 4 de GAP con niños de 6 a 11 años, siendo la mayoría varones. A uno de estos grupos paralelos de GIN-GAP, denominamos "de espera" por ser un grupo abierto a eventuales inclusiones de otros niños y por consiguiente de sus padres, cerrándose al haberse completado los 10 integrantes-niños, de acuerdo a las indicaciones de la técnica GIN.

Durante el proceso de psicodiagnóstico infantil, se avisó tanto a los progenitores como a los niños sobre la existencia en la institución de la modalidad GIN-GAP y la probabilidad de que al término del psicodiagnóstico y en función de los resultados del mismo, ellos trabajarían en dichos grupos.

Concluidos los procesos psicodiagnósticos individuales elementales para una adecuada selección de los niños para GIN; se organizaron reuniones con cada grupo de progenitores participando el equipo terapéutico correspondiente, con la finalidad de explicarles brevemente en que consistía nuestra labor psicoterapéutica grupal y la imperiosa necesidad de su compromiso en el GAP, para ayudar desde este espacio a la resolución de la problemática de sus hijos, convirtiéndose así en los "coterapéutas" de estos en sus ámbitos familiares.

Se elaboraron viñetas clínicas de cada niño con lo más relevante de sus historias, para que cada equipo terapéutico conociera esta información en una reunión previa a la puesta en marcha de los procesos psicoterapéuticos grupales.

Respecto a nuestro proceso de formación, fue similar al de la etapa pasada. A excepción del grupo operativo que en este período no existió, dando que no contábamos con un coordinador experto.

La secuencia temporal de las supervisiones mensuales fue equivalente al período anterior. La U.A.Q., financió el 50% del costo económico de las mismas, el otro 50% estuvo a cargo de la propia Ce.Se.Co.-Lomas 2.

Evaluación de:

1.- Supervisión: el fenómeno de deserción e integración de progenitores (GAP), niños (GIN) y equipo de aprendizaje, se volvió a presentar en los primeros meses de esta etapa, aunque en un grado de intensidad menor. Lo cual no evitó que los coterapéutas principalmente los de GAP; sintieran angustia, frustración, enojo y devaluación, especialmente los más jóvenes, quienes temían ser acusados por los progenitores debido a su inexperiencia para poder comprenderlos en la difícil labor de ser padres.

Paralelamente, algunos observadores dejaron de asistir tanto a las sesiones de GIN como a las supervisiones, sucitándose el acting de una emergente, quien habiendo observado 3 ó 4 sesiones de GIN y asistido solamente a una supervisión mensual; se retiró silenciosamente a emprender un curso para la “Aplicación del Grupo Infantil Natural” a los docentes de una institución fuera del estado, con una duración de tres meses, del 12 de agosto al 21 de octubre de 1993. Capacitación que conllevó más intereses lucrativos que académicos, ya que el tiempo de su estancia en Ce.Se.Co.

no fue suficiente para un mínimo de tal experiencia y menos aún para difundirla bajo los parámetros de experta conocedora.

Así pues, la evolución del grupo de aprendizaje en esta etapa fluctuó entre situaciones depresivas y paranoides, que al ser abordadas posibilitaron su análisis y consecuente elaboración. Lo que incrementó la comprensión del sentido y validez de nuestro trabajo y de la enseñanza rica y variada que impartirán los supervisores. Obteniendo éxitos terapéuticos en un porcentaje mayor de niños y padres, de cuya experiencia producimos otros cuatro trabajos que junto con los de la etapa piloto, fueron presentados en el XXXII Congreso Nacional de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, realizado en noviembre de 1993 en la ciudad de León, Gto.

2.- Grupo de Estudio: estuvo coordinado por la Psic. Ana María Guzmán, quien procedió a una minuciosa revisión de materiales bibliográficos en torno a teoría y técnica de grupos, abordando entre éstas específicamente la modalidad GIN-GAP, Además de hacer hincapié en temas como: interpretación, time, transferencia, etc.

La asistencia y el número de los integrantes fue mucho mayor en este período, aunque no así su perseverancia, por consiguiente el aprovechamiento no fue similar en todos.

3.- Proceso: la información vertida a los progenitores y niños sobre la modalidad GIN-GAP, tanto en el psicodiagnóstico infantil como en la reunión previa a la apertura de los grupos terapéuticos, favoreció el proceso en varios sentidos:

Se logró un mayor compromiso de las mamás en el GAP, disminuyendo un gran porcentaje de deserciones. Pensamos que tal compromiso estuvo sustentado en la alianza que hicimos con sus actitudes reparadoras, a través de la comprensión de que la sintomatología de sus hijos fue gestada en una cadena generacional en la que tanto las mamás como los progenitores varones se encuentran atrapados. Esto ayudó a bajar los niveles de angustia persecutoria, suscitada por sentimientos de culpa respecto a la problemática de sus hijos en cuestión.

La integración de los niños y niñas al GIN fue mayor y más rápida, dada la gran disponibilidad con la que llegaban a jugar a este espacio de la imaginación, en virtud de que además, habían escuchado a los niños que estuvieron jugando aquí el año pasado de una manera "especial".

Implementamos algunas dinámicas y/o técnicas de acción acordes al momento y a la problemática del grupo, con la finalidad de movilizar las resistencias en las psicodinámicas de GIN y de GAP.

Introducimos en el GAP, el uso del “filiograma trigeracional”, instrumento que empezó a emplearse al inicio del proceso cuando cada uno de los padres se iba presentando en el grupo. Dicha información quedó graficada en un pintarrón instalado en este espacio terapéutico, permitiendo buscar en dicha organización general de la familia, los vectores de salud y enfermedad que han predominado en los propios padres, abuelos y si es posible en bisabuelos.

Aunque las deserciones de las mamás y sus hijos fue menor, los papás siguieron brillando por su ausencia. Hemos observado que esta situación en la comunidad, tiene que ver con el fenómeno socio-cultural que impone a la mujer la crianza y educación de los hijos; asignando al padre cuando existe o vive en la familia, una función de proveedor en el mejor de los casos. Sin embargo, parece que esta ausencia del progenitor varón en el GAP, cuando existe en el hogar, tiene que ver con una colución inconsciente de la pareja y de la familia, donde éste queda anulado. Es decir que la función del padre deja mucho que desear y la madre se maneja respecto a él en una forma muy ambivalente: quiere que esté presente, pero hace lo posible para que no esté. Lo idealiza, pero lo descalifica.

Otra circunstancia que parece estar condicionando la ausencia del padre en el GAP, es que en muchos casos éste no existe en casa por diversas causas: muerte, divorcio, porque tiene otra familia o porque la madre es soltera. Es precisamente la presencia de esta última la que empieza a incrementarse en los GAP, para quienes

la institución cumple la función paterna, desempeñando un rol de juez, salvador y perseguidor a través de la aceptación, continencia y escucha de los terapeutas.

Una característica peculiar en este período, es que otras instituciones como IMSS, DIF, CAPEP y USEBEQ, conocedoras de nuestra labora con esta eficaz modalidad y de sus óptimos resultados, empezaron a canalizarnos una gran cantidad de pacientes-niños bajo la consigna de que sean atendidos en GIN. Situación que nos fue convirtiendo en receptores de un mayor índice de solicitudes que se fue incrementando más aún en virtud de la crisis socioeconómica nacional que estalló a finales del '94; desencadenando conflictos psicosociales ya existentes en forma latente y en ocasiones gestándolos.

Respecto al "grupo de espera" que introducimos en esta etapa, detectamos una problemática en torno al grupo de padres (GAP). Estos, no fácilmente aceptaban nuevas integrantes, una vez iniciado el proceso y consolidada su gestalt, a pesar de haberseles anunciado previamente que éste era un grupo abierto por el lapso de 3 meses hasta conformarse con 8 ó 10 mamás y/o papás.

Las fantasías de desplazamiento y sustitución que generaba la llegada de nuevos integrantes al GAP, se observaba también en los niños del "GIN de espera" y fueron aprovechadas por los coterapeutas para que estos niños pudieran trabajar con mayor intensidad, dramatizando sus propias vivencias tempranas en torno el

nacimiento de uno o varios hermanitos, permitiendo una pronta y profunda elaboración de dichos acontecimientos tempranos por demás dolorosos.

Además las mamás en el GAP, manifestaban una serie de fantasías que encerraban sus deseos de querer estar en el GIN, ocupando el lugar de sus hijos. Se quejaban a los terapeutas de GAP, aludiendo que los terapeutas de GIN enloquecían a sus hijos y los ponían en contra de ellos, con lo cual también envidiaban el lugar de dichos terapeutas quienes parecían estarles robando el cariño de sus hijos. Además, a través de estas quejas, intentaban provocar una situación de rivalidad entre las parejas terapéuticas de GIN y GAP a quienes disociaban en malos y buenos.

Finalmente cabe destacar las fantasías de rivalidad y envidia que provocaba el espacio del GIN en los hermanos de nuestros pacientes-niños, al considerar al GIN como un espacio privilegiado, donde se puede hablar, escuchar y "jugar diferente". Lo cual motivaba la presencia de dichos hermanos en la institución, insistiendo constantemente a los coterapeutas, ser incluidos al espacio de juego o imitando en sus casas las conductas de sus hermanos para ser remitidos aquí por su padres.

En cuanto a los seguimientos, fueron llevados a cabo por los coterapeutas de GIN, quienes efectuaron las visitas domiciliarios mensuales sin la participación de los coterapeutas de GAP, ya que las mismas implican tiempo. Generando además, un

gasto económico personal ya que debido a los cambios administrativos empezamos a carecer de recursos económicos para cubrir dichos gastos: camiones, taxis, gasolina.

Recomendaciones para la siguiente etapa:

Continuar con los “grupos GIN-GAP de espera”, fijando una fecha exacta menor de 3 meses para cerrarlo, aunque al término de la misma no se haya llegado al número esperado de pacientes.

Emprender una cuidadosa selección de los nuevos integrantes al proyecto, siendo un requisito indispensable la capacidad de compromiso, respeto al trabajo y fundamentalmente la ética profesional, con lo cual se evitará el uso y abuso acontecido en este período, en virtud de nuestra apertura confiada. Asimismo, detectar en estos nuevos integrantes su capacidad de flexibilidad, creatividad y tolerancia, por lo cual será imprescindible un previo proceso de entrenamiento teórico-técnico a través del grupo de estudio, grupo operativo, supervisión semanal y mensual, independientemente del grado académico que se posea o del nivel académico que se esté cursando.

Elegir como terapeutas de GIN y de GAP preferentemente a aquellos que tengan análisis personal.

Organizar un grupo operativo coordinado por un experto (se sugiere al Dr. Lorenzo Achirica), donde pueda trabajar todo el equipo del proyecto, fundamentalmente los que no posean un espacio analítico personal.

Nuevamente contamos con el compromiso de nuestros supervisores para la siguiente etapa anual.

SEGUNDA ETAPA 1993-94.
ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS.

NIVEL	FUNCIONES	INICIAN	CONLCUYEN
ADMINISTRATIVO	COORDINADORA	1	1
GRUPO DE EXPERTOS	SUPERVISORES	2	2
GRUPO DE APRENDIZAJE	TERAPEUTAS Y	8	8
	COTERAPEUTAS	7	7
	OBSERVADORES	15	5
GRUPO TERAPEUTICO	GIN	4	4
	GAP	4	4

32 personas inician = 100%

10 personas desertan = 31%

22 concluyen = 69%

ENCUADRE DE LOS GIN-GAP

1993-94

EQUIPOS TERAPEUTICOS DE GIN-GAP			
GIN-GAP	HORARIO	TERAPEUTAS Y COTERAPEUTAS DE GIN	TERAPEUTAS Y COTERAPEUTAS DE GAP
De espera	Martes 17:00 Hrs.	Araceli Lara Lara Cristina Santoyo	Psic. Yolanda Melendez Ma. De Jesús
1	Lunes 18:00 Hrs.	Fabián Coconi Teresa Centeno	Psic. Arturo Santiago Laura Samaniego
2	Jueves 17:00 Hrs.	Cayetano Aboytes Mónica Sánchez M.	Psic. Ana Maria Guzmán Araceli Lara Lara
3	Viernes 11:00 Hrs.	Psic. Ana María del Rosario Asebey Javier Rivera	Psic. Alejandra Garfias Patricia Maldonado

**RELACIÓN CUANTITATIVA DE LOS PROCESOS
PSICOTERAPÉUTICOS GIN-GAP.**

1993-94

Niños en el Proceso					Progenitores en el Proceso		
GIN	INICIAN	SE INCORPORAN	CONCLUYEN	GAP	INICIAN	SE INCORPORAN	CONCLUYEN
espera	5	6	7	espera	4	4	6
1	9	-	7	1	10	-	8
2	8	-	4	2	8	-	3
3	6	-	3	3	5	-	3
TOTAL	34		21	TOTAL	31		20

Niños en GIN

40 programadas para 4 grupos= 100%

34 emprenden en 4 grupos= 85%

21 concluyen en 4 grupos = 53%

Progenitores en GAP

40 programadas para 4 grupos= 100%

31 emprenden en 4 grupos = 78%

20 concluyen en 4 grupos = 50%

TERCERA ETAPA 1994-95

Comienza en marzo de 1994 y concluye también en marzo de 1995.

Planeación:

Esta etapa de trabajo se emprende con 32 personas, de las cuales aproximadamente el 50% es personal nuevo que se integra a capacitarse.

En este mismo período, se incorporan a nuestras supervisiones mensuales docentes y estudiantes del Centro de Investigación de Psicología Aplicada a la Comunidad (CIPAC), institución dependiente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Guanajuato, quienes cuentan con el apoyo de sus directivos y con recursos económicos del Proyecto de Superación Académica y Administrativa (PROSAA), para solventar su capacitación. Su actividad terapéutica con grupos de niños y padres la desarrollan en sus propias instalaciones ubicadas en la ciudad de León, Gto.

Para no cambiar el rumbo de nuestro objetivo centrado en la experiencia con esta modalidad en Querétaro, no nos enfrascaremos en explicaciones detalladas respecto

a lo que compete a León, Gto., ni haremos una descripción cuantitativa de su organización, ya que además no tenemos datos precisos para esto.

Retomando nuestra experiencia en Querétaro, conformamos 6 grupos terapéuticos paralelos de GIN y de GAP, manteniendo un GIN y su respectivo GAP como "grupos de espera". Cada uno de estos fue programado para 10 integrantes. En los grupos infantiles incluimos niños más pequeños, cuyas edades fluctuaban entre 4 y 11 años debido a que la demanda de atención infantil continuaba incrementándose por las canalizaciones de las instituciones que mencionamos en la etapa anterior y por planteles escolares de otras zonas de la ciudad.

Además de los observadores de GIN, se integraron observadores al proceso de GAP, con la finalidad de fortalecer el entrenamiento de los futuros terapeutas de padres, ya que el éxito terapéutico con los niños depende en gran medida del compromiso y permanencia de sus progenitores en el GAP.

El familiograma trigeneracional se consolida a partir de este período, constituyéndose en un instrumento fundamental dentro del procedimiento GAP.

Se plantea que el trabajo con los grupos de padres se inicie dos sesiones antes que los GIN, incluyéndose éstos hasta la tercera semana, para evitar que las situaciones

regresivas de las sesiones de GIN, fortalezcan las resistencias parentales provocando deserciones tempranas.

En virtud de que la Ce.Se.Co., está sujeta a las políticas económicas y administrativas que enmarcan a la Facultad de Psicología y en general a la U.A.Q., ha sido posible proponer y poner en práctica con creatividad y profunda ética este modelo de intervención psicoterapéutico. Sin embargo, dicha intervención se vio influida por las modificaciones del reducido presupuesto proveniente de la Universidad, de tal manera que la consecución de esta tercera etapa se vio amenazada.

En una actitud solidaria de esfuerzo y compromiso con el equipo de aprendizaje y con la comunidad a la que atendemos, nuestros supervisores destinaron el pago que recibían de la U.A.Q., a los psicólogos que permanecían voluntariamente en el proyecto y que se habían formado desde 1992 siendo en aquel entonces estudiantes.

Unos meses después de iniciada esta etapa, los supervisores insisten en la sugerencia planteada desde el principio, consistente en que trabajáramos en un grupo operativo o de reflexión, bajo la coordinación de un experto, con la finalidad de que este espacio sirva de contención a nuestras ansiedades suscitadas por el

trabajo con los grupos y agudizadas por las problemáticas institucionales principalmente externas.

Evaluación:

1.- Supervisión: el trabajo con la modalidad GIN-GAP se ha venido realizando con un número reducido de docentes, para ser exactos 5; y con los estudiantes de la Facultad de Psicología que se integran a la Ce.Se.Co., en calidad de servicio social, prácticas curriculares y/o voluntarios; lo que determina que su permanencia en la institución y por consiguiente en este proyecto sea temporal. Esta circunstancia vinculada a la inexistencia de contenidos teórico-técnicos del Modelo GIN-GAP en la curricula de la facultad, nos obliga a una capacitación periódica de nuestros recursos humanos, sin la posibilidad de poder consolidar un equipo de base al que se le pueda exigir el análisis individual o grupal, sobre todo a los alumnos; dado que la facultad a la que pertenecemos presupuestal y organizativamente, no tiene un mecanismo que pueda obligar a dicho análisis a su comunidad estudiantil, particularmente la perteneciente al área clínica.

A esta dificultad formativa que se ha presentado desde el inicio de nuestra labor, se sumó más tarde otra institucional, referente a los cambios administrativos legalmente establecidos; tanto en la Facultad como en la Ce.Se.Co. Cambios que en cierta medida han movilizad o la organización interna y el desarrollo del Proyecto, en virtud

de que se han modificado los apoyos que recibíamos, provocando una serie de insatisfacciones silenciadas en el equipo terapéutico y/o grupo de aprendizaje; manifestadas en rompimientos de setting en algunos grupos (renuncia de coterapéutas y cambios de horarios), en ausencias masivas del equipo a las supervisiones mensuales con los expertos, pretextando entre otras cosas la presencia de los compañeros de la Universidad de León, Gto., integrados en este período a las supervisiones, a quienes inconscientemente se les colocaba en el rol del chivo expiatorio, con sensaciones de desplazamiento y envidia por el apoyo y reconocimiento que sus autoridades universitarias les brindaban.

Se abordó la problemática suscitada temporalmente en la psicodinámica de algunos grupos terapéuticos por la renuncia de dos coterapéutas, depositarias de las ansiedades esquizoparanoides que fluían de un emergente externo desde que comenzamos nuestra labor clínica y principalmente nuestro proceso de entrenamiento. En este punto cabe preguntarnos ¿sólo el psicoanálisis institucionalizado se compromete ética y emocionalmente en grado profundo con su trabajo?.

Ante estas situaciones desgastantes, comenzamos a trabajar en un Grupo Operativo.

2.- Grupo Operativo: se buscó un coordinador con formación psicoanalítica que no tuviera relación cercana con ninguno de los niveles institucionales de la Universidad para evitar contaminaciones. Sin embargo, no pudo iniciarse inmediatamente el grupo debido a las resistencias de algunos miembros del equipo, comunicadas en actitudes omnipotentes y otros mecanismos de defensa encubiertos por argumentos económicos y temporales.

Finalmente se hizo una reunión para acordar la fecha en la que comenzaría el Grupo Operativo, señalándose que la inclusión era voluntaria.

De esta forma se integra dicho Grupo Operativo coordinado por el Dr. Lorenzo Achirica y siete miembros de ambos sexos, con una heterogeneidad respecto a edad y nivel académico; los que acuerdan trabajar ocho meses en un espacio específico de la Clínica como un grupo cerrado a partir del segundo mes, en sesiones semanales de dos horas y media, con cuotas fijas a pagarse al terminar cada sesión aún en caso de inasistencias.

Las primeras sesiones giran en torno al encuadre que parece no quedar claro para algunos y a la esperanza de que los otros compañeros del equipo terapéutico resuelvan integrarse a este espacio. También, se habla de las rupturas del setting en algunos grupos terapéuticos, vinculados a la omnipotencia y negación de algunos

terapéutas y a las carencias tempranas de los pacientes. Además se aborda el tema del erotismo que puede despertar en ocasiones la pareja terapéutica.

Con estos discursos, parece que el grupo comienza a entenderse desde la perspectiva de sus emociones pero en una actitud de dependencia hacia el coordinador; con mucho temor a sus interpretaciones y a las del propio grupo, lo que conduce a espacios prolongados de silencio señalados por el coordinador como “el miedo a las movilizaciones”. Iniciándose entonces un ataque-fuga a procesos esquizoparanoides, por consiguiente las funciones mentales del grupo quedan escindidas y éste empieza a tener dificultades para pensar y obviamente para sentir.

Se percibe a la madre institución (Facultad) persecutoria y disociada en una madre benévola y gratificante del pasado que había posibilitado el crecimiento de su hija (Ce.Se.Co), alimentándola, y en otra madre envidiosa que ahora rivaliza con el conocimiento de esta hija y en consecuencia la priva con sus pechos secos de aquel succulento alimento. Generándose al interior rompimientos y desorganización, evidenciados en la renuncia de algunas terapeutas, las que inconscientemente se coluden con esta madre para cuestionar desde afuera el trabajo sin ofrecer ninguna alternativa de solución.

Esta disociación, también es vivida en relación al coordinador confiriéndole mágicamente un saber omnipotente que conduce por un lado a la dependencia pero,

por otro lado esta posesión genera envidia. Por consiguiente había que decapitar a este líder creador y gratificante cambiando el encuadre para convertirlo en malo y controlador y así poder rivalizar con éste en el sentido de que, él si podía permutar una sesión por otra y los hijos no tenían derecho a lo mismo.

El clima emocional de esta etapa oscila entre el miedo, la desconfianza, la persecución y la desesperación manifestadas en reclamos, devaluaciones y rechazos dirigidos principalmente a la madre institución y desplazadas al Proyecto, a los miembros ausentes del equipo terapéutico a los supervisores y al equipo de León; con quien ahora este grupo debe compartir la comida totémica de las supervisiones mensuales, quedando reducido su tiempo y las atenciones de los padres sustitutos (supervisores), evidenciándose fantasías fraternas de envidia, rivalidad, desplazamiento y sustitución.

Las siguientes sesiones continuaron girando en una atmósfera confusa e incómoda en la que prevalecían los reproches entre los miembros respecto a las ausencias, retrasos y silencios con diferentes emergentes generando una gama de sensaciones, lo que permite al grupo conectarse con sus afectos para empezar a pensar, intentando comprender sus procesos internos, recuperando sus funciones yóicas. Lo cual, le posibilita tolerar las frustraciones reales impuestas por el medio aceptando la realidad como la vida lo requiere y no como el grupo lo quiere.

En esta misma etapa, se presenta un sueño que permite al grupo ingresar a un proceso elaborativo reparando sus actitudes esquizoparanoicas y sus objetivos persecutorios.

La etapa de cierre coincide con el estallamiento de una huelga en la Universidad, amenazando la integración de este grupo y desequilibrándose parcialmente su proceso secundario. Todo esto, conllevó nuevamente a enfrentamientos y reproches internos con intervenciones del coordinador señalando "que la vida es un juego de proyecciones, donde debe dejarse de exigir para aprovechar lo que se tiene, ya que trabajamos con lo que somos y con lo que tenemos".

En este período se presenta otro sueño como resistencia a terminar el proceso. Así en el grupo comienza primero con agresión, luego con tristeza, elaborando heridas y trampas, reacomodando cosas en relación a la conclusión de la tercera etapa del trabajo con el Proyecto GIN-GAP y planificando sin tanta angustia la cuarta etapa del mismo.

Finalmente, en la última sesión el grupo trata de evitar que el cierre lo lleve a la depresión, al duelo, a la asunción del término. Y cada quien se manifiesta con lo que tiene para defenderse de este cierre. El coordinador señala el dolor que está causando este final que conlleva a la inevitable separación y al necesario crecimiento, invitando a pensar sobre este dolor que se está sintiendo; iniciándose

entonces una atmósfera depresiva que permite terminar de reparar, mencionándose las cosas positivas de este grupo, lo que ha dado y lo que cada quien se lleva de éste, coincidiendo en que los objetivos individuales y grupales se han logrado en gran medida pero no de forma terminada.

3.- Grupo de Estudio: continua funcionando bajo la coordinación y experiencia de la Psic. Ana María Guzmán O.

4.- Proceso: nos encontramos en el tercer año consecutivo de trabajar con esta modalidad terapéutica con más aciertos que errores, apoyándonos en la experiencia y paciencia de nuestros supervisores.

La rapidez y calidad que pretendemos en nuestros psicodiagnósticos nos han ayudado a una mayor integración del niño al GIN, ya que no se establece un fuerte vínculo transferencial con el psicólogo(a) que realiza el psicodiagnóstico.

La adecuada selección de los niños a GIN a través de un minucioso, breve y certero proceso de psicodiagnóstico, permite prever con un amplio margen las posibilidades de deserción.

Las deserciones de madres e hijos van disminuyendo considerablemente. Observamos que esto tiene que ver con que los pacientes ya saben que es el GIN y

el GAP, conocen a otros pacientes que han trabajado en estos grupos y han escuchado sobre la efectividad terapéutica que obtuvieron con esta modalidad.

Una situación peculiar en nuestros grupos terapéuticos tanto de niños como de madres es que la psicodinámica gira alrededor de la figura paterna y de la diversidad de representaciones que puede contener este rol y en general la masculinidad.

Hay un común denominador respecto a la problemática de nuestros pacientes (niños y madres) y es el conflicto en relación al lugar del padre, conflicto que las madres extienden a sus parejas y a sus hijos varones. Es decir, que estas mujeres han tenido una gran dificultad desde pequeñas en el vínculo con sus padres, por ser este una figura temida y al mismo tiempo anhelada por estar distante o ausente, tanto física como emocionalmente. Situación que inconscientemente transmiten a sus vástagos para que estos repitan en sus propias relaciones con sus progenitores varones, el conflicto materno.

Las pérdidas tempranas son frecuentes en las mujeres de esta comunidad urbano-popular; lo que obviamente provoca rabia y es vivido como un abandono, mismo que inconscientemente es transmitido a sus parejas e hijos(as), convirtiéndose esta situación en un conflicto generacional.

Por tercera vez consecutiva, se observa que pese a que las vacaciones de verano son anunciadas con anterioridad, activan las fantasías de abandono temprano, tanto en las madres como en los hijos quienes viven la separación como un vacío o muerte. Posteriormente, tardan dos o tres sesiones en reintegrarse y cuando lo hacen manifiestan en diversas formas su enojo.

Los seguimientos de los casos se hacen en las instalaciones de Ce.Se.Co. y son efectuadas por la coordinadora, ya que no existen recursos económicos ni suficiente personal para que se lleven a cabo en los domicilios particulares.

A pesar de esta necesaria modificación implementada, observamos la asistencia permanente de mamás e hijos a tales seguimientos, en muchos casos van acompañados de hermanos (as) y papás, quienes participan relatando los cambios favorables de los que están siendo beneficiarios.

Un resumen de lo acontecido estos 3 años de trabajo, se presentó en las VIII Jornadas de Psiquiatría Infantil "Terapias de niños y adolescentes", en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" realizada en octubre de 1994 en la ciudad de México, D.F.

En noviembre de este mismo año participamos en el XXXIII Congreso Nacional de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (A.P.M.) que se llevó a cabo en esta ciudad, con una ponencia que versa sobre el lugar del padre.

Recomendaciones para la siguiente etapa:

- Insistir en la selección de terapeutas comprometidos, que hayan tenido o estén en análisis individual.
- No perder el tiempo ni desgastarnos en responder a acusaciones provocativas patológicas que “utilizan” a algunos alumnos para vertir juicios infundamentados “plagiando” capítulos enteros de libros, bajo el rótulo de investigación.
- Continuar con los observadores en GIN y en GAP ya que estos se han convertido en auxiliares muy valiosos de los coterapeutas en los procesos psicodinámicos grupales.
- Hacer un cobro aunque sea simbólico a las mamás y papás de los GAP.
- Es necesario elaborar un manual de procedimientos sobre esta modalidad psicoterapéutica.

- Conformar los grupos infantiles con más de 10 niños, con 14 aproximadamente.
Para que cuando deserten, no queden tan pocos y por consiguiente la energía y cantidad de nuestros recursos humanos no sean desperdiciados.

TERCERA ETAPA 1994-95
ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

NIVEL		FUNCIONES	INICIAN	CONCLUYEN
ADMINISTRATIVO		COORDINADORA	1	1
GRUPO DE EXPERTOS		SUPERVISORES	2	2
		COORDINADOR DE GRUPO OPERATIVO	1	1
G A R P U R P E O N D I E Z A J E	QUERETARO	TERAPEUTAS Y	6	6
		COTERAPEUTAS	6	5
		OBSERVADORES	16	12
	TRABAJADORA SOCIAL	1	1	
	LEON, GTO.	TERAPEUTAS COTERAPEUTAS OBSERVADORES		
GRUPO TERAPEUTICO QRO.		GIN	3	3
		GAP	3	3

32 personas inician = 100%

5 personas desertan = 16%

27 personas permanecen = 84%

ENCUADRE DE LOS GIN-GAP

1994-95

EQUIPOS TERAPEUTICOS DE GIN-GAP			
GIN-GAP	HORARIO	TERAPEUTAS Y COTERAPEUTAS DE GIN	TERAPEUTAS Y COTERAPEUTAS DE GAP
1	Lunes 11:00 Hrs.	Psic. Ana María del Rosario Asebey Psic. Fabián Coconi	Psic. Arturo Santiago Guerrero Psic. Laura Samaniego ***
2	Jueves 17:00 Hrs.	Psic. Cayetano Aboytes Psic. Teresa Centeno * Psic. Lourdes Arreola**	Psic. Ana María Guzmán Psic. Cristina Santoyo
DE ESPERA	Viernes 17:00 Hrs.	Psic. Alejandra Garfias Psic. Javier Rivera	Psic. Yolanda Melendez Psic. Araceli Lara

* Coterapeuta de GIN que deja el proyecto

** Coterapeuta que la sustituye

*** Coterapeuta de GAP que deja el Proyecto.

RELACIÓN CUANTITATIVA DE LOS PROCESOS

PSICOTERAPÉUTICOS GIN-GAP

1994-95.

GIN	Niños en el proceso			GAP	Progenitores en el Proceso		
	INICIAN		CONCLUYEN		INICIA N		CONCLUYEN
1	9	-	6	1	8	-	6
2	7	-	4	2	6	-	3
espera	7	4	5	espera	6	2	5
TOTAL 27			15	TOTAL 22			14

Niños en GIP

30 programados para 3 grupos = 100%

27 emprenden en 3 grupos = 90%

15 concluyen en 3 grupos = 50%

Progenitores en GAP

30 programados para 3 grupos = 100%

22 emprenden en 3 grupos = 73%

14 concluyen en 3 grupos = 47%

CUARTA ETAPA 1995-96

Es emprendida en abril de 1995 para finalizar en el mismo mes de 1996.

Planeación:

En virtud de que el Dr. Marco Antonio Dupont tenía compromisos de trabajo previos, menciona que no podrá estar presente en todas las supervisiones. Mismas que estarán a cargo de la Dra. Adela Jinich.

El personal de León, Gto., continúa capacitándose con nosotros. Por consiguiente, se acuerda dividir el tiempo de cada supervisión mensual en dos fracciones: la primera para el equipo de Querétaro y la otra para León, o cambiar el orden en función de las emergencias que se presenten en cada uno de estos equipos. Respecto a la bitácora de dichas supervisiones, también se acuerda que su registro será rotativo entre los dos equipos.

En cuanto a la selección de los niños al GIN, nuestro proceso psicodiagnóstico se ha optimizado al reducirse a 3 sesiones intensas, a cargo exclusivamente de las Psic. Ana María del Rosario Asebey M. y Ana María Guzmán O.; quienes realizan entrevistas profundas bajo encuadres sistémicos, con una escucha psicoanalítica y una observación clínica efectuada en la hora de juego. Todo esto complementando

con la aplicación de pruebas psicológicas de personalidad y cuando es pertinente de inteligencia. Ya que consideramos que el rendimiento intelectual, el desarrollo perceptual y el funcionamiento emocional deben ser comprendidos globalmente, como procesos intrapsíquicos y cognoscitivos dentro del contexto interaccional.

Concluido dicho proceso psicodiagnóstico infantil, donde los progenitores participan en las primeras entrevistas y en las últimas de devolución; conformamos 8 grupos paralelos, suprimiéndose en esta etapa y en las siguientes, los grupos de espera, ya que se establece que cada GIN y GAP de nuevo inicio, tenga una apertura de dos meses para la integración de niños y progenitores.

Se propone tener cada 3 meses una sesión prolongada con los progenitores, para evitar romper los encuadres en aquellos momentos en los que los primeros manifiestan una gran ansiedad y por ende una necesidad de ser contenidos por los terapeutas.

Se consolida la apertura de los GAP dos sesiones antes que los GIN.

Se menciona la importancia de que exista sincronía entre el GIN y el GAP en sus encuadres y en torno a sus psicodinámicas.

Se hace hincapié en las devoluciones al final del proceso. Debe haber límite de tiempo para cada diada madre-hijo(a), y si es posible incluir al padre. Cada equipo terapéutico trabajará con anterioridad sobre lo que se va a devolver.

Se planifica buscar recursos económicos de otras instancias ajenas a la U.A.Q. para continuar con esta loable intervención que ha demostrado estar beneficiando a la población que atendemos y para evitar que los logros de nuestro personal entrenado se vean coartados por los cambios administrativos institucionales.

Fortalecemos vínculos con las autoridades delegacionales con quienes hemos venido sostenido reuniones periódicas con el objeto de lograr una labor integrativa en favor de la comunidad del sector.

Se elaboran formatos para continuar llevando un registro de cada una de las sesiones GIN y GAP, de manera rotativa entre terapeutas y observadores.

Evaluación de:

1- Supervisión.- se desarrolla en una atmósfera de tolerancia y madurez al haberse podido elaborar las ansiedades primordiales de los años anteriores. Se logra lo que Biòn denomina momento del grupo de trabajo, con un despliegue del pensamiento que permite simbolizar y reflexionar acerca de nuestra labor, de las cualidades

necesarias para ser terapeuta y de otras temáticas en torno al modelo GIN-GAP que permiten disfrutar el conocimiento adquirido a pesar de haber pasado momentos dolorosos. En este sentido somos transgresores de la tradición de copiar y repetir mecánicamente la pseudo-ortodoxia psicoanalítica.

El grupo puede unificar sin dificultad interpretación, esclarecimiento y enseñanza-aprendizaje en una secuencia natural y espontánea hay una fluidez de un proceso a otro, lo que crea una mayor posibilidad de comprensión y una genuina aceptación e integración terapéutica grupal.

Se hace un análisis de las circunstancias y condiciones de cada equipo: Ce.Se.Co y CIPAC. Son dos destinos luchando por sostener y consolidar un mismo proyecto, tienen diferentes historias, sus procesos de organización son similares, y sus respaldos institucionales administrativos son opuestos.

Ambos centros de atención tienen la necesidad de optimizar los recursos humanos con los que cuentan para ello es básico el sostén que proporciona no sólo la supervisión, sino también la institución.

Se narran y analizan fenómenos grupales que se van dando en ambos centros. Las idealizaciones e identificaciones proyectivas en las dinámicas grupales de los equipos de trabajo son similares. Paralelamente se describen detalladamente

esfuerzo y compromiso, empleando sus propios recursos económicos para solventar el grupo operativo.

Surgió la propuesta de volver a trabajar en un grupo operativo con el Dr. Lorenzo Achirica, pero ahora la inclusión era obligatoria para todo aquel docente y alumno que ya esté o que quiera ingresar al proyecto.

Evaluación:

1.- Supervisión.- ha probado ser un valioso espacio para nuestra formación como terapeutas de GIN y de GAP. Además ha constituido el eje central para posibilitar la consolidación de esta modalidad psicoterapéutica en la institución y para la comunidad.

Ha existido una apertura flexible al conocimiento lo que ha permitido un desarrollo creativo del pensamiento de los integrantes de este grupo de aprendizaje, confrontándose a los aspectos emocionales derivados de la movilización de ansiedades propias de todo proceso grupal.

Se hace un recuento de los logros y fracasos y se comprueba que los primeros son más numerosos y sobresalientes que los últimos. Uno de estos logros es haber

obtenido la riqueza del conocimiento y la capacidad de poder aplicarla a una práctica concreta, rebasando a los discursos filosóficos.

Respecto a la psicodinámica de los grupos terapéuticos, se observa que las mamás tienen temor de que sus parejas (padres) se acerquen a sus hijos, evidenciando dos situaciones: por un lado, la dificultad de soltar a sus hijos y por otro las circunstancias incestuosas reales y/o fantaseadas que ellas vivieron tempranamente con sus progenitores presentes y/o ausentes.

El reclamo de los hombres en los GAP, gira en torno a que la mujer no toma en cuenta su trabajo de apoyo, y es rechazado y devaluado como soporte.

Los supervisores plantean la importancia de esta figura paterna que funge como partero, separando a los hijos de la madre, prohibiendo el incesto entre la diada madre-hijo(a) en énfasis sobre las identificaciones proyectivas generacionales. Mencionando además, sobre el manejo melancólico del secreto en las familias, poniendo como ejemplo la película "El príncipe de las mareas" y a la política mexicana como líder en el manejo psicopático del secreto.

En cuanto a los niños, el equipo de Querétaro comenta que un GIN se ha convertido para algunos niños que vienen de la sierra en un espacio fóbico que produce

ambivalencia: no quieren entrar, luego cambian de idea, entran un momento y se salen, etc.

Al respecto, los supervisores sugieren aplicar la “técnica de no contestar”. Su efectividad radica en que al no haber respuesta, el niño buscará otra manera de provocarla. Es decir que si el terapéutica responde a estas actitudes ambivalentes del niño, complementa un mensaje y si no lo hace, genera otras vías de comunicación.

Además hacen referencia a las interpretaciones marginales que son enormemente eficientes ya que no están dirigidas al paciente, pero los escucha.

A unos cuantos meses de iniciada esta quinta etapa, comienzan a suscitarse cambios en la psicodinámica grupal, vinculados a fantasías de abandono que inconscientemente tienen que ver con el próximo retiro de los supervisores, en virtud de que consideran que hemos logrado la suficiente autonomía y capacidad para continuar solos con este proyecto.

También el equipo de León anuncia su despedida, manifestando que el tiempo que habían planeado para su capacitación ha concluido y ahora se disponen a organizar su diplomado de GIN-GAP en la Universidad de León, Gto.

Estos movimientos en el grupo de trabajo, coinciden con la descarga laboral parcial y temporal solicitada por nosotros para concluir esta tesis. Por consiguiente, por

unanimidad los integrantes deciden trabajar en un grupo operativo, mismo que se inicia en abril de 1996 y concluye en noviembre del mismo año.

Mas adelante presentaremos un resumen de la psicodinámica acontecida en este grupo operativo; adelantando aquí que este espacio posibilitó la integración de los recursos humanos y de sus vínculos esclareciendo y elaborando los montantes de ansiedad generados por la labor psicoterapéutica grupal e intensificados por circunstancias diversas.

Retomando la síntesis evaluatoria de la supervisión correspondiente a este período; podemos decir que la primera fase concluyó con el cierre formal que hicieron los Drs. Adela Jinich de W. Y Marco Antonio Dupont en noviembre de 1996. La comunicación con ellos sigue vigente y nuestro agradecimiento será eterno por habernos compartido su ciencia, tiempo y paciencia.

Después de este cierre maduro y pertinente, establecimos un reacomodo en la organización de nuestros recursos humanos. De tal manera, que al haberse constituido un reducido pero calificado equipo de base, este se ha hecho cargo de llevar adelante la consolidación del modelo psicoterapéutico GIN-GAP en Querétaro, dedicándose con entusiasmo, responsabilidad, compromiso y calidad a:

1. La capacitación permanente de las nuevas generaciones de la facultad de psicología y de otras instituciones afines a la nuestra; a través de la observación de GIN y de GAP y de los grupos de estudio teórico-técnico.
2. La supervisión mensual y los diálogos interclínicos semanales de cada equipo terapéutico.
3. La coordinación del grupo operativo, al que se integran obligatoriamente quienes trabajan en esta modalidad, ya sean observadores, terapeutas y/o supervisores.
4. La atención psicoterapéutica a los grupos de niños (GIN) y a sus padres (GAP).
5. Y a la investigación en torno a las variables y constantes que se van suscitando en la aplicación de este valioso y óptimo procedimiento GIN-GAP en nuestro contexto. Como resultados de este rubro y en esta etapa, hemos presentado 2 ponencias: en el Primer Congreso Nacional de la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, A.C. (FENAPSIME) realizado en octubre, de 1996 en la ciudad de Guadalajara, Jal. También publicamos tres trabajos en las revistas "Superación Académica" 9, 11 y 12 del Sindicato Unico del Personal Académico de la U.A.Q. (SUPAUAQ). Además enviamos al VII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de

Psicoterapia Analítica de Grupos A.C. (AMPAG) otros dos trabajos que serán leídos en mayo de 1997 en la ciudad de Morelia, Mich.

2.- Grupo Operativo.- la gestación de este nuevo grupo operativo con 7 integrantes y la coordinación del Dr. Lorenzo Achirica; se dio en un plano ambivalente: desde lo manifiesto resultaba atractivo y novedoso por el deseo y la necesidad de trabajar en él para una mejor comprensión de la psicodinámica grupal de los GIN y GAP. Pero inconscientemente existía una variada gama de afectos manifestados en sensaciones de impotencia para contener el desbordamiento de un grupo terapéutico de niños y su simil de padres, donde la agresión de los primeros era paralela a la voracidad de sus progenitores.

La demanda excesiva de los pacientes llevó al equipo terapéutico a un estado de caos y confusión del que pretendía ser salvado por el arte y la magia del coordinador, a quien pedían que usara sus poderes omnipotentes para resolver un problema a distancia.

El tema de las primeras sesiones giraba en torno al “dinero”. El grupo no sabía cobrar a la comunidad y por consiguiente tenía graves dificultades para pagar sus espacios de formación.

Los esclarecimientos del coordinador lograron que en un momento de la dinámica, los integrantes pudieran adquirir cierta distancia emocional ante la demanda comunitaria; la carencia interna y externa de la población eran tan intensa que generalmente obligada a los terapeutas a no cobrar y a no buscar otros medios institucionales de retribución por parte de los pacientes. La estrategia planteada por dicho coordinador, fue revisar desde la institucional y desde lo individual el pago de las terapias dentro de la institución.

La intensa dinámica de las sesiones, dejó al grupo constituido por 3 integrantes y un coordinador, los restantes emprendieron la fuga bajo diversos argumentos. En nuestro pensamiento mágico, el espacio del grupo operativo iba a salvar de la locura a todos, pudimos constar cómo la proyectábamos en el afuera y de ahí como se nos revertía nuevamente.

Las deserciones de estos integrantes provocaron en el afuera actitudes de burla y escepticismo acerca de la supervivencia del grupo; por otra parte la fantasía mesiánica sobre este espacio era compartida tanto por los integrantes, como por aquellos que desde afuera esperaban resultados mágicos sin sentir ningún compromiso. La difusión de nuestro proyecto de capacitación comenzó a provocar en la institución actitudes matizadas por la angustia tendientes a evitar el cambio (compulsión a la repetición). El Holding del Grupo Operativo evitó que nos engancháramos con esta parte tanática.

Un segundo momento de la dinámica grupal, se caracterizó por una actitud de dependencia pero no de una dependencia parasitaria sino de una dependencia menos persecutoria, que permitió que el caos de los impulsos internos y externos pudiera ser contenido organizándose y desarrollándose un pensamiento más autónomo.

Siguiendo a Bión, podemos decir que el coordinador funcionó como un continente efectivo de las necesidades del grupo transformando la voracidad en producción, la omnipotencia en tolerancia y la primitiva envidia en cierta madurez emocional.

Así pues, podemos decir que ante la urgente necesidad de estructuración para evitar nuestra propia catástrofe, en este espacio de contención del grupo operativo nos dimos a la tarea de construir un programa de capacitación teórico-clínico, que en adelante se convirtió en nuestro objeto transicional, permitiéndonos trabajar lo subjetivo en el aquí y ahora (grupo operativo) para llevarlo a implementarlo en el allá y entonces (curso de capacitación), empezando con esto a encontrar sentido a nuestra existencia y presencia. Iniciándose entonces un trabajo rico, difícil y prometedor en dos espacios paralelos: el primero el grupo operativo que se constituyó en un espacio potencial, un espacio transicional, un espacio de la ilusión, en el que pudimos perder el miedo a desestructurarnos, verbalizando nuestros deseos, fantasías, temores y angustias. Bajo la contención del coordinador quien nos llevó a una búsqueda creadora plasmada en la planeación de las estrategias,

tiempos, encuadre, materiales bibliográficos, herramientas concretas, cuidando tener en mente siempre los objetivos y resultados a los que queríamos llegar. La modificación en la dinámica permitió que los roles circularan entre los monitores, de tal manera que la contención al ser móvil fue siendo operativa.

Finalmente, el otro espacio constituido allá afuera en el mundo externo, fue el espacio concreto y real del curso de capacitación, donde pudimos reflejar cordura, organización, capacidad; manteniendo con ello en nuestros capacitandos la suficiente angustia para el aprendizaje sin que este se tornara persecutorio. Nuestra función en dicho espacio fue la de ser contenedores y nutrientes. Se podría decir que se introyectaron montantes menores de ansiedad en el espacio del Grupo Operativo. Es decir, que los monitores pudimos identificarnos con las partes libres de conflicto del coordinador, de tal manera que en el otro espacio pudimos proyectarlo, permitiendo que el caos fuera menor.

En los albores de agosto nuestras expectativas eran mayúsculas. Tuvimos que pisar tierra conformarnos con lograr paso a paso pequeñas cosas. El resultado fue por demás fructuoso: Empezamos separados y desunidos, logrando cohesión tolerancia entre nosotros; el efecto terapéutico se ha hecho notorio en la institución. Se comparte más se muestra gratitud teniendo la posibilidad de dar en tiempo y creatividad. Podemos señalar en síntesis que la Rivalidad y Competencia le han ganado terreno a la envidia que deambula como la gran señora. Los cambios que

se dieron en el aquí y ahora del grupo operativo posibilitaron modificaciones en el allá y entonces del curso de capacitación, donde la esperanza aumentó y la idealización disminuyó.

3.- Curso de Capacitación.- estuvo coordinado por los Psicólogos Ana María del Rosario Asebey Morales, Eva Leautaud de los Santos y Javier Rivera Martínez y fue uno de los logros satisfactorios del grupo operativo, producto de nuestro empeño, tiempo dedicación y del apoyo invaluable del Dr. Lorenzo Achirica, además de su imprescindible contención, evidenciada en la construcción de un programa de capacitación teórica-técnica y práctico, dirigido a 25 integrantes adscritos al programa “Desarrollo psicosexual infantil”, con la finalidad de consolidar nuestra formación profesional, comprometiéndonos cada vez más y mejor con la comunidad a la que atendemos.

Para ello, planteamos en primera instancia dar a conocer el origen y la historia del modelo GIN-GAP en Querétaro, desde una perspectiva vivencial de nuestra experiencia, lo cual posibilitó un fluido proceso de enseñanza-aprendizaje sobre la teoría y la técnica de dicha modalidad psicoterapéutica.

En nuestro ejercicio, fue necesario romper la resistencia presente en el común denominador de las personas (incluyendo en este patrón al estudiante de psicología) para modificar la idea de un mundo infantil asexual, siempre tierno e inocente.

Siguiendo la línea de lo vivencial, nos apoyamos en el arte cinematográfico que nos proporcionó la ilusión de un mundo infantil en un estado primitivo, sin la presencia física de adultos y totalmente regresivo, por medio de la película. “El señor de las moscas”. Así, iniciamos sensibilizando a los capacitandos en el mundo infantil y pre-adolescente. Los comentarios que siguieron fueron muy interesantes en cuanto a la conexión que se logró de parte de todos con sus propias vivencias y las identificaciones y a asociaciones que surgieron.

Para transmitir en que consistía el Modelo GIN-GAP; los capacitandos se sentaron en un círculo, y en otro más pequeño todos los psicólogos que hemos trabajado en él. Empezamos a hablar de nuestras experiencias en el mismo: de nuestros aciertos, errores y miedos, de nuestros logros y asombros. En un segundo momento los capacitandos tomaban la palabra, y nos devolvían lo que vivenciaron al escucharnos.

Dichos capacitandos eran docentes, pasantes y alumnos que cursaban diferentes semestres, así que los ejercicios de integración fueron básicos para sentirnos grupo. Fue asombroso constatar cómo un ejercicio en el que todos tomados de las manos en círculo, debíamos sostenernos unos a otros para no caer, conllevó a una interiorización de la necesidad que se tiene siempre del otro, y el desahogo que significa apoyarse en él.

En otro momento, alineados en fila india, cada uno tenía que soportar en sus piernas semiflexionadas al que tenía adelante. El esfuerzo y las risas que provocó esta situación, llevó al grupo a una laxitud por demás benéfica.

Posteriormente revisamos los procesos del desarrollo psicosexual infantil, tanto normal como patológicas, desde una perspectiva evolutiva, intrapsíquica e interaccional. El material era leído por todos, los monitores los exponían y lo altamente nutriente consistía en verbalizar compartiendo lo pensado, lo sentido, fuera esto atractivo, aburrido y/o comprometido. Fue interesante por ejemplo, observar que cuando se tocaba el material revisado de la maternidad, no sin dolor los estudiantes habían ampliado su visión en cuanto a la gama de deseos y miedos que vive una mujer en ese estado.

Concluyendo finalmente con una tercera unidad, en la que se revisó el tema concerniente al psicodiagnóstico infantil, retomando las teorías: psicoanalítica, sistémica y gestáltica para comprender las técnicas psicológicas: entrevista, familiograma, historia clínica, hora de juego, tests proyectivos. Para esto, se examinaron algunos casos de la Ce.Se.Co. Lomas 2 y se trabajó con técnicas de dramatización.

Actualmente se imparte otro curso dedicado exclusivamente a la revisión y aplicación de pruebas psicológicas de personalidad e inteligencia, mismo que está a cargo de la Psic. Ana María del Rosario Asebey Morales.

4.- Proceso: la integración de los GIN fue de 12 y 14 niños, previniendo las probables deserciones, para que la consolidación de los mismos se de con 7 u 8 niños.

A menos de un mes para que concluya esta etapa, percibimos que hay mucho menos o casi nada de deserciones de progenitores y de sus hijos (as). Lo mismo sucede con nuestros recursos humanos, donde encontramos movilización de los roles pero cero en deserciones.

Asimismo, observamos que muchas instituciones educativas y de servicio a la comunidad reconocen nuestro trabajo al haber constatado los óptimos resultados en los niños pacientes que nos canalizaban. Por tal razón, continúan dichas canalizaciones.

Los terapeutas del primer GIN-GAP, correspondiente a esta etapa, han tenido como emergente central del GIN a un niño enurético, y en el GAP a su madre con una actitud negadora que no ayudaba en nada a su hijo y bloqueaba el trabajo de los

coterapéutas. Su discurso estaba matizado por una disociación respecto a su sexualidad, disociación que proyectaba en su hijo M. como el objeto seleccionado para ser depositario de las identificaciones patológicas no elaboradas. Situación que exigió el abordaje sincrónico de los terapeutas de GIN y de GAP, respecto al conflicto central y a su trama psicodinámica.

En otro GIN-GAP se evidenciaba la dificultad de integración de las parejas terapéuticas; con lo que reflejan las dificultades de las madres del GAP para vincularse permanentemente con sus parejas a quienes terminaban excluyendo de sus vidas, fantaseando el retorno a la casa de la abuela (matriarca), quien tiene el control de la casa y de las vidas de sus moradores.

Finalmente en los otros grupos paralelos de GIN y de GAP, el tema central gira en torno al contacto físico de los terapeutas con los niños en el GIN.

Respecto a los observadores, encontramos un mayor compromiso con esta labor psicoterapéutica, una actitud sana y muy madura, además una gran sensibilidad para comprender y analizar las psicodinámicas grupales de los padres y de sus hijos.

QUINTA ETAPA 1996-97.
ORGANIZACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

NIVEL		FUNCION	INICIAN
ADMINISTRATIVO		COORDINADORA	1
GRUPO DE EXPERTOS		*SUPERVISORES	2
		**COORDINADOR DE GRUPO OPERATIVO	1
G R A P O D A P R E N D I Z A J E	QUERETARO	TERAPEUTAS	4
		COTERAPEUTAS	5
		OBSERVADORES	16
	***LEON, GTO.	TERAPEUTAS	
		COTERAPEUTAS	
		OBSERVADORES	
GRUPO TERAPEUTICO		GIN	3
		GAP	3

28 Personas inician = 100%

* Los supervisores Drs. Adela Jinich y Marco A. Dupont hacen el cierre en noviembre de 1996.

** El coordinador del grupo operativo Dr. Lorenzo Achirica concluye su labor y hace el cierre de dicho grupo en noviembre de 1996.

*** El grupo de aprendizaje de León, Gto., ha concluido su entrenamiento psicoterapéutico GING-GAP. En noviembre se retiran a organizar su diplomado sobre esta modalidad.

MOVILIZACIÓN EN NOVIEMBRE 1996 A LA FECHA

NIVEL	FUNCIONES	CONTINUAN
ADMINISTRATIVO	*COORDINADORA	1
GRUPO DE EXPERTOS	SUPERVISORA	1
	**COORDINADORES DE GRUPO OPERATIVO	2
	***TERAPEUTAS	4
GRUPO DE APRENDIZAJE	COTERAPEUTAS	5
	OBSERVADORES	16
GRUPO TERAPEUTICO	GIN	3
	GAP	3

27 personas continúan

* A cargo de la Psic. Ana María del Rosario Asebey Morales que tiene también ahora la función de supervisar mensualmente al grupo de aprendizaje en formación.

** A cargo de los Psic. Ana María Guzmán Olvera y Javier Rivera Martínez, este último también tiene la función de terapeuta.

*** Conforman el grupo de expertos ya que junto con la supervisora y dos coordinadores de grupo operativo, permanecieron en este entrenamiento-formación desde 1992.

ENCUADRE DE LOS GIN-GAP

1996-97

GIN-GAP	HORARIOS	Terapéutas y Coterapéutas de GIN	Terapéutas y Coterapéutas de GAP
1	Jueves 16:00 Hrs.	Psic. Alejandra Garfias Psic. Fabián Coconi	Psic. Yolanda Meléndez Psic. Rosa Nelly Guerrero
2	Viernes 12:00 Hrs.	Psic. Fabián Coconi Mirna Trejo	Psic. Javier Rivera Fernanda González
3	Viernes 17:00 Hrs.	Psic. Javier Rivera Martha I. Lora	Psic. Fabián Coconi Lucía Trejo

**RELACIÓN CUANTITATIVA DE LOS PROCESOS
PSICOTERAPÉUTICOS GIN-GAP
1996-97.**

GIN	Niños en el Proceso		Progenitores en el Proceso	
	INICIAN	PERMANECEN	INICIAN	PERMANECEN
1	7	6	7	6
2	6	4	6	4
3	12	15	12	15
TOTAL		25	TOTAL	25

Niños en GIN.

36 programados para 3 grupos = 100%
 25 inician en 3 grupos = 70%
 25 permanecen en 3 grupos = 70%

Progenitores en GAP

36 programados para 3 grupos = 100%
 25 inician en 3 grupos = 70%
 25 permanecen en 3 grupos = 70%

CAPITULO 5

SOBRE LOS PROCESOS

PSICOTERAPEUTICOS DE LOS

GIN Y DE LOS GAP

SOBRE LOS PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS DE LOS GIN Y DE LOS GAP.

La riqueza profunda y exhaustiva de los procesos psicoterapéuticos de nuestros 17 grupos de niños (GIN), y otros 17 de sus padres (GAP), podría caber en miles de páginas y ser tema central de infinidad de trabajos interesantes. Sin embargo, queriendo llevar adelante esta tesis, proponemos centrarnos en los aspectos más relevantes de los procesos en cuestión, retomando para esto algunos de los trabajos que hemos publicado y presentado en diversos congresos, donde reportamos numerosos hallazgos a lo largo de estos 5 años de nuestra experiencia, corroborando por otro lado la eficacia terapéutica de esta modalidad.

Sabemos que al hacerlo tropezaremos con la gran dificultad de encerrar en breves páginas situaciones trascendentales de dichos procesos, obviando detalles demasiado precisos. En tal caso, no tenemos otra alternativa, sino la de dotar a este apartado de un contenido definido y atractivo con una densidad suficiente.

Comenzaremos refiriendo los procesos psicoterapéuticos de nuestros grupos infantiles, los que siguiendo los lineamientos que la técnica GIN señala, se han desenvuelto en un espacio ausente de juguetes y consignas, lo cual origina que este espacio terapéutico se convierta en un “espacio de la imaginación” que desde el inicio del proceso posibilita la emergencia de fantasías inconscientes, ansiedades persecutorias, temores, dudas y otras emociones tempranas de los niños; quienes

junto con la pareja de coterapeutas -hombre y mujer- desarrollan una acción terapéutica entre lo subjetivo del escenario y los materiales, los que unas veces son tomados como lo que son y otras veces adquieren significaciones diferentes, iniciándose entonces una búsqueda creadora entre la realidad y la fantasía del entorno y los objetos, lo cual estimula a la innovación de juegos originales, dramáticos y cómicos, destacándose la plasticidad del cuerpo y reproduciendo situaciones traumáticas y conflictos dolorosos de las historias personales de cada niño; juegos que los terapeutas interpretan individual, grupal y/o marginalmente, conservando así su parte analítica pero involucrándose en ellos con sus partes infantiles y sensibles, cuidando esta disociación para no quedar atrapados en estas regresiones parciales ni en la recepción de objetos idealizados, malos y persecutorios que los niños proyectan, asignándoles una infinidad de roles, desde los más feroces y terroríficos hasta los más tiernos y amorosos.

Una situación común en nuestros grupos, es la dramatización de las fantasías originarias, principalmente la vida intrauterina y la escena primaria, en las que el clóset desempeña un papel animado simbolizando el vientre materno que alberga a los niños especialmente las primeras sesiones, sin dar cabida a los coterapeutas, quienes son vividos por los niños como objetos persecutorios, cuyas interpretaciones y/o señalamientos destruyen y enloquecen. Posterior e indistintamente, cada grupo dramatiza su nacimiento; algunos grupos recurren a la madre-coterapeuta para ser sacados del clóset (partidos por la madre); otros emprenden un juego organizado

para nacer como por ejemplo el de los “nudos”, solicitando ayuda a los coterapeutas para salir de ellos (nacer).

Generalmente, la escena primaria es reproducida al descubrir al grupo de observadores, lo cual causa un monto de excitación desplazada a la pareja de coterapeutas, más aún si éstos se encuentran en diálogo marginal (hablando en voz baja separados del grupo de niños); situación que por sí sola incita a la dramatización de dicha fantasía, utilizando frecuentemente el clóset como la alcoba nupcial en la que los coterapeutas son empujados para seguidamente apagar las luces e imaginar que es de noche y se debe dormir; entonces los padres coterapeutas reparten mamilas y ponen pañales recurriendo a los cojines que además sirven de cunas o camas a los niños, quienes en la oscuridad de la noche entablan susurros y sonrisas picarescas planeando sorprender a la pareja o padres sustitutos.

La diferencia de los sexos y los temores a la castración, están presentes a través del juego de cojines que simbolizan penes voladores, estableciéndose una competencia entre los varones en relación al tamaño y cantidad de cojines (penes), envidiados por las niñas en una actitud contemplativa pasiva. Es muy frecuente presenciar sesiones escindidas donde cada par juega en su espacio y su tiempo sin percatarse de los demás, así encontramos por ejemplo que en un mismo grupo y sesión se dan juegos en los que se intentan reparar vínculos simbióticos carenciados, otros donde

se repiten activamente situaciones dolorosas pasivas como el maltrato físico o juegos eróticos y seductores en relación al coterapeuta del sexo contrario despertando rivalidades edípicas en los otros niños. Muchas veces las sesiones quedan disociadas por las ansiedades esquizoparanoides que cada grupo proyecta en el espacio imaginario y en todo lo que éste contiene, incluyendo a los coterapeutas malos y persecutorios; refugiándose en la fuente con los observadores, representantes de sus objetos buenos y protectores.

Casi siempre los juegos son propuestos por los niños, con matices de gran originalidad, participando la totalidad del grupo con roles vinculados a sus objetos tempranos e identificándose con las ansiedades de éstos. Tal como ocurrió con "A" cuando asustaba a los niños y coterapeutas con su lenguaje incoherente bajo el argumento de estar "loco", ocupando inconscientemente el lugar del abuelo esquizofrénico muerto, a quien conoció a través del discurso de sus padres. Algo similar pasó en otro grupo con "J", quien identificado con su padre al que tampoco conocía, escenificó inconscientemente la violación de su madre, de cuyo acto era producto. Por otro lado la niña "B" demandaba en el espacio de otro GIN, una gran necesidad de simbiosis con la madre sustituta y al mismo tiempo pedía ser rescatada por el padre coterapeuta de este peligroso atrapamiento, repitiendo inconscientemente el conflicto del que era prisionero su tío materno psicótico.

La interpretación de los coterapeutas a cada una de estas dramatizaciones, en el sentido de que lo que hacían correspondía al lugar que habían tomado del otro

(abuelo, padre, tío); generó en estos niños estados depresivos donde fantaseaban estar muertos, pidiendo vivir, encontrando más tarde la posibilidad de volver a nacer, pero ahora en otro lugar buscando cada uno su propia identidad.

En ocasiones, los terapeutas prolongan a otra sesión estos juegos espontáneos aislados o compartidos, donde los niños reactivan sus fantasías inconscientes y ansiedades esquizoparanoideas o maniacodepresivas e inducen temáticas acordes a la dramatización aprovechando los roles desempeñados con anterioridad; con el fin de permitir que el conflicto aflore en su totalidad y cada niño se vincule con la parte que le toca, de tal forma que la elaboración grupal en la hora de pensar se torna más rica para cada niño. Esta situación se pudo observar en un grupo donde la terapeuta fingió un embarazo introduciendo al espacio terapéutico un conejo de peluche, manifestando que era producto de una violación que había sufrido la sesión pasada, situación que despertó en los niños identificaciones proyectivas con el conejo bebé y/o violador; conduciendo al grupo al llamado "efecto Gin", donde los niños manifestaban el pensamiento reflexivo a través de expresiones verbales con sentimientos de culpa y actitudes reparadoras en torno a su origen. Posibilitando particularmente a *J* ingresar a un proceso elaborativo de su situación de hijo de un acto violatorio, lo que hasta ese momento había sido gestor de una psicopatología con probabilidades psicopáticas.

En la primera etapa de este mismo grupo de niños, se presentó el emergente del embarazo real de la misma terapeuta, lo cual intensificó precozmente la regresión de

los niños a estados tempranos y la actualización de situaciones traumáticas; favoreciendo el proceso al permitir que los niños actuaran sus ansiedades, conflictos paternos, rivalidades fraternas y obviamente temas sexuales concernientes a la reproducción (origen y contenido).

El parto de la terapeuta les reactivó sentimientos de envidia, celos, rabia, traición, desplazamiento y sustitución dramatizados en diferentes juegos canibalísticos vinculados a matar y devorar al bebé real por medio de sus identificaciones proyectivas con el mismo. El sentimiento de culpa por esta intensa agresión y las ansiedades que acompañan a estos temores, se manifestaron más tarde en trastornos psicossomáticos, intentos de reparación (regalos a la terapeuta), inasistencias temporales y deserciones. Consolidándose posteriormente el grupo con el deseo de convertirse en los favoritos respecto a los niños de los otros GIN y en competencia con el bebé real.

La ruptura del encuadre producido por la inesperada renuncia de una coterapeuta, reactivo en los niños de otro grupo, el rechazo y abandono del que habían sido objeto por parte de sus madres reales, acompañados por fantasías terroríficas de ser abortados, lanzados al vacío, a la nada, a la muerte y/o de quedar paralizados. Lo cual fue escenificado en un juego donde los cojines eran carritos sin ruedas y en una gran confusión con los nombres de las otras dos coterapeutas y con su propia identidad. Situación que al ser interpretada y señalada por las coterapeutas, pudo

ser elaborada por los niños, permitiéndoles el encuentro consigo mismos al asumir a través de dibujos su propia identidad sexual. Así, las niñas pudieron hacer su fiesta de quince años y los niños corrigieron el andrógono que inicialmente pintaron, quitándole los senos y manifestando que los hombres sólo tenían pene.

Esta emergencia fue manejada acertadamente por las coterapeutas, que quedaron a cargo de este grupo permitiéndoles crecer a los niños, pero después de un largo y fuerte desgaste del equipo terapéutico, donde se puso en peligro la continuación del propio proceso.

En un tercer grupo, paralizado por la violencia física y verbal infantil, donde todo parecía indicar que los coterapeutas estaban frente a unos niños sordos que no querían escuchar nada proveniente de estos padres sustitutos, a quienes proyectaban sus afectos negativos, destructivos y devaluados, prevaleciendo sus defensas maníacas y omnipotentes, actitudes que provocaban culpa y frustración en los coterapeutas; se movilizó el proceso psicodinámico en torno al vínculo madre-hijo y sus vicisitudes, aplicándose una dinámica vivencial propuesta por las Dras. Alina Wasongarz y Clarisa Lasky. Para esto, se entregó un huevo a cada niño al finalizar una sesión con la única consigna de que lo trajeran la próxima semana. Inmediatamente hicieron su aparición las fantasías y ansiedades en relación al embarazo, infanticidio, aborto, abandono, reparación, miedo, amor y rivalidad manifestadas en diversas conductas y expresiones verbales, mismas que se

trabajaron más adelante en la hora de pensar, donde este grupo de niños pudo darse cuenta de que con sus huevos-hijos repitieron sus vínculos emocionales maternos, carenciados y voraces.

Las viñetas de estos procesos psicodinámicos grupales, corroboran la funcionalidad terapéutica del GIN, en el sentido de que el espacio terapéutico, espacio de la imaginación, permite a los niños transitar de la ilusión a la desilusión, a través de la descarga, la elaboración y el reacomodo de los procesos internos; facilitando el crecimiento emocional del niño, el cual se evidencía en la capacidad organizativa de la comida totémica planeada por los niños al terminar el proceso, o en el despliegue de la autonomía y gratificación plasmada en los diplomas o calificaciones de diez que entregan a los coterapeutas.

Esto último, se presentó en un grupo, cuya psicodinámica giraba en torno a los temores y aspiraciones depositados detrás de la puerta, en una sala anexa al espacio terapéutico. La apertura accidental de la puerta y el no encontrar al otro lado lo que esperaban, les produjo el abrupto encuentro con la realidad y con ello la necesaria desilusión para su estructuración psíquica, lo que de acuerdo a Winnicott, les permitió crecer estableciendo entre la realidad y la ilusión, el espacio de la creatividad, en el que pudieron jugar a los arquitectos, construyendo con cojines y cartulinas edificios y caminos para el futuro, repartiendo invitaciones para la “gran fiesta” que se llevó a cabo al haber podido terminar la “construcción del edificio”,

entregando a las coterapeutas sus merecidos reconocimientos por su acertado holding.

Esta sesión elaborativa, marcó el fin de la terapia, ya que al finalizar, los niños se despidieron de las coterapeutas sin mencionar su retorno como siempre solían hacerlo. Confirmando con esta actitud que no hay más temores invencibles, ni un pasado que retorna, sino un porvenir que se puede construir con el conocimiento adquirido de ese mundo externo que puede gratificar pero también frustrar.

Otro aspecto importante en nuestra experiencia, concierne a algunas fantasías de idealización, omnipotencia, rivalidad y envidia que ha generado al exterior, este espacio de la imaginación e ilusión constituido por los Grupos Infantiles Naturales (GIN). Así:

1. Algunos niños del sector que no eran nuestros pacientes, sabedores de la puesta en marcha del GIN en la Ce.Se.Co., acudían como bandadas de pajaritos, con la fantasía de que en este espacio podían realizar la omnipotencia de sus deseos, ya que sus compañeritos les habían dicho que aquí se jugaba en una forma "especial".
2. Los hermanos de nuestros pacientes evidenciaban fantasías de rivalidad y envidia al considerar al GIN como un espacio privilegiado, donde se puede hablar,

escuchar y “jugar diferente”. Lo cual motiva la presencia de estos hermanos en nuestra institución, insistiendo constantemente a los coterapeutas ser incluidos al espacio de juego o imitando en sus casas las conductas de sus hermanos para ser remitidos aquí por sus padres.

3. Algunas sesiones del GAP, giraban en torno a las fantasías de lo que sus hijos hacían o no en el espacio del GIN, manifestando estas madres y padres, sus propias rivalidades edípicas en una identificación proyectiva con sus hijos.

Las psicodinámicas grupales de estos progenitores, han constituido para nosotros una fuente de conocimiento, donde hemos podido observar una serie de fenómenos socio-culturales característicos de toda comunidad urbano-popular, o en todo caso propias de la evolución histórica del contexto nacional y de nuestro sistema económico, prevaleciendo los prejuicios y presiones en torno a la sexualidad, maternidad y paternidad.

Así, encontramos que al iniciar los procesos de estos grupos en cuestión, se presenta un común denominador manifestando en una extrema actitud paranoica de los padres-madres, al enfrentarse con otros progenitores y con los terapeutas que por ser desconocidos, son vividos en forma peligrosa y persecutoria. Predominando los siguientes discursos “yo vengo a que ustedes nos digan en que estamos actuando mal con nuestros hijos, no a hablar de mi ya que no sé que van a

pensar"...yo quiero que me digan cómo le hago para que mi hijo se corrija"..no tengo por que hablar de mi delante de otras personas, me da vergüenza"...yo no sé hablar, prefiero que ustedes nos pregunten y nos orienten", etc....

El establecimiento de una alianza terapéutica entre estos pacientes y los terapeutas, se va logrando a través de que estos últimos vayan interpretando las resistencias parentales, posibilitándoles al mismo tiempo que este espacio les sirva para que vayan verbalizando sus ansiedades y sus fantasías en torno a la problemática evidenciada en sus hijos.

De tal manera que dichos progenitores empiezan a hablar no sin dolor, de las dificultades para entender y tratar a sus "hijos-problema", con el predominio de angustia depresiva: "yo creo que le estamos haciendo daño al niño, lo golpeamos mucho"...¿de qué forma entenderé a mi hija?... "nadie me explicó nada, yo pensé que era más fácil"... "si mi madre me hubiera dicho de que se trataba, pero nunca me dice nada"... "si hubiera sabido de que se trataba, no me caso"... "me casé muy joven y luego me llené de hijos"... , etc. En estos discursos también se puede leer un reclamo a los coterapeutas que no cumplen las expectativas de los participantes de recibir orientación ya que se trata de que ésta surja de entre ellos mismo.

Así, encontramos nuevamente una actitud esquizoparanoica en los padres, atacando a los terapeutas con expresiones de que sus hijos están igual o peor que antes de venir aquí. Este momento ha demostrado ser de gran trascendencia en nuestra experiencia, ya que se suscitan las consecuentes huidas manifestadas en retiradas racionalizadas: “no tengo tiempo de seguir viniendo”,...”encontré trabajo”, “tengo que hacer mi quehacer a esa hora”...”mi hijo ya no quiere venir”...”no tengo dinero para pagar las sesiones”....

El progenitor que continúa en el proceso, generalmente es el que posee la mayor carga como vector de salud o de patología y generalmente es el que tiene mayor influencia dentro del ámbito familiar. Hemos observado que dicha situación en nuestros GAPs corresponde más a las madres, quienes con mucho dolor y grandes dificultades aunados al buen manejo técnico de los terapeutas y a su capacidad de contención, emprenden la comprensión del conflicto prioritario evidenciado en sus hijos, vinculándolo a sus propias vivencias infantiles. Esto les va permitiendo que elaboren su conflicto generacional relacionado con el de sus hijos como si estos fueran espejos.

Situación que confirma una de las bases teóricas que sustentan los autores de este modelo, sobre el interjuego de proyecciones e interanalizaciones entre padres e hijos respecto a las cargas ansiógenas de dichos progenitores. De ahí la importancia del trabajo paralelo con ambos grupos, ya que las ansiedades y conflictos

psicopatológicos actuados por los niños en el GIN, son hablados y elaborados como propios por sus padres en el GAP, propiciando modificaciones familiares favorables.

Una constante en nuestros GPAS año con año, ha sido la ausencia del progenitor varón tanto en nuestra institución como en sus propios hogares, ausencia que ha ido engendrando en los hijos sentimientos y actitudes ambivalentes hacia esta figura paterna que desde lo manifiesto es vivida como: distante, temida, incestuosa, inmoral, violenta, odiada, promiscua, abandonadora, ausente, ambivalente, poderosa. Pero inconscientemente, esta figura está idealizada, por consiguiente es admirada, deseada, añorada, anhelada, imitada, etc.

En cuanto al rol femenino, encontramos que siempre ha estado ligado a la función materna que conlleva actividades relacionadas con la reproducción y la crianza de los hijos. La niña es preparada desde pequeña para esta función y se le enseña que por medio de ella llegará a realizarse como mujer, reprimiendo parcial o totalmente su libido activa. De ahí que su identificación con dicha función delinie en gran medida su concepto de sí misma y determine su valor en la sociedad, especialmente en culturas machistas, donde el contexto familiar, social y los medios de comunicación alientan esta situación con mensajes contradictorios que disocian la maternidad del acto sexual que la origina; lo cual desencadena una diversidad de conflictos en muchas mujeres que no pueden concebir la idea de que ser madres esté vinculado al placer sexual.

CAPITULO 6

COMENTARIOS

FINALES

COMENTARIOS FINALES

Cabe recordar que estamos presenciando en vivo y en directo una crisis mundial por los acelerados y vertiginosos acontecimientos políticos, económicos y sociales que exigen a las profesionales de la salud mental y a las instituciones encargadas de lo mismo, potencializar los instrumentos teórico-técnicos para incidir en las problemáticas psicosociales de la población a través de intervenciones profesionales cada vez más efectivas como la del GIN-GAP.

Al respecto, queremos manifestar que convergemos con los creadores de esta propuesta terapéutica, en el sentido de que los lugares más apropiados para su aplicación, son las instituciones de salud mental y de servicio a la comunidad, ya que posibilita atender a una población numerosa, obteniendo mejores resultados terapéuticos que los que persigue el tratamiento individual de niños, en un tiempo más corto, con un costo económico más bajo; reduciendo las deserciones infantiles al incluir al proceso a sus padres, propiciando con esto cambios favorables en la dinámica familia, de tal forma que el niño, al concluir el tratamiento, ya no retorna al mismo caldo de cultivo.

Nuestra convergencia está sustentada en las aportaciones que nuestra práctica y sus resultados nos fueron mostrando, lo que ha enriquecido nuestra intervención con la modalidad psicoterapéutica GIN-GAP, acorde a las exigencias de la vida real y

cotidiana del sector por su formidable flexibilidad técnica, que ha posibilitado fortalecer nuestra formación teórica, técnica y práctica para proporcionar un auténtico y calificado servicio a las demandas explícitas e implícitas de carácter psicosocial de la comunidad; patentizándose la eficacia de su procedimiento en centenares de pacientes que hemos atendido a lo largo de estos cinco años, distribuidos en 34 grupos paralelos de niños y padres, cuyos procesos terapéuticos se realizan en etapas anuales, constituyéndose en cada una de éstas tres o cuatro grupos infantiles con sus correspondientes GAP. En el seguimiento de cada caso realizado seis meses posteriores al tratamiento, corroboramos los bondadosos beneficios terapéuticos de esta modalidad en nuestros pacientes y las transformaciones propositivas en sus familias.

De esta manera, podemos concluir que el modelo psicoterapéutico GIN-GAP ha logrado su consolidación en la quinta etapa, en Querétaro, en la Universidad Autónoma de Querétaro y fundamentalmente en la Ce.Se.Co. Lomas 2, iniciándose al mismo tiempo:

1. Un lento pero continuo apoyo de nuestras autoridades universitarias dentro de un marco de respeto y madurez.

2. El cierre con nuestros supervisores, manteniendo una comunicación con ellos y quedándoles eternamente agradecidos por habernos compartido su ciencia, tiempo y paciencia.
3. Una calendarización programada para la apertura de nuevos grupos terapéuticos de niños y padres, correspondientes a la sexta etapa de trabajo 1997-98.
4. Una continuidad en los diálogos interclínicos semanales y fundamentalmente en las supervisiones mensuales asumidas por la coordinadora del proyecto.
5. Perseverancia en el rubro de la capacitación a las nuevas generaciones, mediante los grupos de estudio, grupo operativo, observación clínica directa de GIN y/o GAP, encargándonos nosotros mismos de coordinar estos grupos y sus funciones.
6. Constancia en nuestras investigaciones en torno al procedimiento de esta técnica psicoterapéutica.

Finalmente, mencionaremos que tenemos varias propuestas interesantes a corto y mediano plazo. Entre estas, tenemos un libro que se encuentra en proceso de elaboración, donde recopilamos sistemáticamente la experiencia clínica en más de 30 trabajos presentados en numerosos congresos nacionales e internacionales y publicados en diferentes libros y revistas, mismo que esperamos concluir en breve.

Además en marzo del presente año, recibimos una gentil invitación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con sede en Bolivia, para participar en el “proyecto de atención integral a la salud del adolescente”, donde se pretende introducir la metodología GIN-GAP adecuándola a las necesidades de su contexto y de sus recursos humanos. Para esto, elaboramos un programa de capacitación dirigido al personal de salud integral, mismo que se emprenderá en un intercambio académico internacional entre la U.A.Q. y la O.M.S.-O.P.S., a principios de junio del presente por el lapso de dos meses, contando con el apoyo de nuestras autoridades universitarias y sindicales.

Por último, tenemos en mente organizar un Foro Nacional exclusivamente de GIN-GAP, en el que pretendemos que participen todas las instituciones de los diferentes estados del país que vienen trabajando con esta modalidad, con el objetivo de dialogar y retroalimentar nuestras experiencias.

BIBLIOGRAFIA

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"PRIMER INFORME DEL TRABAJO CON EL
PROYECTO GIN".
U.A.Q. SEP. 1992.
QUERETARO.

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"EL GIN EN LOMAS DE CASA BLANCA,
QUERETARO-1992-1993" CAP. 2 "PSICOTERAPIA
GRUPAL PARA NIÑOS"
U.A.G. Y A.P.G. NOV. 1993,
GUADALAJARA, JAL.

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"EMBARAZO REAL Y VIOLACION DRAMATIZADA
EN UN GRUPO DE NIÑOS EN EDAD DE
LATENCIA"
V. CONGRESO NACIONAL DE AMPAG,
JUNIO, 1993.
CUERNAVA, MOR. EN EL XXXII CONGRESO
NACIONAL DE APM, NOV. 1993. LEON, GTO. Y
PUBLICADO EN REV. 19 "PSICOLOGIA Y
SOCIEDAD" DE LA U.A.Q. SEP. 1993.
QUERETARO, QRO.

ASEBEY MORALES Y
LARA ARACELI

"LAS FANTASIAS AL INICIO DE UN GRUPO
PSICOTERAPEUTICO DE ESPERA EN NIÑOS EN
EDAD DE LATENCIA (GIN) EN UN CONTEXTO
POPULAR" XXXII CONGRESO NACIONAL DE
A.P.M. NOV. 1993.
LEON, GTO.

ASEBEY MORALES Y
SANTIAGO GUERRERO

"EL MODELO GIN-GAP, EN UNA ZONA POPULAR
DE LA CIUDAD DE QUERETARO".
VIII JORNADA DE PSIQUIATRIA INFANTIL DEL
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN
NAVARRO"
OCTUBRE, 1994.
MEXICO, D.F.

ASEBEY MORALES Y
SANTIAGO GUERRERO

"EL LUGAR DEL PADRE EN DOS GRUPOS
PSICOTERAPEUTICOS SIMULTANEOS: DE

NIÑOS (GIN) Y SUS RESPECTIVAS MADRES"
EN EL XXXIII CONGRESO NACIONAL DE APM.
NOV. 1994.
QUERETARO, QRO.

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"SITUACIONES EMERGENTES EN DOS GRUPOS
PSCIOTERAPEUTICOS DE NIÑOS Y PADRES
(GIN-GAP: ALIANZA INCONSCIENTE DEL EQUIPO
TERAPÉUTICO Y SU POSTERIOR
INTERVENCIÓN"
VI CONGRESO NACIONAL DE AMPAG.
JUNIO 1995.
OAXACA, OAX.

ASEBEY MORALES Y
RIVERA JAVIER

"FANTASIAS Y SUEÑOS DEL EQUIPO
TERAPEUTICO DE GIN-GAP EN EL GRUPO
OPERATIVO"
V CONGRESO NACIONAL Y 1º. INTERNACIONAL
AMPPIA.
SEP. 1995.
MEXICO, D.F.

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"ACERCA DE LAS FANTASIAS Y JUEGO EN EL
ESPACIO DEL GIN"
V CONGRESO NACIONAL Y 1º. INTERNACIONAL
AMPPIA
SEP. 1995.
MEXICO, D.F.

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"EL MODELO PSICOTERAPEUTICO "GIN-GAP" EN
TIEMPOS DE CRISIS".
III CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGIA
OCT. 1995.
MEXICO, D.F.

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"LA IMPORTANCIA DEL JUEGO EN EL GRUPO
NATURAL (GIN)".
III CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGIA
OCT. 1995.
MEXICO, D.F.

ASEBEY MORALES, Y

"SOBRE EL PROCESO DE SELECCIÓN DE LOS

SANTIAGO GUERRERO

NIÑOS PARA EL GIN".
XXXIV CONGRESO NACIONAL DE APM.
NOV. 1995.
MORELIA, MICH.

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"UNA CONSTANTE EN EL GAP: LA MADRE
SOLTERA Y SU HIJO EN GIN"
XXXIV CONGRESO NACIONAL DE APM
NOV. 1995
MORELIA, MICH.

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"EL GIN-GAP UN MODELO DE INTERVENCION
PSICOTERAPEUTICA GRUPAL PARA NIÑOS CON
PROBLEMAS EMOCIONALES Y SUS PADRES"
RIPPAUAQ.
ENERO 1996
QUERETARO, QRO.

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"PROGRAMA DE INTERVENCION
PSICOTERAPEUTICA GRUPAL PARA NIÑOS Y
PADRES CON LA MODALIDAD GIN-GAP, EN LA
COMUNIDAD LOMAS DE CASA BLANCA"
U.A.Q., GOBIERNO DEL EDO. DE QRO.
ENERO 1996
QUERETARO, QRO.

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LOS JUEGOS
QUE SE JUEGAN EN EL ESPACIO DE GIN"
REV. 9 "SUPERACION ACADEMICA", SUPAUAQ.
ABRIL 1996
QUERETARO, QRO.

ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO

"EL MODELO GIN-GAP: UNA INTERVENCION
PSICOTERAPEUTICA GRUPAL PARA
INSTITUCIONES DE SERVICIO Y DE SALUD
MENTAL"
1º. CONGRESO NACIONAL DE FENAPSIME,
OCT. 1996
GUADALAJARA, JAL. Y
REV II "SUPERACION ACADEMICA" SUPAUAQ.
OCT. 1996
QUERETARO, QRO.

ASEBEY MORALES,

"EN TORNADO AL DESARROLLO EMOCIONAL

- ANA MARIA DEL ROSARIO
INFANTIL EN UNA ZONA URBANO POPULAR"
1º. CONGRESO NACIONAL FENAPSIME
OCT. 1996
GUADALAJARA, JAL.
- ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO
"CONSOLIDACIÓN DEL MODELO
PSICOTERAPEUTICO GIN-GAP EN QUERETARO
(1992-1997)" VII CONGRESO NACIONAL DE
AMPAG.
MAYO 1997
MORELIA, MICH.
- ASEBEY MORALES,
ANA MARIA DEL ROSARIO
INFORMES DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA
"DESARROLLO PSICOSEXUAL INFANTIL" U.A.Q.
DIC. 1992, JUL. 1993, DIC. 1993, JUL. 1994, DIC.
1994, JUL. 1995, DIC. 1995, JUL. 1996.
QUERETARO, QRO.
- ACHIRICA LORENZO,
ASEBEY MORALES, A. Y
LEATAUD, EVA
"LA ENVIDIA: HISTORIA DE UNA TAREA GRUPAL"
VII CONGRESO NACIONAL DE AMPAG
MAYO 1997
MORELIA, MICH.
- BLEGER, J.
"TEMAS DE PSICOLOGIA",
ED. NUEVA VISION, ARGENTINA, 1978.
- BION, W.
"EXPERIENCIAS EN GRUPOS: GRUPOS E
INSTITUCIONES",
ED. PAIDOS, MEXICO, 1994.
- BERENSTEIN, ISIDORO
"PSICOANALIZAR UNA FAMILIA",
ED. PAIDOS, ARGENTINA, 1990.
- BOSZORMENYI-NAGR, I. Y
FRANCO
"TERAPIA FAMILIAR INTENSIVA. ASPECTOS
TEORICOS Y PRACTICAS,
ED. TRILLAS, 1982.
- DUPONT, MARCO A. Y
JINICH, ADELA
"PSICOTERAPIA GRUPAL PARA NIÑOS"
U. DE GUADALAJARA Y A.P.G. DOBLE LUNA
DE. E IMPRESIONES S.A. DE C.V.D
NOV. 1993.
GUADALAJARA, JAL.
- DUPONT, MARCO A.
"UNA CONTRIBUCION A LA TERAPIA DE JUEGO

EN LOS GRUPOS DE INFANTES"
CONFERENCIA MAGISTRAL
IV CONGRESO NACIONAL AMPPIA
OCT. 1993.
MEXICO, D.F.

- DUPONT, MARCO A. "LA VERTIENTE GENERACIONAL EN LA TEORÍA DE LA TÉCNICA DEL GRUPO DE PADRES DEL GIN" PARTE I.
I. CONGRESO NACIONAL DE SAGMO
MAYO 1995
MONTERREY, N.L.
- DUPONT, MARCO A. "LA VERTIENTE GENERACIONAL EN LA TEORIA DE LA TECNICA DEL GRUPO DE PADRES DEL GIN"
PARTE II
XII JORNADAS PSICOANALITICAS DE LA APG.
SEP. 1955.
GUADALAJARA, JAL.
- DUPONT, MARCO A. "EL DESARROLLO HUMANO: SIETE ESTUDIOS PSICOANALITICOS"
ED. JOAQUIN MARTIZ.
MEXICO.
- DUPONT, MARCO A. "LA PRACTICA DEL PSICOANALISIS"
ED. PAX. MEXICO,
MEXICO, D.F.
- DOLTO, FRANCOISE "NIÑOS AGRESIVOS O NIÑOS AGREDIDOS"
ED. PAIDOS. 1993.
MEXICO, D.F.
- DOLTO, FRANCOISE "NIÑO DESEADO, NIÑO FELIZ"
ED. PAIDOS, 1991.
MEXICO, D.F.
- DOLTO, FRANCOISE "PSICOANALISIS Y PEDIATRÍA",
ED. SIGLO XXI.
MEXICO, 1984.
- ESTRADA-INDA, L Y "LA TEORIA PSICOANALITICA DE LAS

SALINAS FERNANDEZ, J.L.
(COMPILADORES)

RELACIONES DE OBJETO: DEL INDIVIDUO A LA
FAMILIA",
ED. HISPANICAS,
MEXICO 1990.

FREUD, S.

"LA INTERPRETACION DE LOS SUEÑOS", 1900.
"LO INCONSCIENTE" , 1914.
"LA REPRESION", 1914.
"INTRODUCCION AL NARCISISMO", 1914.
"DUELO Y MELANCOLIA", 1917.
"MAS ALLA DEL PRINCIPIO DEL PLACER", 1920.
"EL YO Y EL ELLO", 1923.
"TRES EN SAYOS SOBRE TEORIA SEXUAL" 1905,
OBRAS COMPLETAS,
ED. AMORRORTU.
ARGENTINA.

GOMEZ G, LAURA I.

"CONSIDERACIONES EN TORNO A UN GRUPO
DE PADRES (GAP) EN APOYO AL TRATAMIENTO
DE NIÑOS CON PROBLEMAS EMOCIONALES".
V CONGRESO NACIONAL DE AMPAG
JUNIO 1993.
CUERNAVACA, MOR.

JINICH, ADELA

"LOS NIÑOS "GIN", LOS PADRES "GAP" Y LA
INSTITUCION".
V. CONGRESO NACIONAL Y I. INTERNACIONAL
VI. DE AMPPIA,
SEP. 1995
MEXICO, D.F.

KLEIN, M.

"PSCIOANALISIS DEL DESARROLLO
TEMPRANO",
ED. HORME, ARGENTINA 1983.

KLEIN, M.

"AMOR, CULPA Y REPARACION", (1921-1945),
TOMO I, ED. PAIDOS.
ESPAÑA 1989.

KLEIN, M.

"EL PSICOANALISIS DE NIÑOS",
TOMO II, ED. PAIDOS.
ARGENTINA, 1990.

- KLEIN, M. "ENVIDIA Y GRATITUD", TOMO III, ED. PAIDOS. ESPAÑA 1988.
- KERNBERG, O. "DESORDENES FRONTERIZOS Y NARCICISMO PATOLOGICO". ED. PAIDOS, ARGENTINA, 1985.
- KERNBERG, O. "LA TEORIA DE LAS RELACIONES OBJETALES Y EL PSICOANALISIS CLINICO", ED. PAIDOS, MEXICO, 1988.
- LANGER, M. "MATERNIDAD Y EL SEXO", ED. PAIDOS, ARGENTINA, 1985.
- KOSIK, KAREL "DIALECTICA DE LO CONCRETO", ED. GRIJALBO. MEXICO, 1967.
- KUHN, T.S. "EPISTEMOLOGIA SOCIAL DE LA CIENCIA. EL PARADIGMA CIENTIFICO", EN: FILOSOFIA DE LAS CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES, DE MARDONES Y VISUA, ED. FONTAMARA. ESPAÑA, 1985.
- LOPEZ SALAS, G., GUZMAN, A.M. Y SALVADOR N. "¿QUE HAY DETRAS DE LA PUERTA?" V. CONGRESO NACIONAL DE AMPAG JUNIO 1993. CUERNAVACA, MOR.
- MAHLER, M. "ESCRITOS 2: SEPARACION INDIVIDUAL", ED. PAIDOS. ARGENTINA, 1984.
- MAHLER, M. "SIMBIOSIS HUMANA: LAS VICISITUDES DE LA INDIVIDUACION", ED. JOAQUIN MORTIS. MEXICO, 1984.
- MAHLER, M. "EL NACIMIENTO PSICOLOGICO DEL INFANTE HUMANO: SIMBIOSIS E INDIVIDUACION"

ED. MARYMAR.
ARGENTINA, 1975.

- MANONNI, M. "LA PRIMERA ENTREVISTA CON EL PSICOANALISTA"
ED. GEDISA.
ESPAÑA, 1981.
- MANNONI, M. "EL SINTOMA Y EL SABER",
ED. GEDISA.
ESPAÑA, 1984.
- PAPE, PEGGY "EL PROCESO DE CAMBIO"
ED. PAIDOS.
ESPAÑA, 1991.
- RASCOVSKY, A. "EL PSIQUISMO FETAL",
ED. PAIDOS.
ARGENTINA, 1981.
- SPITZ, R. "EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO"
ED. F.C.E.
MEXICO, 1981.
- STEINGLASS, P. Y OTROS "LA FAMILIA ALCOHOLICA"
ED. GEDISA.
BARCELONA, 1993.
- SANCHEZ VAZQUEZ, ADOLFO "LA IDEOLOGIA DE LA NEUTRALIDAD IDEOLOGICA EN LAS CIENCIAS SOCIALES", EN: LA FILOSOFIA Y LOS CAMBIOS DE J.L. BALCARCEL, GRIJALBO,
MEXICO, 1976.
- SANCHEZ VAZQUEZ, ADOLFO "LA FILOSOFIA DE LA PRAXIS,
ED. GRIJALBO.
MEXICO, 1973
- SANCHEZ M.M. Y ABOITES CAYETANO "LA SOMBRA DE LOS ASENDENTES EN UN JUEGO DE PROYECCIONES E

- IDENTIFICACIONES EN LA FAMILIA
TERAPEUTICA DEL GIN".
CONGRESO NACIONAL DE A.P.M.
NOV. 1993.
LEON, GTO.
- SCHAFF, ADAM. "HISTORIA Y VERDAD",
ED. GRIJALBO.
MEXICO, 1974.
- SAUZA Y MACHORRO M. "DINAMICA Y EVOLUCION DE LA VIDA EN
PAREJA",
MANUAL MODERNO,
MEXICO, 1996.
- SANTIAGO, ARTURO Y
COCONI FABIAN "LAS FANTASIAS QUE PROVOCA EL ESPACIO
DEL GIN EN LOS HERMANOS DE LOS
PACIENTES NIÑOS".
XXXII CONGRESO NACIONAL DE A.P.M.
NOV. 1993.
LEON, GTO.
- SANTIAGO, ARTURO Y
ASEBEY M. ANA MARIA "EL USO DEL FAMILIOGRAMA DENTRO DE LAS
SESIONES CON PADRES GAP"
XXXIV CONGRESO NACIONAL DE APM.
NOV. 1995.
MORELIA, MICH.
- THUILLIER, P. "EL PAPEL DEL CONTEXTO IDEOLOGICO Y
SOCIAL EN LA CIENCIA". EN: FILOSOFIA DE LAS
CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES. DE
MARDONES Y URSUA,
ED. FONTAMARA.
EXPAÑA, 1985.
- UBARGER, CARTER C. "TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL"
ED. AMORRORTU.
ARGENTINA, 1983.
- TUBER, J. "EL GRUPO OPERATIVO DE APRENDIZAJE",
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, Y A.P.J.
JAL. 1992.

- WINNICOTT, D.W. "REALIDAD Y JUEGO"
ED GEDISA.
ESPAÑA, 1979.
- WINNICOTT, D.W. "EL PROCESO DE MADURACION EN EL NIÑO"
ED. LAIA.
ESPAÑA, 1981.
- WINNICOTT, D.W. "ESCRITOS DE PEDIATRIA Y PSICOANALISIS"
ED. LAIA.
ESPAÑA, 1981.
- BITACORAS REGISTROS, SESIONES, EXPEDIENTES Y
DOCUMENTOS VARIOS DEL PROGRAMA
"DESARROLLO PSICOSEXUAL INFANTIL" Y DE
SESIONES DE GIN-GAP 1992 A 1997. CE.SE.CO.
LOMAS 2 U.A.Q. QUERETARO, QRO.
- VIDEO FILMS. SESIONES GIN 1, GIN 2 Y GIN 3 1992-1993.
CE.SE.CO. LOMAS 2 U.A.Q. QUERETARO, QRO.