

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
COLEGIO DE PSICOLOGIA  
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN UN  
ALBERGUE INFANTIL

519  
psi

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
P S I C O L O G A  
P R E S E N T A

MARIA TERESA CANSECO DEVARS

MEXICO, D. F.

1971



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



25053.08  
UNAM.9  
1971

M-158787

*Apr* - 187

A MIS PADRES Y HERMANOS.

**T. Ps. 00583**

A MI ESOSO.

## PSICOTERAPIA DE GRUPO DE JUEGO

### EN UN ALBERGUE INFANTIL

#### INTRODUCCION

##### I LA COLONIA INFANTIL "HEROES DE CELAYA"

- a) Antecedentes
- b) Objetivos
- c) Organización y funcionamiento
- d) Recursos materiales.

##### II SECCION DE PSICOLOGIA EN LA COLONIA INFANTIL

- a) Antecedentes.
- b) Objetivos.
- c) Actividades en relación con los objetivos.
- d) Organización y funcionamiento.
- e) Recursos materiales
- f) Evaluación y coordinación.

##### III LA LABOR TERAPEUTICA A NIVEL DE GRUPO

- a) Porqué se decidió trabajar con grupos.
- b) Revisión histórica de la psicoterapia de grupo.
- c) Fundamentos teóricos de la psicoterapia de grupo.
- d) El juego en la psicoterapia de grupo.
- e) Grupos de psicoterapia en la Colonia infantil.
- f) Resultados obtenidos del trabajo con grupos.

#### IV METODOLOGIA

- a) Sujetos.
- b) Material.
- c) Procedimientos.

#### V CASUISTICA

- a) Historia clínica individual de 5 casos.
- b) Primera sesión de un grupo de juego.
- c) Consideraciones (interpretación)
- d) Evolución del tratamiento (resumen e interpretación de 6 sesiones mas).

#### VI CONCLUSIONES

#### VII RESUMEN

#### BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Cuando mi compañera y yo ingresamos a trabajar a la Colonia Infantil "Héroe de Cebsya", nuestro entusiasmo no era mayor que nuestra experiencia en el campo de la -- Psicología infantil.

Nuestro ingreso fue una consecuencia de la reciente formación del "Grupo de Salud Mental de los Albergues Infantiles del D.D.F.", dependiente de la Dirección General de los Servicios Médicos del D.F.; y coincidió -- con el ingreso también de otras psicólogas y psiquiatras que iban a trabajar en los otros dos albergues infantiles del D.D.F.

En un principio, la Dirección del Albergue, y a causa del desconocimiento de las labores que un departamento de Psicología puede prestar en una institución de -- ese tipo, nos tomó poco en serio, y apenas si nos prestaban los salones del Jardín de Niños, que por las tardes -- no se usaba, como local para nuestro trabajo.

Aquí fue donde, sentadas en pequeñas sillas, comenzamos a entrevistar a los niños del albergue, con el -- objeto de formar un archivo que incluyera los datos generales, así como una valoración superficial de aquéllos a quienes la atención psicológica no era necesaria.

Poco a poco, fuimos adquiriendo diverso material para nuestro trabajo, y así conseguimos un archivero, un --

pequeño repere y mas adelante un pequeño local para oficina y consultorio (el cual solicitamos se repintara, ya que las paredes tenían un color naranja subido), y un cuarto-amplio el cual dedicamos a sala de juegos.

Cuando hubimos hecho nuestra encuesta y nuestro archivo, nos dimos cuenta de que, de 220 niños albergados el 57% de ellos aproximadamente necesitaba urgentemente atención de tipo psicológico.

Esta necesidad es facilmente explicable: los menores internos en el albergue provenían de hogares desintegrados a consecuencia de padres (uno o los dos) delincuentes y en esax momento reclusos.

Así que podíamos suponer sin temor a equivocarnos que las condiciones anteriores al ingreso de los niños habían sido altamente desfavorables para su corta edad, por lo menos, desde la comisión del delito por alguno de sus padres y posteriormente desde el encarcelamiento, juicio y sentencia de los mismos; momento a partir del cual, los menores se convertían en candidatos a beneficiarios de nuestra Colonia Infantil.

Por lo tanto, podíamos suponer también -cualesquiera que hubiesen sido las condiciones familiares anteriores- que en el momento mismo de haber cometido el delito (homicidio, robo, lesiones o uso de drogas en la mayoría de los casos), alguno de los padres del menor, la familia veíase desintegrada, por haber huído el delincuente o por haber sido aprehendido.

-4-

A partir de entonces, las condiciones familiares y ambientales eran más difíciles, ya que, si era la madre quien había quedado a cargo de los hijos, tenía que trabajar para sostenerlos y por tanto no podía cuidarlos. En el caso del padre y también a causa de su trabajo estaba imposibilitado de atender a los menores y en muchos casos, - el padre estaba ausente.

Así nos encontramos con "familias" de niños que ingresaban al albergue en grupos desde dos hasta seis hermanos, en las que, según vimos después, los hermanos mayores tomaban el papel de "padres" de los menores, lo cual, gracias a que el albergue admitía niños y niñas, constituía una gran ventaja. (Desafortunadamente, al momento de escribir estas líneas, las condiciones han variado y las autoridades decidieron separar a niños y niñas en distintos albergues, por lo que, esa mínima unidad familiar desapareció, a menos que todos los hermanos de una familia sean de un mismo sexo).

Por otra parte, mi compañera de trabajo y yo, - fuimos testigos de que los padres (varones) presos, no podían visitar a los menores. Las madres presas, eran llevadas una vez cada 15 días durante una hora a ver a sus hijos y en ocasiones y por muy diversos motivos (por ejemplo como castigo a consecuencia de mala conducta, descompostura del camión o falta de personal de vigilancia), no se efectuaba ésta visita.

En cuanto a visitas de familiares y padres que si estaban en libertad, se efectuaban supuestamente todos los fines de semana. Sin embargo, también pudimos observar que muchos de ellos no acudían a ver a sus hijos hasta -- por un mes o mas tiempo. Ellos, generalmente se excusaban diciendo que su trabajo no se los permitía.

Los niños, mientras tanto, eran atendidos por el personal de la Colonia en sus necesidades de vestido, habitación, alimentación y escuela. También tenían, como mención en la sección correspondiente, diversas actividades recreativas como clases de danza, orfeón, trabajos manuales, etc; clases que generalmente incluían a los niños de 7 años en adelante.

Los menores de 2 a 7 años, únicamente sistían al Jardín de Niños y eran los menos atendidos, ya que, era la categoría más numerosa y el personal de niñeras estaba en proporción de una de ellas por 50 o más niños.

Estos pequeños, por tenerse que cuidar por sí solos, frecuentemente perdían el sweater o los calcetines y por tanto eran los que contraían con mas facilidad resfriados y otras enfermedades respiratorias, ya que generalmente confiaban poco, a menos que alguna niñera u otra persona se encargara de alimentarlos, cosa difícil por la proporción anteriormente señalada.

Lo mismo sucedía a la hora del baño y su escasa habilidad en su aseo diario los llevaba a contraer también

diversas enfermedades de la piel (principalmente del cuero cabelludo) o infecciones en el oído, etc.

Dentro de esta categoría de niños, que tal vez pudiéramos llamar pre-escolares, fue donde nuestra valoración "salud-enfermedad" nos llevó a encontrar el mayor número de niños neuróticos y que requerían de inmediata atención psicológica.

Encontramos que los niños deprimidos y aislados así como los niños angustiados, eran los que más abundaban, a consecuencia seguramente de la desintegración familiar y del verse separados de los padres, que según pudimos constatar, era vivido por ellos como abandono.

Entonces comenzamos a realizar entrevistas individuales con fines terapéuticos además de otras tareas, que serán especificadas en el capítulo correspondiente a la Sección de Psicología.

Debo señalar que en un principio, los menores se resistían a acudir al departamento de Psicología, pues vivían su remisión a éste como un castigo, así que ideamos atraerlos con dulces al comienzo de las entrevistas para ganarnos su confianza y eliminar un poco su ansiedad.

Poco tiempo después, la mayoría de los niños, sobre todo los más pequeños, querían acudir a consulta.

La escasez de tiempo y el exceso de trabajo, nos obligaron a probar el tratamiento a través de grupos, que es el tema de éste trabajo.

Los grupos estaban constituidos por 5 a 8 niños, relativamente homogéneos en cuanto a edad y sexo, similares en inteligencia y con problemas de tipo neurótico.

Los grupos de niños pre-escolares los permitimos mixtos, ya que una de las características de los niños de ésta edad es que juegan indistintamente unos con otros; mientras que los grupos de niños de edad escolar eran de un solo sexo, debido a que en ésta etapa ya hay diferencias sexuales en el juego y en las relaciones sociales.

Las sesiones fueron semanales, con una duración de 50 minutos. Los grupos eran abiertos. En los siguientes capítulos, se encontrarán más detalles a este respecto.

Desde el principio, nuestra intención de ayudar era mayor que nuestra técnica y conocimientos, de modo que con esos escasos medios (personales), comenzamos a trabajar, encontrando que después de un corto tiempo, se obtenían resultados favorables en el estado emocional general de los niños.

Considero que éste trabajo puede ser de alguna utilidad tomando en cuenta que a pesar de nuestra inexperiencia, nuestros intentos por dar un poco de atención y comprensión a éstos niños a fin de disminuirles sus estados de perturbación emocional fueron exitosos, si no totalmente, sí en un grado satisfactorio.

Con el fin de situar en forma precisa la psicoterapia de grupo de juego en el albergue Colonia Infantil "Héroe de Celaya" explico en forma detallada el funciona-

miento de dicho albergue en el primer capítulo. A continuación, explico en el capítulo II la labor general que la Sección de Psicología realiza dentro de la Colonia y el lugar que corresponde a la psicoterapia de grupo.

El capítulo III se refiere particularmente a la psicoterapia de grupo y en el mismo expongo el porqué decidimos trabajar con grupos; una revisión histórica de la psicoterapia de grupo y los fundamentos teóricos de la psicoterapia individual y de grupo que fueron utilizados en el presente trabajo.

Explico porqué utilizamos el juego, como técnica psicoterapéutica, así como los grupos que funcionaban en la Colonia y los resultados obtenidos con los mismos.

En el siguiente capítulo expongo la metodología utilizada para presentar la 1.ª sesión de un grupo de psicoterapia de juego.

En el capítulo V se presentan las historias clínicas de 5 casos, integrantes de un grupo de psicoterapia de juego, el que presento a modo de ejemplo; la descripción de la 1.ª sesión y la interpretación de la misma con el fin de comprender la dinámica del grupo.

En el mismo capítulo se incluye una evolución del tratamiento con los resúmenes de 6 sesiones más y su interpretación dinámica.

En el capítulo VI se mencionan las conclusiones obtenidas del trabajo con grupos de psicoterapia de juego. Termina éste trabajo con un resumen del mismo y la bibliografía utilizada.

## CAPITULO I

### LA COLONIA INFANTIL "HEROES DE CELAYA"

#### ANTECEDENTES HISTORICOS

La Colonia Infantil "Héroes de Celaya" alberga a niños cuyos padres no pueden hacerse cargo de ellos, por encontrarse reclusos, uno de ellos o los dos. Ocasionalmente se admiten niños debido a la mala situación económica de sus padres o por otros motivos, aunque la característica es la admisión de niños hijos de reos.

La población total de la Colonia es de aproximadamente 220 niños de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 3 y los 15 años.

Los primeros datos que de la existencia de la Colonia tenemos, se remontan a enero de 1932, cuando se estableció por vez primera un servicio de atención para los hijos de reos, en un salón de la planta alta de la Penitenciaría del D.F.

En octubre del mismo año, pasó a instalarse al patio de ampliación de mujeres, trasladándose en 1933 al Parque de la Bombilla, en donde se construyó un pequeño edificio fuera de la Penitenciaría para poder alejar a los niños del ambiente indebido que presenciaban al lado de sus padres.

En junio de 1934, se trasladó a Coyoacán, en la Av. Hidalgo. En octubre del mismo año fue instalado en el Parque Venustiano Carranza.

Al siguiente año, en el mes de abril, se trasladó a la calle de Totoquihuatzin, en Tacuba, y actualmente está situado en Av. Azcapotzalco # 58.

La Colonia Infantil "héroe de Celaya" es una dependencia de la Campaña Permanente de Protección Social - dependiente de la Dirección General de Acción-Social.

La Campaña Permanente de Protección Social fue creada en 1953, a instancias del Lic. Ernesto P. Uruchurtu siendo entonces presidente de la República el Lic. Adolfo Ruiz Cortínez; y consistía en un principio, en dar albergue a los niños menesterosos que durante las noches de invierno dormían en la calle.

Así se estableció el Albergue Infantil # 1, en la calle de Regina # 13, al que se llevaban los niños que eran recogidos en las calles y a quienes se bañaba, alimentaba y proporcionaba cama y alojamiento por una noche.

Al principio éste programa era privativo de la temporada de invierno, por lo que se le había dado el nombre de "Campaña Invernal".

A partir de 1956, la "Campaña Invernal" cambió su nombre por el actual variando también sus objetivos.

Ya no sólo se daba asistencia por una noche, sino que, como los beneficiarios carecían de familia en la mayoría de los casos, se pensó en darles asistencia en forma temporal, hasta ver solucionado su problema.

Por éste motivo, se crearon otras instituciones semejantes, en las que se da atención a diversos tipos de personas que lo necesitan, incluyendo no solo niños, sino también adultos.

Actualmente existen, para beneficio de quienes carecen de condiciones sociales y económicas favorables, las siguientes instituciones:

1. Albergue Infantil # 1, el que ya se mencionó y actualmente se encuentra ubicado en la calle de Sur 65 A # 3246 Colonia Viaducto-Piedad.

En éste se asiste a los menores del sexo masculino cuyas edades se hallan entre los 6 y los 15 años.

2. Albergue Infantil "La Cascada", sito en la calle de Emma, sin número, en el Km. 13 de la carretera México-Puebla, Colonia San Lorenzo Xicoténcatl; en donde se alberga a menores del sexo masculino cuyas edades fluctúan entre los 3 y los 6 años y del sexo femenino desde los 3 hasta los 15 años de edad.

En los dos albergues anteriores, las causas más frecuentes que motivan el ingreso de los menores, son: de organización familiar, que es el caso más frecuente, hijos de madres solteras, viudas o abandonadas, quienes no los pueden atender por tener que trabajar; y otros tipos de problemas económicos y sociales que derivan en problemas de vagancia y mendicidad de los menores.

También se atiende a niños extraviados, abandonados en hospitales infantiles, en la vía pública o en delegaciones; a menores cuyos padres han sido acusados de darles malos tratos (pero que no se encuentran en prisión)

y a menores vendedores ambulantes.

El albergue # 1 cuenta con una población aproximada de 300 niños y el albergue la "Cascada" con 350 niños aproximadamente.

3. Colonia Infantil "Héroe de Celaya", ubicada en Av. Azcapótzalco # 58 en la que se atiende a los menores de ambos sexos cuyas edades fluctúan entre los 2 y -- los 15 años de edad en el caso de que alguno de sus padres se encuentre en prisión. Mas adelante se explicará mas detalladamente por ser el lugar donde se localiza nuestro estudio.

4. Casa de Protección Social # 1.-Ubicada en el callejón de San Miguel # 8. Se alberga a adolescentes y adultos del sexo femenino desde los 16 años de edad.

5. Casa de Protección Social # 2 ubicada en la Av. Legaria # 373, en donde se alberga a personas del sexo masculino desde los 16 años de edad.

#### b) OBJETIVOS

La Colonia Infantil "Héroe de Celaya", junto -- con otros dos albergues infantiles (Albergue # 1 y "La -- Cascada") fue creada por las autoridades del D.D.F. con -- el objeto de proporcionar ayuda a las familias de reos, -- las que, por carecer de condiciones económicas son incapaces de sostener a los niños.

El propósito de ésta Colonia es el de dar atención a los menores hasta donde sea posible, proporcionándoles habitación, alimentación, vestido y escuela.

Los servicios con que cuenta la institución fue ron instaurándose y ampliándose paulatinamente. Actualmente contamos con secciones al servicio de los niños tales como lavandería, peluquería, costura y cocina, para atender sus necesidades fundamentales, habiendo además algunas otras actividades como clases de danza, teatro, club coral, costura y cultura de belleza.

La Dirección General de los Servicios Médicos - del D.D.F. ha provisto además a la Colonia de un Servicio Médico, una Sección de Psicología y otra de Trabajo Social.

c) ORGANIZACION

La Colonia Infantil funciona en base a varios servicios:

I Administración, que controla:

1. Sección Técnica.
2. Sección Administrativa.

1. La Sección Técnica consta de:

- a) Departamento de trabajo social.
- b) Sección de artes.
- c) Sección de oficios.
- d) Sección de promociones especiales.

2. La Sección administrativa está dividida en:

- a) Almacenes.
- b) Transportes
- c) Taller de costura.
- d) Departamento de ropería.

- e) Sección de Niñas.
- f) Sección de niños.
- g) Cocina.
- h) Lavandería.
- i) Peluquería.

Además, y dependientes de los Servicios Médicos del D.F. hay un:

- a) Servicio Médico
- b) Sección de Psicología.

Y por último:

- a) Jardín de Niños.

#### FUNCIONAMIENTO

La Colonia infantil funciona a través de una Sección Administrativa que controla a todo el personal que labora en la institución, dependiente de la Dirección General de Acción Social; de un Servicio Médico, de una Sección de Psicología y de un Jardín de Niños.

El funcionamiento es como sigue:

I Administración: Personal: un administrador.

Funciones: Responsable del funcionamiento técnica, administrativo y moral. Vigilar que se atiendan correctamente los servicios.

1. Sección Técnica: Personal: tres auxiliares de administración.

Funciones: Planeación, programación y ejecución de promociones que tiendan a ayudar a formar la personalidad del menor y la ac

tividad por medio de la cual se determine su situación.

De la Sección Técnica:

a) Departamento de trabajo Social:

Personal: Dos trabajadoras sociales.

Funciones: Investigar las condiciones económicas sociales y morales del menor.

b) Sección de Artes:

Personal: Maestros especializados.

Funciones: Impartir cursos teórico-prácticos de dibujo, danza, orfeón, declamación, etc.

c) Sección de Oficios:

Personal: Maestros especializados.

Funciones: Talleres de trabajos manuales tales como repostería, costura, cultura de belleza, etc.

d) Sección de Promociones especiales.

Personal: Todo el de la Sección Técnica.

Funciones: Planear y organizar semanas específicas, brigadas de trabajo voluntario, festivales, paseos, espectáculos.

2. De la Sección Administrativa:

a) Almacenes:

Personal: Una ayudante económica.

Funciones: Controlar y distribuir los víveres, los artículos de oficina y escolares.

b) Transportes:

Personal: Tres choferes.

Funciones: Trasladar a los niños a la escuela, espectáculos, paseos, etc.

c) Taller de costuras:

Personal: Un jefe y dos ayudantes.

Funciones: Elaborar partes de vestido de los niños, zurcir ropa.

d) Sección de Niñas:

Personal: 4 niñeras y una auxiliar.

Funciones: Cuidar de la alimentación y limpieza de las niñas y vigilar que cumplan las comisiones que se les asignan.

e) Sección de Niños.

Personal: 4 niñeras y una auxiliar.

Funciones: Igual que la Sección de Niñas.

f) Departamento de ropería:

Personal: un jefe y un ayudante.

Funciones: Lavar y planchar la ropa de los menores.

g) Cocinas:

Personal: Tres cocineras y una galopina.

Funciones: Elaborar alimentación.

h) Peluquería:

Personal: una peluquera.

Funciones: Arreglo del cabello a niños y niñas.

3. Servicio Médico:

Personal: Jefe del servicio, dos médicos generales, un cirujano dentista, cuatro enfermeras, una trabajadora social y una afanadora.  
Funciones: Labor preventiva, labor asistencial, labor de rehabilitación.

4. Sección de Psicología:

Personal: dos psicólogas, que forman parte del Grupo de Salud Mental; un higienista mental, un médico psiquiatra coordinador del Grupo y una trabajadora social psiquiátrica.

a) Trabajo social psiquiátrico:

Personal: Una trabajadora social psiquiátrica.

Funciones: Realizar estudios socio-psiquiátricos de los menores, colaborar en las investigaciones de la Sección de Psicología.

5. Jardín de Niños:

Personal: tres educadoras y una auxiliar.  
Funciones: Proporcionar educación a nivel preescolar.

d) RECURSOS MATERIALES

La Colonia infantil "Héroes de Celaya" está ubicada en la calle de Ascapotzalco núm. 58 en Tacuba.

AN

Ocupa una construcción antigua que fue acondicionada para las necesidades del albergue y ocupa una superficie de 3000 m<sup>2</sup> aproximadamente.

Está integrada por una sección en la que están instaladas la administración, la secretaría y trabajo social, que ocupan tres despachos y un almacén de papelería.

A lo largo de dos corredores se encuentran: el Servicio Médico, que cuenta con dos consultorios, una sala de encame, almacén y servicio sanitario.

A continuación se encuentran dos locales destinados a la clase de cultura de belleza y danza y el salón de peluquería.

El servicio de psicología cuenta con dos locales, en el fondo del segundo de los corredores mencionados en el que también se encuentran los salones del Jardín de Niños, servicio sanitario y el taller de costura.

En el área central, y dividiendo las secciones de niños y niñas, están la cocina, el almacén de víveres y el comedor.

Las secciones de niños y niñas cuentan con dormitorios, sanitarios y patios de recreo.

Al fondo, en el ala izquierda se encuentran una bodega y dos salones que funcionan como sala de juntas o teatro. En el ala derecha de la construcción está el servicio de ropería, lavandería y planchaduría.

El servicio de transporte cuenta con un estacionamiento. El acondicionamiento de la Colonia es únicamente el indispensable.

## CAPITULO II

### LA SECCION DE PSICOLOGIA EN LA COLONIA INFANTIL

Generalmente los niños que son separados en forma imprevista de su familia a consecuencia de la desintegración de la misma por encontrarse uno de sus padres preso, y quienes son internados en alguna institución; presentan problemas emocionales como reacción ante tal situación (dependiendo, desde luego, de su personalidad previa).

Ante la ansiedad que provoca el verse de pronto en un nuevo ambiente, los niños responden de muy diversas maneras y depende de cada individuo la capacidad de recuperación o adaptación a las condiciones de vida nuevas que les son impuestas por la institución.

Dado que es un problema común a éstos niños, es necesaria la atención a nivel psicológico. Desde luego, en sus inicios, la Colonia Infantil carecía de tal servicio, mismo que fue apareciendo dada la necesidad del mismo.

Al principio, los niños buscaban consuelo a su depresión o ansiedad en elementos del personal a quienes pudieran acercarse. Otras veces, era el Servicio Médico, quien prestaba alguna ayuda, a través de medicamentos, -- principalmente tranquilizantes. Sin embargo, la mejoría obtenida por estos medios era muy transitoria.

Ya hacia los últimos cinco años, había un psiquiatra para el albergue "La Cascada" y uno para la Colonia, pero el albergue número 1, carecía del servicio.

En el año de 1968 y ante la urgencia de atención psiquiátrica y psicológica, las autoridades de la Dirección General de los Servicios Médicos del D.F. organizaron un grupo de profesionistas que fue denominado "Grupo de Salud Mental de los albergues infantiles del D.F.", por ser precisamente ese su objetivo, procurar salud mental a los niños internos en los albergues.

En el "Grupo de Salud Mental", trabajan, en forma organizada, psiquiatras, psicólogos y trabajadoras sociales quienes junto con la administración de cada albergue, integran un equipo de trabajo para proporcionar atención adecuada en todos los niveles a los beneficiarios de los albergues.

Las actividades de la Sección de Psicología de la Colonia Infantil se guían por los siguientes:

b) OBJETIVOS

1. Labor preventiva a nivel de la comunidad.
2. Labor preventiva a nivel individual.
3. Labor asistencial.
4. Labor de investigación.
5. Otras actividades.

c) ACTIVIDADES EN RELACION CON LOS OBJETIVOS

1. Labor preventiva a nivel de la comunidad:  
Consiste en la difusión de medidas preventivas tendientes a detectar y evitar desórdenes emocionales tanto en los menores -

como en las personas que los rodean, para lo cual se ---  
llevan a cabo las siguientes actividades:

- a) Se detectan los casos que requieren atención a través de entrevistas iniciales individuales a todos los menores de nuevo ingreso por medio de las "hojas de datos" o "tarjetas de identificación".
- b) Se imparten pláticas de higiene mental a grupos de niños y adolescentes, para ayudarles a resolver los problemas que su edad les plantea.
- c) Se imparten pláticas a miembros del personal para orientarlos con respecto al manejo de los menores internos.
- d) Se proyectan películas con temas relativos a la higiene mental a nivel de la comunidad.
- e) Se organizan actividades recreativas - que varían desde los juegos de pelota - hasta los juegos de salón.
- f) Se realizan estudios psicológicos al personal de nuevo ingreso para evitar que aquéllas personas con trastornos de la personalidad puedan influir en forma nociva en los niños.

## 2. La labor preventiva a nivel individual:

**2. La labor preventiva a nivel individual:**

Se refiere a los intentos por aminorar en el individuo la presencia de alteraciones emocionales para lo que se llevan a cabo las siguientes actividades:

- a) Se realizan entrevistas con familiares en relación a sus niños internos.
- b) Se realizan entrevistas con elementos del personal para obtener información con respecto a los niños.
- c) También de las trabajadoras sociales se obtienen informes complementarios sobre las condiciones sociales y económicas de los menores y sus familias.
- d) En los casos necesarios, se entrevista a los maestros.
- e) Se hacen entrevistas a los propios menores.

**3. La labor asistencial:**

Consiste en proporcionar atención especializada de psicología y psiquiatría a los casos que lo ameritan y que previamente hayan sido detectados. Los medios de los que la labor asistencial se sirve son:

- a) Pruebas psicológicas, principalmente de inteligencia que se realizan en los casos en que se considera necesario, -

por ejemplo para delimitar el C.I. de los niños que serán inscritos en las escuelas; y pruebas proyectivas, como complemento de la historia clínica.

- b) Se entrevistan aquéllos niños que presentan diversos problemas pero que no requieren de un estudio psicológico completo (Por ejemplo niños que requieren orientación a problemas personales o problemas disciplinarios).
- c) Para aquéllos casos que requieren atención, se elaboran historias clínicas psicológicas que constan de una ficha de consulta, historia clínica, datos obtenidos de entrevistas con personal y familiares, pruebas psicológicas y otros estudios adicionales, (médicos, sociales, etc.).
- d) Una vez completo el estudio, y de ser posible, pasa el caso a consulta psiquiátrica.
- e) De las conclusiones del estudio clínico y del examen psiquiátrico se valora el tratamiento a seguir que puede ser medicamentoso, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, ambas con diversas técnicas, dependiendo del caso (de juego, de apoyo, ocupa--

cional). En los siguientes capítulos se trata en forma más detallada la psicoterapia de grupo por ser éste el tema de éste trabajo.

#### 4. La labor de investigación:

Consiste en efectuar estudios e investigaciones sobre aspectos de la vida de los menores dentro del albergue, que tienden a buscar mejores condiciones psicológicas y ambientales.

La Sección de Psicología conjuntamente -- con el Grupo de Salud Mental ha realizado diversas investigaciones sobre temas tales como las Campañas Pre-Navidad (cuando se invita al público a llevar a su casa menores durante la temporada de Navidad, qué trato les dan, y qué efectos produce este tipo de estímulos en los niños); valoración del trabajo psicoterapéutico a nivel de grupo; viajes a Disneylandia; etc.

#### 5. Otras actividades:

Semanalmente, se efectúa una junta del personal de la Sección de Psicología con la participación del personal del Grupo de Salud Mental adscrito al albergue.

Quincenalmente se efectúan juntas del Consejo técnico de la Colonia que incluye al personal de Psicología así como al personal de la Administración. Ocasionalmente se efectúan

túan visitas a otras instituciones (hospitales, escuelas de enseñanza especial, cárceles, etc), como complemento a nuestra labor, y se llevan a cabo revisiones bibliográficas sobre temas relativos a la misma.

d) ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

La Sección de Psicología de la Colonia - Infantil está integrada por dos psicólogas que trabajan en colaboración con el higienista mental y la trabajadora social psiquiátrica del Grupo de Salud Mental, -- todos ellos bajo el asesoramiento del Coordinador del Grupo. (Solamente las dos psicólogas asisten diariamente, a la Colonia, el resto del personal asiste una o dos veces por semana).

e) MATERIAL Y EQUIPO

La Sección de Psicología tiene a su disposición dos locales. Un cuarto pequeño de -- 2 X 3 m. aproximadamente, destinado a consultorio, y enfrente un cuarto de mayores dimensiones (5 X 4m. X 4m. de altura) que se utiliza para la psicoterapia de grupo de juego.

El piso y las paredes son de mosaico, tiene una sola ventana que da a un corredor externo del edificio en el lado norte.

El cuarto en sí es oscuro y se alumbra con un foco de 75 watts. El techo está en malas condiciones y hay filtración continua de agua.

El cuarto fue acondicionado para su actual propósito con tres muebles de madera tipo libreros de 2m de largo por 50cm. de ancho, en los que se colocan los juguetes de manera que quedan al alcance de los niños.

Cada mueble está colocado junto a una pared, excepto en la que está la ventana. Cerca de ésta última hay una mesita baja de forma rectangular y cuatro sillas pequeñas.

Los juguetes son de una gran variedad y están colocados en los muebles como sigue:

a) Juguetes para niñas (colocados en el primer mueble junto a la puerta):

Muñecas grandes de vinilo con cabezillos, muñecas de regular tamaño de trapo completamente flexibles, una

caja con trastesitos de todos tipos ---- (platos, tazas, ollas, jarras, cucharitas, coladeras, etc.), una caja con mueblecitos para casa de muñecas, juegos de costura (bordados, hilos, tijeras, agujas) un costurero (hilos de todos colores, tijeras, retazos de telas), juegos de limpieza (escobas, cubetitas, mechudos, escobetas, jergas pequeñas), cunitas de madera de regular tamaño, sillitas de madera, algunos animalitos de peluche, etc.

b) Juguetes deportivos:

Están colocados en el segundo mueble de la pared sur del cuarto.

Consisten en un bat de base-ball, pelota y manopla, raquetas de badmington, de plástico, gallo, pelotas medianas y pequeñas de hule.

c) Juguetes musicales:

Colocados inmediatamente después, consisten en un par de castañuelas, una flauta de bambú, una armónica y una guitarra de plástico.

d) Juguetes para expresar agresión:

Tres pistolas de plástico, dos ametralladoras sonoras.

e) Vehículos:

Autos, camiones de varios tipos y tamaños, trenes de lámina con cuerda, un coche de lámina con cuerda, carros de madera para jalar con sonidos musicales.

f) Materiales gráficos:

Una caja con pedazos de plastilina de colores, lápices, lápices de colores, crayones, pinturas de agua, goma, tijeras, libros de cuentos, libros para iluminar, revistas de distintos tipos, tijeras para papel.

g) Juegos de salón:

"Serpientes y escaleras", damas, damas chinas, lotería, rompecabezas.

h) Por último, junto a la ventana, hay, sobre una mesita, dos casas de muñecas.

i) Un recipiente con dulces.

Para el desempeño de nuestra labor en el cuarto consultorio, contamos con los muebles de escritorio indispensables, y el material necesario.

Además del mobiliario, disponemos de una batería de pruebas psicológicas y material de papelería.

f) EVALUACION Y COORDINACION

A) Todas las actividades que se realizan, se

anotan en un libro de registro, destinado para tal fin.

- b) Mensualmente se reporta por escrito de dichas actividades al Coordinador del Grupo de Salud Mental con copia para la Administración y el Servicio Médico de la Colonia.

### CAPITULO III

#### LA LABOR TERAPEUTICA A NIVEL DE GRUPO

##### a) PORQUE SE DECIDIO TRABAJAR CON GRUPOS

En el capítulo II se han señalado los objetivos de la Sección de Psicología que incluyen una gran variedad de actividades.

Aún cuando todas estas actividades mencionadas se han llevado a cabo desde el principio nos encontramos con ciertas limitaciones que nos llevaron a ensayar la psicoterapia de -- grupos. Puedo citar entre éstas:

##### a) Limitaciones de tiempo:

(Disponíamos de 4 hs. diarias para llevar a cabo todas las actividades antes mencionadas, si bien no todas se realizaban diariamente. Algunas, como las pláticas, eran realizadas cada semana, y otras, como las películas, eran realizadas cada mes).

##### b) Exceso de trabajo:

Además del trabajo con los niños, teníamos que elaborar el trabajo administrativo: - programas, reportes mensuales, anuales, - investigaciones, etc.

##### c) Escasez de personal:

Sólo dos psicólogas que asistíamos diariamente y dos psiquiatras y una trabajadora social que asistían una o dos veces por -

semana.

d) Finalmente, la razón mas poderosa que nos llevó a probar con grupos fue la necesidad de atención psicológica combinada con el gran número de niños que la requerían.

En el inciso e) de éste mismo capítulo se presenta una somera exposición de los grupos que funcionaron en la Colonia Infantil en aproximadamente un año de trabajo con grupos, y los resultados obtenidos del mismo.

b) REVISIÓN HISTÓRICA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

PO

La historia de la humanidad empieza desde que el hombre se percata de las ventajas que obtiene de la asociación con sus congéneres.

El hombre forma grupos mucho antes que aprender a hacer una hoguera o construir un alojamiento.

Desde siempre, existen grupos de todo tipo.-

La madre y el hijo forman un grupo, el primero en la historia de un individuo, grupo que se va extendiendo conforme el desarrollo individual; la familia sería la primera dentro de una secuencia en la que cada vez hay más grupos a los que una persona pertenece.

Después sería la escuela, el grupo laboral y otros; como las asociaciones deportivas, culturales y vocacionales. También una nación u organización forman un grupo. ( 8 )

En general, hay grupos simples, constituidos por unos pocos agregados, y grupos complejos. Las diferencias entre unos y otros son ostensibles y diferentes leyes los rigen.

Los primeros permiten estudiar en forma más o menos extensa, las variables psicológicas de cada uno de los miembros que lo integran; los segundos, nos dan la oportunidad de estudiar fenómenos sociológicos.

Correspondería, pues, al campo de la sociología el estudio de los grupos complejos y al campo de la psicología dinámica el estudio de los grupos simples.

El método de la psicoterapia de grupo se basó en el interés y el estudio, así como los principios fundamentales del comportamiento de los grupos simples. ( 8 )

El desarrollo de la psicoterapia de grupo se hace patente a través de la expansión de su literatura.

Los primeros datos los encontramos hacia 1905 en que Pratt comenzó a tratar problemas emocionales en un grupo de pacientes tuberculosos, a través de lo que llamaba "sistema de clases colectivas"; que consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos mediante una serie de medidas sugestivas destinadas a que los enfermos cumplieran su régimen, de la mejor forma posible dentro de un clima de cooperación. ( 8 )

A las sesiones o clases, asistían aproximadamente 50 pacientes, los que, después de una breve conferencia del terapeuta, discutían el tema con el médico. En vista de los buenos resultados obtenidos por Pratt, empezó a utilizarse su técnica en otros grupos con resultados similares. ( 9 )

Desde entonces, el uso de la psicoterapia de grupos se ha extendido ampliamente y - actualmente se usa en muchos marcos y con una gran variedad de enfoques.

Después de Pratt, Lassell, en 1921 comenzó a utilizar los métodos del primero para tratar la demencia precoz los que consistían en conferencias e instrucciones a los pacientes. ( 7 )

Marsh, utilizó la misma técnica, ampliando el procedimiento, mediante la utilización de altavoces para comunicarse con la población total del hospital. La técnica de Marsh consiste en eliminar, en lo posible, el papel de autoridad del terapeuta, tomando como objetivo del tratamiento, el estimular - en el paciente un estado de ánimo feliz. Para él, no es tan importante el contenido de la plática, lo importante es crear un ambiente propicio. ( 8 ) ( 9 )

Un ejemplo de ésta tendencia terapéutica - es el grupo de los Alcohólicos Anónimos -- (A.A.) que se inició en 1935. Los A.A. se reúnen semanalmente, en forma similar a - los grupos de Pratt, ya que discuten temas relacionados con su problema, solo que en - éste tipo de grupo no existe ningún líder.

El efecto terapéutico en los A.A. se basa en que un ex-alcohólico puede influir más eficazmente en otro alcohólico. ( 8 )

Distintos métodos, fueron utilizados también por otros:

Snowden impartía 8 conferencias semanales con una duración de 20 min. cada una, en las que discutía las diferentes causas de las enfermedades mentales.

A continuación, los pacientes se reunían y discutían las conferencias en relación a sus propios problemas. Entonces, el terapeuta tomaba aparte durante unos minutos a cada paciente para indicarle cómo la conferencia se relacionaba con su problema particular.

Mediante éste método, Snowden logró ayudar aproximadamente a 40 personas durante la sesión semanal de 3 horas. ( 9 )

Low y Klapman, utilizaron un método modificado en el que se le daba más importancia a las entrevistas de grupo que a las conferencias y pláticas, siguiendo el enfoque de Marsh. ( 8 ) ( 9 )

Grupos Psicoanalíticamente orientados:

Los primeros ensayos de que se tiene noticia para utilizar los conceptos psicoanalí

ticos en la psicoterapia de grupo, se debe a Triggant Burrow. Su método de tratamiento se basaba en la idea de que el individuo forma parte de una sociedad y que el aislamiento durante el tratamiento podía ser perjudicial en el sentido de que podía destruir el sentimiento de relación con el grupo. ( 9 ).

Burrow encontró que todo el material verbalizado en el análisis individual (por ejemplo) fantasías sexuales o conflictos familiares), era también verbalizado aún en grupos relativamente grandes. Encontró manifestaciones de relaciones de transferencia y mecanismos de defensa, así como teorías dimensiones tradicionales del psicoanálisis individual.

Burrow creía que el mayor mérito del grupo era su potencial para la disminución de la resistencia del paciente al proceso de tratamiento. A medida que el paciente advertía que su problema no era único, perdía la necesidad de mantener su reserva y su aislamiento.

La pérdida de ésta necesidad ayudaba a disipar la resistencia del paciente. ( 9 )

Aproximadamente durante ésta época, Kurt Lewin, en Alemania, estaba perfeccionando los conceptos de la teoría del campo y la dinámica de grupo que han contribuido tanto a la creación de la psicología social-moderna. ( 9 )

En los principios de la década de los ---treintas, Louis Wender, emprendió el uso de la terapia de grupo psicoanalíticamente orientada en un marco clínico. Utilizó el método de grupo para el tratamiento de ciertos tipos de enfermedades mentales leves. Combinaba las sesiones de grupo con entrevistas individuales y descubrió que los pacientes se expresaban más libremente y descubrían mayor material conflictual en las sesiones individuales cuando también se sometían a la psicoterapia de grupo. ( 9 )

Por esos mismos años, Paul Schilder empezó a utilizar el método de grupo como técnica psicoterapéutica. Informó que las ideologías de los pacientes provenían y estaban construidas alrededor de la imagen del self.

Schilder recalcó que las ideas y convicciones del paciente formaban parte de su vida

en la comunidad y que era muy lógico discutir las ideologías de un paciente frente al grupo. Este procedimiento sacaba al problema fuera de la pura individualidad y amincra el sentimiento de aislamiento del paciente. (15)

Mientras tanto en Inglaterra, Joshua Bierer practicaba el método de grupo en el Runwell Hospital for Nervous and Mental Diseases, y su técnica consistía en el "tratamiento situacional", cuya meta no era la adquisición de conocimientos acerca del subconciente, sino, al contrario, una experiencia vital que resultaría en un cambio de actitud.

Bierer consideraba que el "club social" era el primer paso para transformar al individuo de un "objeto" en un "sujeto". Las actividades de tal club consistían en espectáculos, deporte, literatura, pintura y discusiones. Los grupos se reunían con el terapeuta una vez a la semana para discutir problemas personales en una forma que podría llamarse impersonal. El terapeuta generalmente permanecía pasivo. En el club de Runwell, compuesto de 50 a 100 personas, alrededor de diez se reunían semanalmente en un "círculo" y discutían imperso-

nalmente los problemas de un paciente.

Bierer subrayó que era mucho mejor que el paciente no supiese que lo que se discutía eran sus problemas. Fue durante esas sesiones de discusión cuando los individuos pudieron identificar y resolver sus problemas. ( 9 )

En el Hospital Maudsley, de Londres, S.H. Foulkes redactó un programa de psicoterapia de grupo y fundó la Group Analytic Society.

Durante la Segunda Guerra Mundial, Foulkes utilizó sus técnicas de psicoterapia de grupo en el ejército británico. Como resultado de sus experiencias de guerra, manifestó la creencia de que la terapia de grupo puede ser considerada como "un instrumento, quizá el primero adecuado, para el acercamiento práctico al problema fundamental de nuestro tiempo: las relaciones tirantes entre individuo y comunidad". ( 5 )

Uno de los impulsores más activos de la psicoterapia analítica de grupo en Norteamérica es S.R. Slavson, quien creó y desarrolló la Actividad Terapéutica de grupo. Slavson estudió la psicodinámica de niños en un marco donde las actividades manuales constituyeron la base del tratamiento.

Después continuó su trabajo extendiendo sus teorías de la psicoterapia de grupos a los adultos. ( S )

El concepto de Slavson es que los elementos comunes a toda psicoterapia, incluyendo la psicoterapia analítica de grupo son:

1. Relación.
2. Catarsis
3. Insight
4. Prueba de realidad
5. Sublimación.

Cree que aunque la psicoterapia individual proporciona los primeros tres elementos, - no aporta los dos restantes como parte de la situación de tratamiento,

La terapia de grupo, por el contrario, proporciona estos cinco elementos. Dentro de la situación de grupo, varios tipos de relación pueden llevar al apoyo mutuo, a la posible descarga de la agresividad o a la mitigación de los sentimientos de culpa. ( S )

Otro de los precursores en Norteamérica de la psicoterapia de grupo es J.L. Moreno, - quien, entre otras múltiples contribuciones introdujo en 1932 el término "psicoterapia de grupo". Moreno ha perfeccionado una teoría de la estructura de grupos así -

como un método de terapia de grupos y ha sido un prolífico contribuyente a la literatura profesional. El psicodrama y el sociodrama son los elementos que ha elegido para la psicoterapia. ( // )

Moreno cree que el hombre es, por naturaleza espontáneo y creador y que se enferma cuando no puede utilizar estos dones naturales. Moreno se vale de grupos para ayudar a las personas a recuperar su espontaneidad perdida. En su opinión, la representación dramática ("Acting-out") mas que la simple narración conduciría a una profunda catarsis de las fuerzas autolimitadoras y liberarían la creatividad del paciente. ( // )

Pensando en satisfacer la necesidad de una forma económica de tratamiento psicoanalítico, Alexander Wolf, en 1939 comenzó a practicar el psicoanálisis de grupos.

Wolf creó la sesión alterna, que es una sesión de grupo regularmente programada, sin la presencia del terapeuta.

Las sesiones alternas tenían la ventaja de facilitar la autoexpresión a algunos pacientes. ( 7 )

El método de grupo en otros marcos

La técnica de las terapias colectivas se u

tiliza también actualmente en hospitales psiquiátricos gubernamentales y privados, hospitales generales, clínicas de enfermos no hospitalizados, escuelas y en la práctica privada. El uso específico del método de grupo varía dependiendo de la intención y metas tanto del terapeuta como de los pacientes.

Rees y Glatt, creen que es muy posible que los conflictos del paciente se deban a sus relaciones con otros en la sociedad y que el mismo, tiene una mejor oportunidad para aclarar tales relaciones en su participación dentro de un grupo terapéutico. ( 9 )  
Algunas instituciones para enfermos mentales han organizado grupos de tratamiento para enfermos psicóticos y grupos para dar consejos a los parientes del paciente. ( 9 )  
También hay grupos psicoterapéuticos que incluyen el tratamiento de familias. ( 9 )  
Algunos hospitales han organizado grupos psicoterapéuticos de alcohólicos, drogadictos, padres de niños con limitaciones físicas o mentales.

Se han creado además, programas de grupos para atender a delincuentes juveniles y niños y adolescentes o adultos emocionalmente perturbados.

Cameron se ha dedicado al tratamiento de enfermos mentales no hospitalizados, a través de grupos. ( 9 )

Smith ha ayudado a pacientes casi totalmente enajenados a restablecer contacto con la realidad mediante el uso de la -- "técnica remotivadora", que consiste en incluir al paciente en un grupo y hacerlo reaccionar con estímulos naturales como arena, pasto y flores. Después de identificar los objetos se le pide su asociación con ellos. Las demás personas son atraídas a la discusión paulatinamente. Esto da como resultado la interacción de los pacientes. ( 9 )

La música también ha sido usada como estímulo para ayudar a pacientes psicóticos a comunicarse con el grupo. ( 12 )

La danza y el movimiento también se han utilizado como técnicas terapéuticas, sobre la hipótesis de que la danza ayuda a externalizar sentimientos y actúa como un puente a la participación social. ( 18 )

La terapia de poesía es otra nueva técnica, originada en Greenwich Village, N.Y. por Eli Greifer, quien opina que los poemas -- pueden incitar a los pacientes a la acción constructiva, así como a desarrollar una fi

lososía de la vida. Pueden emplearse varias técnicas, para asegurar la participación e interacción del grupo, como la lectura de poemas, o la recitación o memorización y escritura de poemas originales. La discusión de aspectos emocionales creados por los poemas y su significado para cada individuo, sirve para una mayor auto comprensión. (18 )

## SISTEMAS DE PSICOTERAPIA DE GRUPO

Hoyes los clasifica en:

### I. METODOS NO DIRECTIVOS (PSICOCANALITICOS)

#### 1. Psicoterapia analítica de grupo y análisis

de grupo (Slavson, Wolf, Foulkes y otros).

Este sistema puede aplicarse a adolescen-

tes y adultos psiconeuróticos. Admite de -

cuatro a doce participantes. Es convenien-

te que el grupo exista cierta homogenei-

dad respecto a la edad, el sexo y el tipo

de problema. El guía es un terapeuta con -

entrenamiento analítico.

#### 2. Psicoterapia de grupo a base de activida-

des. (Slavson). Puede aplicarse a niños de

siete a catorce años de edad. Habitualman-

te incluye de siete a ocho participantes.

Está indicado especialmente en los niños-

rechazados por sus compañeros en la escue-

la y en el juego. La atmósfera debe ser per-

misiva y el terapeuta debe tener entrena-

miento analítico.

#### 3. Psicoterapia de grupo a base de activida-

des y entrevistas.

Se aplica a niños en edad escolar con gra-

ves problemas o a niños profundamente tra-

torcados que necesitan hablar de sus angus-

tias y dar escape a sus sentimientos en -

forma de acción. Puede haber de ocho a diez participantes. El terapeuta debe tener entrenamiento analítico.

4. Psicoterapia de grupo a base de juegos (Slavson). Se utiliza en niños de edad preescolar que no tienen la madurez suficiente para obtener beneficios exteriorizando sus sentimientos. Se les proporcionan a los pacientes materiales de juego, en el cual ellos vierten sus resentimientos escondidos, sus sentimientos de frustración, sus miedos y sus confusiones. Un terapeuta analítico interpreta los sentimientos que se han expresado y el objeto en el ambiente familiar hacia quien van dirigidos dichos sentimientos.

5. Psicoterapia de grupo a base de entrevistas con orientación analítica. (Wender y otros).

Esta técnica se utiliza en casi todas las edades para el tratamiento de pacientes psiconeuróticos, estados psicofisiológicos, desadaptaciones sociales y psicosis leves. Conviene que el grupo incluya de seis a diez miembros, los cuales participen verbalmente y en forma espontánea.

El objetivo es que se establezca una interacción entre los participantes y sea

posible una interpretación que conduzca a la producción de apoyo mutuo e insights relativos.

Este método puede combinarse con un enfoque didáctico de los problemas.

## II. METODOS CLINICOS CON ORIENTACION DIDACTICA (EDUCATIVOS Y DIRECTIVOS)

1. Psicoterapia de grupo a base de entrevistas inspirativas (Hadden y otros); ésta técnica puede aplicarse en la mayoría de las edades y categorías diagnósticas. Puede haber un número variable de participantes. El guía da pláticas espontáneas y anima a los participantes para que se expresen libremente. Las interpretaciones pueden tener una orientación analítica o ir encaminadas hacia los mecanismos dinámicos -- conscientes y los mecanismos sociales.

2. Psicoterapia de grupo a base de entrevistas. (Kinckley y otros).  
Puede emplearse en casi todas las edades y en una gran variedad de trastornos psiquiátricos. Puede haber de ocho a veinte miembros. El tipo de dirección que se ejerza depende de la orientación psicoterapéutica.

### 3. Grupos de relación social (F. Redl).

Este método se sigue con los niños gravemente trastornados y agresivos a quienes habitualmente se les niegan otros tratamientos. Se emplean actividades en campamentos, viajes, paseos y proyectos de grupo. Los guías pueden ayudar a que se establezca simpatía en la forma habitual es decir, dando regalos, intercambiando objetos con el paciente, organizando juegos de grupo, etc. La manipulación del ambiente es parte del manejo terapéutico.

## III. METODOS DIDACTICOS CON ORIENTACION CLINICA

### 1. Psicodrama (J.L. Moreno).

Se admiten de dos a seis o mas participantes y el método puede emplearse en muchas condiciones. Se requiere un escenario teatral especial, en donde se obtiene una exteriorización espontánea en forma de acción, complementada por la discusión y la interacción del público (egos auxiliares). Es una variante de ésta técnica se emplean guiones teatrales previamente escritos. Otros sistemas terapéuticos utilizan en ocasiones, como un recurso auxiliar las elementos de la actuación tea-

tral que figura en el psicodrama.

2. Tratamiento orientativo de grupo, "re-educación afectiva" (Klappan).

Este método, en el que puede haber un número variable de participantes, sirve para tratar numerosas alteraciones. El guía tiene aquí un papel autoritario. Se emplean los siguientes tipos de tratamientos:

- a) Programa planeado. El guía da una serie de pláticas. Puede utilizarse con buenos efectos en los casos de baja - por trastornos emocionales durante el combate y veteranos de guerra.
- b) Lectura guiada. Se emplea un método semejante al que se sigue en los salones de clase.
- c) Método de exhortación. Esta técnica suele ser afectiva cuando a los miembros les es difícil desarrollar una identidad de grupo, por ejemplo en los semi-les. El guía exhorta a cada uno de los miembros frente al resto del grupo.
- d) Método de rotación. Se establece un orden consecutivo de miembros que consisten en recitar sus problemas.
- e) Sistema de preguntas. En éste método -- los integrantes expresan problemas e -- preguntas para que el grupo las discuta e el guía o autoridad las conteste.

### 3. Manejo no clínico del grupo.

- a) Grupos sociológicos. Participan de seis a doce miembros que consienten en recitar sus problemas. Se observan las tensiones y la dinámica del grupo y las interpretaciones se dirigen hacia el desarrollo del grupo.
- b) Trabajo social del grupo. Aquí pueden incluirse planes para trabajar y para vivir, y grupos de tratamiento creativo o a base de ocupaciones socializadas.
- c) Método de grupo a base de confesiones inspirativas. (Pratt). El guía da charlas inspirativas como un intento para hacer que el enfermo admita sus problemas.
- d) Consejos. Se emplean recomendaciones, guías y direcciones autoritarias. Puede haber cambios en la orientación del grupo y en el número de miembros.
- e) Grupos represivos-inspirativos (organizaciones anónimas, por ej. Alcohólicos Anónimos). Puede haber cualquier número de participantes hasta 500 o más. Se desarrolla unificación en el grupo en base de lealtad entre los miembros, apoyo mutuo y profunda acep-

tación de los valores culturales, morales y religiosos. Se hacen llamamientos a la razón y a los elementos conscientes en la ambición.

- f) Grupos de regeneración (revival groups)  
Puede haber cualquier número de participantes. Se trata de una experiencia muy conocida de "conversión religiosa" cuando se aplica fortuitamente convier- te algunos problemas de conducta en -- neurosis obsesivas completamente desar- rolladas. Entre los grupos que son guia- dos por "terapeutas" aficionados o inex- pertos, puede producirse una reacción -- semejante a la que provocan los grupos de regeneración. (12)

e) FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA PSICOTERAPIA  
DE GRUPO.

(Algunos aspectos que fueron utilizados ---  
en el presente trabajo).

Empezaremos por definir al grupo terapéutico  
según Newcomb, hay dos condiciones básicas -  
de las cuales se puede afirmar que dos o mas  
personas constituyen un grupo en un momento-  
dado:

- a) El grupo solo incluye miembros que compar-  
ten normas acerca de algo en particular.
- b) El grupo debe estar formado por personas  
cuyos "roles sociales" se encuentren estre-  
chamente enlazados entre sí.

El trabajo común del grupo implica un siste-  
ma en el cual cada parte o rol individual de-  
pende, en cierto modo, de los restantes.

Un cambio producido en una de las partes re-  
percute necesariamente en las demás modifi-  
cando todo el sistema. Por eso las relaciones  
interpacientes son un elemento muy importan-  
te en el tratamiento del grupo. ( 8 )

Foulkes y Spohnitz, declaran que todo aconte-  
cimiento en el grupo comprende a todo el gru-  
po, aunque aparentemente esté limitado a uno  
o dos de los participantes. ( 9 )

Desde el punto de vista psicológico, el grupo,

requiere, para ser tal, además, de la cohesión dentro del mismo.

Formalmente, el grupo terapéutico puede definirse como un conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora establecida de común acuerdo y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común: la curación.

Cada miembro del grupo desempeña determinados roles o funciones en estrecha relación de interdependencia.

El terapeuta es el líder formal del grupo y como tal, su primera función consiste en constituir al grupo en forma debida para lo cual, algunos autores aconsejan entrevistas previas con los pacientes, tendientes a disminuir la situación de tensión que se produce frente a la nueva situación.

Otros prefieren abstenerse de cualquier contacto individual previo, considerando que las reacciones ante la nueva situación constituyen un material valioso de interpretación (especialmente en las terapias analíticas).

Sin embargo, considero que al intentar efectuar un proceso terapéutico, cualquiera que sea la técnica empleada y la orientación del terapeuta, es necesario tener un conocimiento previo del o los problemas de naturaleza

emocional que conducen al paciente a buscar ayuda de tipo profesional.

La gran mayoría de los autores, si no todos, en lo que respecta al proceso psicoterapéutico, aconsejan obtener una historia de la vida del paciente con el propósito, como lo enuncia Noyes de "descubrir el origen y la evolución de los trastornos de la personalidad que puedan interferir en la felicidad, las satisfacciones, la eficiencia e la adaptación social del paciente".( 12 )

Algunos autores aconsejan tener varias entrevistas previas al inicio propiamente dicho de la psicoterapia.

Otros, como Frieda Fromm-Reichman son de la opinión de que "el proceso terapéutico comienza con la primera entrevista".

Ella alienta al paciente a que exponga sus quejas en ésta entrevista inicial, ya que son las responsables de la búsqueda del paciente por el asesoramiento terapéutico.

Posteriormente ya puede iniciar la elaboración de la historia del paciente por lo que tiene que dedicar mucho tiempo a ésta entrevista inicial o mas bien a éste período inicial de la psicoterapia.( 6 )

En éste punto, su opinión concuerda con H.S. Sullivan, quien aconseja interrumpir toda --

entrevista psiquiátrica con un intervalo --- que da la oportunidad de reflexionar sobre - otras informaciones adicionales que el terapeuta pueda desear obtener, y que el paciente pueda desear suministrar. ( 6 )

Conviene mencionar la definición de H.S.Sullivan de la entrevista inicial: "es principalmente una situación de comunicación vocal en un grupo de dos, mas o menos voluntariamente integrada sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente con el propósito de elucidar pautas características del vivir del sujeto entrevistado, paciente, o cliente, y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio". (17)

Para Telma Rees, quien se ha dedicado a la psicoterapia infantil también es de suma importancia el primer encuentro terapeuta-paciente y opina que "la relación terapéutica se establece en el momento mismo en que por vez primera el niño llega a presencia del terapeuta". Y señala además, de la importancia del primer encuentro, varias condiciones necesarias para el futuro éxito de la psicoterapia:

1. La elaboración de la historia clínica del

paciente así como el establecimiento de un diagnóstico.

2. La formulación de un plan de tratamiento. (14)

He destacado la opinión de los diversos autores en lo que se refiere a la primera entrevista o fase inicial por ser precisamente éste la base del tema de éste trabajo.

Considero que desde la primera vez que nos encontramos con los niños, durante el curso del desarrollo de la historia clínica y hasta la primera sesión de la psicoterapia de juego en grupo, podemos considerar todo éste proceso como la "entrevista inicial" o "fase inicial del tratamiento que hemos revisado en los distintos autores.

Como parte del programa de la Sección de -- Psicología y como ya señalé en el capítulo II, se realizó una entrevista exploratoria con todos los menores del albergue cuyo objeto principal era detectar, a grosso modo, los candidatos a psicoterapia y aquéllos niños que por su estructura emocional mejor preservada podían pasarse simplemente asistiendo a las actividades sociales o recreativas del albergue, (que si bien pueden caer dentro de las categorías de la psicoterapia, no estaban psicológicamente orientadas,

estrictamente hablando).

Una vez seleccionados los sujetos que consideramos requerían tratamiento psicológico, se les realizó su "entrevista inicial" de la que hablamos antes, es decir, se les elaboró su historia clínica, se presentaron a consulta psiquiátrica y se estableció para cada uno de ellos un diagnóstico, como se presentan en el capítulo V del presente trabajo.

Ya mencioné también que nos veíamos limitadas en la adecuada elaboración de las historias clínicas y diagnósticos por muchos factores entre los que puedo mencionar:

- a) Limitaciones de tiempo.
- b) Falta de información (en muchos casos no podíamos obtener ésta más que a través de los propios menores, en algunos casos del personal de la Colonia y en contados y reducidos casos de alguno de los padres o parientes de los pacientes.

Reconozco, por tanto que dichas historias adolecen de muchos defectos, y que pueden considerarse muy deficientes, pero que, sin embargo, nos fueron muy útiles para la iniciación del tratamiento, que finalmente produjo resultados satisfactorios.

Seguiente a Resca, a partir del momento en que se formula un diagnóstico y se establece un plan de tratamiento, el éxito de la terapia depende básicamente de los conocimientos y procedimientos del terapeuta, de su capacidad para examinar su propia actuación y de su aptitud para estar alerta frente al niño, presto a advertir y comprender sus manifestaciones externas y sus sentimientos subyacentes y responder a ellos, - o no responder - que es también una forma - de actuar- pero dándole siempre a entender que es comprendido y respetado. (4).

En lo que se refiere al plan de tratamiento también he expuesto anteriormente los motivos que nos llevaron a ensayar la terapia de juego en grupos, de los cuales presento la primera sesión, de un grupo a modo de muestra; y complemento la exposición con los resúmenes de seis sesiones más.

En lo que se refiere a la conversación inicial, Frieda Fromm-R. recomienda que desde ese momento deben incluirse los problemas presentados por el paciente, una breve explicación de la filosofía, método y finalidad del tratamiento, el establecimiento de una relación profesional entre el psiquiatra y el paciente; debe continuar, según ella, con una estimación provisoria de la -

duración del tratamiento y una evaluación de posibles cambios ya sea para mejor o - para peor en el curso del tratamiento.(6) Foulkes recomienda una "entrevista de admisión" en la que el terapeuta informa al paciente que ingresará a un grupo, lo que puede ser muy importante en sus futuras - actitudes frente al grupo. Recomienda también que el terapeuta detalle la hora, duración, frecuencia y día de la semana los que deben indicarse claramente así como el lugar de la reunión.( 5 )

Foulkes añade que se ha de haber reglamentos y restricciones, en lo que concierne al grupo, éstos deben explicarse claramente antes y durante la primera sesión.(5)

Siguiendo con el plan de tratamiento, --- nuestro trabajo sigue fundamentalmente - la técnica de Salvson, cuyos trabajos han tenido gran influencia en el tratamiento individual y colectivo infantil.( 16 )

Su enfoque es en realidad sencillo, la actividad terapéutica de sus grupos consiste en sesiones de juegos colectivos en los que permite la libre expresión y se estimula - la participación de los niños en dichos -- juegos colectivos.

La función del terapeuta es la de imponer el mínimo de disciplina. Cuando es requerido interviene, en la actividad del grupo, pero no interpreta. La finalidad de éste - tipo de técnica es puramente catártica. (14)

La técnica de Slavson tiene como metas las comunes a cualquier psicoterapia: efectuar cambios en el equilibrio intrapsíquico de cada paciente a través de la relación transferencial, catarsis, insight, prueba de la realidad y sublimación. (16)

Ginott, seguidor de Slavson, señala que a través de éstos factores, la estructura de la personalidad puede modificarse fortaleciendo el yo, modificando el superego y proporcionando una mejor autoimagen. (7)

Para la valoración de la psicoterapia de grupo de juego, Ginott aduce las siguientes razones a favor:

1. La presencia de algunos niños parece -- facilitar el establecimiento de una buena relación entre el terapeuta y cada niño. El grupo ayuda al pequeño paciente especialmente en el encuentro inicial, - en el que es menos amenazante para él - iniciar la nueva situación en compañía de dos o tres niños de su misma edad.

En la terapia individual no es raro para un niño sentirse ansioso, apartarse completamente y utilizar la sesión completa sin atreverse a pronunciar una palabra o a tocar un juguete.

En la terapia de grupo de juego, la presencia de otros niños parece ayudar a disminuir la tensión y estimular la actividad y participación en el grupo.

El grupo induce espontaneidad en el niño que comienza a relacionarse con el terapeuta y a confiar más rápidamente en él, que como lo hace en la terapia individual.

2. La terapia de grupo de juego proporciona dos medios para la catarsis: el juego y la verbalización, de manera que el niño puede utilizar el significado simbólico o la expresión que mejor sirve a su necesidad.

En la terapia individual, la catarsis es, en su mayoría de libre asociación. Esta se compone del movimiento libre del niño de actividad a actividad, de juego a juego. Algunas actividades aparentemente sin relación, como la asociación libre verbal, pueden conducir a la

ventilación de temas relacionados a los problemas centrales del paciente.

El grupo de juego con fines terapéuticos tiene una ventaja sobre la terapia individual en relación a la catarsis. Además de la catarsis de "asociación libre", proporciona catarsis "vicaria" e "inducida". Muchos niños, especialmente los más tímidos, participan secretamente como espectadores en actividades que ellos desean pero temen.

El grupo acelera el conocimiento de la autorización del conjunto. Cuando un niño comienza en forma evidente, con una actividad "atrevida", otros miembros del grupo pueden atreverse también a hacer lo mismo.

Los niños que temen iniciar cualquier actividad por sí mismos, se animan a hacerlo cuando están en compañía de otros niños.

Es muy interesante observar como un niño en un grupo va de la observación pasiva a complicaciones ocasionales, a la iniciación de actividades, y finalmente a cooperar con otros.

3. El insight en la terapia de grupo de juego; los niños adquieren un conocimiento de ellos mismos y de sus relaciones hacia los demás principalmente hacia sus padres y familiares a través del juego. Tal insight es frecuentemente derivado y obtenido sin la ayuda de interpretaciones y explicaciones.

En los niños, la estimulación mutua de ideas y sentimientos trae a la superficie insights profundos. El autoconocimiento se desarrolla a través de la experiencia con muchas y diferentes relaciones.

4. En cuanto a la prueba de la realidad, - la terapia de grupo de juego proporciona un marco social tangible para describir y experimentar con nuevos métodos - de relación con los demás. La presencia de algunos niños en el grupo de juego - sirve para enlazar la experiencia de terapia al mundo de realidad.

Los sentimientos infantiles de omnipotencia y magia que interfieren con el buen ajuste son desmascarados y modificados por el grupo. Los niños ayudan a los demás a enterarse de sus responsabilida-

des en las relaciones interpersonales. Per lo común, el grupo permite a los niños vivir la realidad externa como satisfactor y ayuda.

Muchos niños que viven la realidad externa como hostil y deprivante, encuentran en la realidad condicionada por la terapia, experiencias emocionales estimulantes. Estos niños han tenido experiencias previas de grupo, pero en ellas han tenido que ser más diferentes en ellos mismos y que permanecer constantemente en guardia.

En los grupos de terapia los niños son expuestos a una nueva modalidad en las relaciones cercanas. Aprenden que pueden dejar sus defensas y aún así continuar protegidos, que pueden tener cerca a compañeros y adultos y no sentirse heridos.

En la seguridad de la atmósfera terapéutica, los niños pueden encarar a los otros en forma honesta y abierta y tener experiencias con otras gentes.

El grupo como una sociedad miniatura, ofrece motivación y apoyo para un cam--

bio así como un área segura para probar nuevos modos de conducta. El niño aprende que al compartir materiales e ideas es aceptado por la sociedad y que su propia participación y contribución es esperada y bienvenida.

5. Por último, uno de los propósitos de la psicoterapia infantil es ayudar al niño a desarrollar sublimaciones consistentes con los estándares de la sociedad y sus deseos. La capacidad para aceptar algo, reprimir un poco y sublimar muchos impulsos primitivos es una señal de madurez. ( 7 )

Para conseguir los objetivos propuestos en la terapia, el proceso terapéutico pasa por tres períodos, según E. Roca:

1. En el primero el terapeuta procura establecer una relación personal favorable y realiza una exploración general del psiquismo. Esto correspondería al encuadre o fase inicial ya tratada.
2. Posteriormente profundiza en el conocimiento del contenido mental consciente e inconsciente y efectúa una interpretación progresiva del material que aporta el enfermo hasta llegar al descubrimiento del origen de sus síntomas y a la aclaración de sus sentimientos.

reales con aceptación de ellos.

### 3. Efectúa acción educativa.

En el presente trabajo podemos decir que el proceso psicoterapéutico fue iniciado y el primer punto señalado por T. Reca - fue cumplido en cuanto a la relación establecida con los pacientes, intentando guiarla hacia un aspecto favorable ( a través de darles acceso a los juguetes , atención y dulces). (Cap. V).

En relación al segundo punto, la interpretación del contenido mental de los pacientes se realizó para los fines de la comprensión de la dinámica del grupo, - aunque no se usó la interpretación dentro de la sesión.

El tercer punto señalado no se llegó a cumplir en lo que se refiere a las primeras sesiones.

Dentro de las teorías generales de la psicoterapia, Wolberg divide las variedades - de psicoterapia en tres grupos principales:

1. Terapia de Apoyo.
2. Terapia reeducativa.
3. Terapia reconstructiva.

Si bien son distintas variedades de psicoterapia, también pueden considerarse distintas fases de un mismo proceso que van -

desde lo que a grosso modo podría llamarse terapia superficial hasta la terapia analítica.

La técnica utilizada en el presente trabajo y debido a la brevedad de la exposición (primera sesión y resúmenes de seis sesiones más); podemos decir que corresponde al primer paso de la psicoterapia señalado — por Wolberg la psicoterapia de apoyo, cuyo objeto es "llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, con aminoración de los síntomas para que pueda funcionar en un nivel aproximadamente normal". ( 18 )

En éste tipo de terapia se intenta reforzar las defensas existentes, así como elaborar nuevos mecanismos de control. También se intenta remover o reducir los factores externos que actúan como fuerzas tensionales. No se intenta cambiar la estructura de la personalidad, aunque pueden desarrollarse algunas alteraciones caracterológicas como consecuencia del tratamiento.

A diferencia de la terapia de apoyo, la terapia reeducativa y la terapia reconstructiva exigen cambios en la estructura del -

carácter, modificación de metas y formas de vida, insight hacia los conflictos inconscientes y desarrollo de nuevas potencialidades adaptativas. ( )

Aún cuando Welberg sitúa la terapia de juego dentro de las psicoterapias reconstructivas por considerarla desde un punto de vista psicoanalítico; la técnica - por mi empleada considero es más superficial y "no interpretativa".

### El juego en la terapia de grupos

Hemos escogido el juego como medio para la terapia, por considerarlo una forma de expresión natural y espontánea del propio mundo infantil.

Desde que el niño nace, juega, y su desarrollo y maduración normal o patológicas pueden observarse a través del juego que ya éste representa un medio favorable para la expresión de sentimientos, pensamientos y conflictos (de un modo enmascarado, si se quiere) y el hecho de que permita, o mejor dicho, aliente la libre motilidad, realza su valor para el terapeuta. ( )

El juego infantil es agradable, carente de finalidad y sin objetivo aparente, (producción o trabajo), sin embargo está sometido a determinantes immanentes que tienen una importancia capital justamente para el empleo terapéutico. ( )

El juego lleva además al niño a expresar sus actitudes y sentimientos fundamentales en sus relaciones básicas las que mantiene dentro de su familia y en las circunstancias de su vida diaria que son orígenes de conflictos. ( )

En ocasiones, el juego puede ser tan solo un recurso para establecer y mantener una relación con el niño. Pero en definitiva, el juego permite crear un ambiente en que es posible dar un fuerte estímulo al proceso de maduración de la personalidad. ( )

e) GRUPOS DE PSICOTERAPIA EN LA COLOMIA I.

En un periodo aproximado de una año, trabajamos con 12 grupos entre dos psicólogos, cuyas características eran las siguientes:

1. Los grupos eran relativamente homogéneos tomando en cuenta criterios de:
  - a) edad.
  - b) Sexo.
  - c) Diagnóstico.
  - d) Nivel intelectual.
2. Las sesiones eran llevadas a cabo con una frecuencia de una vez por semana.
3. La duración de las mismas era de 50min.
4. Los grupos eran abiertos, ya que frecuentemente podían variar sus miembros. Cuando algunos niños eran dados de baja del albergue, su lugar en los grupos era pronto ocupado por niños de nuevo ingreso.

Los grupos funcionaban como sigue:

1. Cuatro grupos de preescolares (niños entre dos y cinco años). Estos grupos los permitimos mixtos (ya que una de las características del juego de los niños de esta edad es que juegan in-

distintamente con sus compañeros de uno u otro sexo). Las diferencias entre los sexos en esta edad son mínimas, comparten los mismos juguetes y los baños.

Estos grupos estaban constituidos hasta por 8 miembros. La técnica utilizada fue la terapia de grupo de juego cuya finalidad es puramente catártica.

2. Cinco grupos de niños en edad escolar (5 a 8 años) constituidos por 5 a 8 miembros de un mismo sexo; ya que las diferencias entre los sexos son marcadas en esta edad. Niños y niñas tienen diferentes intereses y aspiraciones. Los niños adquieren prestigio en actividades masculinas y las niñas en actividades femeninas. Además la identificación psicosexual de varones y niñas debe ser reforzada proporcionándoles modelos, intereses y actividades que culturalmente se difieren como masculinas y femeninas. ( ).

Había tres grupos de niños en edad escolar (varones) y tres grupos de niñas. Estos grupos también asistían a terapia de grupo de juego (cuya finalidad es puramente catártica).

3. Un grupo de seis niñas preadolescentes (entre 9 y 12 años), que asistían a terapia o

ocupacional (realizaban algunos trabajos manuales como costura.).

4. Un grupo de cuatro preadolescentes varones que asistían a terapia de grupo ocupacional (realizaban trabajos manuales: periódicos murales).
5. Un grupo de adolescentes que incluía cuatro varones entre 13 y 16 años. Asistían a terapia de grupo de apoyo. Este grupo era dirigido por uno de los psiquiatras.

Además había un número variable de niños (seis mas o menos) en psicoterapia individual.

El resto de los menores asistían en grandes grupos clasificados por edad y sexo a las pláticas de higiene mental. Había grupos generales de escolares y adolescentes. Los temas que se trataban dependían del grupo, edad y sexo; por ejemplo, para escolares se trataban temas como "como estudiar", para adolescentes "la menstruación", "el noviazgo", etc, pláticas que eran impartidas por el higienista mental y las dos psicólogas.

Por último, algunos asistían a grupos de actividades recreativas que se organizaban ocasionalmente, como juegos de pelota, spiro, fut-ball, etc, o juegos de salón (rompecabezas, damas chinas, etc).

Para ejemplificar el funcionamiento de los grupos he recogido un grupo de 5 varones en edad escolar y presento la primera sesión de la psicoterapia y los resúmenes de otras seis sesiones en el capítulo V.

### Resultados obtenidos del trabajo con grupos

En los grupos de preescolares y escolares, sobre todo, y debido a que las alteraciones emocionales eran reacciones de ansiedad (manifestadas en muy diversos síntomas), se observó que los síntomas remitían en un período promedio de tres meses.

Toda vez que éstos niños se encontraban en situaciones de perturbación emocional a consecuencia de recientes sucesos traumáticos— como la desintegración familiar, su inclusión en un medio nuevo, desconocido y que era vivido por muchos como hostil, el hecho de encontrarse repentinamente con una persona que les proporcionaba atención (al principio incluso se les gratificaba con dulces), y les invitaba a jugar y a participar en un grupo; podemos considerar la hipótesis de que sus síntomas de angustia y depresión comenzaban en ese momento mismo a remitir.

Tomando en cuenta las proposiciones anteriormente señaladas de autores como Frieda Fromm de que "el proceso terapéutico comienza en el momento mismo en que el paciente llega a la presencia del terapeuta" podemos suponer que éste acercamiento en sí produjo alguna mejoría en los pacientes, es decir, el aban-

dono en que los habian dejado sus padres era rectificado por las terapeutas.

Los niños retraídos comenaron a participar en juegos y actividades del grupo con sus demás compañeras de la Colonia; los niños agresivos mantenian su inquietud, pero canalizada en forma de juegos de pelota, luchas u otros, pero en forma menos destructiva.

Habia, desde luego, niños en los que se notaba mejoría mínima y en otros, ninguna.

Pero en general, el 85 % de los niños atendidos remitia rápidamente.

El porciento restante pertenecia a aquéllos niños cuyo estado de perturbación emocional en ese momento era combinado con una personalidad previa mas enferma que en los otros casos; o niños deficientes mentales en los que la recuperación requería mucho mas tiempo. (dependiendo éste de cada caso en particular).

Debo señalar además un aspecto muy importante, dentro de nuestra población, no encontramos niños con trastornos mentales severos, - como psicóticos, niños con daño orgánico cerebral o niños deficientes mentales profundos; a diferencia de los otros albergues, en los niños de todas éstas categorías, abundaban.

## CAPITULO V

### METODOLOGIA

#### a) SUJETOS

A fin de ejemplificar la labor terapéutica a nivel de grupos, se ha escogido uno de los doce grupos que funcionaban en la Colonia Infantil.

Este grupo se eligió por considerar que muestra el uso del juego en la psicoterapia de grupo que es el tema de éste trabajo.

El grupo fue constituido por 5 niños, tratando de hacerlo homogéneo tomando en cuenta criterios de:

##### a) Edad:

La edad de los integrantes varía entre los 5 y los 8 años.

##### b) Sexo:

Todos son del sexo masculino.

##### c) Diagnóstico:

Todos presentan diversos tipos de reacciones *de tipo neurótico*

*Hay dos casos con diagnóstico* de reacción depresiva; dos casos diagnosticados como trastornos de conducta y un caso de reacción de ansiedad.

d) Nivel intelectual:

Tres de los menores obtienen en las pruebas un C. I. de normal promedio, uno alcanza el nivel normal brillante y uno es diagnóstico limitrofe.

b) MATERIAL

1. El material utilizado consistió en el estudio de cada caso, que consta de: historia clínica, prueba de inteligencia (Terman-Merrill L-M), examen psiquiátrico, diagnóstico y datos complementarios obtenidos en algunos casos con entrevistas con familiares o personal de la Colonia, y notas tomadas del expediente de Trabajo social de la Dirección de la Colonia.
2. La primera sesión de psicoterapia de grupo de juego de la que se tomaron notas taquigráficas en el curso de la sesión.  
Los datos, como es de suponer, carecen de muchos detalles, pero las reacciones principales fueron anotadas.
3. Además se incluyen los resúmenes de seis sesiones más.
3. El equipo con el que contamos fue el salón de juego y los juguetes, descritos antes en el capítulo II inciso b).

e) PROCEDIMIENTOS

Se empleó para ésta primera sesión la técnica del juego libre, según Slavson, -- cuyos grupos de actividad consisten en sesiones de juego en las que se estimula la libre actividad y la libre expresión.

El terapeuta funciona como un celador comprensivo que solo impone el mínimo indispensable de disciplina. Así, interviene pero no interpreta. ( )

El papel de la terapeuta en el grupo fue activo solo en el inicio de la sesión, consistiendo en:

1. Explicar a los sujetos el motivo de la reunión. (Aún cuando ya cada uno había sido informado en forma individual de su inclusión en el grupo).
2. Explicar a los sujetos sus aspectos enfermos, motivo de la terapia.
3. Establecer límites de:
  - a) Espacio, (lugar de la reunión).
  - b) Tiempo (horario, frecuencia y duración de las sesiones).
  - c) Uso de materiales a los que tenían acceso. -- juguetes, plastilina, libros, pinturas, etc.



El tiempo restante, se dedicó a la observación tomando un papel pasivo, salvo en los casos en los que los sujetos exigían la participación de la terapeuta.

## CAPITULO V

### CASUÍSTICA

#### CASO # 1

##### IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Niño Arturo S. R. de 7 años de edad, actualmente asiste al Jardín de Niños de la Colonia a la que ingresó hace un año debido a la mala situación económica de la madre.

Es referido a ésta Sección de Psicología por retarimiento marcado, períodos de agresividad, y enuresis.

##### HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

Arturo es el segundo de 5 hermanos, cuyas edades fluctúan entre los 9 y los 3 años. El menor, producto del segundo matrimonio de la madre, se encuentra con ella. Todos los demás permanecen internados aquí en la Colonia Infantil.

La madre, originaria de Amatlán, Ver., radica en ésta ciudad y trabaja lavando ropa ajena. Se separó de su primer esposo a consecuencia de los malos tratos que recibía del mismo.

Agrega que durante el embarazo de Arturo, sufría frecuentes disgustos con su esposo ya que él es "muy mujeriego", según sus propias palabras.

El parto, atendido en un sanatorio particular, -

Arturo siempre fue alimentado con leche artificial, café o atole. Cuando tenía tres meses sus padres se separaron y la madre, encontrándose con serias dificultades económicas y no teniendo dinero para comprar el alimento del niño, -- pensó en regalarlo a una conocida suya, en un mercado.

El día que pensaba entregarlo, al decir de ella, el niño, de 9 meses de edad, dijo por primera vez "mamá" al mismo tiempo que se le abrazó, por lo que ella se arrepintió y decidió quedarse con él.

Arturo caminó a los 2 años, habló a los 3 años y logró control de esfínteres a los 4 años. Durante todo éste período, la madre trabajaba como vendedora ambulante, no tenía donde vivir y solo llegaba a dormir con una amiga.

Posteriormente conoció a otro sujeto, quien la ha sostenido económicamente y con quien tiene ahora tres niños más. Con éste señor también ha tenido muchos problemas porque también es "muy mujeriego" por lo que está pensando separarse de él.

La madre considera que Arturo siempre ha sido -- "raro", lo observa triste, "malhumorado" y a veces "muy tonto". Dice que en ocasiones el niño -- mueve la boca como si estuviera hablando.

#### PADECIAMIENTO ACTUAL

El menor fue referido a la Sección de Psicología, por el Servicio Médico así como por la maestra del Jardín de Niños por agresividad, retarimiento excesivo acompañado de períodos de hiperactividad y además, enuresis.

#### EXÁMENES FÍSICO Y NEUROLÓGICO

El Servicio Médico diagnosticó fimosis.

#### PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Se aplicaron las pruebas de Terman-Merrill L-M. y Goodenough en las que se encontraron los siguientes resultados:

C.I. 75 Diagnóstico: Límitrofe.

C.I. 76 Diagnóstico: Límitrofe.

#### EXÁMEN PSICHIÁTRICO

Se observa silencioso, negativista, no habla espontáneamente, contesta a las preguntas en forma lacónica; a medida que transcurre la entrevista, muestra mayor confianza, muestra estereotipias ocasionales en su conducta (movimientos repetitivos) y su tono afectivo es deprimido.

I.D. Trastornos de la Conducta (agresividad, enuresis, impulsividad).

### INDICACIONES

1. Melleril 10 mgr. 1 X 3
2. Notas sobre su conducta.
3. Reporte de su maestra en relación a atención, asimilación e interés.
4. Consultas periódicas individuales.

### REPORTE ESCOLAR

La maestra del Jardín de Niños reporta a Arturo como un niño inquieto, agresivo y con dificultades en el aprendizaje, ya que no ha podido aprender a leer como los otros niños de su mismo nivel (3er. grado o pre-primaria).

Después de haber sido entrevistado por el psiquiatra, Arturo inicia sesiones de psicoterapia individual con un psicóloga. La evolución de la misma es como sigue:

### EVOLUCION DE LA TERAPIA

Se inician sesiones de 20 min. con frecuencia de una a la semana. La terapeuta va hasta el patio de niños a buscar a Arturo. Durante ese tiempo, trabajamos en el local del Jardín de Niños, ya que la Psicología no disponía de uno propio.

Se le ofrecen a Arturo plastilina, papel y colores (por esa época no teníamos tampoco juguetes).

Durante la primera parte de la terapia, las sesiones de Arturo eran muy semejantes una de otra, modelaba figuras toscas con plastilina, a las que difícilmente se les reconocía alguna forma y las que eran destruidas mediante golpes.

Otras veces, dibujaba con trazos desordenados, en ocasiones solo rayas de distintos colores y un esbozo de rostro humano con grandes ojos.

Estos dibujos también eran destruidos mediante rayonarlos. Durante las sesiones permanecía la mayor parte del tiempo silencioso, hablaba solamente cuando era estrictamente necesario.

Como es fácil imaginar, la desorganización yoica prevalecía y su contacto con la realidad era solamente el indispensable.

A medida que el tiempo transcurría, en cada entrevista, la relación con la terapeuta se fortalecía. Pronto, mostró una sonrisa franca cuando se le iba a buscar, su conducta se activó y comenzó a hablar espontáneamente.

Sus actividades seguían centradas en el construir-destruir en el papel y con la plastilina, actividades en las que se podía observar una búsqueda de límites y de contacto con la realidad, por ejemplo, el construir carreteras de plastilina por las que transitaba un cochecito, o el dibujar ventanas.

Sus juegos ofrecían mayores posibilidades para relacionarse con otros niños, según nos reportó la -

niferno; y a la terapeuta comenzó a pedirle sesiones diariamente. Se le explicó la imposibilidad y aceptó la condición.

Después de tres meses aproximadamente, Arturo se veía en éstas condiciones y se decidió su ingreso a un grupo de psicoterapia de juego.

#### PSICODINAMIA

Se observa una inhibición en el desarrollo físico y emocional del niño; desde sus primeras etapas hay dificultad, el amamentamiento se sustituye por leche artificial y deficiente, precisamente en ésta etapa constituye el problema principal de la relación madre-hijo con amenazas de romperse bruscamente.

Es difícil decir si el episodio que la madre relata sucedió realmente o es producto de su fantasía, sin embargo, es importante señalar que desde entonces el niño vive en constante angustia amenazando su integridad personal. De cualquier manera hay una relación establecida que ayuda a mantener al niño en un estado de regular adaptación que se rompe cuando se produce la separación de la madre.

## CASO # 2

### IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Niño Marcos A. L. de 5 años de edad, actualmente asiste al Jardín de Niños de la Colonia, a la que ingresó hace dos meses, procedente del albergue infantil "La Cascada".

Su ingreso se debe a la mala situación económica de la madre.

El menor es referido a la Sección de Psicología por juegos sexuales con niños de su mismo sexo.

### HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

Marcos es el menor de tres hermanos, cuyas edades fluctúan entre los 10 y los 5 años. La hermana mayor se encuentra con la madre y la segunda permanece interna, también en la Colonia.

No se tienen datos de embarazo y parto. El desarrollo psicomotor, ligeramente retrasado. Todavía la esfera del lenguaje es en él deficiente, pronuncia la "r" como "l" y semeja el de un niño más pequeño.

Sus padres se encuentran separados. Existen frecuentes disgustos entre ellos, ya que la señora no recibía a una económica del padre de los niños. Actualmente ella trabaja como sirvienta; raras veces visita a sus hijos y al tratar de localizarla para ampliar su estudio social se encontró que dió un domicilio falso.

Su hermana E., de 8 años de edad cuida y protege a Marcos, asumiendo el papel de madre. Ella es una niña inteligente y seria, prefiere platicar con adultos que jugar o platicar con niños o niñas de su edad.

#### PADECIMIENTO ACTUAL

Marcos fue referido a ésta Sección de Psicología por practicar juegos sexuales con compañeros del mismo sexo y edad. Según informes de personal de la administración, los juegos se presentaban casi diariamente. Inicialmente fueron descubiertos cuando a Marcos (según su versión), le despertaban otros niños. Últimamente los juegos se han presentado también durante el día.

Marcos es descrito como un niño inquieto, desobediente y con tendencia a mentir.

#### EXAMEN FISICO

Se reportó sin datos patológicos.

#### PRUEBAS PSICOLOGICAS

Se aplicó Terman-Merrill, habiendose obtenido un C.I. de 103 que corresponde al nivel Normal promedio.

#### EXAMEN PSIQUIATRICO

Del mismo, se desprende que existe un estado de depresión y angustia como producto de recién ingreso a la Colonia. Estos afectos se manifiestan por tristeza y juegos sexuales como forma de canalizarlos.

Sobre éstos últimos, opina que son "cosas malas" y denomina el órgano sexual masculino como "grosaría".

Al tratar el tema permanece silenciosa y después se le dificulta hablar repitiendo en forma parva verante una palabra (para, para, para, etc.).

I.D. a) Reacción depresiva moderada.

b) Trastorno de conducta (juegos sexuales).

#### INDICACIONES

a) Melleril 10 I X 3 por 10 días.

b) Incluirlo en un grupo de psicoterapia.

c) Notas sobre su conducta.

#### NOTA SOBRE SU CONDUCTA

Se observa en actividades recreativas con otros niños. Invariablemente se pelea y prefiere jugar solo.

#### PSICODINAMIA

Procede de una familia desorganizada en la que la madre fue abandonada por el padre y ella a su vez abandona a los niños en el albergue.

De ahí la necesidad tan grande de afecto que tiene Marcos, el que trata de conseguir a niveles muy primarios: buscando el contacto directo con los demás: el contacto físico.

Por lo demás, su forma de relacionarse con otros, es la misma que ha vivido y aprendido en su hogar: a través de continuas peleas (que en última instan

cia es una forma de relacionarse).

Su inteligencia está bien conservada y se puede obtener mejoría en la terapia.

### CASO # 3

#### IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Niño Armando K.A. de 7 años de edad, cursa el primer año de primaria. Ingresó a la Colonia hace 18 meses por encontrarse su madre en prisión por robo.

Es referido a la Sección de Psicología por tristeza, aislamiento y timidez exagerada.

#### HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

Procede de una familia de 3 hermanos, él ocupa el segundo lugar entre dos mujeres de 11 años la mayor y 5 la menor. Todos están internados.

Armando nació en Olinolá, Gro., producto de un embarazo deseado y parto normal y a término. Fue alimentado al pecho hasta los seis meses, al cabo de los cuales la madre presentó agalactea y hubo necesidad de darle alimentación artificial. Tenía un horario establecido y si lloraba fuera de éste, se le daba té.

Habló al año y caminó a los 9 meses, la madre piensa que fue "muy desarrollado". Consiguió control de esfínteres a los 36 meses aproximadamente y no presentó enuresis.

El padre de Armando murió cuando éste tenía dos años, por una intoxicación producida por la ingestión de bebidas embriagantes con medicamentos. Con

taba con 42 años de edad y trabajaba como Inge-  
niero. Es descrito por su esposa como "buena gen-  
te", se llevaba bien con ella y con los niños,-  
pero tomaba en demasía.

La madre, de 48 años de edad, estudió primeros-  
auxilios y materias complementarias que le permiti-  
eron trabajar por varios años como enfermera.  
Actualmente se encuentra recluida en la Cárcel -  
de mujeres acusada de robo, se le fijó una sen-  
tencia de 4 años de los que ya cumplió casi dos.  
Ella refiere que durante una fiesta celebrada en  
el edificio en el que vivía se perdió determina-  
da cantidad de dinero. Su hija mayor lo encontró  
y lo entregó a la Jefatura de policía. Al hacer -  
las averiguaciones el dinero no apareció por lo  
que se le acusó a ella de robo. Ahora ella se sien-  
te con mucho "rencor" pues piensa que fue acusada  
injustamente.

Le preocupa y le entristece que sus hijos estén -  
separados de ella y piensa que sufren por ésta cau-  
sa. Piensa, al salir libre, "hacer algo" para que -  
haya un motivo justo por el que la encarcelen.  
Cuando quedó viuda, se sintió muy abatida y desa-  
tendió su trabajo por lo que le levantaron acta --  
por abandono de empleo en tres ocasiones.  
Después se trasladó con sus hijos al D.F., en don-  
de conoció a otro señor aceptando vivir con él en  
amasiato, ya que le brindaba ayuda económica. Con -

El procreó a C. una niña de dos años de edad -- que vive con ella en la cárcel. Este señor, la -- abandonó cuando ella ingresó a la cárcel.

La hermana mayor de Armando, X., cursa el 5o. año de primaria; es descrita por su madre como traviesa, nerviosa e inteligente. Es de constitución extremadamente delgada, como los otros hermanos, pero no es enfermiza. En la Colonia, ha asumido el -- papel de madre en relación a sus hermanos, quienes la quieren y respetan.

La hermana menor, K. es también una niña extremadamente delgada, es alegre, bonita e inteligente, como la describe su madre.

De Armando, la Sra. K. dice que es de carácter difícil, caprichosa, muy inquieto y pelechero.

Antes de su ingreso en la Colonia, Armando estuvo internado en el INPI y en Protección Social.

#### PADECIMIENTO ACTUAL

Es referido a ésta Sección de Psicología pues se ha observado tímido y asustadizo, llora fácilmente y se resiste a cooperar en el examen médico y en el psicológico. En general, se le ve aislado.

#### EXAMEN FISICO

El servicio médico diagnosticó fimosis y estado -- depresivo.

#### PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Se le aplicó Terman-Merrill en el que se obtuvo un C.I. de 106, diagnóstico: Normal Promedio.

### EXAMEN PSIQUIATRICO

El psiquiatra opina de él que es un niño definitivamente retraído, durante la entrevista establece poca comunicación, permanece silencioso y contesta a las preguntas con monosílabos. Se relaciona mejor a través del dibujo, por lo que piensa que tiene buen pronóstico.

I.D. Reacción depresiva moderada.

### INDICACIONES

Se sugiere que ingrese a un grupo de psicoterapia. Se piden reportes sobre su conducta.

### NOTA SOBRE SU CONDUCTA

Participa en juegos colectivos de pelota en los que corre tras el balón. Sin embargo, fuera de éstos juegos se relaciona poco con otros niños.

### PSICODINAMIA

Se observa en este caso que el paciente tiene pérdidas desde los 6 meses, en que es destetado.

A la edad de dos años nace su hermana quitándole su lugar junto a la madre. Por esas mismas épocas, pierde al padre de quien además se tienen antecedentes de alcoholismo y uso de drogas.

A los 4 años vuelve a perder al padre sustituto y al mismo tiempo a la madre. Toda ésta cadena de pérdidas es lo que produce en él la depresión.

Del abandono en que se vive resulta su aislamiento y su timidez, no se relaciona con los demás porque ya tiene la experiencia de que la realidad externa es hostil.

No obstante, se observa en él una buena inteligencia y cierta capacidad de empatía.

Sabemos que por lo menos durante su primera infancia tuvo una relación consistente con la madre, quien posteriormente fue sustituida por la hermana mayor.

Así, resulta una personalidad emocionalmente perturbada, pero que sin embargo tiene posibilidades de mejoría si en la terapia se utiliza su buena inteligencia y se estimula su capacidad de relación.

CASO # 4

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Niño Angel P.P. de 8 años de edad, estudia el primer año de primaria, ingresó a la Colonia hace tres meses por encontrarse su padre en prisión por delitos contra la salud y robo.

El niño es referido a ésta Sección ya que durante la entrevista inicial se observó sumante ansioso.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

Procede de una familia de 7 hermanos, cuyas edades fluctúan entre los 16 años y los 7 meses de edad. Angel ocupa el 5o. lugar entre ellos. No se tienen datos del embarazo, parto ni desarrollo temprano.

El padre, de 40 años, originario de Cuernavaca, Mor., estudió hasta el 4o. año de primaria. Actualmente purga una condena ya que fue consignado por tráfico de drogas. Antes de ser recluido se dedicaba a las labores del campo.

La madre, de 39 años de edad, originaria de Cuernavaca, Mor., analfabeta, trabaja actualmente como costurera. También estuvo recluida por comisión de delitos contra la salud. Actualmente vive en Cuautla con los hijos mayores del matrimonio. Los menores permanecen internos en la Colonia.

Con sus hermanos, Angel se lleva "un poco mal",

de lo que ellos dicen que cuando pierde en un juego se enoja con ellos.

El hermano mayor de Angel, refiere que el padre ha estado en la cárcel casi todo el tiempo de la vida del niño, por lo que ha tenido escasa relación con él.

La madre, los viene a ver aproximadamente una vez por mes o menos.

Angel es descrito por su hermano como "gritón y enojón".

El, por su parte, cuenta con 10 años de edad, también es interno de la Colonia Infantil.

Es un niño inteligente, obediente y trabajador. En general, el personal de la Colonia tiene un buen concepto de él. El año pasado, fue elegido para viajar a Disneylandia como premio a su buen comportamiento.

C., de 9 años, es una niña deficiente mental con labio leporino, por lo que no puede hablar bien. Fue enviada a Psicología por juegos sexuales. Es una niña ansiosa e inquieta que frecuentemente tiene dificultades con sus compañeras y sus superiores.

P., de 5 años de edad, es un niño serio, tímido y callado que representa menos edad de la que tiene.

#### PADECIMIENTO ACTUAL

En la entrevista inicial, se observó ansioso, habla muy rápida, con voz entrecortada, tartamudea.

deando en ocasiones y en un estado general de in quietud.

La tartamudez se inició, según refiere su hermano R., a la llegada de Angel a la Colonia hace tres meses. Se presenta solamente en ocasiones, espe- cialmente cuando Angel se enoja.

#### EXAMEN FISICO

Sin datos patológicos.

#### PRUEBAS PSICOLOGICAS.

Se aplicó la prueba de Terman-Merrill en la que se obtuvo: E.I. 116 Diagnóstico: Normal Brillante.

#### EXAMEN PSICUIATRICO

El especialista observa en él una buena capacidad de relación y ausencia de problemas importantes. Cree que su estado de ansiedad se debe a un perio- do de ajuste necesario ante su internamiento.

I.D. Reacción de ansiedad situacional.

#### RECOMENDACIONES

Su ingreso a un grupo de psicoterapia.

#### PSICODINAMIA

Angel ocupa el 5o. lugar en una familia de 7 her- manos, a quienes naturalmente siente como rivales en cuanto a conseguir el afecto de los padres. Esto ya lo expresa a través de poca tolerancia a la frustración en el juego.

Actualmente la familia se ha desintegrado y el -- verse separado de sus padres, es lo que desencade- nó su estado de ansiedad, ya que se vio abandona-

do.

Su inteligencia, a pesar del estado tensional, es brillante, por lo que podemos suponer, una buena estructura yoica, cuyo principal problema está en el área de relación con los demás, la que se ve limitada, pero que puede mejorarse con la terapia.

## CASO # 5

### IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Niño Felipe B.H., de 8 años de edad, sexo masculino, ingresó a la Colonia hace un mes, por encontrarse su padre en prisión por delitos contra la salud.

Felipe ha cursado hasta el 2o. año de primaria.-- Fue enviado a ésta Sección de Psicología por robo, agresividad e inquietud.

### HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

Felipe es el 4o. de 9 hermanos, 6 de los cuales -- están internados todos los hermanos son varones, exceptuando a la penúltima. Sus edades fluctúan entre los 12 y un años de edad.

El padre, de 37 años de edad, de ocupación sastre, está acusado de tráfico de drogas. Es alcohólico, - por lo que frecuentemente provocaba disgustos en el hogar por ésta causa. Felipe refiere que su papá lo golpea constantemente.

La madre, de 35 años ayudaba al padre económicamente, trabajando como costurera en el domicilio de la familia. Actualmente se encuentra en el décimo - embarazo y vive en casa de su suegra con tres de sus hijos, los mas pequeños.

De los hermanos, el mayor, T. de 12 años, estudia el 1o. de secundaria, es inteligente, serio, tímido y desconfiado. Terminó bien la primaria pero reprobó tres materias en éste año, probablemente de

bido a la situación familiar.

El segundo hermano, A. de 11 años de edad, simpático, con inteligencia superior, tiene frecuentes dificultades ya que en ocasiones se ha robado diversas cantidades de dinero y es muy peleonero. Pasó a consulta psiquiátrica donde se le diagnosticó reacción depresiva situacional con matiz sociopático.

El tercer hermano, J. de 9 años de edad, es un niño tímido, también reprobó éste año en la escuela. Pasó a consulta psiquiátrica en la que se le diagnosticó reacción depresiva situacional.

Felipe es el siguiente hermano.

P. de 5 años, un niño mal aliñado, sonriente e inquieto. El último de los hermanos internados es B. de 4 años, es un niño muy inquieto, no suele ocupar su atención en alguna cosa mas que por breves momentos. Acostumbra robar cosas pequeñas como juguetes.

M. de 3 años, estuvo internado por un tiempo breve, tiende a aislarse, no acepta que se le toque ni se quiera, respondiendo a éste con llanto, y tirándose al suelo manoteando y pateando.

De los dos hermanos restantes no se tienen datos, permanecen con la madre.

#### ENFERMEDAD ACTUAL

Es enviado a ésta sección, referido por el Servicio médico de la Colonia, por agresividad, robo, inquietud

tud y desobediencia.

Felipe admite que es "enojón y berrinchudo" pero asegura que nunca ha robado nada.

La Srta. ayudante de la Administración refiere que un taxista que trajo a los niños en una ocasión, regresó a reclamar un fajo de billetes que Felipe había robado. Al ser registrado, se le encontró el dinero en su poder.

El jefe del servicio médico agrega que en ocasiones lo mandan a comprar, trayéndose las cosas sin pagar en la tienda. En la escuela se han quejado de diversos robos cometidos por él. Un compañero de ellos cuenta que Felipe y A. su hermano, se ponían de acuerdo para robar dulces o frutas. Por último, Felipe pelea constantemente con otros niños.

#### EXAMEN FISICO

Se encontró faringoamigdalitis, anemia, parasitosis y fimosis.

#### PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Se aplicó la prueba de Terman-Merrill, con la que se obtuvo un C.I. de 93 cuyo diagnóstico corresponde a Normal Promedio.

#### EXAMEN PSICUIATRICO

Se observa tranquilo, se relaciona adecuadamente, responde con facilidad a las preguntas del examinador y habla espontáneamente. Se aprecia en él cierta desconfianza y a través de la entrevista deja -

la impresión de trastornos de conducta con un tinte sociopático.

I.D. Trastornos de Conducta con tinte sociopático.

INDICACIONES

Su ingreso a un grupo de psicoterapia.

PSICODINAMIA

Felipe procede de una familia en la cual hay antecedentes psiquiátricos evidentes en el padre, el que es alcohólico y actualmente está preso por tráfico de drogas.

Al parecer, la relación con la madre ha sido más consistente y su identificación la ha basado en gran parte en ella y en su hermano mayor.

Curiosamente, todos los hermanos tienen rasgos sociopáticos y todos también tienen rasgos depresivos.

b) PRIMERA SESION DE UN GRUPO DE JUEGO

Se llevó a cabo el 25 de octubre de 1968 a las 15.00 hs. en el salón de juegos de la Sección de Psicología descrito en el capítulo II.

Los niños fueron llamados por la propia terapeuta y llevados al salón de juegos. Se les invitó a sentarse alrededor de la mesita y se les explicó el motivo de la reunión, diciéndoles que cada uno de ellos tenía aspectos que les molestaban o entristecían, o los hacían tener problemas con los demás. Por ejemplo, uno se peleaba constantemente con los demás niños, otro está siempre triste, otro moja la cama, otro juega con sus órganos genitales y los de los otros niños, motivos todos, por los que se les castiga.

Se les explicó que éstos aspectos son enfermos, y así como cuando un niño está enfermo el doctor le da medicina, así nosotros, vamos a invitarlos a jugar, ya que eso va a ser como una medicina para sus males.

A continuación se les explicó que en ese lugar — nos íbamos a reunir, todos los viernes de 3 a 4 p.m.; se les hizo saber que podrían jugar con todos los juguetes que están a su alrededor, así como las actividades que pueden realizar, como dibujo, modelado, con plastilina, etc.

Durante la explicación, todos los niños escucharon atentamente y al terminar ésta, Felipe y Armando permanecieron tranquilos, asintiendo con la cabeza haber comprendido bien la situación. Arturo se mostró angustiado, tapándose la cara con las manos y meciéndose en la silla. Marcos y Angel, se quedaron silenciosos observando todo a su alrededor. Inmediatamente se les invitó a jugar, dándoles acceso a los juguetes.

Todos se levantaron de la mesa observando los juguetes y decidiéndose por coches o camiones jugando con ellos en forma individual.

Entonces Felipe volteaba hacia mí en cada movimiento que hacía, sonriendo primero, como sintiéndose observado (Después me dió la impresión de que volteaba a mirarme buscando aprobación).

A medida que transcurría la sesión desapareció ésta actitud.

Arturo jugó solo, con un camión durante toda la sesión y en completo silencio. Marcos jugaba solo - llevando un camión con canicas. De repente, llegó Felipe y le tiró las canicas lo que provocó una explosión de ira en Marcos, golpeando a Felipe. Felipe reía divertido con la situación.

Mientras, Armando jugaba con dos coches moviendo uno con cada mano volteando con curiosidad a ver lo que Felipe hacía.

Angel permanecía jugando también con un auto. Mien-  
tras los demás no cambiaban de actividad, Felipe  
se cansaba pronto de un objeto tomando otro y des-  
pués de un corto tiempo, otro.

Poco después, se acercaba a cada uno de los miem-  
bros del grupo participando en la actividad de su  
compañero, solo para, después de un rato, irse con  
otro, mostrándose siempre muy activo e inquieto.

Después, cogió una muñeca de trapo, la observó por  
breves instantes y arrojándola al suelo exclamó --  
"es de niña;" inmediatamente la recogió y preguntó  
a la terapeuta: "¿ es de hombre o de niña?" habien-  
dosele respondido "tu que crees?" la volvió a re-  
chazar diciendo "¡es de niña!". Sin embargo, la re-  
cogió por segunda vez y puso la cara de la muñeca  
en la mejilla de Angel haciendo como que lo besaba.  
Angel se molestó y tiró enojado un manotazo a la -  
muñeca. Entonces Felipe tomó otra muñeca de trapo -  
diciendo: "ésta sí es de hombre", pero la dejó ca-  
si inmediatamente.

A continuación invitó a Armando a jugar beisbol --  
con una pelota que aventaban de uno a otro cachán-  
dola con una manopla. En ese momento terminó el tiem-  
po, se les avisó y se les ordenó guardar los juegue-  
tes, a lo que todos accedieron con excepción de Mar-  
cos, que en ese momento encontró una ametralladora  
que disparaba a todos los demás.

Angel salió apresuradamente y Arturo y Marcos pidan

dulces. Felipe y Armando esperan pasivamente que  
yo les obsequie dulces y se van.

c) CONSIDERACIONES ( INTERPRETACION )

En éste inciso, se ha intentado interpretar lo sucedido en la primera sesión de nuestro grupo, a fin de aprovechar ese conocimiento para comprender mejor -- los trastornos emocionales de los niños en el contexto del grupo, y para valorar la eficacia de la psicoterapia de juego en forma colectiva.

Ante la nueva situación que se les presenta, encontramos que cada niño nos muestra, de entrada, como responde a situaciones nuevas.

Desde el principio, el grupo se muestra angustiado -- ante lo desconocido, unos permanecen silenciosos y otros asienten haber comprendido la explicación, pero ninguno habla ni actúa espontáneamente, sólo Arturo, -- con su actitud de esconderse, sintetiza el sentir -- del grupo en ésta primera fase de la sesión.

Al parecer él, es el que tiene mas dificultad para -- encarar situaciones nuevas. Su actitud, revela una -- gran imposibilidad en el manejo de las relaciones interpersonales, pero ésta característica no es privativa de él, sino del grupo entero, como veremos.

Al invitárseles a jugar, lo hacen aisladamente, evitan la relación con los demás y con la terapeuta,.

Por la nueva situación del tratamiento, y sobre todo porque la terapeuta permanece callada en vez de indicarle qué hacer, el grupo siente desconfianza y temor, el que Felipe representa volteando a verme cada

vez, como vigilándome y a la vez, pidiéndome aprobación. A medida que la sesión avanza, disminuye ésta actitud y empiezan a buscar relación a través del material de juego (Felipe se acerca a Marcos y le tira las canicas - Marcos lo golpea como respuesta) Podemos interpretar esto como que el grupo, al sentirse sin dirección se desconcierta, uno de los miembros asume un papel activo, y se convierte en el líder inicial del grupo, que busca romper el aislamiento y relacionarse, aún cuando el método por él empleado no es muy adecuado ya que funciona en base a intercambios de agresión.

Cuando Felipe ríe, podemos suponer que su risa es triunfal porque ha establecido un encuentro con Marcos, aún cuando no haya sido del todo venturoso. Por otra parte, puede ser una risa de angustia ante la propia imposibilidad de relación con el otro.

Posteriormente, la duda de Felipe acerca del sexo de la muñeca, nos demuestra que Felipe, como una parte del grupo, se preocupa por su propia identidad y pregunta a la terapeuta qué se espera de ellos en la terapia.

Más adelante, al acercar la muñeca a Angel, vuelve a recibir una respuesta rechazante, repitiendo la actitud anterior, en el incidente con Marcos.

Otra vez Felipe, como representante del grupo, está buscando relacionarse, y pidiendo y dando muestras indirectas de afecto; pero otra vez, se encuentra -

con resultados agresivos. Mi impresión es de que Felipe representa al grupo en su intento por relacionarse, en ésta primera sesión, utilizando, diría yo el método del tanteo, en forma agresiva; mas adelante, sigue acercándose a los otros compañeros, buscando reacciones, buscando llamar la atención (del grupo y de la terapeuta).

En cuanto a los demás, hay quien permanece aislado-completamente como Arturo o quien, en un momento dado es capaz de interaccionar con los otros como Armando.

Al terminar la sesión, también las actitudes de los niños nos dan una buena síntesis de la sesión. Angel sale apresuradamente, al parecer no quiere saber nada del grupo, por el momento.

Marcos, por su parte, encuentra difícil la separación respondiendo a ella con egoísmo y manifestaciones de hostilidad. Después, cuando piden dulces, en realidad están pidiendo quedarse con algo de la terapeuta para no sentir esa angustia de separación.

En resumen, toda la sesión es una búsqueda de relación con los demás, unos tratan al tanteo, en forma aislada, o en forma agresiva.

Otro tema de la sesión sería la búsqueda de la identidad, el grupo se pregunta "¿quiénes somos?" "¿qué se espera de nosotros?".

#### d) EVOLUCION DEL TRATAMIENTO

Las características generales del grupo permanecen - durante las siguientes sesiones con ligeros cambios - hacia la 7a. sesión, la cual establecí como límite, - debido que para esas fechas, del grupo original ha-- bían quedado sólo tres de sus miembros quienes, si-- guieron junto con nuevos integrantes el tratamiento - por espacio de 11 meses.

Ya desde la segunda sesión se observa al grupo funcio-- nar como unidad. Los niños se reúnen mucho antes de la hora de su sesión y llegan juntos, si bien durante el juego conservan sus actitudes de la primera sesión.

Las características sobresalientes de ésta segunda -- sesión son las siguientes: Arturo sigue aislado. Mar-- cos se resiste a asistir a la sesión y durante la mis-- ma, pelea en una ocasión con Arturo.

Felipe continúa siendo el líder del grupo y ésta vez invita a los demás niños y a la terapeuta a jugar con él, lo que anima a Armando y a Angel a participar.

Hacen algunas preguntas sobre el juego a las que yo -- respondo. Al ver ésto, Arturo reclama la atención de -- la terapeuta chocando cochecitos contra la pared; as-- despiden haciendo planes para la próxima sesión.

En resumen:

- a) Ya hay unidad del grupo.
- b) Se presenta participación mas activa de los miem-- bros del grupo, debida a la labor del líder y a -

la participación de la terapeuta.

- c) aflora en el grupo el problema de la rivalidad fraterna, representado por Arturo.
- d) Esta misma situación estimula la catarsis.
- e) La terapeuta participa aclarando y respondiendo a las preguntas sobre el juego, lo que implica en el grupo el favorecimiento de la prueba de la realidad.
- f) También se ve favorecida la prueba de la realidad -- por el establecimiento de límites desde la primera sesión:

' límites en la agresión (separarlos si pelean).

' límites en el uso de los materiales.

' límites en el tiempo y el espacio.

En la tercera sesión Arturo está ausente debido a -- que fue operado (circuncisión). Solo se comenta: "De van a operar de adelante".

La actividad sobresaliente es la reconstrucción de un rompecabezas. Todos quieren hacer uno aparte. La terapeuta sugiere armen uno todos juntos y aceptan. Todos hacen preguntas y observaciones a la terapeuta. Al final Marcos y Angel se aíslan.

En ésta sesión se observa:

- a) La participación de la terapeuta estimula la colaboración del grupo que favorece el sentimiento del grupo como un todo y estimula la relación con los demás.
- b) En el juego con el rompecabezas, parecen preguntarse, qué pasa, qué pasa con Arturo?.

En la cuarta sesión.- se discuten pequeños robos de material de juego de Marcos y Angel quienes niegan al principio y después aceptan ante las acusaciones de los demás. La terapeuta les asegura que han sido honestos, que no se les va a castigar y que los juguetes son de todos pero deben permanecer en el salón de juegos pues si cada niño que va se lleva algo, nos quedaríamos sin juguetes.

Después intentan jugar otra vez con los rompecabezas, pero la unidad de la sesión anterior fracasa y buscan nuevas actividades. Podemos interpretar como que el armar un rompecabezas era un intento por integrarse cada uno de ellos dentro de un todo, que era el grupo, pero al fallar dos de sus miembros (Sebar) se rompe la unidad.

Entonces Felipe les invita a jugar a la guerra. Angel acepta y dispara con furor una ametralladora. Marcos lo imita riendo fascinado con el ruido.

Finalmente, Felipe vuelve a buscar muñecas y trasteos. En ésta sesión se observa:

- a) En cuanto a los pequeños robos, creo que intentan una forma de relación con la terapeuta aunque en un modo muy arcaico, pero me parece que la discusión y aceptación de los mismos puede ayudarles a adquirir cierto insight.
- b) La situación causó ansiedad y el juego en grupo no se mantiene.

c), Sin embargo, logran expresar su agresividad a través del juego.

d) La interrogante sobre la identidad persiste.

En la quinta sesión; hace tres días Marcos fué atropellado y muerto en la puerta del albergue.

Al llegar, todos discuten el asunto muy angustiados.

Mientras se habla de la muerte, Arturo se cae de la silla, tira algunas cosas que había sobre la mesa y al fin no soporta y pide permiso para salir al baño.

Cuando regresa se dedica a comer cajeta de una ollita.

Los demás preguntan que a quien se va a incluir en el lugar de Marcos. Después, juegan aislados y en silencio.

En ésta sesión:

a) Aparece el problema de la muerte que los llena de angustia y que sin embargo, en ésta y otras sesiones -- tratan de elaborar.

b) Al caerse de la silla, Arturo sigue representando la angustia de él como individuo y del grupo.

c) Se produce una regresión y otra vez, como en la primera sesión, juegan aislados.

Sexta sesión: En un álbum de fotos localizan a Marcos.

No se comenta nada. Arturo pasa la sesión aventando un ratón de juguete de una caja de sorpresa a los demás.

Ocasionalmente ríe. Armando juega solo. Angel y Felipe -- juegan juntos con "changuitos" de plástico.

En ésta sesión:

a) Prosigue la elaboración del duelo por la muerte de Marcos.

- b) Arturo se relaciona mucho mas. Rompe su aislamiento y ya da muestras mas francas de afecto.
- c) Los miembros del grupo siguen actuando como entidades separadas que evolucionan mas o menos según el caso, pero que sin embargo mantienen la unidad del grupo.

Séptima sesión: Llegan todos juntos, entran corriendo y al entrar la terapeuta la asustan y ríen divertidos. Arturo se entretiene comiendo dulces. Después comenta de un juguete roto (un osito) "lo machucaron". Les aviso de mis vacaciones (próximamente). Felipe golpea muñecas contra la pared. Armando y Angel juegan solos. Al final, Felipe juega con Arturo damas chinas.

De ésta sesión deducimos:

- a) Hasta aquí se ha mantenido la unidad del grupo.
- b) Arturo es el único que aparentemente no ha logrado solucionar el "choque" emocional causado por la muerte de Marcos.

Por otra parte, ya juega directamente con otro miembro del grupo. Sus síntomas, para éstas fechas, habían remitido, considero en él la mejoría, muy satisfactoria.

- c) Felipe representa claramente el sentir del grupo sobre mis vacaciones. Se muestra enojado porque otra vez serán abandonados, como tantas veces, en la historia personal de cada uno se observa.
- d) Los síntomas de Felipe, también mejoraron. Solo se muestra peleonero en ocasiones. En su caso, la mejoría puede considerarse satisfactoria.

d) A través de las sesiones Armando se ha visto más socialbe, pero en general, sigue prefiriendo estar solo.

Sus síntomas, remitieron aunque la tendencia a aislarse persiste, su mejoría puede considerarse, satisfactoria.

e) Angel se nota mas tranquilo, también sigue jugando solo, pero ha desaparecido su tartamudez y su ansiedad general. Su mejoría, es satisfactoria.

Para la siguiente sesión, Arturo había sido dado de baja del albergue. Los tres miembros restantes del grupo continuaron asistiendo a sesión junto con nuevos miembros.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES

1. La psicoterapia de grupo es de suma importancia y utilidad cuando la demanda de atención psicoterapéutica es numerosa.

La psicoterapia de grupo, nos permitió atender un gran número de casos, lo que hubiera sido imposible con consultas de terapia individual.

Tomando en cuenta que diariamente asistían a terapia dos grupos con un promedio de 6 integrantes, se daba consulta, de ésta manera, a 12 niños en 2 horas de trabajo.

2. Siguiendo los puntos propuestos por Slavson encontramos, que:

a) La relación con el terapeuta y los demás miembros del grupo: La relación con la terapeuta no se vió especialmente favorecida en el grupo, aunque éste sí estimuló la participación social entre los miembros del grupo. Por otra parte, considero la relación con los niños como un factor determinante en la mejoría de cada uno de ellos, ya que el problema común al grupo era el abandono que vivían.

En la primera sesión solo observamos intentos de relación los que de alguna manera crearon un vínculo entre los miembros del grupo y para la segunda se-

sión se presentan todos juntos, cuando en la primera sesión jugaban aislados. En el curso de las siguientes sesiones se observa la participación activa de los niños en diferentes juegos.

Un papel muy importante lo juega en nuestro grupo, el "líder" (Felipe) quien estimula a los otros niños a participar en los juegos, lo que dió por resultado -- que Arturo, quien era un niño aislado completamente, -- ya hacia la séptima sesión, juega directamente con -- Felipe.

b) Catarsis.--Es lograda desde la primera sesión en forma espontánea. El grupo ofrece la posibilidad de expresar abiertamente sentimientos (por ejemplo de hostilidad hacia la terapeuta), sobre la vivencia de que el grupo apoya al niño que lo expresa.

En la cuarta sesión, en la que se discuten los pequeños robos, Angel y Marcos al ser descubiertos y a pesar de que se les asegura que no serán castigados, pero con la advertencia de que no lo vuelven a hacer, -- quedan resentidos. Entonces Felipe les invita a jugar a la guerra cosa que Angel acepta rápidamente, disparando una ametralladora, y expresando así su hostilidad hacia la terapeuta.

Hasta entonces, Marcos solo los contemplaba riendo, -- fascinado con el ruido. Al fin se anima y toma él mismo una ametralladora. Aquí se observa la catarsis "inducida" que menciona Ginott.

- c) Insight.-El grupo favorece la adquisición de insight al confrontar las propias actitudes en relación a -- los demás miembros del grupo.

En la 4a. sesión de nuestro grupo ejemplo, el grupo tras a sesión el hecho de que dos de sus miembros -- han robado pequeños juguetes del salón de juego. Los culpables lo niegan al principio pero después lo aceptan. De éste modo adquieren un nuevo conocimiento sobre <sup>como</sup> quienes son y lo que se espera de ellos.

- d) Prueba de la realidad.-Considero que el grupo psico terapéutico de juego representa una oportunidad magnífica tanto para repetir pautas de conducta erróneas, como para experimentar nuevos métodos de relación con los demás en relación al mundo de la realidad.

En nuestro ejemplo se observa como la presencia del grupo actúa sobre uno de los miembros; Arturo, quien tendía a aislarse poco a poco empieza a ensayar técnicas para acercarse a los demás y finalmente juega con otro. Arturo ha aprendido que puede prescindir de su aislamiento que le servía como defensa, y aún así, sentirse protegido, no rechazado por el ambiente que le rodea.

Por otra parte, el imponer límites de espacio, tiempo y materiales desde la primera sesión, les sitúa en un plano concreto que pueden hallar en la realidad cotidiana.

3. Por otra parte, el grupo psicoterapéutico de juego facilita la aparición de problemas en el grupo y su elaboración, como :
  - a) La rivalidad fraterna observada en Arturo.
  - b) La muerte, problema que el grupo trató de elaborar en las siguientes sesiones.
  - c) La identificación psicosexual representada en Felipe.
4. Los miembros del grupo actúan como entidades separadas que evolucionan según el caso y que alla vez, integran una unidad.-Como se vió, todos llegan juntos en la segunda sesión, aunque ya dentro de la misma juegan separados y poco a poco forman subgrupos interaccionando cada vez mas.

## RESUMEN

En éste trabajo he intentado aprovechar mis experiencias de dos años de trabajo en un albergue infantil.

He explicado el funcionamiento general de la Colonia Infantil "Héroe de Celaya", la labor que la Sección de Psicología realiza y los servicios que un departamento especializado de éste tipo puede prestar en una institución de protección infantil como lo es la Colonia.

Pero sobre todo, enfoqué mi atención en el campo de la psicoterapia de grupo infantil, por considerar de inmenso valor la ayuda que se puede proporcionar a niños que por determinadas circunstancias se ven privados de lo que generalmente se considera una "vida normal" --queriendo decir con ésto-- que se ven privados durante sus primeras etapas de desarrollo del ambiente familiar que es esencial para el adecuado proceso de crecimiento y desarrollo que determinará su vida adulta.

A través de éste estudio, he declarado las limitaciones y deficiencias del trabajo debidas a inexperiencia, falta de conocimiento y otros factores --~~que existan~~ dejan mucho que desear en cuanto a un estudio de tal importancia.

No obstante, considero estas experiencias como muy valiosas, tanto para mi experiencia personal como para las personitas que mucho o poco logramos beneficiar en algunos aspectos de su ajuste al ambiente, así como para alentar a otros estudiosos o profesionistas a intentar todos los procedimientos -llámese psicoterapia, consejo, ayuda, trabajo social, etc, a ayudar a quienes lo necesitan, sobre todo se se trata de niños.

## BIBLIOGRAFIA

1. **SPERANTOV A.**  
Teoría y Técnica del psicoanálisis de Niños.  
Edit. Paidós.  
Buenos Aires, Argentina. 1962.
2. **Bellaack L. Small L.**  
Psicoterapia Breve y de Emergencia.  
Edit. Paz.  
México, 1970.
3. **Chess S.**  
Introducción a la Psiquiatría Infantil.  
Edit. Paidós.  
Buenos Aires, Argentina,
4. **Dührssen A.**  
Psicoterapia de Niños y Adolescentes.  
Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis.  
Fondo de Cultura Económica.  
México, 1966.
5. **Foulkes S.H.**  
On Group Psychotherapy  
International Journal of Psychoanalysis.  
1946
6. **Fromm-Reichman F.**  
Principios de Psicoterapia Intensiva.  
Ediciones Hormé.  
Edit. Paidós.  
Buenos Aires, Argentina, 1966.
7. **Ginott H.G.**  
Group Psychotherapy With Children  
Mc-Graw-Hill Book Com. Inc.  
New York, Toronto, London, 1961.
8. **Grinberg L., Langer M., Rodríguez E.**  
Psicoterapia del Grupo.  
Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicosomática. Edit Paidós.  
Buenos Aires, Argentina, 1961.
9. **Kadis A., Krasner J., Winick Ch., Foulkes S.**  
Manual de Psicoterapia de Grupo.  
Fondo de Cultura Económica.  
México, 1969.

10. Menninger K,  
Teoría de la Técnica Psicoanalítica.  
Edit. Pax.México, 1961.
11. Moreno J.L.  
Psychodrama.  
American Handbook of Psychiatry.  
Edit. Silvano Arieti.  
Basic Books Vol II.
12. Noyes A.  
Psiquiatría Clínica Moderna.  
La Prensa Médica Mexicana. 1965.
13. Powdermaker F., Frank J.D.  
Group Psychotherapy  
American Handbook of Psychiatry  
Edit.Silvano Arieti  
Basic Books, Vol II.
14. Reca T.  
Psicoterapia en la infancia.  
Edit Paidós.  
Buenos Aires, Argentina. 1963
15. Schilder P.  
Tratado de Psicoterapia.  
Edit. Paidós.  
Buenos Aires, Argentina. 1945.
16. Slavson S.R.  
Child Psychotherapy  
N.Y. Columbia Univ. Press 1958.
17. Sullivan H.S.  
La entrevista psiquiátrica.  
Edit. Psique 1969.
18. Wolberg L.R.  
The Technique of Psychotherapy.  
Grune and Stratton N.Y. 1969