

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSE E. GONZALEZ"
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA



TECNICA GRUPAL EN MUSICOTERAPIA CON NIÑOS ESCOLARES
UN TRABAJO DE INVESTIGACION

TRABAJO DE INVESTIGACION
EN OPCION AL TITULO DE
PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

PRESENTA
DRA. MYRTHALA JUAREZ TREVIÑO

MONTERREY, N. L.

FEBRERO DE 1991

TM

Z66

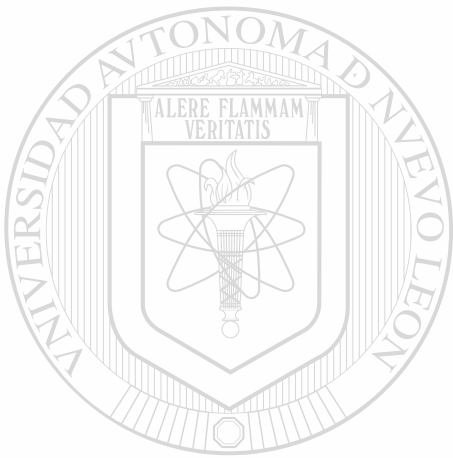
EM

199

UB



1020112188



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



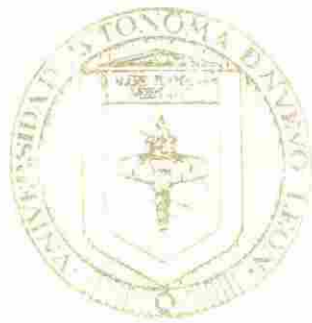
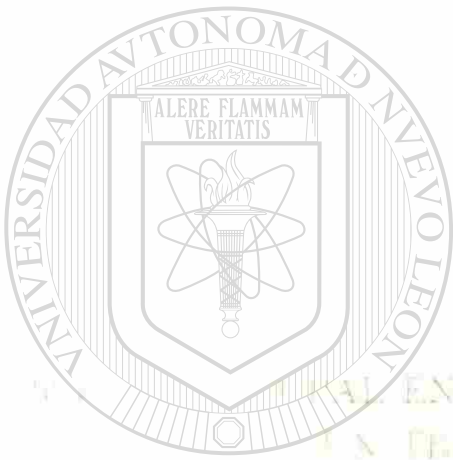
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSITARIO "DE JOSÉ EL GONZÁLEZ"

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS EN MEDICINA
EN COLABORACIÓN CON LOS ESCOLARES
Y EN TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

EN OPORTUNIDAD AL TÍTULO DE

PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

PRESENTA

DR. MYRTHALA JUÁREZ TREVIÑO

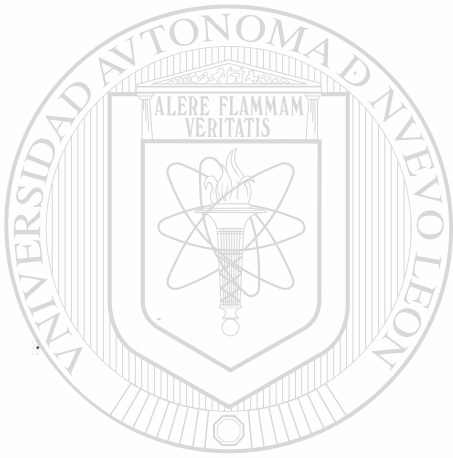


U. N. L.

FEBRERO DE 1981

TM
Z6658
FM
1991
J8

0118-48160



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FONDO TESIS

250098

TECNICA GRUPAL EN MUSICOTERAPIA CON NIÑOS ESCOLARES.
UN TRABAJO DE INVESTIGACION.

Dra. Myrthala Juárez Treviño.
Trabajo realizado como requisito parcial
al Título de Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia.

Febrero, 1991.

I.- INTRODUCCION (A MODO DE PREFACIO).

Hace 8 años, en una conversación con Urszula Mazurek (arpista de fama internacional) quien entonces era mi maestra de solfeo, me comentó si me interesaría trabajar con Musicoterapia. Para mí fue toda una sorpresa. Cómo es que las 2 carreras a las que me encontraba avocada se velan conjuntadas en una disciplina formal ya difundida en el mundo? Me interesó sobremanera, así que desde entonces comencé a leer al respecto. Mi objetivo era llegar a hacer la residencia en Psiquiatría y aplicar conocimientos. Fue en 1988 cuando un grupo de personas con el mismo interés comenzamos a trabajar con pacientes adultos internados en la Comunidad Terapéutica al utilizar a la música como instrumento de trabajo.

Los resultados fueron alentadores; aún estamos en ello.

Ahora, al hacer la subespecialidad en Psiquiatría Infantil, me pregunté si habría alguna forma de trabajar con música en psicoterapia grupal con niños.

Se buscó bibliografía correspondiente. Artículos diversos fueron encontrados. Sin embargo, lo concerniente a técnicas psicoterapéuticas grupales en musicoterapia con niños quedó en lo desconocido.

Después de documentarse en los temas clave (técnica psicoterapéutica grupal-terapia a corto plazo-musicoterapia-niños escolares) de la cual se presenta una compilación en el Marco Teórico, se elaboró el protocolo de investigación que ahora se presenta al desglosar los siguientes apartados: Material y Método, Proceso Evolutivo, Resultados, Discusión y Conclusiones.

II.- MARCO TEORICO.

a) Técnica grupal en niños escolares.

Irvin Kraft (5) describe el método: "es un proceso...donde niños y adolescentes son reunidos con el propósito de ayudarse entre ellos en busca de un 'desarrollo normal'. Los procedimientos incluyen referencias intrapsíquicas.

interpersonales, transaccionales y psicodinámicas...La meta en los niños es la educación y el control de las emociones... Puede provocar estallidos de enojo...El insight proviene de dos fuentes: de la verbalización de sus sentimientos violentos y del darse cuenta que la retaliación no necesariamente sigue a la expresión de una verdadera, aún displacentera, emoción. Otras vías son las interacciones con los otros miembros del grupo. Utilizan mecanismos de defensa tales como identificación, racionalización, negación, catarsis e identificación con el agresor en un ambiente seguro... Los sistemas de negociación aprendidos por los pacientes se convierten en el foco más que la psicopatología individual... Asumimos que la familia le ofrece al niño un entrenamiento inicial de adaptación en un nivel de organización jerárquica dentro de la cual habrá de incluirse. Sin embargo, sobrevivir puede no ser equivalente a estar sano.

"Yalom (continúa Kraft) enlista 11 factores curativos. Su aplicabilidad es revisada dado el tipo de pacientes (i.e., infantes). Estos son: instalación de esperanza, universalidad, compartir información, altruismo, la recapitulación correctiva del grupo familiar primario, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, aprendizaje interpersonal, cohesividad grupal, catarsis, factores existenciales".

Para los niños pre-escolares y de latencia temprana (5 a 8 años) se ofrece un cuarto con juguetes como la casa de muñecas, plastilina, agua, pistolas. Por lo general reproducen sus dificultades familiares externando impulsos agresivos. Por catalización mutua, los niños obtienen estimulación activadora de libido de su material de juego. (5)

~~Slaveon (5) sugiere a una terapeuta femenina que induzca a los niños a producir fantasías tanto verbales como a través del juego; la terapeuta pondrá límites en forma activa cuando haya conductas hiperkinéticas secundarias a gran tensión.~~

Por su parte, Mark Blotcky (6) opina que la terapia de grupo es el tratamiento de elección para trastornos de ansiedad, conducta, carácter, estado de ánimo o como abordaje adjunto a otras terapias como la individual.

Describe tres tipos de terapia grupal: la de actividad, la de actividad-discusión y la de juego.

La terapia grupal de actividad minimiza la verbalización y se focaliza en la comunicación a través de la conducta. La interpretación verbal es menos importante que la interacción conductual. El marco de referencia del terapeuta (i.e., psicodinámico, psicoanalítico, interpersonal, aprendizaje social) es lo que colorea el abordaje terapéutico y la técnica empleada.

Algunos terapeutas reparten refrescos al final de cada sesión. Otros incluyen paseos diversos dentro de la ciudad.

La terapia de grupo actividad-discusión es una modificación de la anterior. Utiliza más la técnica tradicional de terapia de juego junto con tiempo estructurado para comentar. La exploración verbal se convierte en una parte integral de cada sesión. Esta técnica se parece a la terapia de juego psicodinámicamente orientada individual al emplear la interpretación de la transferencia.

Los cambios son logrados a través de imitación, socialización, experiencia emocional correctiva y confrontación de las distorsiones. Se fomenta la auto-observación y entendimiento. Las interacciones experimentadas son apreciadas y puestas en palabras. El terapeuta inicia el periodo de entrevista en algún lugar del consultorio aparte de los juguetes (v.gr., un círculo al centro). El hablar de lo acontecido permite a los niños ver que las interacciones dentro de la sesión reflejan algo sobre su vida interna y personalidad. La catarsis facilita el acercamiento del niño al grupo, realza sentimientos de aceptación e incrementa la autoestima.

En lo que concierne a la terapia de juego grupal, se enfatizan los aspectos comunicativos del juego para entender al chico intrapsíquica e interpersonalmente. En esta edad, el juego es un medio de comunicación más rico que la verbalización. El juego simbólico es muchas veces la única manera en que los pequeños pueden expresarse. En contraste con la terapia de grupo de actividad, los materiales están disponibles para la proyección de fantasía e incluyen objetos tales como muñecas, muñoles, crayones, lápices, papel, pizarrón, trenes, metralletas, carritos, etc.

La terapia de juego requiere de un mayor involucramiento por parte del terapeuta, pues debe tratar con una barrera virtual de material; el entendimiento de lo que acontece y las decisiones deben darse rápidamente sin descuidar tanto las intervenciones verbales como las conductuales. Requiere constante auto-escrutinio y atención meticulosa a cada niño; sus interacciones con los demás, el terapeuta y el proceso grupal por sí mismo.

b) Terapia de grupo a corto plazo.

Este tipo de terapia comprende ciertas características: dura de diez a veinte sesiones en frecuencia de una vez por semana con una duración de una hora a hora y media. Las orientaciones teóricas que han sido utilizadas son la psicoanalítica, la cognitiva, la interpersonal, y la conductual (7, 9).

Quienes defienden la utilización de esta modalidad refieren estudios comparativos con las terapias ilimitadas. Ellos encuentran que no hay diferencias en los resultados.

Las metas que se persiguen en este tipo de grupos son la disminución del distress, el restablecimiento del equilibrio emocional previo del paciente, la promoción del uso eficiente de

sus recursos, el desarrollo de la comprensión del paciente y el incremento de sus habilidades para resolver problemas.

Además, este tratamiento puede ofrecer al paciente su preparación para una psicoterapia a mayor plazo; la oportunidad para observación diagnóstica o estudio; una experiencia al estar en lista de espera; y/o por docencia.

Deben tomarse en cuenta tres aspectos para utilizar esta técnica: 1) seleccionar a los pacientes apropiados; 2) no ser tan ambiciosos con las metas terapéuticas; 3) mejorar la técnica.

Los criterios de selección y de exclusión prácticamente no difieren del grupo tradicional (3, 5, 6).

En cuanto a la composición del grupo, Robert Klein (7) opina que entre más homogéneo sea, mejor; contrario a la opinión para los grupos a largo plazo. Es importante identificar en todo momento el "tema conflictual central" o "foco dinámico" grupal.

Los clínicos (en la terapia a corto plazo) deben ser activos, directivos y flexibles. Deben actuar en respuesta a los niveles de patología de los pacientes; el nivel de competencia y experiencia del propio terapeuta; el momento y nivel de cohesión del grupo; las metas comunes de tratamiento; el contexto en el cual el tratamiento es llevado a cabo; y las restricciones que afectan el proceso del tratamiento (7).

Poey (9) desglosa cuatro fases en el desarrollo de un grupo:

1.- las principales tareas son la presentación de los miembros, la construcción del medio terapéutico, y la focalización del problema;

2.- en esta etapa se orienta a los miembros a las modalidades terapéuticas y se establece la cohesividad en medio de competencia entre los pacientes y retos hacia los líderes;

3.- se refiere al estadio funcional. Se incrementa la mutualidad y la exploración de las raíces en una atmósfera de apoyo;

4.- Se resume lo que haya y lo que no haya sido realizado así como el manejo de la despedida (9).

Debido al corto tiempo, las transferencias se difunden al comentar el uso de la proyección de uno de los miembros tan pronto como aparezcan. Lo ideal es mantenerlas de un modo positivo tanto como sea posible. Las transferencias negativas se manejan con clarificaciones y comentarios directos seguidos por sugerencias para regresar a los eventos en el aquí y ahora.

Es frecuente que los miembros sientan que el terapeuta no les dió suficiente tiempo; es frustrante, pues el grupo apenas ha comenzado a analizar en forma efectiva el problema cuando la terminación llega. Los terapeutas pueden caer en estar pasivamente de acuerdo más que interpretar las resistencias

normales ante los sentimientos de pérdida y separación (9).

En lo que a grupos de niños concierne, debe tomarse en cuenta el funcionamiento psico presente; en especial las relaciones y constancia objetal, juicio, prueba de realidad, control de impulsos, tolerancia a la frustración y patrones adaptativos (8, 14).

En cuanto a la técnica, el foco se encuentra en la conducta manifiesta, adaptación, imitación, competencia, tendencias y crecimiento al enfatizar las dinámicas de la experiencia emocional correctiva en el aquí y ahora (8).

Por otra parte, se han utilizado abordajes como el uso de la fantasía estructurada a través de técnicas psicodramáticas, como lo describen Didier Anzieu (en su libro) y Joan Smith con su "Club de Payasos" (10, 11).

c) Musicoterapia.

El enfoque principal de esta disciplina es el desarrollo de habilidades que se hayan visto comprometidas en algún momento.

Así, podemos encontrarnos con dinámicas orientadas a autistas, físicamente impedidos; como parte de algún programa de actividades en hospitalizados; la psicodanza, el psicodrama con música, la imaginación dirigida.

Mary Presley otorga un enfoque analítico a lo desarrollado por el paciente en los diversos instrumentos musicales.

La música es utilizada con las bases de constituir un lenguaje afectivo, modificar el estado de ánimo, transmitir relajación y como fuente de gratificación (12).

Entre otros objetivos se encuentran la exploración del mundo interno y externo del individuo al favorecer la posibilidad de vencer la inhibición y expresar en forma espontánea los conflictos a través de ese lenguaje no verbal; la movilización de la creatividad, así como liberar sentimientos de inseguridad e insatisfacción.

Para llevar a cabo los objetivos se cuentan con técnicas activas, técnicas de escucha y técnicas asociadas.

Se conciben tres aspectos de la musicoterapia: 1) Sonoterapia (poder físico y fisiológico de la vibración sonora); 2) Ritmoterapia (poder dinamogénico de la música); 3) Meloterapia (poder afectivo).

El efecto físico del estado vibratorio de un cuerpo ayuda sobre todo en la reeducación de niños con problemas de audición y lenguaje.

El ritmo puede ayudar al niño a moverse con menos tensiones, a aprender a conocer su cuerpo, el espacio que lo rodea y la relación espacio-cuerpo.

Se ha comprobado que la melodía despierta la actividad motriz, organizada luego por la estructura métrica. La meloterapia, pues, es empleada como técnica de descondicionamiento y desarrollo de la creatividad personal (12).

III.- MATERIAL Y METODO.

De acuerdo a los criterios de Foulkes y Anthony (3) para la selección de pacientes, se escogieron 4 pacientes entre 6 y 8 años de edad: 3 de 6 años y 1 de 7; una de ellas recién egresada de preescolar y 3 al terminar 1o. de primaria.

Las 4 de sexo femenino. Se hizo una evaluación inicial en forma individual determinando motivo de consulta manifiesto, motivo de consulta latente, síntomas, conflicto básico; relación con la madre, con el padre, hermanos, amistades; GAF inicial; GAF al terminar la terapia; metas de tratamiento y observaciones varias.

El contrato se estableció en una psicoterapia de grupo breve con una duración de 6 meses (26 sesiones). La frecuencia de las sesiones sería de una vez por semana por 1 hora y se sostendrían entrevistas de evaluación con cada una de las madres una vez por mes.

El diseño de la estructura de las sesiones se basó en la del Grupo Terapéutico Infantil (Garza Alanís, 2) y en la de la actividad de Musicoterapia en Comunidad Terapéutica de esta Institución (González Garza, 1).

Se comprendieron 4 tiempos: 1) hora inicial (15 min); 2) hora de hacer música (25 min); 3) mesa redonda [u hora de pensar (15 min)]; y 4) reacomodo de la sala y despedida (5 min).

Durante la hora inicial, tanto pacientes como terapeuta sacaban las sillas del lugar, se quitaban los zapatos, acomodaban cojines en círculo y se disponían a platicar de lo que había pasado durante la semana; incluso lo acontecido en la sesión anterior a modo de "warming-up".

Es aquí donde se decidiría qué actividad habría de hacerse en la siguiente hora, las cuales se explicarán a continuación.

La "hora de hacer música" correspondía a dinámicas musicoterapéuticas de las que se emplearon 3 como base: las estructuradas, las semiestructuradas y las proyectivas.

Para las estructuradas, que implican una ejecución grupal

dirigida por el terapeuta, se disponía de partituras de melodías conocidas dibujadas en un rotafolios. De este modo, todo el grupo leería las notas a interpretar en los xilófonos.

Otro ejercicio sería utilizar diversos instrumentos de percusión (panderos, cascabeles, claves, triángulos, campana) en alguna secuencia que fuera establecida.

Como ejercicios semiestructurados, donde existe una mayor iniciativa por parte de los pacientes, se contempló la adecuación con música de algún juego conocido; tomar el puesto de "Directora" al marcar una partitura; o bien construir alguna frase melódica que las demás repetirían. A éste último lo llamaron el "Teléfono Descompuesto".

Una variable del "Teléfono Descompuesto" fué el ir agregando notas por tocar a medida que alternaban sus turnos de ejecución.

Otro de los ejercicios fué el de dibujar en el rotafolios diversos instrumentos de percusión, después de lo cual serían tocados en el orden dispuesto. La "Directora" podía ser alguna paciente o la terapeuta.

Uno más en los semiestructurados fué que el grupo decidiera cantar alguna canción conocida.

Los ejercicios inestructurados o proyectivos consistieron en oír fragmentos musicales evocadores de asociaciones libres extramusicales expresadas a través del juego y/o verbalización.

Puesto que se sabe que diversos tipos de música rememoran otros tantos sentimientos, la música a escuchar fué clasificada en 3 grupos: la estimulativa, la sedativa y la neutral. Piezas musicales de corte clásico fueron grabadas en 3 diferentes cassettes de acuerdo al tipo al que pertenecieran. Las piezas, y su selección, fueron tomadas del trabajo de Nancy Ann Hadsell, donde 91 mujeres (49 sin preparación musical y 42 estudiantes de musicoterapia) evaluaron 34 selecciones musicales con una escala de Likert de 9 puntos en un continuum estimulativo-sedativo (4). Otras selecciones fueron tomadas de las estudiadas por Bence y Méreaux en su libro "Guía Práctica de Musicoterapia" (13).

Correspondería al grupo, en caso de que se hubieran decidido por una dinámica proyectiva, el escoger qué cassette deseaba oír.

¿Qué es lo que haría que eligieran uno u otro de los tres?

En la psicología del color, el rojo es cálido estimulante, el azul es frío sedativo y el blanco es neutral. Con estos tonos, los cassettes fueron teñidos. Presumiblemente, de acuerdo con el discurso manifiesto y/o latente grupal, escogerían por color el tipo de música que quisieran escuchar.

Otro tipo de ejercicios proyectivos fué el elaborar ellas mismas alguna canción inédita.

Un elemento más dentro del material utilizado fué la imagen al óleo de una mujer que se encontraba como parte de la decoración del aula.

A la "Hora de hacer música" le sigue la mesa redonda, donde, de nuevo sentadas en el suelo, se comentaba lo sucedido durante este tiempo de sesión. Las intervenciones terapéuticas se orientaron hacia fenómenos interrelacionales (con la limitante de no elaborar conflictos psicodinámicos profundos dado el corto plazo de tratamiento).

Para determinar si la evolución de las pacientes en su desarrollo psicológico, social y laboral al cabo de 6 meses no correspondería a un esquema natural, otro grupo de niñas de la misma edad (N inicial= 10; N final= 6) fué evaluado por medio del GAF (DSM-III-R) como grupo control al mismo tiempo que las pacientes. Más adelante se mostrarán los resultados.

IV.- PROCESO EVOLUTIVO.

Siete niñas con síntomas neuróticos fueron evaluadas en forma individual después de la preconsulta con el fin de conformar un grupo. Sólo cuatro reunieron criterios comunes de agrupabilidad de quienes expondré en breve los datos.

MARIA

EDAD: 6 Años 0 meses

ESCOLARIDAD: 3 Kinder (en curso)

Hija ilegítima

Colegio Particular

Fecha de Nacimiento: 30 de mayo de 1984

MOTIVO DE CONSULTA MANIFIESTO: vitiligo.

MOTIVO DE CONSULTA LATENTE: existe una relación muy estrecha entre madre e hija de tal forma que la madre a veces no puede llamarle la atención. Esto es como aparente consecuencia de la culpa que la madre siente por su situación con el padre. Existe colecho.

SINTOMAS: vitiligo. A veces es muy reservada y otras muy desobediente.

CONFLICTO BASICO: existe una dificultad para la separación entre madre e hija, ya que la percepción de ambas es que están solas en el mundo.

RELACION CON LA MADRE: selectiva. Existe buena comunicación, aunque a veces parece que M. es quien define las cosas por hacerse en la casa (límites de autoridad difusos entre ellas).

RELACION CON EL PADRE: es buena, aunque un tanto distante. La visita alrededor de 3 veces/sem.

RELACION CON HERMANOS: no tiene. Aún no conoce a las hijas de la primer familia de su papá.

RELACION CON AMISTADES: es buena. Le caen mal los niños.

DESEMPEÑO ESCOLAR: muy bueno. Ha tomado clases de ballet.

OBSERVACIONES: antecedentes de cuadros asmáticos y rash cutáneo por trigo, leche, chocolate, huevo; cambios de temperatura y de estación. Fué tratada con Intal 5 como preventivo (2 inhalaciones/día), dieta de eliminación y vacunas por 2 años: 1987 y 1988). Fué hospitalizada en Feb. 1989 por asma y en Sept. 1989 por neumonía. En crisis se trató con Teolong 100 mg/2hrs y Ventolin.

Al 1 1/2 año ingresó a maternal (por 1 año). A los 3 años ingresó al 1er. año de kinder en el actual colegio.

METAS DE TRATAMIENTO: fomentar la externalización de sus pensamientos y sentimientos dado lo reservado de su carácter. Ella es muy organizada y exigente en sus actividades. Da la impresión de no poderlas disfrutar porque siempre "le falta algo".

GAF ACTUAL: 70. Estado de ánimo deprimido en forma crónica, dada la ausencia del padre. Actitudes de rebeldía contra la madre.

EVA.

EDAD: 6 años 6 meses

ESCOLARIDAD: 1o. primaria

Hija legítima. La menor de 3.

Colegio Particular.

Fecha de nacimiento: 8 de diciembre de 1983.

MOTIVO DE CONSULTA MANIFIESTO: es muy rebelde. No obedece las indicaciones de sus mayores, sobre todo si provienen de mujeres como la maestra de la escuela (quien es quien la refirió), la madre o cualquier otra persona. Es muy inquieta, no puede permanecer sentada durante la clase en el salón. "no se deja" de las amigas y constantemente se pelea con sus hermanos. Dice mentiras y no quiere cumplir con sus tareas escolares.

MOTIVO DE CONSULTA LATENTE: la madre no se siente con el derecho de imponer disciplina a la niña, ya que es la más chiquita y la consentida del padre, actual esposo de la mamá.

SINTOMAS: es muy corajuda y enojona.

CONFLICTO BASICO: Siente que sus hermanos mayores le toman mucha ventaja en cuanto al aprecio de sus padres, aprovechamiento escolar, edad, tamaño, sexo, etc.

RELACION CON LA MADRE: es muy rebelde. La Sra. no sabe cómo imponérsele para educarla, pues teme ser demasiado dura con ella y que el padre se enfade.

RELACION CON EL PADRE: es su consentida.

RELACION CON HERMANOS: rivaliza con ellos. Al ver que no puede ganarles, pues están muy grandes, entonces los concibe como tramposos y abusivos, quienes no le dan ninguna oportunidad.

RELACION CON AMISTADES: convive con sus compañeras, pero siempre tratando de ser la líder, de otra forma o se burla de ellas (convirtiéndose en el centro de atracción) o se retira del juego.

OBSERVACIONES: en el colegio la condicionaron a que estuviera en tratamiento, pues llevaba 2 reportes de conducta. Sólo le faltaba uno para ser expulsada.

DESEMPEÑO ESCOLAR: regular. Aunque podría ser una muy buena alumna, el constante regateo con la maestra y la madre por no hacer su tarea y estudiar, ha impedido que mejore el 7 de promedio que ostenta.

METAS DE TRATAMIENTO: mejorar sus relaciones con las compañeras, dado que hasta ahora, ella sólo acepta hacerlo si es quien dirige los juegos, pues siente que sólo siendo la líder podría participar y sentirse incluida.

GAF ACTUAL: 55. Deterioro importante en la actividad social y escolar; se pelea con las compañeras y los hermanos pugnando por ser "la #1".

ESTHER.

EDAD: 7 años 0 meses

ESCOLARIDAD: 1 primaria.

Hija legítima. La mayor de 3.

Escuela de gobierno.

Fecha de nacimiento: 22 de mayo de 1983.

MOTIVO DE CONSULTA MANIFIESTO: es muy rebelde y peleonera. No obedece las indicaciones de la maestra ni pone atención. Es difícil que se mantenga en orden. Presenta encopresis y enuresis.

MOTIVO DE CONSULTA LATENTE: no es bien aceptada por su mamá y se siente despreciada. Busca que le llamen la atención para sentirse querida.

SINTOMAS: encopresis diaria desde hace 1 1/2 mes (mientras juega) y enuresis diaria primaria diurna, sin especificar tiempo de evolución.

CONFLICTO BASICO: muy pobre autoestima. No entiende de límites disciplinarios. Sólo una tía se ha preocupado por ella.

RELACION CON LA MADRE: la madre se ha desligado de sus responsabilidades para con Esther, pues prefiere atender a sus hijos menores confiada en que la tía (hermana mayor de la madre) se ocupará de ella. No le pone límites ni se preocupa por su disciplina o aprovechamiento escolar.

RELACION CON EL PADRE: no convive con él. Al parecer lo ve poco dado el horario extensivo de trabajo que él tiene.

RELACION CON HERMANOS: sus 2 hermanos menores (varones) tienen 3 y 2 años de edad. Se siente en desventaja para con ellos, pues piensa que a ellos sí los quieren.

RELACION CON AMISTADES: es pobre. La hacen a un lado dado que ella no presta atención a las reglas del juego y torpemente sigue las propias sin incluir los intereses de los demás.

DESEMPEÑO ESCOLAR: rendimiento promedio = 7.5.

OBSERVACIONES: ella vive con su tía y abuelo maternos, debido a la cercanía de la escuela donde finalmente la aceptaron gracias a la intersección de esta tía, quien es maestra. Esther es la nieta favorita y consentida: si acaso la madre la regañara, la familia de origen no lo permitiría.

METAS DE TRATAMIENTO: mejorar sus pautas de interacción con los demás, haciéndole ver las actitudes que la hacen merecedora del rechazo de sus compañeras.

GAF ACTUAL: 52. Deterioro importante en la actividad social y escolar. Las amigas la rechazan y se pelea con ellas. No acata indicaciones de sus maestras.

BETTY.

EDAD: 6 años 8 meses

ESCOLARIDAD: 1 primaria

Hija legítima.

Colegio Particular.

Fecha de nacimiento: 27 de septiembre de 1983.

MOTIVO DE CONSULTA MANIFIESTO: se ha encontrado muy irritable y llorona desde Marzo 1990. Vitiligo en costado der.

MOTIVO DE CONSULTA LATENTE: el padre es muy celoso de la madre. Su conducta agresiva hacia la madre data desde el 2 año de

casados. En Octubre de 1989, él se fué de casa, pues habían llegado a la conclusión (ambos cónyuges) de que no podían seguir viviendo juntos con tanta tensión. En marzo de 1990, él regresó, coincidiendo con la aparición de la mancha hipocromática.

SINTOMAS: mancha de vitiligo en costado der. Apareció ante el regreso a casa de su papá a casa y el juntarse con una niña muy agresiva que la golpea y demanda su absoluta atención (de la misma manera que el padre se la demanda a la madre).

CONFLICTO BASICO: se siente responsable de lo que sucede entre sus padres. Ella quisiera ocupar el lugar de la madre, de lo cual se siente culpable y merecedora de malos tratos.

RELACION CON LA MADRE: le tiene mucho miedo, así como a la maestra.

RELACION CON EL PADRE: estudió Psicología. Se dedica a los negocios. Antes era músico. No está de acuerdo con el Tx. de Betty ni con el de su esposa, pues considera que no sirve para nada. La Sra. piensa que esta actitud es debida al desencanto que él siente por su carrera, donde no pudo desenvolverse como quería.

RELACION CON HERMANOS: Tiene un hermano mayor de 10 años, el cual ha estado en tratamiento desde hace 5 años por hiperactividad. Betty se preocupa mucho por él. Si van de paseo, ella no quiere perderlo de vista (como cuidándolo). Quiere realizar funciones parentales en él.

RELACION CON AMISTADES: se convierte en blanco fácil de otras niñas, quienes terminan por abusar de ella. Su actitud es de nobleza.

DESEMPEÑO ESCOLAR: muy satisfactorio. Promedio: 9.5

METAS DE TRATAMIENTO: ensayar un tipo de relación donde pueda verse como una más del grupo, sin tener que ser "la que paga el pato" ni sentirse como la responsable de lo que las demás hacen, pues busca el control de la situación.

GAF ACTUAL: 76. Ligera incapacidad en la actividad social.

Las primeras tres pacientes comenzaron el 8 de Junio (1990). Betty comenzó una semana después. El inicio fué así:

PRIMERA SESION:

En el transcurso de los primeros 5 minutos llegaron las tres. Curioseaban el lugar. Les llamó la atención el material y aproximándose hacia él (corriendo) exclamaron:

T.- " Qué son? Son juguetes! Vamos a jugar con ellos! Si?"

My.- "A ver, a ver. Vamos a sentarnos aquí y primero platicar un rato." (Se sientan).

My.- "Vamos a reunirnos aquí una vez por semana para trabajar".

T.- "Noooo. Mejor vamos a jugar".

My.- "Si, vamos a jugar, pero de una manera diferente. Jugar aquí es una manera distinta de trabajar, no como la conocen en la escuela o en su casa. Se va a tratar de sesiones con diferentes tiempos: primero nos sentaremos a platicar qué es lo que les ha sucedido en la semana. Después, haremos música..."

T.- " Música? A mí me gusta mucho cantar..."

My.- "Sí. Habrá varias formas. Podremos leer estas hojas (el rotafolios) tocando los xilófonos; o bien cantar; o tocar los otros instrumentos; o escuchar cassettes..."

Eather.- " Hijole! Me hubiera traído el de Luis Miguel! O mejor el de Alejandra Guzmán. Si, para cantar todas sus canciones".

Eva.- "Yo canto en la escuela y me sé muchas canciones".

My.- "Bueno. Lo que se trata es escuchar alguno de estos 3 cassettes que aquí están: el blanco, el azul o el rojo".

María.- " Y qué tienen?"

My.- "No lo sé. Habría que oírlos".

Esther.- "No, no. Mejor vamos a jugar a otra cosa: al voto o a los encantados..."

My.- "A ver, aver. Ahorita vemos qué hacemos. Después de esta hora, vamos a juntarnos otra vez a platicar sobre lo que haya pasado en la sesión; al final dejaremos todo como estaba. De acuerdo?"

T.- "Síiiii".

My.- "Bien. Además, estaremos por 6 meses aquí".

María.- " Hasta cuándo?"

My.- "Hasta finales de noviembre...Pero, aún no nos hemos presentado". (Nos presentamos)

My.- " Qué podríamos decir de lo que las trae aquí?"

María.- "Yo me porto muy bien. Me va bien en la escuela y le hago caso a mi mamá".

Eva y Esther.- "Mejor vamos a jugar, yo no quiero pensar cosas malas".

Esther.- "Como la vez pasada que vi una película de unos diablitos y una bruja".

María.- "Mi mamá dice que no existe el diablo ni las brujas".

Eva.- " Cómo sabes? A lo mejor se te aparecen por las noches y ni te das cuenta. Buuu!".

My.- "Bien. Sigue la hora de música. Qué les gustaría hacer?"

Querían jugar diversas rondas. Les pregunté de qué manera podían utilizar música en ello. Al no poder responder me pidieron les enseñara cómo se usaban las partituras.

Después de 10 min. en ello, dijeron:

Esther.- "Ya sé. Mejor vamos a jugar a los cojinazos".

Y a darse, mientras yo permanecía a la expectativa.

El gusto no me duró mucho, pues una de ellas gritó"
--- " Ahora ella es la bruja! Todas contra ella!".
Como luego dicen, ya no veía lo duro, sino lo tupidó.
No contentas con eso, comenzaron a subirse arriba de mí.
Realmente querían acabar con la "espanta-niñas".

Acabado el tiempo, irrumpí:

My.- "OK,OK. Vamos a dejar los cojines en el suelo y a platicar".

T.- " Otra vez?".

My.- "Si".(Después de pasado un tiempo, con intervenciones muy activas de mi parte [incluyendo el quitármelas de encimal nos sentamos). " Cómo se sintieron?".

T.- "Bieeen".

No faltó quien quisiera identificarse conmigo (el agresor):

María.- "A mí me gustó mucho mucho cuando jugamos con los...
Cómo se llaman?".

My.- "Xilófonos".

María.- "Esos".

Eether.- "A mí a veces me da miedo por las noches. Siento que alguien está ahí".

Eva.- "Maestra, podemos seguir jugando?".

My.- "En la próxima sesión. Pero, parecen muy asustadas; como si alguien les fuera a hacer daño. Quizás yo".

T.- "Nooo. Porqué?".

My.- "Quizás el temor de qué es lo que vaya a pasar aquí, en estas reuniones".

Eva.- " Ud. es Dra.?".

My.- "Si".

Eva.- " Y si nos portamos mal nos va a poner inyecciones?".

My.- "No. Mi trabajo con Udes. será de otro tipo, como les expliqué al principio... Bueno, por hoy terminamos. Vamos a recoger. Por cierto, es probable que vengan más personas aquí".

Eether.- "Niños o niñas; grandes o chicas".

My.- "Niñas".

María.- "Menos mal. Los niños no me gustan. Son muy desordenados".

La persecución, amenaza de ser invadidas; la identificación con el agresor y competencia por ser la favorita fueron, pues, manifiestas.

Así lució el primer bimestre de trabajo: entre lucha y fuga y dependencia. Lo primero se mostraba a través de agresiones físicas disfrazadas de juego con una gran dificultad para respetar los límites; lo segundo, al elegir siempre el leer las partituras siempre y cuando yo les indicara las notas para tocar.

Buscaban, pues, las dinámicas estructuradas: tenían volverse locas.

Poco después, se dieron cuenta de que aparte del rotafolios había un cuaderno chiquito con las partituras originales de los xilófonos, motivo de más para disputarse quién tocaba cuál y cuál de ellas sería la líder, pues o buscaban tocar aparte con sus papeles e instrumento, o trataban de convencer a otras de unirse a su actividad.

Me percibían y ponían como observadora aparte cuando decidían poner el cassette rojo para correr, hacer gimnasia o bailar (cuidando de que no se les vieran los calzones). Buscaban con la mirada mi aprobación y llamar la atención. Prevalecía, pues, el discurso individual.

De una u otra forma, la fase integrativa se daba.

María (toda corrección, sin decir malas palabras, acatando lo que dicen sus maestras, esperando obedecer instrucciones) gritaba de terror y coraje ante la actitud toda rebelde de Eva, quien, para darle su merecido, le lanzaba flatos sobre la cara para que no fuera tan estirada. Ella, Eva, en complicidad con Esther, apagaban el foco, pues había fantasmas. María, Betty y yo tratábamos de poner orden a la situación. Al final grité:

My.- "Sabén dónde están los fantasmas? Dentro de Udes. mismas al querer molestar a los otros y tener miedo de ser castigadas".

Un silencio sepulcral marcó la sala:

--- "Es cierto. Por eso mejor sería que nos portáramos bien, porque después nos regañan y nos golpean" (Sesión 8)

A decir de las mamás, en este tiempo, todas mostraban disminución de los síntomas.

En el transcurso del 2 bimestre, la cohesión se dió. Se ponían de acuerdo para escoger la dinámica, inventaron canciones, e incluso juegos: uno al que llamaron el "teléfono descompuesto"; otro, el idear un ritmo con percusiones para que las demás la imitaran turnándose el orden de aparición. Por primera vez me incluyeron como participante; pero a costa de Esther, la gorda y tosca que siempre llegaba tarde, en quien ponían todo lo despreciable y aseguraban que no llegaba a tiempo con tal de no dejar de comer.

Todas estaban muy molestas con ella, pues interrumpía la hora de hacer música cuando ya se habían puesto de acuerdo.

Por 3 sesiones seguidas, Esther faltó. Las demás se echaban de menos entre sí si alguna faltaba (tiempo de vacaciones) menos a Esther.

En ese tiempo, Eva también se ausentó por 2 sesiones, lo que valió para que se formara el subgrupo María-Betty vs. Eva-Ether.

Durante las 2 sesiones (Nos. 11 y 12) que María y Betty estuvieron sólo conmigo, comenzaron a pensar en lo que la música les evocaría al escucharla:

Betty.- (Después de decir que por fin habían hecho lo que habían querido sin tener que hacer música, lo cual le fué confrontado) -"La música es lo que nos acompaña e inspira nuestros sentidos... Es cierto! Como cuando estábamos como dormidas y se oía".

Así fué. La Cenicienta, Blancanieves y la Bella Durmiente habían sido protagonizadas con sus diversos personajes. A veces una era Maléfica; en otras era otra. Incluso fué personificado el Príncipe quien, en forma literal, besó a Blancanieves.

Ya no les importaba que se les vieran los calzones:

María.- "Al cabo aquí todas somos mujeres... Y Ud., tiene hijos?".

My.- "Qué piensan?".

(María).- "NO. NO TIENE". Interpeló la hija única.

Eva y Esther volvieron para rechazo de María y Betty. No sabían jugar a lo que ellas conocían ni parecían querer participar en ello. Incluso Esther "osó" llevar a una amiga para que jugara con ellas.

María (a Eva).- "Ya deja de estar corriendo! No le hagan caso. Sólo lo hace por llamar la atención. Qué chiflada eres!".

El grupo tocó fondo (sesión #15). Al iniciar la sesión, Eva me entregó un recado de su mamá diciendo que había vuelto a portarse mal en el salón y ya no hacía la tarea. Betty, quien hiciera mancuerna con María para buscar la funcionalidad, ahora había golpeado a Eva y su mancha hipocromática se había extendido. Esther volvió con su encopresis. María presentaba una bronquitis alérgica con tos productiva, la cual hizo que en medio del apagar y encender luces, correr y gritar pugnando por el orden, buscarme para que la protegiera del caos que las otras hacían, vomitó en uno de los cojines.

Yo no hallaba qué hacer. Me sentía desmoralizada. Pensaba que las cosas no estaban funcionando sin poder poner orden a todo aquello. Encolerizada, me vi en la necesidad de tomar a cada una de los hombros y sentarla para comenzar la hora de pensar.

Se sentían responsables de lo que a María le había pasado y me veían con reserva al percatarse de un aspecto real:

---"Usted también se enoja, verdad?".

La escena temida se hacía manifiesta:

Esther.- "Es que esto ya se va a acabar! Verdad? Cuando vamos a dejar de venir?".

--- "Y qué podemos hacer?".

Esther.- "Una fiesta!".

Betty.- "Se puede?".

My.- "Me parece una buena idea".

Betty.- "Nos podemos poner de acuerdo y traer cosas".

Esther.- "Sí! Andale maestra, denos permiso".

My.- "Bueno. Podemos hablar de eso en el transcurso de las próximas sesiones".

--- "Pero, cuándo se va a acabar?".

My.- "El 30 de Noviembre. Todavía faltan 2 meses y medio".

Como a Esther le había tocado traer el pastel, lo trajo; pero 2 meses antes. Pensó que sería bueno que nos fuéramos despidiendo con una fiesta cada viernes.

Después de aclarar el punto, le hicimos los honores.

Se trataba de un pay de limón con merengue. No pudieron esperar mucho antes de embarrarse la cara con él (y a mí también).

Eva.- "Hijole! Nunca me había embarrado de pastel. Deja me veo en el espejo para ver cómo estoy".

Tuvo que hacerse un tiempo para poder ir al baño y lavarnos la cara, antes de continuar con la sesión.

El tercer bimestre se vió engalanado con la preferencia por las dinámicas proyectivas.

Abrían las cortinas de la Cámara de Gessell por los dos lados. Cuidaban que el foco del aula continua estuviera encendido (ya que ya no tenían miedo de que Freud las viera). Apagaban el foco del cuarto donde estaban; la repisa sobre la cual descansa el espejo se convirtió en el escenario:

--- " Yo primis! Yo segus! Yo terciel!".

Ya puestas de acuerdo en el orden de aparición, colocaban el cassette blanco en la grabadora (con la Marcha Eslava de Tchaikovsky) y una por una pasaba al escenario para que a través el público apreciara su sombra danzante.

Para el público (el resto de las niñas y yo) se colocaban los cojines en el centro del salón a modo de butacas.

Si bien María hacía gala de sus conocimientos en Ballet, Esther, la más pesada y alta de las 4, se atrevió a bailar delante de las demás. Titubeó en hacerlo; pero las demás se encargaron de decirle que no importaba que lo hiciera perfecto, o bien, o mal, sino HACERLO como ellas. Después de que terminó, todas le aplaudimos.

A partir de este momento, Esther se sintió "en confianza". Competía con la diada María-Betty por el liderazgo; confrontaba y exponía lo que no le gustaba.

La mamá decía que había empeorado, pues aunque ya no tenía encopresis, ahora le respondía muy feo: le reclamaba que sólo quisiera a sus hermanos por ser hombres y a ella no.

En una ocasión, casi al finalizar el 5 mes, el grupo sólo quería dibujar. Estaban decididas a "hacer lo que ellas quisieran". A Eva no le convenció mucho lo que sus compañeras querían hacer. Optó por sentarse en mis piernas y platicarme de su escuela, su perrito, sus amiguitas y demás.

Qué caro le costó! A partir de la siguiente sesión, las demás la inculparon de ser la responsable del desorden del grupo. Por ella estaban tan perturbadas; por ella, no podían jugar a gusto.

A Eva le dolió mucho que la atacaran así. A pesar de confrontaciones laterales y centrales que giraban en torno a lo irreal de sus acusaciones, Eva comenzó a llegar muy tarde a las sesiones; incluso hasta después de la hora de hacer música. A las demás no les importaba. Cuando se llegaban a acordar, decían que era mejor que no viniera, pues las iba a interrumpir. Siempre que fué posible, yo invité a Eva a que se reuniera e incité a las demás a que lo hicieran sin resultado.

María.- " Por tu culpa no podemos jugar a gusto. Siempre vienes a hacer desorden!".

Betty.- " No te enojas! Contrólate! Qué no ves que por eso nos salieron las manchas y luego nos trajeron aquí!?".

Betty se sentía muy mal. Sus papás se habían separado después de un pleito a golpes y amenazas de muerte que ella presenció. Por si fuera poco, el día de la fiesta de su cumpleaños, su papá llegó, sólo para decirle que ese iba a ser el último adiós, pues, según él, su mamá no iba a permitir que le volviera a hablar (cosa del todo falsa, pues su papá comoquiera no dejaba de telefonarle).

Betty se volvió irresponsable, desordenada, poniendo a prueba toda estructura, incluso la que yo indicara en el grupo y mi paciencia.

María, por su parte, seguía acumulando menciones honoríficas. Ella era la líder entre las amiguitas y la alumna favorita de su salón. Las manchas desaparecieron casi por completo; el colecho se rompió. La mamá comenzaba a verla como otra persona de entidad independiente.

Eva, a pesar de funcionar como chivo emisario en el grupo, ya no había recibido reportes de conducta, hacía su tarea sin necesidad de forzarla y sus amigas la aceptaban un poco mejor.

Eran las últimas sesiones. En un momento de depresión, el gran ausente apareció:

Esther.- "Es que siento que mi papá...no me quiere".

Esther comenzó a llorar. La hija de familia integrada dijo que el de ella sí la quería. Las otras dos intentaban reponerse: una diciendo que a lo mejor no era cierto; la otra escondiéndose bajo los cojines para no seguir escuchando.

María.- "Es que es como las mamás: nos regañan pero es por nuestro bien y sí nos quieren".

Al dirigir la mirada hacia el cuadro al óleo, Esther enunció:

Esther.- "Esa bruja maldita! Cómo me gustaría acabar con ella! Vamos a bajarla!".

Lo estaban intentando cuando...

Esther.- "No. Mejor no. No vaya a ser que nos castigue".

Cuando jugaban al cine, la reparación se dió: en medio de la hora de la acción, escucharon ruidos y salieron afuera en busca de Eva.

María me abrazó diciendo: --"Tú eres mi mamá".

My.- "Sí, y ellas tus hermanas de terapia".

Eva llegó. Comenzaron a jugar al camión. Esther conducía. Ella y María iban a Acapulco; Betty a Tampico; Eva no supo decir.

En la hora de pensar (mesa redonda) lea devolví cómo la bruja era yo: estaban enojadas conmigo porque el grupo llegaba a su final:

--- "Sí. Porqué no esperaste hasta vacaciones de Navidad? O hasta mayo. Yo quisiera estar aquí hasta mayo".

Esther.- "Nunca pensé que se fuera a acabar. Parecía tan lejos".

Sin embargo, se recuperan y comentan qué es lo que le van a pedir a Santa Claus, pues esta Navidad va a ser muy bonita.

Terminó la sesión. Al momento de recoger la sala, Esther, Eva y Betty se subieron al último camión (i.e., a una misma silla para que yo las llevara adentro). María optó por alejarse: no tenía hermanas; tampoco las quería. No iba con su ECRO.

EPILOGO: LA FIESTA.

Serpentinas, globos, ensalada, pastel y refrescos enmarcados con gran algarabía eran repartidos en forma equitativa. Sin embargo, se echaba de menos la presencia de Eva.

Betty.- "Déjenla. Ella se lo está perdiendo. Estos momentos que estamos pasando ella no los va a pasar. Pobrecita. No va a tener este recuerdo. Es como dice la maestra: lo que nos llevamos del grupo es lo que vivimos aquí".

De todos modos, Eva llegó para regocijo de todas. Nos quedaban pocos minutos. La despedida estaba ahí. Comenzamos a llorar, excepto Eva: decía no entender porqué estábamos tristes.

Betty.- "Podemos poner un cassette para acordarnos siempre del grupo?".

My.- "Claro!".

Escogieron el azul. Después de una porra de ellas dirigida a la maestra, otra más entre todas para el grupo de Musicoterapia mientras se alejaban al compás del Adagio del Concierto de Aranjuez.

V.- RESULTADOS.

En el grupo control 11 niñas fueron evaluadas en su escuela durante el mes de junio '90 determinando su GAF.

De ellas, 6 pudieron ser reevaluadas al final de los 6 meses.

Los GAFs iniciales fueron: 55, 75, 83, 58, 63 y 56, con un promedio de 65.

Los GAFs al final fueron: 61, 70, 81, 62, 68 y 53, con un promedio de 65.83.

La diferencia entre uno y otro = 0.83 a favor. Dos de ellas bajaron puntos, coincidiendo con el testimonio del maestro quien refirió problemas familiares agudizados en su habitat de origen.

Los GAFs de las pacientes al iniciar fueron (por orden de aparición): 70, 55, 57 y 76, con un promedio de 64.5.

Al finalizar la terapia: 85, 80, 62 y 70, con un promedio de 74.25 dando una diferencia a favor de 9.75 puntos.

De ellas, sólo Betty obtuvo una diferencia en contra de 6 puntos, secundario a la separación de sus papás, como se describió.

María terminó con el colecho con su mamá, comenzó a externar lo que no le gustaba de las situaciones tanto familiares como escolares, mejoró aún más sus notas, se desempeña con tareas especiales en su escuela y su vitiligo casi desapareció por completo.

Eva ya no recibió ultimátums por parte del colegio. Se siente responsable de hacer sus tareas sin la necesidad de presionarla y las amigas la toleran mejor.

Esther se desentendió de su encopresis y enuresis. Aprendió a externarle abiertamente a su mamá el desprecio que siente de ella, lo cual motivó a la señora para prestarle un poco más de atención.

VI.- DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Como ustedes habrán observado, pacientes, terapeuta, clasificador de la música y retrato al óleo son isogámicas.

Esto tiene un porqué. Se ha demostrado que el efecto de la música en el estado anímico de hombres y mujeres es diferente (4).

Por lo demás, recordemos que entre los 4 y 7 años de edad la tarea en el desarrollo de la personalidad es distinta para los diferentes sexos: el conflicto de los hombres es "acabar" con el padre y "ganarse" a la madre; en las mujeres es al revés: su motivo de consulta más frecuente a esta edad es la rebeldía contra la "mujer bruja" que las acosa o "su mamá no las quiere" (14).

Al ser la terapeuta del mismo sexo que ellas, se confrontan con la imagen tan querida como odiada.

Hay quienes estipulan que no importa si se trabaja con un grupo mixto o no a esta edad. Tratándose de contar con poco tiempo, la conjunción no es lo más adecuado, pues las tareas, como se mencionó, son muy diferentes y la homogeneidad entre los integrantes es primordial.

La diferencia entre los GAFs de los 2 grupos es importante ($9.75 - 0.83 = 8.82$).

La mejoría en los síntomas es satisfactoria. Pero, cuánto tiempo perdurarán?

Aún con lo mencionado en la bibliografía, es difícil pensar que se dieron cambios estructurales en tan poco tiempo.

Lo más probable en cuanto a la mejoría del cuadro dermatológico de María es que sea el resultado de un efecto colateral del tratamiento, pues nunca fué una meta.

La muestra es pequeña para concederle un valor estadístico significativo. De todas formas, una diferencia de casi 9 puntos invita a pensar en la utilidad del método.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

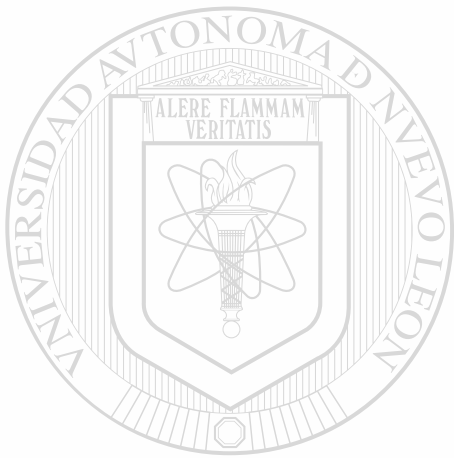
Por la puerta de mi consultorio asomó una cabecita. Era Eva quien me preguntó: -" me puedo llevar un biberón?".

B I B L I O G R A F I A

- 1.- González Garza, J. Musicoterapia: sus aplicaciones en la Comunidad Terapéutica. Trabajo presentado en: XI Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C., Morelia, Mich., Noviembre, 1989.
- 2.- Garza Alanís, C. et col. El Grupo Terapéutico Infantil. Trabajo presentado en: Memorias de la XII Semana Psiquiátrica del Norte, Monterrey, N.L., Octubre, 1987. pp 145-166.
- 3.- Anthony, E.J. Group analytic psychotherapy with children and adolescents. En: Foulkes, S.H. & Anthony, E.J. (eds.) Group Psychotherapy: the Psychoanalytic Approach. Baltimore, Penguin Books, 1959. pp 186-232.
- 4.- Hadsell, N.A. Multivariate Analyses of Musicians' and Non-Musicians' Ratings of Pre-Categorized Stimulative and Sedative Music. Journal of Musicotherapy, Vol. XXVI, Num. 3, 1989. pp 106-114.
- 5.- Kraft, I.A. Group Therapy. En: Noshpitz, J.D. (comp.) Basic Handbook of Child Psychiatry. New York, Basic Books, Inc. Publishers, Vol. III, 1979. pp 159-165.
- 6.- Blotcky, M.J. Child and Adolescent Group Psychotherapy. En: Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (comp.) Comprehensive textbook of Psychiatry, Fifth Edition, Williams & Wilkins, 1989. Vol. II. pp 1928-1930.
- 7.- Klein, R.H. Some principles of Short-Term Group Therapy. Int. J. Group Psychother., Vol. 35, Num. 3, 1985. pp 309-330.
- 8.- Scheidlinger, S. Short-Term Group Psychotherapy for Children: An Overview. Int. J. Group Psychother., Vol. 34, Num. 4, 1984. pp 573-585.
- 9.- Poey, K. Guidelines for the Practice of Brief, Dynamic Group Therapy. Int. J. Group Psychother., Vol. 35, Num. 3, 1985. pp 331-354.
- 10.- Smith, J.D. et col. The Clown Club: A Structured Fantasy Approach to Group Therapy with the Latency-Age Child. Int. J. Group Psychother., Vol. 35, Num. 1, 1985. pp 49-64.
- 11.- Anzieu, D. (1956) El Psicodrama Analítico en Niños y Adolescentes, Buenos Aires, Paidós, 1970.
- 12.- Loroño, A. & Campo, P. (1985) El uso terapéutico de la música en el niño. En: Taller de Biomúsica. Manual de Musicoterapia. Barcelona, Cuadernos de Integral, 1987. pp 45-49.

13.- Bence, L. & Méreaux, M. (1987). Guía Muy Práctica de
Musicooterapia. México. Gedisa. 1988. pp 156-159.

14.- Becker, T.E.. On latency.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

