

## **LOS GRUPOS EN LA ATENCION PSICOTERAPEUTICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA\***

**Eulalia Torrás de Bea\*\***

Los grupos de niños, adolescentes o adultos, con finalidad exploratoria o terapéutica, son una modalidad asistencial que se utiliza desde hace muchos años. Publicaciones como las de Sirlin y Glasserman, Speir, Haag, Privat y Rouchy, Villarinot, Bachman y Pérez y tantos otros, documentan experiencias muy variadas, de valor asistencial indudable, con Grupos de niños de características diversas.

En nuestro medio, el despliegue de la asistencia pública en psiquiatría infantil, creo que actualiza su interés. Sin embargo, notamos que cuando se piensa en Grupos generalmente se piensa en exceso de demanda, y se olvida la importante vertiente cualitativa de las funciones del Grupo, de las que me ocuparé en esta comunicación, partiendo de nuestra experiencia de trabajo con grupos en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, y de mi experiencia personal.

Después de muchos años de trabajar en el Hospital con régimen privado -el coste, aunque reducido corría a cargo de

---

\*Ponencia presentada el día 2 de octubre de 1992 dentro del VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA), celebrado los días 2, 3 y 4 de octubre de 1992 en Barcelona.

\*\*Psiquiatra, Psicoanalista. Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Cruz Roja Barcelona.

las familias-, hace años nos incorporamos a la asistencia pública, lo que significó un claro cambio en la demanda. La franja de psicopatología se ha ampliado, y recibimos, desde padres motivados a hacer los esfuerzos necesarios y a poner prestación personal para sacar adelante a su hijo, hasta los que nos llegan obligados por la escuela, el pediatra o por alguna institución de Justicia, pasando por padres con todos los grados de intuición, conocimiento de su hijo, nivel cultural y socio-económico, salud mental...

Con frecuencia, nos consultan por problemas de la evolución emocional y personal, y del funcionamiento familiar, que requieren un enfoque psicológico para modificar círculos viciosos y crear condiciones favorables a la mejora. Pero a veces los padres y el hijo no son receptivos a este tipo de ayuda, y hallamos poca comprensión, motivación y disponibilidad. Hay padres que esperan medidas farmacológicas, represivas o pedagógicas rápidas, que en las primeras entrevistas se muestran interesados y motivados, pero luego, cuando se trata de constancia y de esfuerzo personal, van desinteresándose y abandonando. Otros padres, por el contrario, van entrando en contacto con nuestro enfoque, lo van comprendiendo, y van interesándose. Algunos son capaces, incluso, de mejorar sus condiciones personales y externas para poder colaborar con nosotros.

Por eso, el primer paso es explorar las expectativas y disposición con que nos llega la familia, y cuando los padres y el niño comprenden poco lo que les está pasando y están poco motivados a ir por ahí, nuestra primera función terapéutica consiste justamente en ayudarles a comprender mejor, y en despertar su interés y motivación por lo que podemos ofrecerles. Por eso nuestras propuestas deben ser orientadas y realizables. Este solo cambio -o quizá "tanto como este cambio"- es terapéutico, es ya un progreso. Luego, según evolucionen las condiciones iniciales, iremos adecuando esas propuestas, que en ocasiones podrá ir aspirando a más.

Todo esto aumenta la importancia de la función diagnóstica, y privilegia las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que nos permiten iniciar un trabajo útil mientras vamos conociendo a la familia, y damos tiempo al niño o adolescente y a sus padres a ir entrando en contacto con nuestro enfoque dinámico y relacional.

Dentro de este marco de referencia se inscribe el interés diagnóstico y terapéutico de los Grupos.

En realidad, la división de los Grupos en Diagnósticos y Terapéuticos es, hasta cierto punto, artificial, ya que ambas funciones son inseparables y todos los Grupos las tienen ambas, pero en la práctica, consideramos nuestros Grupos como Diagnósticos o Terapéuticos según su objetivo principal. Una tercera modalidad son los Grupos cortos, Grupos de Inicio, con finalidad terapéutica, pero también explícitamente exploratoria, por un lado de las posibilidades evolutivas de un niño y su familia, y por el otro de la motivación y capacidad de compromiso.

## **Describiré los Grupos de nuestro Servicio**

Utilizaremos el **Grupo** cuando, en algún momento de nuestro trabajo con la familia, nos parece una intervención diagnóstica o terapéutica apropiada, pero por supuesto hay muchas familias atendidas en nuestro Servicio que no pasan por ningún Grupo. Esta es una cuestión que depende siempre del criterio del profesional que se ocupa.

En cuanto al **Grupo Diagnóstico**, lo utilizaremos a veces después de la primera entrevista o entrevistas, o incluso, cuando es el caso, después de pasar test, y antes de proceder a la entrevista de síntesis con los padres, de formularles el primer diagnóstico.

En otras ocasiones, la propuesta de Grupo Diagnóstico, viene después de la entrevista de síntesis, después de informar

a los padres de nuestra primera formulación diagnóstica, sí es en ese momento cuando nos parece útil esta intervención. Más tarde, en cambio, cuando la familia lleva ya un tiempo de trabajo con nosotros, el Grupo Diagnóstico suele tener menos interés, ya que la interacción que hemos tenido con ellos aporta muchos de los elementos que buscaríamos en ese Grupo. De todos modos, puede decidirse su utilización cuando creemos que la observación en Grupo va a suministrarnos elementos específicos. Así, pues, usamos el Grupo Diagnóstico en cualquier momento del proceso diagnóstico incluso después.

Después de la entrevista de síntesis, y como primer paso terapéutico-exploratorio, nuestro criterio puede inclinarnos por un **Grupo de Inicio**, donde la composición del Grupo será más constante que en el Grupo Diagnóstico, y que por tanto requiere ya cierta capacidad de compromiso.

Utilizaremos los **Grupos Terapéuticos largos**, semi-abiertos o cerrados, en cualquier momento del proceso terapéutico en que creamos que este tipo de intervención puede promover progreso: después de un período de seguimiento, antes o después de una ayuda individual psicoterapéutica o psicoterápica.

En definitiva, el Grupo es para nosotros una intervención que utilizamos después de otras intervenciones, al menos las primeras entrevistas, y que se continúa con el Seguimiento, y por las otras acciones terapéuticas que se consideren útiles.

Entre nosotros, los Grupos están conducidos por uno o dos terapeutas, terapeuta y co-terapeuta, o terapeuta y observador, según experiencia y preferencia de los profesionales que se ocupan de ellos.

## Los Grupos Diagnósticos

Los Grupos Diagnósticos suelen ser abiertos, de modo que los niños o adolescentes, hasta un número de 8, asisten a las sesiones necesarias para cumplir el objetivo- por lo general

entre 6 y 12. Las sesiones son de hora y cuarto. Este tipo de Grupo incluye niños de características y edades variadas, lo cual, como puede suponerse, tiene ventajas e inconvenientes. Para disminuir estos últimos, los terapeutas van incorporando a los niños nuevos según las particularidades del Grupo de ese momento.

Estos Grupos Diagnósticos suelen tener Grupo paralelo de padres –los padres se reúnen en Grupo con uno o dos terapeutas durante el tiempo que trabaja el Grupo de niños– con la finalidad de informar y sensibilizar, y también de conocer a los padres y de que los padres nos conozcan. El Grupo de padres es imprescindible para una función diagnóstica más amplia, y mejorar mucho los resultados del trabajo con los niños.

Otra modalidad de Grupos Diagnósticos; menos frecuentes entre nosotros, son los que empiezan y terminan con los mismos participantes, y se suceden continuamente. El uso de una u otra modalidad parece depender, en todas partes, de las preferencias del terapeuta pero, para períodos semejantes de tiempo empleado, los rendimientos diagnósticos o terapéuticos son muy aproximados. En el Grupo Diagnósticos exploramos, no sólo la gravedad del problema –los aspectos sanos y psicopatológicos del niños o adolescente, y de los padres en el Grupo paralelo de padres– sino también las teorías de la familia acerca del problema y del tratamiento, lo que esperan de él, su comprensión motivación y capacidad de compromiso con el equipo. Estos últimos son factores muy importantes la hora de establecer cualquier compromiso terapéutico con la familia, pero especialmente si se anticipa largo, o si es en Grupo.

Por otra parte, en el Grupo Diagnóstico y en el de Inicio, el hijo y los padres tienen la oportunidad, desde muy al principio, de conocer nuestro enfoque, el tipo de trabajo que les estamos proponiendo. Allí pueden conocernos, darse cuenta de lo que

será “el tratamiento”, de que les estamos proponiendo un trabajo conjunto, un proceso, y del compromiso y esfuerzo que representa. El Grupo puede ayudarles a corregir sus expectativas acerca de como resolveríamos su problema. Claro que podemos decir que lo mismo sucedería en entrevistas individuales, pero en realidad, las características del Grupo lo convierten en una oportunidad distinta a la hora de situarse.

Sirlin y Glasserman utilizan el Grupo Diagnóstico de cuatro sesiones para “decidir si el niño y la madre son tratables en Grupo”, y no nos sorprende que digan que después de las 4 sesiones están en general mejor preparados para ser ayudados. Sin embargo, matizaría la opinión de estas autoras diciendo, que después de unas sesiones exploratorias o de “de inicio”, la familia y nosotros sabemos algo más a qué atenernos.

Foulkes dice que, al proponer el Grupo, no hay que dar perspectivas demasiado largas (...) ni demasiado cortas a los pacientes. En mi opinión, trabajando en la consulta pública, es especialmente conveniente que las perspectivas que damos sean asumibles. Esa es una ventaja muy útil de los Grupos de Inicio. El hecho de que comenzamos dando perspectivas muy cortas –entre 8 y 12 sesiones– pero no para terminar, sino justamente para comenzar, como primera intervención, que luego proseguirá según lo que veamos que debemos hacer, y según la disponibilidad de la familia. A veces se cree que cuanto más enfermos están el hijo y la familia, más tratamiento psicológico debemos concentrar en ellos, más largos e intensivos deben ser los tratamientos, pero la experiencia muestra que este enfoque, si o se tienen en cuenta otros factores, conduce a muchos fracasos y decepciones. Creo, por el contrario, que es necesario evaluar y tener presentes las posibilidades que tienen los tratamientos de promover mejora y evolución –la modificabilidad– y que en ella hay que basar los esfuerzos que estamos dispuestos a realizar y los esfuerzos que proponemos a la familia.

## Los Grupos Terapéuticos

Los Grupos Terapéuticos suelen estar constituidos por 4 a 6 niños o adolescentes –y excepcionalmente por 3 o más de 6– de edades comprendidas entre los 3 y los 18 años. Los niños de cada Grupo son de edades parecidas. El Grupo se reúne una vez por semana, durante un período fijo de tiempo establecido para cada Grupo, en general una hora, dependiendo de las características de los niños y del criterio del terapeuta.

Los Grupos de niños hasta la pubertad funcionan con Grupo paralelo de padres, conducido por otro terapeuta –o terapeutas. Cuando dos o tres Grupos de niños funciona a la misma hora, el Grupo de padres puede incluir los padres de todos ellos. Los Grupos de adolescentes no tienen Grupo paralelo, aunque los padres pueden, individualmente, asistir a un Grupo que por sus características sea adecuado para ellos.

Los Grupos pueden ser cerrados, semi-abiertos o abiertos. Los Grupos cerrados suelen tener una primera fase, aún de organización, en la que se van incorporando miembros hasta alcanzar el número proyectado, y luego “se cierran”, no incorporan ningún miembro más hasta el final, cuando el Grupo termina, y todos se despiden al mismo tiempo.

En los Grupos semi-abiertos cada niño termina cuando él mismo, los padres y los terapeutas consideran que se ha beneficiado suficientemente, cuando alguna circunstancia interna o externa hace aconsejable tomar por otro camino, o por abandono. Entonces, las vacantes van siendo ocupadas por nuevas incorporaciones. El Grupo, pues va cambiando lentamente aunque algún miembro puede seguir desde el principio hasta el final. Este tipo de Grupo, que tiene muchas ventajas en un servicio hospitalario porque cuenta como fijo, puede seguir durante varios años, o bien desarrollarse durante un plazo largo prefijado.

El Grupo Diagnóstico es ejemplo de Grupo abierto, donde los participantes se reúnen frecuentemente, y aunque en él se producen fenómenos de Grupo, en general no tienen continuidad ya que para esto se necesitaría que el Grupo tuviera períodos más largos de constancia. Entre nosotros, exagerando, le llamamos “Grupo pasillo”.

En cuanto al objetivo de los Grupos Terapéuticos diría que lo que buscamos es dar al niño y a la familia un “empujón” útil que promueva evolución. En general, consultan porque están atascados en funcionamientos insatisfactorios, y lo que intentamos es sacar a flote lo positivo del hijo o de los padres, por ejemplo, una forma mejor de relacionarse entre ellos y con los otros, un cambio favorable en las actitudes, iniciativas válidas... Se trata, en apariencia, de pequeñas mejorías, pero que estimulan mejorías posteriores y tendencia a ir a más. Cuando nuestros pacientes llegan a cuestionarse sus planteamientos, o sacan en limpio una noción más clara de ellos mismos, estamos muy contentos.

Los resultados son muy variables, desde los niños que con ese empujón “arrancan” y movilizan sus capacidades de evolucionar, a los que salen del Grupo –o de todas nuestras intervenciones– sin cambiar apenas, casi como entraron.

## **La Técnica en los Grupos**

La técnica que se utiliza en los Grupos depende del objetivo del Grupo, de las características y edad de los niños y de la experiencia y preferencias del terapeuta.

Los Grupos de niños entre los 5 años y la pubertad pueden dividirse, hasta cierto punto artificialmente, según su objetivo, en Grupos psicopedagógicos o reeducativos, y Grupos de comunicación, o psicoterápicos. Los primeros pueden utilizar técnicas reeducativas, juegos apropiados, dibujo, taller, o incluso concentrarse en una lecto-escritura viva, aunque también utilizan juego y dibujo. En ellos, el terapeuta se propone



realizar una tarea psicopedagógica y son por tanto más directivos, por lo menos al principio. Los Grupos de comunicación o psicoterápicos suelen utilizar técnicas de expresión, especialmente juego y dibujo. Con los niños de 3 y 4 años solemos usar técnica de juego. Los Grupos de padres y de adolescentes conversan, con cierto componente de asociaciones libres.

La finalidad de la técnica es la comunicación a través de la verbalización o de “hacer juntos”, compartir y colaborar. Buscamos el apoyo de las técnicas para facilitar la expresión oral, compartir vivencias, y estimular pensamiento verbal. El terapeuta participa en la experiencia, recogiendo lo que sucede en el Grupo, preguntando, relacionando datos, describiéndolo para hacerlo más asequible, recuperando elementos que se perderían y volviéndolos a proponer...

Hay terapeutas que basan la mayor parte del trabajo en la conversación, incluso con niños muy pequeños. Personalmente me parece importante y creativo que el terapeuta “invente” la técnica para cada Grupo, y que la vaya modificando siguiendo la inspiración de éste.

La tarea del Grupo puede ser abierta o focalizada. En los Grupos cortos es en general preferible la focalización, aunque ésta se utiliza también en Grupos largos. Los temas pueden ser elegidos por los participantes, según sus intereses –amigos, escuela, síntomas– o bien ser propuestos por el terapeuta, a partir de lo que parece central en las problemáticas de los miembros del Grupo. Lo mismo sucede con los Grupos de padres. Temas frecuentes son los estudios, las relaciones con amigos y con la familia, el futuro, los cambios, las pérdidas, la muerte, e indefectiblemente la sexualidad, que aparece, con mayor o menos excitación, de los modos más variados.

## **El interés del trabajo en Grupo**

Para trabajar con Grupos y aprovechar sus ventajas se necesita un equipo de profesionales que pueda llevar varios

Grupos simultáneamente, y un volumen suficiente de consulta, como para que, dentro de un periodo no muy largo de tiempo, consulten varios niños de edad próxima indicados para Grupo. Por eso, el trabajo con Grupos suele realizarse en instituciones, donde normalmente se dan estas dos condiciones.

Además hay que contar con la complejidad inherente a la organización, ya que es necesario hacer corresponder edades, horarios del Grupo de niños y del Grupo de padres, características personales... En un servicio, algunas de estas dificultades disminuyen cuando se cuenta con “Grupos fijos”, de modo que los profesionales que hacen la indicación conozcan las características de los Grupos de distintas edades y horarios, y puedan hablar de ellos a la familia desde el momento en que se plantea la asistencia a Grupo.

De todos modos, como decía al principio, los Grupos suelen asociarse al exceso de demanda y a la posibilidad de ofrecer elementos psicoterapéuticos a más pacientes o familias. Pero creo que este punto debería discutirse más a fondo, ya que depende del tipo de Grupos que se organicen. En los que describo, el número reducido de niños, la conveniencia del Grupo paralelo de padres, la ventaja –al menos para algunos terapeutas– de tener un co-terapeuta o un observador, y el trabajo de organizarlos, absorben mucha disponibilidad del equipo.

A mi entender, el interés del Grupo radica, en cambio, en sus características cualitativas distintas, que lo diferencian de los otros enfoques terapéuticos. Estas características son comunes a los Grupos Diagnósticos y a los Terapéuticos. Paradójicamente, como veremos más adelante, debemos contarlas tanto entre las ventajas, como entre sus inconvenientes. Entre ellas destacaríamos:

La posibilidad de compartir la experiencia con otras personas que están en condiciones semejantes, como una especie de Grupo de ayuda mutua, pero aquí con terapeuta. El miem-

bro del Grupo tiene la oportunidad de expresarse, ser escuchado y escuchar a otros que viven algo parecido, y de compartir experiencias y sentimientos con empatía. Este factor, contribuye a disminuir el sentimiento de estar solo, de anormalidad, de ser un bicho raro al que le suceden cosas que a nadie más le pasan, y facilita acercarse a las emociones de los demás y a las propias con menos ansiedad.

De la empatía depende también la posibilidad de identificarse con los otros miembros o con el terapeuta. En toda clase de Grupos se producen identificaciones transitorias, de ensayo, que forman parte del proceso de elaboración de la propia identidad, e identificaciones primitivas, adhesivas, que dependen de las tendencias regresivas, y tienen tendencia a estancarse, o a ser sustituidas por otras sin aportar progreso. Por supuesto, es necesario diferenciar unas de otras.

Por otra parte, la diversidad de imágenes que suele ofrecer el Grupo -conductas, reacciones, posiciones, teorías, proyectos distintos entre los miembros del Grupo- facilita contrastarse con los otros y diferenciarse de ellos. La oportunidad de escuchar vivencias y pensamientos distintos, incluso completamente opuestos a los propios, pone en contacto con nuevas imágenes, nuevos puntos de vista que estimulan a re-considerar los propios.

Otro aspecto es la gran capacidad de movilización que tiene el Grupo. Esta es una de sus ventajas. Los miembros activos, contrafóbicos, lanzados, promueven el diálogo o actividades, y empujan a los menos decididos o pasivos, que suelen aportar elementos de contraste, equilibradores. Podría decirse que, en una posición o fase del Grupo, los miembros más lanzados estimulan la puesta en marcha, pero en la otra, los más reflexivos, elaborativos, contribuyen a la contención y a recuperar a los más actuadores.

El bombardeo de estímulos que crea el Grupo, disminuye el riesgo, nada infrecuente en el tratamiento individual, de que

el niño inhibido, pasivo, se instale en el tratamiento de manera que lo que sucede allí no le afecte. Suele conseguirlo a base de hacer lo que se espera de él -dibujar, jugar- y así, “dar cuerda” al terapeuta, y cuando éste habla, “dejarlo decir” como quien oye llover. En el Grupo este acantonamiento es mucho más difícil.

Pero los miembros más activos, o invasivos, pueden también dominar el Grupo e inhibirlo. Además, los miembros actuadores, o que estimulan a la actuación, pueden inducir una cadena de excitación y paso al acto que puede entorpecer el trabajo y la marcha del Grupo, e incluso hacerlo fracasar. Porque, cuando la movilización se convierte en excitación se crea un desequilibrio entre la intensidad de los estímulos y de la tensión, y la capacidad de contención del Grupo y del terapeuta, y puede llegarse a la rotura de límites y al des-madre. Entonces se pasa por momentos o períodos de mucha actuación, posición asimbólica, con suspensión de la capacidad de detenerse a observar y pensar. De todo esto depende una de las dificultades del Grupo.

Otra característica del Grupo es que los sentimientos y la relación de objeto se dramatizan directamente en la conducta. Los niños expresan la rivalidad, los celos la envidia, las tendencias sádicas, la dependencia, la seducción, el sometimiento.. a través de la conducta, en forma tan concreta que siempre resulta sorprendente. Un ejemplo típico es la competencia, a veces el forcejeo, para sentarse en la silla con brazos del despacho, para sentarse al lado del terapeuta, o para obtener el coche más grande, o la carpeta especial.

Esta concreción facilita que cada miembro del Grupo “vea” a los otros, se de cuenta de los celos, la rivalidad, la provocación transparentadas en la conducta, y con aquello de “ver la paja en el ojo ajeno...”, cada miembro suele tener más facilidad para comprender la dinámica de las relaciones entre los otros y sus conflictos, que los propios.

Algunos miembros no pasan de esta posición proyectiva, pero otros evolucionan desde ver a los demás, hacia verse mejor a ellos mismos. A esto contribuyen las imágenes que los otros participantes en el Grupo, además del terapeuta, devuelven a cada uno. En un Grupo de adolescentes, por ejemplo, las imágenes que le devuelven a cada uno los otros adolescentes, a través de adjetivos, o de comentarios que expresan lo que han captado suelen ser especialmente movilizadoras. Lo mismo sucede en los Grupos de padres y en el de niños. Un adolescente puede decirlo a otro, por ejemplo: “A ti te preocupa mucho que esta chica no te haga caso, pero quieres creer que no”, o, “A lo mejor no te das cuenta de que con tanto morro caes mal”, o, “yo también sentí lo que tu sientes”.

Me parece importante que el terapeuta realice en el Grupo una función de contención activa y que no se conforme con escuchar y aguantar la presión del Grupo -funciones de todos modos muy importantes- sino que escuche “activamente” y hable de modo directo. A mi modo de ver, es útil que muestre el trabajo que hace, su modo de funcionar, preguntando cuando necesita aclarar algo, relacionando datos en voz alta cuando es oportuno, explicando la forma como va pensando lo que sucede en el Grupo, rectificando una opinión que expresó anteriormente.. pero por supuesto sin caer en la hiperactividad ni invadir el Grupo.

Creo que este modo de estar en el Grupo presenta mejor lo que hacemos con esa experiencia, y se corresponde mejor con el ritmo y las necesidades del Grupo y que ofrece una contención de mayor calidad.

De todos modos, creo que, en los momentos positivos del Grupo, la función del terapeuta, de contención y coordinación, está complementada por las funciones del Grupo mismo, a las que me he referido. Por eso no coincido con los autores que parecen reducir a la interpretación del terapeuta la actividad terapéutica en el Grupo.

En el trabajo con niños pequeños, latentes y púberes, es necesario mencionar la importante función de los Grupos paralelos de padres. El trabajo en Grupo con los padres, a pesar de que pretende no ser terapéutico, lo es a través de su función de sensibilización y, como los otros grupos, ofrece la oportunidad de compartir experiencias, permitir identificaciones de prueba, contrastar enfoques, y facilitar la expresión y elaboración. El objetivo es ayudar a los padres a que revisen su enfoque, consideren puntos de vista diferentes al suyo y amplíen sus planteamientos.

Por supuesto, para conducir seguimientos y tratamientos necesitamos tener conceptos claros acerca de lo que estamos tratando: roles y relaciones en la familia, evolucionar, ser niño, dependencia e independencia, y tantos otros. Sin embargo, el ritmo lento de algunas intervenciones nos permite irlos re-elaborando sobre la marcha. En el Grupo, en cambio, especialmente cuando trabajamos con adolescentes y padres, las cosas suceden tan deprisa que necesitamos tener nuestros puntos de referencia suficientemente claros por anticipado. Dentro de este marco iremos luego elaborando la situación particular de cada momento, procurando no caer en “clichés”, en los cuales, quizá al revés de lo que apetecería, es mucho más fácil caer si no tenemos el apoyo de unos conceptos básicos claros.

El trabajo con los padres en el Grupo paralelo refuerza, sin lugar a dudas, el trabajo que se lleva a cabo con los niños, mejorando los resultados. Además cuando los padres tienen Grupo paralelo, la asistencia, tanto de ellos como de los niños, suele ser más regular, factor que también contribuye favorablemente.

## **La indicación, el encuadre y la transferencia**

La **indicación** no depende del diagnóstico, sino de la posibilidad de que el niño pueda, tanto beneficiarse de la expe-

riencia de Grupo, como permitir que los otros niños del Grupo se beneficien.

Factores como la contención, o por el contrario, la excesiva tendencia a la actuación tienen un papel importante en la indicación. Así, el niño excitado, hipercinético, que actúa constantemente, con gran dificultad para parar y escuchar, suele ser muy difícil o imposible en el Grupo. Claro que este niño es también muy difícil en el tratamiento individual, especialmente si es de escasa frecuencia, pero de todos modos, la contención de un adulto atendándole exclusivamente a él puede mejorar las cosas. Además, en este tratamiento está en juego el tratamiento del niño, pero en el Grupo lo está también el tratamiento de los otros niños, factor a tener muy en cuenta.

Este aspecto, el hecho de que lo que pasa con cada niño en el Grupo repercute sobre los demás, hace que factores que no dependen de las características del niño mismo, como por ejemplo la capacidad de compromiso de la familia para asistir siempre y ser puntuales, deben considerarse esenciales entre las indicaciones.

Con los niños de características opuestas, los niños pasivos, con un grado importante de dependencia regresiva, tendencia a instalarse e ir a remolque, que en el tratamiento individual pueden ser muy difíciles de movilizar. y no es infrecuente que consigan instalarse, me parece casi siempre preferible el tratamiento en Grupo.

Entre las buenas indicaciones de Grupo pensamos generalmente en los niños inhibidos y fóbicos, sin embargo, demasiada uniformidad no resulta en general muy creativa. Más bien, el Grupo diverso, en el que unos niños despliegan más actividad, o actuación, mientras otros inhibidos o pasivos, es una buena combinación.

Coincidimos con los autores que dicen que cuanta más experiencia se tiene en Grupo, o más se conoce este trabajo,

más indicaciones de Grupo se hacen. Sin embargo, solamente en lo extremos, donde encontramos indicaciones y contraindicaciones claras, la decisión es fácil.

Consideramos que una indicación de Grupo es de elección, cuando preferimos este tratamiento a las otras modalidades terapéuticas que tenemos en ese momento a nuestro alcance.

En cuanto **al encuadre** me parece muy importante plantear bien, de entrada, como compromiso de asistencia y puntualidad al Grupo de niños y al de padres, como condición imprescindible, no solo para obtener beneficios, sino para que nos sigamos ocupando del tratamiento. En caso de que los padres no se comprometan, o que una vez han comenzado los Grupos no cumplan, creo que es necesario no transigir. Entiendo, por supuesto, que pueden haber razones externas de peso que aparecieron después de iniciarse el Grupo, o que, más frecuentemente, se trata de un problema, de un síntoma, relacionado con su psicopatología, pero eso no quiere decir que debamos entrar en colusión con las repercusiones de ese problema. Me parece más constructivo citarles y conversarlo con ellos con firmeza amable. A partir de ahí, puede ser que los padres regularicen su asistencia, pero si no es así, es preferible buscar, con ellos, otro camino más acorde con la disponibilidad que tienen. Porque, cuando se tolera la irregularidad y la impuntualidad, se tolera el ataque y el deterioro al tratamiento de los otros niños, además del daño al del niño mismo, sin contar con los esfuerzos del terapeuta y del equipo. A veces, a los terapeutas les cuesta tomar estas decisiones, y van continuando en malas condiciones, transigiendo con la irregularidad, con lo que se empobrecen o malogran los resultados de sus esfuerzos, con el consiguiente descontento y desánimo.

En los Grupos, transigir en cuanto a asistencia y puntualidad es como dar una medicación como los antibióticos con



irregularidad, no usar asepsia en cuestiones quirúrgicas, o no proteger al niño de que se haga daño. En la cuestión escolar es distinto, los padres negligentes tienden a mandar el niño a la escuela aunque esté enfermo.

Sabemos, que cuando una familia acude a un Servicio donde trabaja un equipo, la **transferencia** se centra en el profesional que la atiende, pero se extiende también al Servicio como un todo. Pero cuando la familia es atendida por varios profesionales de un equipo, como es el caso cuando se trabaja en Grupos, aunque el profesional de referencia, el que lleva el seguimiento, es investido de una manera especial, la relación transferencia -contratransferencia se entreteje entre el Grupo familiar y el Grupo de profesionales. Así, es el equipo quien atiende a la familia. Este es otro aspecto específico del Grupo, que facilita que pueda ser utilizado como intervención terapéutica y exploratoria y que, después, con menos desestabilización, el equipo y la familia puedan decidir la forma más apropiada de continuar.