

M. D. Domínguez
P. López
A. J. Torres
J. A. Mazaira

Psicoterapias grupales en la infancia y la adolescencia

Child and adolescents group psychotherapy

Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil, Hospital Xeral de Galicia. Complejo Hospitalario Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (La Coruña).

Correspondencia:

M. D. Domínguez
Raiola, 1
15702 S. de Compostela (La Coruña)

RESUMEN

La psicoterapia grupal en niños y adolescentes ha recibido menor atención que la referida a los adultos; de hecho, hasta la última década, la mayoría de los Psiquiatras y Psicólogos infantiles no la consideraban útil. En el presente trabajo se realiza una revisión de la bibliografía sobre el tema y se señalan las deficiencias que dificultan el trabajo investigador en este campo, al tiempo que se presenta la experiencia de los autores en Psicoterapia Grupal con niños y adolescentes. Se describen dos experiencias diferentes en un total de 20 grupos de psicoterapia, en los que se analizan aspectos cuantitativos: número de pacientes, sexo, edad, tipo de patología, etc. y aspectos cualitativos: técnica, inclusión de figuras parentales, evolución a corto y medio plazo y evaluación de la experiencia grupal por parte de los pacientes.

Por último se revisan las limitaciones y las dificultades actuales para el uso de técnicas psicoterapéuticas de grupo con niños y adolescentes, tales como la formación, el interés

el número y las características de los profesionales; las diferentes técnicas utilizadas, los espacios específicos, materiales y tiempo de dedicación lo que hace que en el momento actual se observe, en nuestro ámbito, una tendencia a su menor utilización salvo cuando existen la voluntad y la actitud decidida de los profesionales que las proponen.

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia. Grupos. Infancia. Adolescencia.

ABSTRACT

Child and adolescent group Psychotherapy has always been received less attention than group psychotherapy referred to adults. In fact, until last decade, the great majority of child psychiatrist and psychologist didn't considered it useful. In this paper, the authors make a literature review about Child and Adolescent Group Psychotherapy

28 *pinting out research difficulties and reporting their clinical experience with children and adolescent groups therapy.*

They describe two different kind of experiences developed with 20 psychopathology groups by assessing either quantitative aspects (number of patients per group, sex, age, clinical diagnosis, etc.) as well as qualitative elements (technique, inclusion of parents in therapy, short-term and medium term outcome, and self-assessment of group experience by patients).

Finally they review current difficulties and limitations in child and adolescent group psychotherapy for clinical practice, in terms of therapist's features and training, selection of technique modality, places, materials and time of dedication. Those concerns have an influence on current trend of limited use of group psychotherapy in child and adolescent clinical practice, unless the goodwill and the determined attitude of some professionals who propose it as an useful worktool.

KEY WORDS

Psychotherapy. Groups. Child. Adolescence.

INTRODUCCIÓN

Perspectiva histórica

La Psicoterapia de Grupo referida a la infancia y adolescencia tiene múltiples raíces históricas en los escritores clásicos, en la teoría de los sistemas, en la pedagogía y en la psicología. Los primeros psicoterapeutas que trabajaron con grupos, no diferenciaron un abordaje específico para niños y adolescentes. Jacob L. Moreno ⁽¹⁾, el actor que implantó el Psicodrama, incluía ya a niños en 1911 en sus experiencias de grupo. También en 1911, Samuel R. Slavson ⁽²⁾, ingeniero de profesión, constituyó el Self-Culture Club, basado en una filosofía de dinámica de grupos y, posteriormente, en 1948, fundó la Group Psychotherapy Association de gran influencia en la escuela americana de psicoterapia de grupo. Pero su principal contribución fue

la aportación para la psicoterapia de grupo infantil de un método de corte analítico, centrado básicamente en el sujeto que está integrado en un grupo, más que en el grupo en sí mismo, y concretado en los Grupos de actividad, en los que se utilizaba material creativo. En 1918, Alfred Adler ⁽³⁾ utilizó la terapia de grupos en clínicas de orientación para niños y, simultáneamente, August Aichhorn ⁽⁴⁾ la aplicó como agente terapéutico en jóvenes delincuentes. Otras aportaciones que marcaron el devenir histórico de la psicoterapia de grupo en la infancia y adolescencia fueron: la de Betty Gabriel ⁽⁵⁾, que combinó las discusiones verbales con otras actividades en la psicoterapia grupal de adolescentes; la de Lauretta Bender ⁽⁶⁾, que fue una de las primeras en utilizar psicoterapia de grupo en niños hospitalizados; la experiencia de Haim Ginott ⁽⁷⁾, que realizó una reflexión teórico-práctica sobre la psicoterapia de juego aplicada a técnicas de grupo, y también en la década de los 60, los trabajos de grupo de Rex Speers y Cornelius Lansing ⁽⁸⁾ con niños psicóticos.

La popularidad de la psicoterapia de grupos en la infancia y adolescencia, puede argumentarse, de entrada, por la receptividad de los niños al proceso de socialización ⁽⁹⁾; además es mejor aceptada que la psicoterapia individual, porque proporciona un contexto muy similar al de la vida cotidiana, y respeta la natural tendencia de estas edades a formar grupos ⁽¹⁰⁾.

Desde sus inicios, la psicoterapia de grupo infantil se ha visto enriquecida por una amplia variedad de técnicas, que parten de distintas perspectivas teóricas, entre las que cabe señalar las conductuales, de insight, interpretativas, psicodramáticas, de análisis transaccional, gestalt, entrevista-actividad, etc.

Aspectos generales

En un reciente trabajo sobre investigación ⁽¹⁰⁾, se revisan los siguientes aspectos que pasamos a comentar, porque reflejan, de alguna manera, las características de la Psicoterapia de grupo, aplicada al ámbito de la infancia y adolescencia:

Como *beneficios*, se señalan sus efectos positivos sobre la socialización, la integración al grupo

de iguales, y la disminución del aislamiento, así como el bajo coste por individuo y terapia.

Con respecto a la *edad*, se aconseja agrupar a los niños y adolescentes según el estadio de desarrollo, dentro de un intervalo máximo de tres años, que puede incrementarse a cinco o seis años, en el caso de la adolescencia tardía. Se sugiere también ⁽¹¹⁾ que los grupos mixtos en edad pueden resultar eficaces para los niños mayores porque le ayudan en el aprendizaje del liderazgo, pero resultan poco ventajosos para los más pequeños, ya que favorecen la dependencia y la imitación. Dichas conclusiones se refieren a grupos muy reducidos en tamaño y limitados a población no clínica.

En referencia a las *técnicas psicoterapéuticas de grupo* que pueden ser aplicables en niños, se señalan los grupos de juego, interpretativos, de actividad, y de actividad-entrevista. Las psicoterapias de grupo con técnicas no conductuales, pueden realizarse desde distintas perspectivas (psicoanalítica, análisis transaccional, gestalt, psicodrama), que difieren en la interpretación del mismo fenómeno grupal.

Las *indicaciones de la psicoterapia de grupos*, se centran en trastornos específicos, en los que parece bien documentada su eficacia, apuntándose, aparentemente, mejores resultados que con psicoterapia individual. Entre ellos, se citan los siguientes: depresión, problemas de aprendizaje, retraso mental, asma, embarazo en adolescentes, oncología, abusos sexuales e incesto, daño cerebral, anorexia, bulimia, abuso de drogas, y problemas emocionales en relación con el divorcio de los progenitores.

Los *criterios de selección*; en la mayoría de las investigaciones no se utilizan criterios claros de selección de los sujetos que van a conformar el grupo. Además, la mayoría de los estudios se han realizado en adolescentes, siendo muy pocas las que se ocupan de sujetos en período de latencia, y menos las que se centran en niños.

El *tipo de grupo* en el que se plantean los grupos abiertos vs cerrados ⁽¹²⁾, se apunta una mayor eficacia de los grupos abiertos en el caso concreto de adolescentes varones con comportamientos delictivos. Sin embargo, no se mencionan factores tales como número de sesiones necesarias ni tasa de recaídas, por lo que los resultados son poco claros.

Respecto de los *factores curativos*, algunos autores ⁽¹³⁾ sugieren que la catarsis y la interacción son los factores curativos de la terapia de grupo, más señalados en la adolescencia temprana y media, mientras que el insight y el aprendizaje vicario aparecen como menos útiles.

Los *objetivos de la psicoterapia* hay que tener en cuenta que en la investigación de terapia de grupo en niños y adolescentes, ocurre con frecuencia una mala interpretación de las metas que se persiguen con el grupo, por ej. "discutir aspectos educativos", "aumentar habilidades relacionales", o el "autoconocimiento". La inadecuada preparación para la terapia puede comprometer la evaluación de los resultados, ya que los miembros del grupo no saben que van a obtener de la terapia, ni hay un período preparatorio de terapia familiar y/o individual para abordar la ansiedad o para desarrollar una relación positiva con el terapeuta del grupo, como se recomienda en la práctica clínica ⁽¹⁰⁾.

En cuanto a la duración de la terapia algunos autores ⁽¹⁴⁾ observaron, en un estudio realizado en jóvenes neuróticos, que se producían cambios positivos en la ansiedad y en la autoestima tras 10 sesiones de terapia de grupo, mientras que las modificaciones en otras áreas de funcionamiento no se producían hasta finalizar los seis meses de terapia. Por otra parte ⁽¹⁵⁾ se ha encontrado que en niños de nueve a 13 años a tratamiento con psicoterapia de grupo, los factores más relacionados con la mejoría eran, al menos 25 sesiones de tratamiento, e implicación de la familia en la terapia. En otros estudios sobre programas protocolizados de tratamiento con psicoterapia de grupo ⁽¹⁶⁾, se señala un mínimo de 3 meses consecutivos, a razón de una sesión por semana. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones sobre terapia de grupo en niños y adolescentes, son de duración breve y, en algunos casos, se limita a una o dos sesiones. En la práctica clínica, la terapia de grupo se interpreta como un proceso que no puede ser comprimido artificialmente en una o dos sesiones, y de las que, en cualquier caso, no se pueden sacar conclusiones definitivas.

La figura del terapeuta se apunta en la literatura que se le presta poca atención a la preparación, experiencia y supervisión del terapeuta, resultando que muchas psicoterapias son conducidas por

- 30 terapeutas no profesionales, que carecen de un adecuado entrenamiento ⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES METODOLÓGICAS

Las evaluaciones de eficacia de la Psicoterapia de Grupo en niños y adolescentes, ha constituido una fuente de constante controversia en la investigación clínica ^(17, 18), en la misma línea que las referidas a población adulta. Levitt ⁽¹⁹⁾ fue el primero en realizar una revisión de la literatura sobre psicoterapia infantil, encontrando que los niños que estaban a tratamiento psicoterapéutico presentaban unos niveles de mejoría aproximadamente similares a la observada en niños que no seguían psicoterapia. Este dato, más que apoyar una visión nihilista, fue interpretado en el sentido de que la investigación existente hasta ese momento, no permitía demostrar que la psicoterapia tuviera un impacto diferenciado en los niños. Sin embargo, resulta revelador que en los años 70 ⁽²⁰⁾, un 82% de los psiquiatras y psicólogos infantiles opinasen que la terapia de grupo casi nunca resultase beneficiosa.

Al igual que había sucedido previamente con un artículo de Eysenck ⁽²¹⁾, Levitt recibió numerosas críticas por su trabajo, sobre todo centradas en cuestiones metodológicas, así como en los estudios que había revisado. Lo cierto es que, en la década de los 60, seguía sin aclararse si la psicoterapia infantil resultaba eficaz o no.

Posteriormente, se abandonó la cuestión de si la psicoterapia en niños funcionaba o no, ya que con la metodología disponible se hacía difícil realizar una adecuada valoración de la eficacia. Algunos autores ⁽²²⁾ han sugerido que era preferible asumir su eficacia, y prestar atención a las variables en las que se puede apoyar tal presunción. Otros, sin embargo ⁽²³⁾, recomiendan adoptar una postura similar a la observada en Psicoterapia de adultos, y que en palabras de Kazdin ⁽¹⁸⁾ vendría dada por: "qué tipo de terapia, para qué pacientes, bajo qué condiciones, y con qué terapeutas".

La psicoterapia para niños y adolescentes ha recibido mucha menos atención en la literatura que

la psicoterapia de adultos, estimándose que se encuentra 15 años por detrás de ésta ⁽²⁴⁾. Aunque la calidad de los trabajos actuales publicados de psicoterapia infanto-juvenil continua siendo cuestionada, también es cierto que parece mejorar con el paso del tiempo.

Abramowitz ⁽²⁵⁾ recopiló 40 investigaciones realizadas entre 1964 y 1976 sobre psicoterapia de grupo en niños, en las que se utilizaban grupos de actividad (9%), de juego (28%), de modificación de conducta (24%), y de orientación psicoanalítica (39%), para el tratamiento de distintos síntomas. Esta autora señala que en los estudios en los que se aportaban resultados positivos, aparecían sobrerrepresentados los grupos de modificación de conducta, lo cual favorecía a esta aproximación teórica frente a las de corte psicoanalítico, en contra de lo encontrado en la literatura de adultos que indica una eficacia similar de ambas orientaciones.

Heinicke y Strassman ⁽²²⁾ destacaron la necesidad de considerar variables específicas que pueden afectar a los resultados psicoterapéuticos. Para ello, perfilaron las siguientes claves metodológicas para el proceso de evaluación de los resultados: criterios de inclusión y exclusión; valoración cuidadosa de la línea de base; control de variables tales como edad, sexo y nivel intelectual; homogeneidad de los grupos de tratamiento, con adecuación de la edad; características del terapeuta y procedimiento de asignación; y valoración longitudinal del seguimiento tras la terapia.

Kolvin et al ⁽²⁶⁾, estudiaron diferentes tipos de intervención en niños seleccionados de la población escolar, en dos estratos cronológicos (8-9 años, y 11-12 años). Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a cuatro situaciones: *Psicoterapia de grupo* (de juego para los más pequeños, y de discusión para los mayores); *Modificación de conducta*; *Consultas de padres/profesores* con un trabajador social; y *Control*. Los resultados indicaron que había más cambios favorables en los niños que estaban en terapia de grupo de juego/discusión y de modificación de conducta, que en los asignados a las otras dos situaciones.

Los mismos autores ⁽²⁷⁾ argumentaron posteriormente los problemas de los grupos utilizados como control en algunas investigaciones previas. Con-

cretamente, cuestionaron el uso de sujetos en lista de espera escolar o de los que habían abandonado los estudios como controles.

Shaffer ⁽²⁸⁾ señaló, además, la pertinencia de clarificar en las investigaciones los modelos teóricos de intervención, la selección de sujetos, las características de los terapeutas y la duración de la terapia.

En la revisión de 75 estudios ⁽²⁹⁾ publicados entre 1952 y 1983, en los que se comparaba la psicoterapia de grupo o individual con un grupo control u otro tipo de terapia en niños de tres a 15 años, de los cuales el 15% eran voluntarios de la población general se encontraron algunos resultados que contradicen en principio la experiencia clínica, ya que la experiencia del terapeuta, el sexo del mismo, o la implicación simultánea de los padres en otra terapia, no parecían influir significativamente en los resultados. También observaron que había resultados positivos en los sujetos con todo tipo de terapias, sin diferencias substanciales entre las técnicas conductuales y no conductuales.

En una revisión posterior ⁽³⁰⁾ que abarca 108 estudios de terapia, en los que se incluían niños de entre cuatro y 18 años, se encontró que no había diferencias entre la eficacia de la terapia de grupo y la individual. También apuntaron el controvertido hallazgo de que la eficacia terapéutica no se discriminaba en función de que la terapia fuese dirigida por terapeutas profesionales, paraprofesionales o por estudiantes, si bien señalaron que los terapeutas entrenados resultaban eficaces tanto con niños como con adolescentes, mientras que los no profesionales eran más eficaces con los niños más pequeños.

Finalmente recogemos las aportaciones que diversos autores ^(25, 31, 32) hacen a modo de recomendaciones, de cara a la metodología que deberían seguirse en las investigaciones sobre eficacia de la psicoterapia de grupo en niños y adolescentes:

- Establecer una línea de base previa de cada niño, valorado individualmente, y de la familia antes de iniciar la terapia de grupo.
- Selección de variables relevantes que puedan influir en el seguimiento y en los resultados.
- Diseñar grupos de tratamiento homogéneos y grupos de comparación o control.

- Describir con claridad la preparación del terapeuta, su asignación a los niños, y el tipo de intervención.
- Incluir las capacidades de los pacientes, su psicopatología, el nivel de desarrollo y los factores ambientales (familia, factores traumáticos) como variables influyentes separadas de la terapia.
- Realizar valoraciones transversales al comienzo y durante la terapia. Considerar las valoraciones de los resultados al cabo de un tiempo (de 1, 5 o hasta 10 años después de finalizado el tratamiento).
- Diseñar la investigación de manera que pueda ser replicada.

31

PSICOTERAPIA DE GRUPOS INFANTILES: I. EXPERIENCIA

Realizamos simultáneamente sesiones grupales con niños y madres. Los pacientes proceden de una consulta general de Salud Mental Infanto-Juvenil. Después de la toma de contacto con la Unidad, el paciente y su madre se mantienen en tratamiento individual, hasta que surge la posibilidad de organizar un grupo. En ese momento son invitados a participar en el mismo, planteándosele las condiciones del contrato-compromiso terapéutico. En el caso de que no acepten se mantienen en tratamiento individual.

Una vez seleccionados los pacientes para el grupo se convoca la primera sesión en las que se plantean básicamente las condiciones de duración, tanto de las sesiones como del grupo en su conjunto, la obligatoriedad de asistencia al mismo y la existencia de las evaluaciones de la evolución del grupo. Así mismo se les informa de las posibles actividades a realizar, especialmente a los niños y de los límites básicos derivados de las condiciones del lugar de celebración del tratamiento.

Técnica

Se enmarca dentro de las terapias grupales por actividad y juego ^(33, 34) basada en los principios

- 32 desarrollados por Carl Rogers. En este modelo, el rol del terapeuta es permisivo, no directivo e incorpora la técnica rogeriana de la interpretación en espejo.

Se utiliza, con los niños, la actividad lúdica, el juego simbólico, la actividad física, la expresión artística y la interacción interpersonal. Las intervenciones de los terapeutas están centradas en acompañar a los niños durante su actividad, facilitar las posibilidades de expresión y de interacción grupal que se plantean y la verbalización de las situaciones que surgen, conflictos grupales y sus soluciones, manifestaciones específicas de diferentes miembros del grupo...

En los grupos con adolescentes, que en el momento de la realización de esta técnica grupal no superaban la edad de 14 años, las posibilidades de actividad son las mismas que con los niños más pequeños, es en todo caso el grupo el que decide la actividad, predominando en estos casos la actividad verbal con intervenciones de los terapeutas, predominantemente verbales y encaminadas a centrar los temas sugeridos y animar al conjunto de los pacientes a encontrar soluciones individuales, adaptadas a sí mismos, en el marco de la conversación general.

Con las madres se utiliza la palabra, únicamente, siguiendo la misma técnica no directiva y la interpretación en espejo. Las intervenciones de los terapeutas van encaminadas a centrar los temas que el grupo va abordando, devolviéndoles, cuando la situación lo propicia, información sobre lo que se está planteando. Pese a que el grupo de madres reclama, sobre todo en las primeras sesiones, soluciones concretas "recetas" de los terapeutas, en ningún caso se da respuesta a este tipo de demandas y siempre se las remite a la utilización del material del grupo para sus propias situaciones individuales, de modo similar a lo ya comentado con los adolescentes.

Las sesiones tienen una duración aproximada de una hora y el tratamiento grupal se realiza durante 10-12 sesiones, una vez iniciado no se pueden incorporar nuevos pacientes, son grupos cerrados, según la propuesta inicial, pudiendo extenderse a un mayor número de sesiones si el conjunto del grupo lo estima necesario y oportuno.

En nuestra experiencia sólo un grupo de los cinco que han sido realizados con esta técnica solicitó una ampliación del número de sesiones. También en algún caso, finalizado el grupo y después de la evaluación grupal e individual hemos recomendado a algún paciente su incorporación a un nuevo grupo.

Equipo terapéutico

El equipo terapéutico está formado al menos por dos terapeutas para el grupo de niños y otros dos para el grupo de madres. Uno de ellos hace el trabajo de observación durante la sesión. En nuestro caso participan en la sesión hasta cuatro terapeutas. El equipo es conjunto para los dos grupos y puede rotar de uno a otro, manteniendo la continuidad de los terapeutas en las distintas sesiones y apoyando así la no directividad en las mismas y el hecho de que el protagonismo del tratamiento reside en el conjunto del grupo, más que en la intervención directa de los terapeutas.

Al finalizar cada sesión de una hora de duración el equipo terapéutico se reúne para comentar las incidencias de la sesión, el observador de cada grupo (niños y madres) hace un resumen de lo sucedido, señalando los aspectos fundamentales de la interacción grupal en conjunto, la dinámica del grupo de pacientes y las intervenciones de los terapeutas. Finalmente, el equipo concluye sobre las cuestiones hacia las que se debe orientar la sesión siguiente.

Selección de los pacientes

Como ya señalamos, los pacientes proceden de una consulta general de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del área de Santiago de Compostela. La sintomatología que presentan los pacientes es diversa, por lo general presentan lo que tradicionalmente denominamos patología menor. La indicación de grupo se hace teniendo en cuenta, fundamentalmente, las dificultades de relación interpersonal de los niños, su capacidad intelectual dentro de la normalidad y las características de las madres, fundamentalmente en lo que se refiere a los aspectos de la relación madre-hijo, que en muchas ocasiones las hacen especialmente

candidatas a un tratamiento grupal en el que la interacción interpersonal va a ser definitiva.

Aunque no se considera patología específica sí los modelos de organización defensiva y de interacción interpersonal, de modo que se puedan producir interacciones correctivas entre los propios miembros del grupo; en general, se considera óptimo el que haya dos niños inhibidos por cada niño actuador (Schamess, 1996) y así hemos procurado mantenerlo en nuestros grupos.

El tamaño del grupo suele ser de ocho sujetos, la diferencia de edad entre el mayor y menor miembro del grupo de niño no puede ser superior a tres años y en cuanto a la distribución por sexos, cuando los candidatos son niños y niñas se procura que estén compensados numéricamente.

A continuación podemos observar las características de los niños y adolescentes atendidos en los cuatro primeros grupos.

Resultados

Abordaremos, en primer lugar, los resultados de 4 de los grupos realizados que fueron evaluados clínicamente al finalizar el grupo y, posteriormente, hemos realizado una evolución a medio plazo, algún tiempo después de finalizado el grupo, entre un año y dos años y medio después. Más adelante

Tabla 1 Psicoterapia de grupos infantiles. Experiencia I

Características infancia:

- Un grupo mixto, 6 miembros de 5-7 años.

Diagnósticos:

- T. Eliminación (2); t. Aprendizaje (3); t. Conducta (1)
- Evolución a corto plazo: alta (6)
- Evolución a medio plazo: alta (6)

Características adolescencia:

- Tres grupos mixtos, 6-9 miembros
- De 11-13 años.

Diagnósticos:

- T. Emociones (8); t. Aprendizaje (12); t. Conducta (1); códigos z (1)
- Evolución corto plazo: alta (21); derivación (1)
- Evolución medio plazo: alta (14); persiste sintomatología (5); no evaluados (3)

plantearemos los resultados del quinto grupo, que fue realizado con carácter experimental.

En la tabla 1 podemos observar los resultados de los 28 niños y adolescentes que recibieron tratamiento en los cuatro grupos iniciales. Al finalizar el grupo sólo un niño permanecía con sintomatología activa, se trataba de un adolescente con dificultades de relación familiar y fracaso en el rendimiento escolar. En este caso se evaluó la situación, indicando una terapia familiar que se mantuvo un cierto tiempo en tratamiento.

En la evaluación a medio plazo, realizada a requerimiento nuestro, encontramos que cinco sujetos presentaban manifestaciones patológicas, tres de ellos presentaban fracaso escolar, el cuarto continúa presentando conductas de agresividad y en el quinto persisten manifestaciones ansiosas. Tres sujetos de los 28 no han podido ser evaluados.

Respecto del quinto grupo, realizado con esta técnica y que ha tenido carácter experimental en la medida en que introdujimos dos elementos nuevos: el grupo diagnóstico y la intervención de una madre coterapeuta.

El grupo diagnóstico tenía como objetivo confirmar, en las 3-4 sesiones iniciales, la indicación de grupo para el paciente hecha desde la consulta y el tratamiento individual y excluir a aquellos pacientes que por su funcionamiento grupal no fuesen a beneficiarse del tratamiento grupal y/o interfiriesen la dinámica del grupo.

La madre coterapeuta la introdujimos a partir de la valoración del equipo terapéutico de la experiencia habida en los grupos anteriores. En nuestra observación cuando en el grupo de madres había alguna de ellas que ejercía de líder del grupo, dinamizándolo y movilizándolo los elementos del grupo más aislados, rígidos e inmodificables en sus convicciones, la dinámica grupal era más fluida y, en general, positiva, provocando mayores cambios y más rápidos lo que resultaba especialmente útil, dada la breve duración de nuestros grupos. Consideramos que el problema se planteaba en la selección de los pacientes que determinaban, a su vez, la selección de las madres, pero quisimos controlar este aspecto introduciendo una madre controlada directamente por el grupo terapéutico que provocase algunas intervenciones decididas

34 después de la evaluación del equipo terapéutico. Esta variación estaba en la base de una posible modificación de la intervención del equipo terapéutico, respecto de la no directividad del mismo.

En este grupo experimental, la madre coterapeuta designada fue elegida por el grupo fuera de los pacientes de la consulta y planteándole su papel en el grupo. Después de cada sesión, un miembro del equipo terapéutico discutía con ella las incidencias de la sesión y decidían su intervención en el grupo que comprendía desde el apoyo verbal a las otras madres del grupo hasta la ubicación física en el propio grupo.

A continuación podemos observar las características clínicas del grupo de niños que participaron en este grupo.

En cuanto a los resultados de este grupo contemplamos, por una parte, la evolución clínica de los pacientes del grupo y, por otra, los resultados obtenidos de las modificaciones introducidas especialmente en el grupo de madres.

Con respecto a la evolución clínica de los pacientes, ésta ha sido favorable en la mayoría de los sujetos, al finalizar el grupo fueron dados de alta el conjunto de los pacientes, excepto un sujeto no valorable porque abandonó el grupo en la sesión de evaluación diagnóstica. En este grupo no se ha realizado una evaluación clínica a medio plazo de los pacientes, pero éstos no han requerido nuevas intervenciones por nuestra parte (tabla 2).

La utilización de Sesiones Diagnósticas en el grupo de terapia nos ha permitido excluir a una madre y un niño que siguieron tratamiento individual, el motivo de la exclusión fue la irregularidad en la asistencia al grupo en las primeras sesiones, lo que

nos hizo prever una escasa implicación en el mismo; pero el objetivo de detectar los elementos grupales que no se iban a beneficiar del tratamiento grupal no se consiguió con esta técnica, ya que al finalizar el grupo evaluamos que había dos elementos del mismo que permanecían aislados, pese a los múltiples intentos de integración que el conjunto de las madres realizaron para su integración, en principio, por iniciativa de la "madre coterapeuta" y, posteriormente, por el resto de las madres, fundamentalmente por aquellas que tuvieron mayor protagonismo.

Por último, hemos valorado de gran utilidad la introducción de la madre coterapeuta que agilizó la dinámica y cohesión del grupo, contribuyendo a la sistematización de la actividad grupal y del análisis de la mismas, al tiempo que respetó en todo momento el liderazgo natural del grupo.

Comentarios

La reflexión que hacemos respecto del trabajo de grupos realizado con esta técnica plantea en primer lugar:

- Estimamos que se necesitan un mínimo de siete miembros para establecer una dinámica grupal activa, que permita diferentes interacciones y contribuyan a la cohesión grupal, tanto en el grupo de niños como en el de madres.
- Es necesario establecer métodos de detección de aquellos miembros del grupo que tienen claras dificultades de integración en el mismo, que dificultan la dinámica del mismo y no se benefician prácticamente del tratamiento.
- La inclusión de la madre coterapeuta ha planteado suficientes ventajas, en la dinamización del grupo, como para que el equipo nos replanteemos la cuestión de una mayor actividad de los terapeutas en el grupo de madres.
- Encontramos una relación importante entre los cambios habidos en el medio familiar a través de las madres y la mejoría clínica de los niños/adolescentes, sin perjuicio de que en los casos en los que los cambios familiares hayan sido mínimos, la experiencia grupal ha facilitado nuevos modos de

Tabla 2 Psicoterapia de grupos infantiles I. Grupo experimental

Características:

- Grupo experimental mixto, madre
- Coterapeuta, 8 miembros de 7-10 años.

Diagnósticos:

- T. Eliminación (2); t. Depresivos (1); t. Conducta (3); T. Emociones (2)
- Evolución corto plazo: altas (7); abandonos (1)

relación que han producido mejorías evidentes.

- En esta misma línea consideramos que la indicación de terapia grupal no debe basarse únicamente en la posible economía de tiempo, que permite atender a varios pacientes en una misma sesión. Si bien es éste un argumento importante no es el único que debe tenerse en cuenta.

En *segundo lugar*:

- Las necesidades de la técnica desarrollada por nosotros pueden determinar, en ocasiones, dificultades: espacios amplios en cantidad y calidad suficiente; materiales adecuados; número y formación de los terapeutas y horarios flexibles que permitan la realización de los grupos.
- La selección de los pacientes hace que tengamos que superar algunas de las indicaciones teóricas que se plantean sobre los grupos, para poder llevar a cabo un grupo terapéutico o al menos la estrictez en los criterios puede determinar la imposibilidad de su celebración.

PSICOTERAPIA DE GRUPOS INFANTILES: II. EXPERIENCIA

Realizamos exclusivamente sesiones grupales con niños. Los pacientes proceden de una consulta general de Salud Mental Infanto-Juvenil. Después de la toma de contacto y evaluación psicodiagnóstica en la Unidad, el paciente se mantiene en tratamiento individual, hasta que surge la posibilidad de organizar un grupo, en ocasiones, se decide su inclusión en un grupo que ya está funcionando. Al iniciar la primera sesión se les informa de los límites básicos a mantener y de las posibilidades del tratamiento grupal. Cuando se incluye un nuevo miembro en un grupo ya existente se recuerda esta información.

Técnica

La base teórica sobre la que descansa la terapia es psicodinámica y de actividad y juego, aun-

que con elementos de la escuela Kleiniana a los que se añaden, en ocasiones, elementos de las aportaciones conductuales y cognitivo-conductuales.

El tipo de relación persona-grupo, referido al terapeuta son los definidos por Redl⁽³⁵⁾ como "soberano patriarcal", con los niños, ya que da protección y seguridad a cambio de que mantengan el orden y la disciplina y el de "líder", con los adolescentes, ya que se identifica con las aspiraciones y tendencias del grupo, mantiene cierto orden por ser una persona más desarrollada y madura lo que le permite orientar y dirigir al grupo. Utilizamos las interpretaciones actuales, no históricas, del sujeto y de la situación presente del grupo en su "aquí y ahora" psicodinámico; la interpretación transferencial del individuo al terapeuta, de los sujetos entre sí y de éstos hacia el propio terapeuta⁽³⁵⁾. Las interpretaciones son actuadas y/o emotivas mediante la toma de actitud y/o reacción emocional para producir un estado de ánimo e "insight", tanto individualmente como en el grupo en su totalidad.

Los elementos conductuales y cognitivo-conductuales, que se utilizan son básicamente la relajación y el razonamiento cognitivo.

Con los niños, la técnica se apoya en la actividad lúdica, en la que el juego es utilizado como un intento de elaboración de situaciones traumáticas y también como elemento potenciador de la actividad creadora del yo libre de conflicto. Con los adolescentes la técnica se apoya en la actividad verbal.

Con las madres se mantienen entrevistas individuales con una frecuencia de una vez al mes.

El número de pacientes por grupo oscila, pudiendo comenzarse desde con dos niños, siendo el número recomendado entre cuatro y siete sujetos. Las sesiones tienen una frecuencia semanal y su duración es aproximadamente de una hora. La duración del grupo es variable, en función de la evolución de los pacientes, termina cuando éstos pueden ser dados de alta clínica y suele extenderse entre uno y dos años. Cuando la mayoría de los miembros de un grupo han resuelto sus conflictos se finaliza el grupo y en los casos en los que el alta no sea posible se incluyen en otros grupos.

36 Son grupos abiertos, homogéneos por edad, mantenemos un margen de dos años de diferencia; en cuanto a los diagnósticos se procura la compatibilidad de los mismos, de modo que se ayude a que cada uno de los miembros del grupo crezca y madure.

Equipo terapéutico

Compuesto en este caso por una sola persona, una psicóloga que está entrenada en la técnica. Se consideraría de gran utilidad la formación de un equipo en el que hubiese al menos dos terapeutas de distinto sexo y la presencia de un observador neutral.

La actividad del terapeuta consiste en facilitar las posibilidades de expresión e interacción grupal, interpretar las interacciones grupales entre sí y con el terapeuta, promover la solución de conflictos mediante la interpretación y el razonamiento cognitivo-conductual, utilizar verbalizaciones para mantener los límites y en casos de agresión contenerla.

Selección de los pacientes

Como ya hemos mencionado los pacientes proceden de la consulta general de la USM-IX del área de Santiago; la indicación de grupo se hace teniendo en cuenta su diagnóstico clínico y psicológico para contribuir a su compatibilidad. La patología que presentan se engloba dentro de la patología menor, acompañada de dificultad en la interacción social.

Resultados

Tanto en los grupos de niños como de adolescentes la evolución predominante es de alta, el índice de abandonos es escaso, cuatro sujetos en el caso de los niños y cinco en el caso de los adolescentes. Por último, la derivación a nuevos grupos o a terapia se produce en dos niños y tres adolescentes, como podemos observar en la tabla 3.

En esta segunda experiencia, no se ha realizado todavía una evaluación a medio plazo.

Tabla 3 Psicoterapia de grupos infantiles. II experiencia

Características infancia:

- Siete grupos mixtos, 2 grupos homogéneos (sexo); 4-6 miembros, 7-8 años de edad.

Diagnósticos:

- T. Emociones (15); t. Comportamiento (7); t. Sueño (5); códigos z (4); t. Eliminación (4); t. Aprendizaje (4); D. Aplazado (2); retraso mental (1).
- Evolución: alta (36); derivación (2); cont. Tratamiento (4)

Características adolescencia:

- Cinco grupos mixtos; 1 grupo homogéneo (sexo); 4-7 miembros, 12-14 años de edad.

Diagnósticos:

- T. Emociones (8); códigos z (6); t. Depresivos (5); T. Comportamiento (4); diagnóstico aplazado (3); T. Aprendizaje (2); T. Obsesivo (1); T. Alimentación (1).
- Evolución: altas (22); abandonos (5); derivación (3)

Comentarios

La reflexión que hemos hecho a partir de los grupos realizados con esta técnica nos plantean, en *primer lugar*:

- Estimamos que el número máximo de miembros de un grupo no debe superar los siete sujetos.
- La escasa posibilidad de atención a los adultos que se ocupan del niño, en concreto de las madres no nos permite plantear modificaciones en el entorno familiar que puedan contribuir a la mejoría clínica del paciente y, en todo caso, tenemos que suponer que los cambios favorables en los pacientes se debe a la intervención grupal con ellos.

En *segundo lugar*:

- Las necesidades de la técnica desarrollada plantean amplias necesidades que en el momento actual están sin cubrir, por una parte la necesidad de un espacio amplio que permita la expresión libre de los sujetos del grupo y favorezca la dinámica relacional sin las trabas que provoca el establecimiento de límites rígidos, no tanto porque éstos no sean necesarios, como por la utilización que pue-

de hacerse de ellos en el contexto de una sesión psicoterapéutica.

- Por otra parte, el incremento del número de terapeutas para el grupo constituye una necesidad de primer orden.
- La selección de los pacientes hace que tengamos que superar algunas de las indicaciones teóricas que se plantean sobre los grupos, para poder llevar a cabo un grupo terapéutico o al menos la estrictez en los criterios puede determinar la imposibilidad de su celebración.

Así mismo, la flexibilización en las técnicas puede ser valorada como un inconveniente desde el punto de vista teórico pero permite una respuesta que, en nuestra opinión, cubre las necesidades de la población que acude a una consulta pública.

CONCLUSIONES

- Consideramos que las técnicas de psicoterapia grupal son útiles en el tratamiento de niños y adolescentes, sin que por nuestra

parte podamos objetivar su superioridad o inferioridad sobre técnicas de psicoterapia individual.

- La implicación de elementos de la familia, madres, como agentes de cambio del entorno familiar, constituye un elemento terapéutico importante que se ve reforzado cuando éstas se implican en técnicas psicoterapéuticas grupales.
- Constatamos las dificultades en la práctica para hacer una evaluación rigurosa de la eficacia de estas técnicas.
- La modificación de los modos de relación de los individuos en el grupo aporta un elemento terapéutico que apoyaría, a nuestro juicio, la indicación de integración en grupos psicoterapéuticos de algunos pacientes y sus familiares, sin perjuicio del beneficio derivado de la economía de tiempo que desde siempre se le ha reconocido.
- Las dificultades para la realización de los grupos de psicoterapia en niños y adolescentes son numerosas y contribuyen cada día más a la desaparición de su uso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno JM. Theatre of spontaneity: An introduction to psychodrama. New York: Beacon House Press; 1973.
2. Slavson SR, Schiffer M. Group psychotherapies for children: A textbook. New York: International Universities Press; 1975.
3. Adler A. Guiding the child. New York: Greenberg; 1930.
4. Aichhorn A. Delinquency and child guidance: Selected papers. New York: Interantional Universities press; 1964.
5. Gabriel B. An experiment in group therapy. Am J Orthopsychiatry 1939;9:139-6.
6. Bender L, Woltman A. The use of puppet shows as a psychotherapeutic measure for behavior problems children. Am J Orthopsychiatry 1936;6:341.
7. Ginott H. Group psychotherapy with children: The theory and practice of play therapy. New York: McGraw-Hill; 1961.
8. Speers R, Lansing C. Group psychotherapy in childhood psychosis. Chapel Hill: University of North Carolina Press; 1965.
9. Schiffer M. Children's group therapy; Methods and case histories. New York: The Free Press; 1984.
10. Sugar M. Research in child and adolescent group psychotherapy. J Child Adolescent Group Ther 1993;3/4:207-26.
11. Stringht AL, French DC. Leadership of mixed-age children groups. Int J Behav Develop 1988;11:507-13.
12. Gruner L. Membership composition of open and closed therapeutic groups. Small Group Behav 1984;15:222-32.
13. Corder BF, Whiteside MS, Haizlip TM. A study of curative factors in group psychotherapy with adolescents. Int J Group Psychother 1981;31:345-54.
14. Swarr RR, Ewing TN. Outcome effects of eclectic interpersonal-learning based group psychotherapy with college student neurotics. J Consult Clin Psychol 1977;45:1029-35.
15. Lockwood JL. Treatment of disturbed children in verbal and experiential group therapy. Int J Group Psychother 1981;31: 355-66.
16. Clifford MW. A model for group therapy with latency-age boys. Group 1991;15(2):116-24.
17. Barrnett R, Docherty J, Frommel G. A review of Child Psychotherapy Research since 1963. J Am Acad Child Psychiat 1991;30:1-14.

- 38
18. Kazdin AE. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:785-98.
 19. Levitt EE. The results of psychotherapy with children: An evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1957;21:189-96.
 20. Koocher GP, Pedulla BM. Current practices in child psychotherapy. *Prof Psychol* 1977;8:275-87.
 21. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy; An evaluation. *J Consult Psychol* 1952;16:319-24.
 22. Heinicke CM, Strassman LH. Toward more effective research on child psychotherapy. *J Am Acad Child Psychiatry* 1975;3:561-88.
 23. Kendall PC, Morris RJ. Child therapy: Issues and recommendations. *J Consult Clin Psychol* 1991;59(6):777-84.
 24. Tramontana, MG. Critical review of research on psychotherapy outcome with adolescents; 1967-1977. *Psychol Bull* 1980;88(2):429-50.
 25. Abramowitz CV. The effectiveness of group psychotherapy with children. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:320-6.
 26. Kolvin I, Garside RF, Nicol AR, Macmillan A, Wolsrenholme E, & Leitch SM. *Help starts here: The maladjusted child in the ordinary school*. London: Tavistock Publication; 1981.
 27. Kolvin I, Garside RF, Nicol AR, Macmillan A, Wolsrenholme E, & Leitch SM. Psychotherapy is effective. *J Royal Soc Med* 1988;81:261-6.
 28. Shaffer D. Notes on psychotherapy research among children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1984;23:552-61.
 29. Casey RT, Berman JS. The outcome of psychotherapy with children. *Psychol Bull* 1985;98:388-400.
 30. Weisz JR, Weiss B, Alicke MD, Klotz ML. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: Meta-analytic findings for clinicians. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:542-9.
 31. Dies RR, Riestler A. Research on child group therapy: Present status and future directions. En: Riestler A, Kraft IA, eds. *Child Group Psychotherapy: Future Tense*. New York: Internat. Universities; 1986.
 32. Shirk, Russell. Reevaluation of estimates of child therapy effectiveness. *J Am Acad Child Psychiatry* 1992;31:703-9.
 33. Slavson SR. *An introduction to Group Therapy*. Schiffer M, ed. New York: Aronson; 1943.
 34. Axline V. *Play therapy*. Boston: Houghton Mifflin; 1947.
 35. Portuondo JA. *Psicoterapia*. Tomo IV. Ed. Biblioteca Nueva; 1982;13:102-58.