



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA COTERAPIA: DESARROLLOS, CONFLICTOS Y ALTERNATIVAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARIO CESAR BEJOS LUCERO

ASESORA:

DRA. TERESA GUERRA

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

29053.08
UNSM. 124
1980

U. - 23300
Apr. 677

Agradezco infinitamente a todos aquellos -
que me apoyaron para llegar al final de la
carrera y permitieron la elaboración de es
ta Tesis, a todos ellos

G R A C I A S .

I N D I C E

INDICE

| | PAGINA |
|---|--------|
| PROLOGO | 1 |
| I) INTRODUCCION HISTORICA SOBRE LOS GRUPOS | 4 |
| A) METODO REPRESIVO | 4 |
| B) METODO DIDACTICO | 7 |
| C) METODO PSICODRAMATICO | 10 |
| D) METODO PSICOANALITICO | 14 |
| E) GRUPO OPERATIVO | 21 |
| II) UN GRUPO ESPECIAL: LA FAMILIA | 27 |
| III) EL OBSERVADOR EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO | 30 |
| IV) LA COTERAPIA | 38 |
| A) ¿EN QUE CONSISTE LA COTERAPIA?..... | 38 |
| B) COMO SE INTEGRA UN EQUIPO TERAPEUTICO..... | 39 |
| C) COMO FUNCIONA EL EQUIPO TERAPEUTICO..... | 42 |
| D) ELEMENTOS PARA LA INTEGRACION DEL EQUIPO TERAPEUTICO.... | 44 |
| V) UN CASO CLINICO..... | 47 |
| A) EL EQUIPO TERAPEUTICO..... | 47 |
| B) MOTIVO DE CONSULTA..... | 47 |

| | |
|--|----|
| C) DESCRIPCION FAMILIAR BREVE (FAMILIOGRAMA Y ASPECTOS DESCRIPTIVOS)..... | 50 |
| D) LA INTERVENCION TERAPEUTICA (DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO)..... | 50 |
| VI) DISCUSION Y CONCLUSIONES..... | 57 |
| VII) BIBLIOGRAFIA Y CITAS..... | 61 |

P R O L O G O

Es el propósito de esta Tesis, investigar la técnica grupal llevada a cabo en los últimos diez años en el campo de la psicoterapia grupal, la coterapia. Práctica que tiende a expandirse tanto en el consultorio -- privado como en el de atención pública, básicamente con fines didácticos y para disminuir la sobrecarga que en ocasiones padecen los trabajadores dedicados a la salud mental.

En la primera parte de este trabajo, se habla en forma introductoria acerca de la historia de los grupos. Esto va desde lo que se nombra como método represivo de principios de siglo, hasta el ahora grupo operativo, pasando por una visión somera del grupo didáctico, el grupo con manejo psicodramático y el grupo con orientación psicoanalítica, el cual se ha elegido para profundizar en este tema de la coterapia. La razón es que dicha orientación conceptualiza al grupo terapéutico como una estructura verbal y que utiliza la teoría y técnica psicoanalítica como herramientas para -- describir, comprender e interpretar la psicodinámica de los grupos y sus miembros.

Para la segunda parte se ha querido hacer una distinción entre lo que es grupo y lo que se entiende por grupo familiar, el cual se le ha dado carácter de especial ya que a pesar de que cuantitativamente cumple los requisitos de grupo como en otros aspectos más, desde la calidad de sus miembros, merece una explicación que aunque sea breve, es necesaria.

Hablar de la familia pretende darle al lector una aproximación -- para entender el caso clínico que aparece al final del trabajo.

El observador en la psicoterapia de grupo abarca la tercera de esta Tesis, y se plasma tal y como surgió, o sea que, se presenta el observador como una forma de aprendizaje práctico en los grupos, la alternativa es aceptada y evaluada. Al tener las ventajas, fueron surgiendo paralelamente las dificultades de su uso que propiciaron la reflexión de su rol y función, para así darle lugar al observador participante o coterapeuta.

La cuarta parte sobre la coterapia, abarca cuatro puntos medulares para entender qué es, la integración como equipo de trabajo y sus ele-

mentos, así como el funcionamiento a partir de estos momentos. El carácter simétrico de la relación entre los terapeutas, permiten enumerar las ventajas para el tratamiento y por lo tanto a quienes son atendidos bajo esta modalidad.

Una muestra práctica del uso de esta técnica, es el objetivo del capítulo cinco. Durante esta experiencia se ha podido hablar de la vivencia propia como coterapeuta, así como del tratamiento mismo en el caso de una familia.

La discusión y conclusiones tienden a evaluar el trabajo en una forma global, ya que abarca todos los niveles y áreas. Para todo lo anterior se pensó en un marco teórico referencial: la revisión bibliográfica.

Entendemos pues, que la coterapia es un trabajo en equipo de dos o más terapeutas en absoluta condición de igualdad, participando en el mismo fin terapéutico para tratar a un grupo, parejas, familias, y como necesidad imperante en comunidades e instituciones. Tal participación debe estar caracterizada por un interjuego interpretativo entre los terapeutas, que además de ser igualitario, en lo que se refiere a importancia, funciones y jerarquía, debe ser fluida y con un alto grado de espontaneidad.

I

INTRODUCCION HISTORICA

SOBRE LOS GRUPOS.

HISTORIA DE LA TERAPIA DE GRUPOS

La terapia podemos encontrarla en diferentes escritos con diferentes sinónimos, esto se debe tanto al desarrollo histórico como a la técnica de la que se trate. Sobre este desenvolvimiento de la psicoterapia de grupo, se ha tomado la interesante clasificación de Zimmerman, que hace de estos grupos, debido a la utilización de procedimientos tan diversos. Así pues, la aplicación de estos métodos nos dan: a) el grupo con el método represivo; b) el método didáctico; c) el grupo manejado con el método psicodramático; d) el método psicoanalítico y e) la aportación del método operativo a los grupos.

Veamos brevemente a qué se refieren cada uno de estos métodos:

A) Método Represivo.

Se da empiezo con este método, ya que es donde se puede ubicar al fundador de la psicoterapia de grupo, J.H. Pratt.

En 1905 este investigador partió de la observación de la convivencia de pacientes tuberculosos que aguardaban en la sala de espera del Hospital General de Massachussetts, donde llegó a fundar la Clínica de Control del Pensamiento. Pratt empezó a reunir en grupo a los pacientes para dictarles un curso de Higiene Personal, en donde por medio de clases, les explicaba todo lo referente a la enfermedad que padecían, tratamiento, posibilidades de curación, relación con los familiares y amigos, daba consejos y esperanzas de curación. El método que empleó Pratt es conocido como "Clases de Control del Pensamiento", que después de utilizarlo con los pacientes tuberculosos lo extendió al tratamiento de pacientes diabéticos, cardíacos y psiconeuróticos.

Consideró que estas reuniones desempeñaban un papel importante en la recuperación de las enfermedades, porque "...invariablemente, los pacientes mejoraban: se volvían optimistas y más valientes" (1), y no solamente esto mantenía optimista a Pratt, sino además aceptaba la afirmación de que los resultados favorables se podían atribuir a la influencia benéfica de una persona sobre otra, o sea, que el grupo depositaba su confianza y su

fe en el terapeuta.

Pratt en sus grupos semanales de hora y media cada uno y con -- aproximadamente veinte pacientes, "calificaba" a los pacientes según su -- acatamiento a las indicaciones médicas, estableciendo un sistema de pre-- mios, pasando a los antiguos pacientes a un lugar de privilegio, que eran los primeros lugares del salón al lado del terapeuta, utilizando la compe-- tencia para acelerar la recuperación entre los demás miembros del grupo. - Se comenzaban las sesiones tomando lista a los pacientes. A continuación, una secretaria distribuía papeles en donde los pacientes sin anotar su nom-- bre, deberían escribir sus mejorías o si acaso la persistencia de los sín-- tomas. Según un ejercicio de relajamiento muscular y mental, después de - lo cual se hacía un pequeño discurso que trataba sobre los problemas emo-- cionales simples, o se realizaba una lectura de trozos, en prosa o en ver-- so, de contenido edificante. Así pues, el líder (médico) benévolo y pater-- nal daba oportunidad a los enfermos para que formularan preguntas acerca - del tema tratado, a fin de aclarar dudas.

De esta explicación se entiende el por qué de la denominación -- del método -antes llamado "Reeducación moral, Persuación"- debido a que -- una paciente de poca instrucción obtuvo una "cura milagrosa". Pratt en al-- gunos casos, en virtud de la rapidez y el brillo de las curaciones, tiene dificultades en explicarlas.

Se menciona la utilización de técnicas represivas con mayor inten-- sidad que Pratt; se tienen a Rogerson Chappel, Pike y Stephano en pacien-- tes con úlcera péptica, a Emerson con niños desnutridos, Buck con hipertensos, Marsh Snowden Howard y Lazell con psicóticos, en este caso, se consi-- deraba que los pacientes se beneficiaban por sentirse en condición similar entre ellos.

ABRAHAM A. LOW. se cuenta aparte por la forma extensiva y quizá violenta de emplear el método represivo.

En Chicago en el año de 1937, Low fundó, con treinta psicóticos que recibieron el alta después del tratamiento de "electrochoque", una entidad llamada "Recovery Inc." (Recuperación Incorporada). Se hacía una jerarquización de los pacientes por rangos y los "jefes" y "asistentes" --- (') los cuales dirigían las acciones de los demás miembros del grupo.

La base del proceso terapéutico empleado, consistía en sustituir el lenguaje usado por el paciente capaz de crear tensiones emocionales y - perpetuar los síntomas por expresiones afirmativas, propiciadas por el médico, dirigidas en el sentido de la salud mental.

"La terminología de la "Recovery Inc." constaba, prácticamente de dos expresiones: sabotaje y autoridad. Cuando por ejemplo, el paciente decía que su síntoma era "incontrolable" o "insuperable" estaba haciendo un diagnóstico y/o pronóstico que constituían un "sabotaje" al diagnóstico y - pronóstico del médico poniendo en duda su autoridad (''). Una vez que este había firmado un diagnóstico no se permitía más a los pacientes hacer auto-diagnósticos. Después de dos meses en la "Recovery Inc."; el paciente debía haber abandonado o disminuido sus síntomas; en la hipótesis contraria - es considerado "saboteador" (''). Esto significa que "aún no" aprendió a dejar de resistir al médico, debiendo hacer mayores esfuerzos en ese sentido" (2).

Finalmente diremos que el método represivo se verificaba sin ningún disfraz ya que no se tomaban en cuenta los conflictos inconscientes, o sea, no se "tocaban" los verdaderos orígenes de los síntomas neuróticos o - de otro tipo. Simplemente se los trataba de reprimir o negar.

(') Hago notar que este es el único momento en el método represivo del que se habla algo respecto a nuestro tema a tratar.

('') Lo subrayado es mío.

Reinaba el poder mágico de la palabra, la relación entre el psicoterapeuta y el grupo era de franca sumisión de éste a la autoridad de aquel. La represión quedaba pues, disfrazada bajo un manto de comprensión intelectual.

B) Método Didáctico.

Este método llamado también Método de Clase, se usaba como medio terapéutico: conferencias, lectura, discusión de libros, artículos de revistas, así como también el relato de casos clínicos reales o imaginarios.

El método didáctico fue empleado por primera vez, según David -- Zimmerman, en psicóticos por Lazell, en 1921 en el Hospital de St. Elizabeth, en Washington. Reunió diversos pacientes para los cuales dictó una serie de clases sobre el desarrollo de la libido, masturbación, homosexualidad, sentimientos de inferioridad, etc. Los resultados fueron considerados satisfactorios una vez que los pacientes, aparentemente inaccesibles, pasaron a hacer preguntas sobre los temas tratados, lo cual indicaba también que la figura del médico se hacía menos amenazante y sobre todo porque se trabajaba en grupo. El mismo Lazell decía que las ventajas eran facilitadoras de una sobretransferencia positiva, por el aspecto impersonal de las comunicaciones a través de las conferencias y una mejor aceptación del material que una psicoterapia individual.

Nos referimos ahora a L.C. Marsh, psiquiatra y ministro que utilizó en 1909 el método de clase con psicóticos al que agregó un tinte religioso so llamándolo "el equivalente psicológico de la resurrección".

Este consideraba a los pacientes más como estudiantes que otra cosa.

Después de inscribirse los pacientes junto con sus familiares, religiosos y personal del hospital, se les solicitaba toda su cooperación para que en un "pacto psiquiátrico" quedasen establecidos los compromisos para llegar puntuales en su asistencia regular al curso, participar en los temas tratados haciendo preguntas y dando respuestas. Los cursos (') se daban en lenguaje

(') Las conferencias versaban sobre la situación familiar, los fundamentos de la personalidad del niño, vida emocional, vida social, vida sexual, etc.

simple y después de los mismos se iniciaba la plática y discusión sobre el tema, que podía consistir en escribir sobre "mis primeros recuerdos" "los componentes de mi complejo de inferioridad", "las cosas a las que le tengo miedo", etc.('').

Marsh decía que el enfermo mental no debe ser considerado como un paciente sino como un estudiante que ha fracasado en el gran tópico de la civilización.

Su idea sobre la eficacia de grupo se basaba pues, en que "la masa había hecho que el individuo enfermara y la masa lo curaría". Según Cappon, "Marsh es considerado como pionero de la psiquiatría social debido a la gran importancia que daba al entrenamiento del personal del hospital para el logro de la rehabilitación de los pacientes". (3) Sobre este punto - diremos que para Wender los mecanismos terapéuticos se deben a cuatro factores: la intelectualización, la transferencia, la catarsis y la interacción en grupo.

Otro autor, Blackman, inició su trabajo de psicoterapia de grupo fundando en una sala del hospital, un club literario con un periódico para esquizofrénicos crónicos. El número de pacientes fue de veinticinco, los cuales eligieron como presidente a un catatónico en mutismo, quien en un tiempo volvió a hablar.

('') Para Marsh el contenido de la charla o conferencia no tenía la mayor importancia; lo fundamental era crear un ambiente propicio.

Snowden aplicó el método de clase al paciente psiquiátrico, elaborando un ciclo de conferencias acerca de las causas de las enfermedades mentales. Después de cada conferencia, daba tiempo a cada paciente para que relacionara el material tratado en la conferencia con su propio padecimiento.

El autor que más contribuyó a la divulgación y sistematización -- del método didáctico fue Klapman con la publicación en 1947, de su libro -- "Psicoterapia de Grupo: Teoría y Práctica". Aunque utilizando un enfoque didáctico en su grupo, empezó a dar más énfasis a las interacciones de los pacientes, extendiendo el período de entrevistas, pláticas y discusión ulterior a la conferencia dictada por el médico, buscando éste que los pacientes comprendieran y asimilaran los procesos de su enfermedad u que colaboraran en su tratamiento.

Hasta aquí, el carácter didáctico del trabajo en grupo con gentes que padecían de afecciones somáticas así como psiquiátricas, encausando al logro de fines terapéuticos, funcionando bajo el liderazgo benévolo del médico, quien mostraba un genuino interés en la recuperación de sus pacientes y utilizando al grupo para disminuir el sentimiento de aislamiento en los pacientes.

Todo esto y lo que se ha descrito más arriba nos da una idea del trabajo hecho en los principios de la psicoterapia de grupo. Al respecto, diremos que los anteriores métodos de trabajo (represivo, didáctico), no se explicita la labor en que participaron las personas entrenadas (') -- para intervenir paralalamente en el mismo grupo de trabajo. Pero dadas -- las técnicas y las divisiones de la mayoría de los grupos, se podría suponer la existencia de estos colaboradores para el beneficio del grupo de pacientes, ya sea como observadores o participantes.

(') Personas entrenadas, se refiere al personal técnico como médicos, enfermeros, etc.

En cambio, en los siguientes métodos a estudiar se hace más clara la participación, ya sea como Yo-auxiliar en el psicodrama o como observador en la psicoterapia analítica de grupo.

C) Método Psicodramático.

Cuando hablamos de psicodrama, lo hacemos refiriéndonos en un principio a su creador en psicoterapia de grupo: Jacob L. Moreno, que empezó en 1911 a utilizar su método.

Durante la Primera Guerra Mundial, Moreno tenía a su cargo la administración de un campo de tirolese en Viena. Ahí observó que la adaptación de las personas en el campo era mejor cuando se les permitía formar sus propios grupos.

El autor de esta técnica afirma que el hombre es por naturaleza espontáneo y creador, y el no poder utilizar estos dones naturales hacía que se enfermara.

También nos dice que todas las psicoterapias son psicodramáticas, pero que la suya lo es en mayor extensión y que su base teórica consiste en lo siguiente: el Yo del niño sólo se desarrolla con la ayuda de los "Yo-auxiliares" que son la madre, el padre, los profesores, etc. alcanzando así, normalmente la madurez.

El neurótico y el psicótico no alcanzan la etapa del desarrollo completo necesitando, por consiguiente, de "Yo-auxiliares" los cuales son propiciados por la técnica psicodramática.

Así, el método sirve para escenificar los problemas y conflictos no resueltos. Aquí se escenifican traumas, situaciones infantiles, etc., vividos por el paciente tanto en la realidad como en la fantasía. También se escenifican conflictos actuales de todo tipo y de los más diversos temas o asuntos.

Es pertinente entender algo que se refiere a la palabra "drama" y cómo se utiliza aquí. Según Moreno, "drama" es una traducción literal de la palabra griega que significa acción, así entonces, psicodrama puede ser definido como: la técnica que explora la "verdad" por medio de los métodos dramáticos.

El dramatizar los problemas y conflictos va más allá de la simple verbalización de los mismos, la actuación que el paciente hace de sus dramatizaciones logra que su problemática lo lleve a la liberación de sus fuerzas creativas y a la recuperación de su espontaneidad perdida, teniendo un efecto terapéutico debido a su aspecto catártico.

El método psicodramático utiliza cinco instrumentos principales: la escena, el paciente, el director, los Yo-auxiliares y el público; veamos a qué se refiere cada uno de ellos brevemente.

El escenario; este procura al paciente un espacio vital multidimensional y flexible al máximo. La escena es una prolongación de la vida y la experiencia real. La realidad y la fantasía no se encuentran en el conflicto sino que ambas son funciones dentro de una esfera más amplia; -- las ilusiones y las alucinaciones quedan al mismo nivel de la percepción sensorial normal. En caso necesario, se puede llegar a construir un escenario más sofisticado con el siguiente diseño arquitectónico, se efectúa de acuerdo con las necesidades terapéuticas, sus formas circulares y niveles de aspiración destacando la dimensión vertical, estimulan el alivio de las tensiones y permiten movilidad y flexibilidad de acción.

El segundo instrumento es el paciente o sujeto. Se le pide ser *El mismo*, como lo es en la realidad, que retrate su propio mundo privado. Se le dice que sea *El mismo*, no un actor, ya que éste está obligado a sacrificar su Yo propio al papel impuesto por una obra. Una vez que el sujeto reacciona favorablemente frente a su tarea, es relativamente fácil para *El mismo* detallar su vida cotidiana por medio de la acción, ya que nadie más que *El mismo* representa su propia autoridad. Deberá actuar libremente, según surjan las cosas en su mente, lo cual nos lleva a uno de los dos factores de capital importancia: la espontaneidad que se refiere al proceso de actuación que sigue en importancia a la espontaneidad.

Va teniendo este punto de la dramatización, decimos que el plano de la verbalización trasciende y es incluido en el plano de la acción. -- Existen varias formas de desarrollar un papel: fingir una actuación, representar una escena pasada, vivir en escena un problema que oprime en la ac-

tualidad, creando vida en ella o probandose a uno mismo en el futuro.

"El fin de estas técnicas diversas no es transformar a los pacientes, sino más bien moverlos para que actúen como ellos son, más profunda y explícitamente de lo que parecen ser en la realidad viva" (4).

El tercer instrumento es el Director. Este tiene tres funciones: productor, terapeuta y analista. Como en el primer caso, debe estar alerta para transformar cada pista que el paciente de en la acción dramática, fusionar lo que está siendo producido a la vida del paciente, convirtiendo a ambos en una misma cosa y nunca dejar que la producción pierda contacto con el público.

El mismo director, pero en su calidad de terapeuta está autorizado a conmover al paciente, hacerlo reír, llorar, etc. "En su papel de analista, el director puede complementar su propia interpretación con respuestas de los informadores entre el público, marido, padres, hijos, amigos, o vecinos" (5).

El cuarto instrumento son los Yo-auxiliares que tienen una importancia especial en nuestro trabajo sobre la coterapia, ya que estos en su labor, nos ejemplifican claramente la actitud de una persona que hace trabajo coterapéutico, pero señalando aquí el aspecto psicodramático. Decimos que los Yo-auxiliares o actores terapéuticos, como instrumento en este método tiene doble significado.

Representan una prolongación del director, exploradora o terapéutica, pero son al mismo tiempo "partes" del paciente, que representan a personajes reales o imaginarios de su drama existencial.

Las funciones del Yo-auxiliares son tres: 1º) función de actor, - interpretando los papeles que requiere el mundo del paciente; 2º) de agente terapéutico, ayudando al individuo o al grupo, y así como 3º) función está la del rol de investigador social.

Por último, el quinto instrumento que no deja de ser importante - junto a los ya arriba mencionados, se refiere al público, ¿por qué un instrumento?; ya se había señalado la utilidad que hace de este el director de bido a la importancia resonante de la opinión pública. Digamos que tiene -

una doble finalidad. Puede ayudar al paciente con sus reacciones espontáneas, que oscilan entre la risa y la protesta violenta, que son respuestas y comentarios tan improvisados como los del paciente. La otra finalidad es que el público ayudado por el individuo en escena pasa a ser el paciente. - En este cambio se puede explicar que el público se ve (percibe) a uno de sus síndromes colectivos reflejado en escena.

En su técnica, Moreno utiliza una platea y un escenario provisto de un juego de luces usadas convenientemente, de acuerdo con las situaciones emocionales enfocadas, esta platea consta de tres planes o círculos con céntricos. En el primer plano, próximo al escenario, se sientan: a) aquellos pacientes que participan más en el psicodrama; b) el director, o sea - el terapeuta y c) sus auxiliares, enfermeros, psicólogos y asistentes sociales, etc. (son los Yo-auxiliares especialmente entrenados a tal fin). En - el plano más alejado se sientan los recién admitidos en el tratamiento.

En el plano intermedio los pacientes con grado variado de etapa - terapéutica, así como también los pacientes y amigos del paciente los cuales, dependiendo del caso y de las circunstancias pueden participar activamente en el psicodrama. Con el fin de no perder detalles que posteriormente puedan ser de utilidad para su estudio posterior, un taquígrafo anota los didlogos y las escenas.

Un paciente describe sus dificultades con personas de su pasado, de la actualidad o quizá sus alucinaciones y delirios, el director va introduciendo en el escenario los Yo-auxiliares que actúan de acuerdo con la descripción hecha por el paciente.

Así, muy brevemente se ha descrito la importancia de la coterapia en el método psicodramático, haciendo notar que aquí los Yo-auxiliares no son precisamente encuadrados como coterapeutas. Y sobre el psicodrama se puede decir que es un psicoterapia de grupo difícil de ser comprendida en - su totalidad en los términos en que se encuentra conceptualizadas, especialmente si es apreciada bajo las complejas concepciones de Moreno. No se preten de negar en ningún momento el genio del autor de este método, pero dejando de lado estas concepciones, se encuentran elementos de valor en el trabajo de Moreno al ser revisados bajo la experiencia psicoanalítica.

D) Método Psicoanalítico.

Existen problemas para determinar el pionero que utilizó el método psicoanalítico en grupo.

Se habla de Simmel, psicoanalista que empleó los conocimientos -- analíticos en la terapéutica de grupo, pues en la primera guerra mundial, -- él trató las neurosis de guerra mediante la abreacción activa en grupo.

También en 1927, Burrow, psicoanalista entrenado por Freud, y -- Jung, y también analizado por este último, realizó lo que se puede considerar como esfuerzos pioneros en la aplicación de conceptos psicoanalíticos en el trabajo con grupos. Según Cappon, este psicoanalista acuñó el término -- analista de grupo al que después llamó filoanálisis, término que reflejaba -- su interés en el proceso evolutivo del hombre (6).

Es conveniente señalar que Burrow pensaba en que los problemas individuales eran síntomas de los problemas sociales. Para este autor, el -- psicopatólogo debía aceptar la función más amplia de sociólogo clínico y reconocer el aspecto social como aspecto de gran influencia en el contexto de tipo individual.

Así el psicoanálisis debía pensar más seriamente en la importancia que tenía la sociedad en su papel de productora de patología, y veía al grupo como un vínculo entre el individuo y la sociedad; con "potencialidades terapéuticas".

Burrow careció de eco en aquel tiempo, dando la impresión de haber influido en algunas gentes dedicadas a las terapias de encuentro, esto -- se debe a que otra característica de tipo filosófico de la conducta, analizaba también las expresiones somáticas del stress y utilizaba diversos ejercicios para la concientización de los mismos, etc.

Ahora nos centraremos en Paul Schilder el cuál es considerado por mayoría como el primero en aplicar la técnica psicoanalítica a la psicoterapia de grupo en 1936.

Este pionero no logró concebir al grupo como un todo ('). "En su enfoque las cosas parecen coexistir más que integrarse, continuamente -- los elementos de su grupo se destacan con su historia y características personales" (7).

Una característica de Schilder era que consideraba la psicoterapia individual y de grupo como complementarias y sugería la utilización de ambas. Dió gran importancia a la adquisición de insight, entendiendo este concepto como "la habilidad de ver las estructuras del mundo real y actuar de acuerdo con dicho mundo" (8).

Obtenía el insight por distintos medios: análisis de sueños, discusión de las ideologías, siendo estas un conjunto de ideas arraigadas que dan al individuo orientación en su pensamiento y acciones. Existen ideologías neuróticas, puras fantasías en abierto conflicto con la realidad, las cuales nacen de las experiencias infantiles arraigándose en el inconsciente.

Schilder insistía que su discusión permitía modificar los prejuicios y la tendencia al perfeccionismo, aclarando ideas erróneas que cargan de culpa, como la de suponer que las madres siempre deben amar a sus hijos y viceversa, comprendiendo que ninguno tiene el derecho de esperar una bendición emocional, completa de otra persona, que la gente debe vivir su propia vida y que esto también rige para los seres más queridos e íntimos. Poder admitir esto, involucra renunciar al perfeccionismo, admitiendo los propios instintos agresivos y su compatibilidad con su conducta social adecuada.

(') Es pertinente la aclaración de que al estudiar el método psicoanalítico, se encuentra que algunos autores clasifican por dos orientaciones distintas 1a. La que enfoca al individuo y dirige las interpretaciones hacia éste o hacia las relaciones que se establecen entre uno o dos pacientes del grupo; 2a. La que enfoca en grupo como un todo y hacia este todo encamina primordialmente las interpretaciones. Estas dos formas de aproximación corresponden a la evolución natural de la psicoterapia analítica de grupo. En este caso se presentan a los diferentes autores con cierta -- cronología y con la intención de separarlos por su orientación.

da.

Durante el proceso de discusión sobre las distintas ideologías, - el terapeuta no debía permanecer aislado, sino que debía revelar su propia - ideología como también discutirla.

Así, podemos vertir detalles interesantes en lo que respecta a la labor lograda por este autor, no podemos quitarle mérito, pero si criticar - su técnica como rígida y formalista, algunos autores piensan que Schilder -- abusaba de las interpretaciones estrictamente individuales sin llegar jamás, a las interpretaciones totalistas del grupo; como si en su grupo se llevaran a cabo varios análisis conjuntamente, pero no integralmente.

Por otra parte Grinberg, Langer y Rodriqué piensan que Schilder no vio las dificultades contratransferenciales que él mismo creaba al analizar pacientes simultáneamente en grupo y al mismo tiempo en forma individual.

Existiendo una escisión entre sus roles como terapeuta individual y colectivo. Además, al compartir por separado los secretos íntimos de cada paciente del grupo habrá entorpecido la integración del grupo como tal (9).

Por ahora seguiremos con Slavson, considerado como el posible autor que más ha escrito sobre psicoterapia de grupo, inclusive la de orientación analítica. A pesar de lo anterior, encontramos que Slavson se le ubica en la década de 1930, Ingeniero de profesión pero versado en psicoanálisis, y preocupado por los males de la sociedad.

Hizo importantes contribuciones sobre la educación progresiva, -- reconocidas internacionalmente y aplicó ideas psicoanalíticas en su trabajo con grupos. Veamos algunos de los detalles teóricos y el como se llevaban a la práctica por este otro pionero del método psicoanalítico aplicado en grupos.

Según Slavson, una terapia de grupo es analítica, cuando tanto su contenido como su método son similares a los que se derivan del psicoanálisis. Para esto se justifica al hacer uso de la transferencia, la catarsis, la interpretación de los contenidos latentes y el análisis de los sueños para provocar insight.

El nombre que le adjudicó a su trabajo en grupo fue el de "Entrevista analítica de grupo". Consideraba error el hablar del grupo como una -

entidad en terapia, pues era el individuo y no el grupo como tal, el que debía ser foco de la atención terapéutica. Además afirmaba que el proceso terapéutico era por su naturaleza misma, antagónico a las formaciones grupales y a la dinámica de grupo.

El terapeuta debía conocer a cada paciente, su patología y dinámica para analizarlas individualmente en la situación terapéutica de grupo.

Podemos decir que aún cuando se puedan discutir los meritos de sus contribuciones a la psicoterapia psicoanalítica de grupo, no hay duda que se trata de uno de los grandes divulgadores de este método.

Foulkes, otro divulgador del método psicoterapéutico de grupo, afirmaba que la psicoterapia analítica de grupo era una forma de psicoterapia pero no de psicoanálisis. Estudiaba comportamientos de grupo. Uno de estos tipos de comportamiento que se describía y que ha tenido bastante eco en la actualidad, es la reacción "en espejo", explicada por Bauleo de la siguiente manera: "...consiste en el hecho que cierto tipo de conflictos, cierto tipo de ansiedades, de miedos que presenta cualquier integrante del grupo, disminuyen al observar que esos mismos elementos estaban en otro sujeto" (10).

Anthony que trabajó con Foulkes logró aportar datos importantes para el desarrollo de la investigación de la psicoterapia de grupo. Por ejemplo, ambos autores sostienen que la transferencia no se desarrolla con la misma intensidad en el grupo que en el análisis individual, por lo cual para las "neurosis de transferencia" este último es el tratamiento más indicado. Sobre esta línea explican, que en el psicoanálisis individual, la transferencia tiene un carácter regresivo y vertical, refiriéndose al pasado, mientras que en la psicoterapia de grupo la transferencia es horizontal, desarrollándose en el plano actual y multipersonal. También opinaba que la psicoterapia psicoanalítica de grupo presenta las siguientes importantes características:

1) Siete u ocho personas se sientan en forma circular con el terapeuta durante noventa minutos.

2) Como no se les da un programa a desarrollar ni indicaciones -- precisas, todas las contribuciones surgen espontaneamente de los pacientes.

3) Todas las comunicaciones del grupo son consideradas como equivalentes a las asociaciones libres del paciente en la situación analítica.

4) El psicoterapeuta de grupo debe conducirse como el psicoanalista, haciendo interpretaciones y siendo objeto de transferencia.

5) Todas las comunicaciones son importantes para la curación, siendo consideradas como partes de un campo total de interacciones: la matriz - del grupo.

6) Todos los miembros toman parte activa en el proceso terapéutico total.

Los autores introducen después varios términos y conceptos provenientes tanto del psicoanálisis como de la psicología social. Hablan de "situación" como el acontecer total en el grupo, fenómeno que está en un constante movimiento y se centra alrededor de un punto focal: la relación recíproca de sus integrantes.

La situación es interpretada en términos de estructura, proceso y contenido; veamos cada una de ellas.

La estructura.- Concierne a las relaciones, relativamente estables, basadas en los roles (papeles) de los miembros del grupo.

El proceso.- Es el componente dinámico de la situación puede ser definido como la interacción de los elementos de ésta en sus relaciones y comunicaciones recíprocas verbales y no-verbales.

El contenido.- Es transmitido a través de "la estructura" y del "proceso". Este consiste en la suma de actitudes, ideas, valoraciones, sentimientos, etc. Estructura, proceso y contenido son tres aspectos de la situación y ofrecen la posibilidad de una descripción total de los acontecimientos en el grupo.

Así, se ha mostrado una pequeña visión que estos autores han aportado al estudio de los grupos. Pudiendo mencionar, también que estos autores utilizan algunos conceptos tomados del psicólogo social Lewin, como son: el de tensión, clima, roles, etc.

Se reitera la dificultad de hablar profundamente sobre tantos puntos que se presentan aquí, para lograr enterarse de estos aspectos, se invita a la bibliografía de este capítulo.

Para comenzar con esta segunda parte, abordaremos a los autores - con orientación psicoanalítica que enfocan el grupo como un todo.

En el trabajo de Taylor y Rey, sobre el origen del fenómeno del "chivo emisario", puede observarse cómo los autores se conducen dirigiendo las interpretaciones a todos los componentes del grupo. Describen la "inducción del fenómeno del "chivo emisario" en un grupo terapéutico: "...un grupo de mujeres induce a una compañera a una aventura sexual ilícita. Interpretando debidamente al grupo, todas se sienten culpables, porque todas -- "participaron en la actuación" (11).

Nos detenemos con Bion, uno de los autores que más ha contribuido en el sentido de destacar la importancia del grupo como una totalidad. Fue discípulo de Rickman y desarrolló ideas originales sobre los grupos, de las cuales veremos las más básicas y fundamentales.

Opina Bion que la actividad mental del grupo tendría dos tipos de características. Por un lado, la que podríamos denominar manifiesta, la del grupo de trabajo, que sería una actividad cuyas características son semejantes a las actividades yoicas. Tiene en cuenta el principio de realidad.

Ahora, este funcionamiento grupal se halla interferido, desviado o reforzado, por otro tipo de actividad, que aparece caoticamente, que tiene los atributos de impulsos emocionales y que constituirán así el segundo nivel.

Para entender de una mejor manera este otro nivel, Bion lo categoriza en tres supuestos básicos: el de dependencia, el de apareamiento, y el de lucha y fuga. "Cuando el grupo está bajo la influencia del supuesto básico de dependencia, depende y se apoya en el líder, al que idealiza; en el de lucha y fuga, el grupo se siente amenazado por un perseguidor, lo cual lo lleva a agredir y defenderse, buscando un líder con características de caudillo; en el supuesto básico de apareamiento o acoplamiento, el liderazgo - se centra en torno de una pareja, creándose emociones de expectativa" (12).

Bion propone el término de valencia para el citado tipo de actividad emocional, y de base inconsciente. La definió como la capacidad de un sujeto de entrar a una combinación o reacción instantánea e involuntaria -- con otro sujeto, para compartir y actuar sobre el "supuesto básico". Se habla de alta y baja valencia.

Para no extender más, se valora a través de Bauleo la aportación de Bion a los grupos "...han significado una contribución fecunda en la comprensión de los fenómenos grupales. Ubicó la vida afectiva en el desarrollo grupal además de establecer, junto a la realidad sociológica del grupo como tal, su dimensión imaginaria en la mente de cada integrante" (13).

Bion también estipula una dicotomía entre lo afectivo y lo racional, con primacía del primero. Sobre los niveles de las interpretaciones -- que hace el autor están los siguientes: a) interpreta lo que el supone que sea la actitud del grupo hacia el terapeuta; b) interpreta la actitud que el sujeto cree que el grupo tiene hacia él (hacia el propio sujeto), y -- c) interpreta la actitud que el grupo adopta hacia el sujeto.

Veamos ahora los conceptos de otro psicoanalista. Henri Ezriel, que como Foulkes y Bion proviene de la Tavistock Clinic. Comparte en general las opiniones de Foulkes.

Este autor trata de ver de qué manera el material aparecido en -- los grupos puede ser interpretado y trabajado transferencialmente. Para eso formula la siguiente hipótesis: De las diferentes intervenciones de los integrantes, que en más de una oportunidad parece no tener nada que ver con otra y teniendo en cuenta su secuencia temporal, se puede deducir un denominador común de tensión o de necesidad, al cual se le atribuye este comportamiento grupal en el aquí-ahora. Es decir, que los distintos comportamientos de los integrantes pueden hallar un elemento que permite ser tomado como denominador común, sobre el cuál se va a basar la interpretación transferencial.

Bahía es otro autor que mencionamos y que siguiendo la línea de -- Ezriel, trabaja en análisis de grupo y sobre la relación transferencial, pero realiza un movimiento en las interpretaciones, dirigiéndolas primero a los integrantes y luego al grupo como totalidad, como si con este paso hiciera el resumen interpretativo.

Hasta aquí el modelo de David Zimmerman con respecto a la diferente clasificación de los grupos por sus métodos y objetivos de trabajo. De aquí hasta el final de este capítulo, se expondrán muy brevemente algunos principios de la técnica operativa en los grupos.

La razón por la cual se ha querido incluir este método es para -- atender la importancia del papel de observador-participante en la técnica -- aportada por el reconocido Pichón-Rivière.

E) Grupo Operativo.

La definición de grupo operativo dice "Un conjunto de personas - que se reúnen con una tarea explícita y donde se utiliza para el desarrollo de la misma, la técnica operativa" (1).

Esta involucra a la vez, una definición sobre grupo y una técnica de manejo. Ante esto Armando Bauleo menciona el hecho de que muchos tomaron la definición de grupo y no la que se refiere a la técnica: lo cual ha llevado a confusiones, ya que se tenía clara la labor a la que se avocaban, pero no respondían al manejo técnico-operativo propiamente dicho. Bauleo lo ejemplifica al hablar de grupos operativos manejados sobre una labor determinada con técnica psicoanalítica o de discusión. Se concluye entonces que se podría hablar de grupo operativo en sentido amplio y en sentido estricto, el cual sólo tomaría el concepto.

Nuestra definición específica al grupo operativo, con una tarea o finalidad y con una operativa. Para esto, pasamos ahora a ver qué es la técnica operativa de grupo, lo cual requiere partir de la idea de que los grupos tienen tarea. Aquí se debe visualizar entonces, el movimiento grupal frente a la tarea, para ir así especificando nociones que Pichón-Rivière va deduciendo de esa práctica y que son estructurales bajo la denominación de E.C.R.O. (Esquema Conceptual Referencial Operativo). "Este E.C.R.O. es la ideología instrumental que da la oportunidad de operar e investigar en un campo determinado. Por lo tanto, el esquema se infiere directamente de los distintos tipos de comportamiento en interjuego en el grupo, de la diversidad de sus puntos de partida y de la modalidad de conceptualización que surge de ello" (14).

Se habla de instrumentos con los que el grupo se enfrenta a la tarea, o sea que los miembros abordan la labor poniendo en juego ciertas conductas que les sirvieron en otras oportunidades para así poder penetrar en tan variadas situaciones. Ahora bien, si se desmenuzan y examinan tales -- comportamientos del grupo familiar. Efectivamente, esto quiere decir que - el grupo ante su tarea, empieza a trabajar con ella con comportamiento que hasta ahora les sirvieron, o sea conductas que responden y tienen en sí una ideología, la cual recordamos, no en el término de una racionalización de conductas, sino en el sentido de ideas, sentimientos, que tienen sus raíces en la experiencia vivida. De modo que si se pretende un E.C.R.O. se tiene que partir de la ideología más primaria surgida de experiencias también primarias. Esta ideología a la cual nos referimos es la del Grupo Familiar.

Con esto tenemos también que en el interactuar grupal se dan situaciones dilemáticas, provocadas tanto por el mismo interactuar y porque - también las pautas primitivas de comportamiento no sirven para avocarse a la tarea, lo que va a crear la necesidad de armar "en la mente" un grupo interno: lo cual, se refiere, a la posibilidad de internalizar nuevas pautas de comportamiento, nuevas expectativas, nuevos roles, siendo esto posible a -- través de un aprendizaje que se va haciendo por situaciones triangulares sucesivas y simultáneas que se van dando poco a poco en el grupo operativo. O sea que el individuo viene, con un esquema estructurado en la familia, o lo que llamaríamos grupo interno secundario, que luego va a ser internalizado a través de las mencionadas nuevas conductas, nuevos roles, nuevos enunciados, que el individuo va a establecer en el grupo.

Al abordar toda esta labor, surgen ansiedades (o miedos) cuya manifestación exterior va a ser la resistencia al cambio. Tales ansiedades - tienen una relación entre el sujeto del grupo y su bagaje instrumental, sien do este último la forma habitual de abordar una tarea.

Sobre tales miedos podemos decir que existen: el miedo al ataque (ansiedad paranoide) y el miedo a la pérdida (ansiedad depresiva), veamos - cómo lo describe Armando J. Bauleo, "La ansiedad paranoide se hace presente cuando al enfrentar un nuevo campo se le hace desprovisto de un instrumento adecuado, o sea, que ese campo se presenta peligroso frente a la imposibili

dad que se siente de poder abordarlo bien. El miedo a la pérdida estaría ligado a la inseguridad que se experimenta cuando el viejo instrumento debe -- ser abandonado, ya que no le sirve para la situación actual" (15).

Esto tiene relación con el denominado estereotipo que vienen siendo, todas aquellas conductas cosificadas, rígidas, fijas, con las cuales se intenta enfrentar la tarea, tratando de hacer caso omiso de la nueva situación. Así pues, el individuo que se enfrenta a la tarea en el grupo, mantendrá su seguridad, enfrentándola de la misma manera, o sea, sin tener en cuenta que cada tarea posee caracteres diferenciales.

Al decir de Pichón-Riviere, el grupo operativo tiende a destruir el estereotipo.

Con respecto al trabajo en el grupo operativo, se mencionan tres roles adjudicados por el encuadre: a) participante; b) coordinador; c) observador, en donde cada uno de ellos puede ser desempeñado por un número variable de personas. Ante estos roles, tenemos dos subgrupos, participantes y pareja coordinadora. En este subgrupo, el rol del coordinador, hasta ahora, se ha sobrevalorizado creando un mito sobre él ya que aparece como el dueño del grupo; "la figura paternal", "el que sabe más", "el que dirige", esto se sintetiza cuando se hace alguna referencia y se dice, "el grupo de fulano", en que 'fulano' es siempre el coordinador.

Con respecto al observador encontramos que este aparece como el que ocupa segundos lugares en varios aspectos, el que está callado, que solo puede "ver", "observar", aunque a veces participe un poco, el que está aprendiendo. O sea, lo que hay que entender es el hecho de que en la técnica operativa: "si hay un líder, el líder es la tarea" (16).

Es pertinente hacer notar lo que plantea sobre este hecho Nieves Labrucherie "Esto diferencia la psicología social que estamos desarrollando, de las concepciones de grupo, norteamericano-europeo, en las cuales el coordinador es el líder" (17).

Cabe señalar que el grupo deposita liderazgos en la coordinación. Estos, deben ser devueltos al grupo por la pareja coordinadora, buscando lograr cooperación para incorporar la tarea transformándola y recreándola.

Volvamos a la autora arriba mencionada, que nos dice "Será la pareja la que a través de la unidad de operación constituida por el existente, la interpretación y el emergente, en la incesante espiral dialéctica del conocimiento, permitirá que el grupo, abordando, incorporando y recreando la tarea, edifique un nuevo esquema conceptual referencial operativo, que permitirá a todos y cada uno, operar de una manera nueva en cualquier campo" (18).

Así pues, la tarea del coordinador consiste en visualizar y explicar el vínculo entre la tarea del grupo y el grupo mismo; y el observador puede realizar su tarea en tres maneras distintas : a) Observar la temática y dinámica; b) Leer emergentes; c) efectuar interpretaciones y/o señalamientos. En base a lo anterior, tenemos dos posturas asimétricas; por un lado dos personas "sanas", discriminadas, frente a un grupo "enfermo" que es tratado. Además un coordinador-director y un observador-secretario.

Esto es como si dicha estructura reflejara la ideología vertical de nuestra sociedad. Para esto se proponen trabajos para lograr romper la asimetría, con lo cual es necesario estudiar los trabajos escritos en los últimos tiempos sobre este tópico y además reestructurar la labor del coordinador y observador, de una manera diferente tanto en su relación en sí, - como con el grupo y su tarea. Para lograr lo primero, o sea, que antes de abordar al grupo en la práctica, es conveniente que la coordinación se exponga entre sí. Esto se refiere a aspectos teóricos, metodológicos y técnicos sobre los grupos haciendo evaluaciones periódicas del trabajo, visualizando la pertinencia, pertenencia, cooperación, comunicación, aprendizaje y miedos básicos.

Ahora, para lograr la reestructura con el grupo y la tarea es necesario romper con conceptos falsos como el de: Terapeutasano-aséptico, que no debe contaminarse con la locura del paciente-enfermo. Simultáneamente - hay que romper con la falsa relación de subordinación del observador al coordinador, ya que de hecho existe en muchos casos. Esto se puede lograr por ejemplo, ampliando la tarea del observador hasta leer el cómo, el cuando y el donde el coordinador se sature con el grupo y su tarea, lo cual podrá -- permitir al subgrupo coordinador, discriminar sus roles des-saturándose, - mostrando una forma de actuar a los participantes del grupo, que podrán así visualizar otras posibles estructuras vinculadas en forma diferente a las - que tienen.

Con esto, se han mencionado los aspectos que se consideran de interés para el lector de esta tesis. Y para finalizar este capítulo se hará una cita del artículo de Baquedano y Tubert, que muestra lo siguiente "La -- trascendencia de la obra de Pichón-Riviere sobre los grupos operativos, es -- que por primera vez se nos ofrece una teoría integradora de los procesos de cambio en grupos que incluye, a diferencia de la obra de Lewin y su escuela, los descubrimientos, aportaciones y conceptos psicoanalíticos, tanto freudiano como kelinianos, sin descartar por ello los aportes de la psicología social, la sociología y la teoría de la comunicación. Es importante destacar que "grupo operativo" no es un término que haga referencia a un tipo específico de grupo, como podría ser "grupo terapéutico", "grupo de aprendizaje", "grupo de discusión", sino que se refiere a una forma de pensar y operar en grupos. Existen, por lo tanto, grupos operativos terapéuticos, familiares, de aprendizaje, de reflexión, etc. (19).

II

UN

GRUPO

ESPECIAL:

LA FAMILIA.

Hasta aquí hemos hablado de la evolución de la psicoterapia de la psicoterapia de grupos con individuos desconocidos entre sí. La familia en este sentido, tiene características muy particulares, ya que se trata de un grupo pre-formado en donde los individuos que la constituyen tienen una larga historia de convivencia común, ya que existen jerarquías, reglas y roles previamente establecidos.

Ante estas circunstancias, su abordaje terapéutico asume características especiales y presentando dificultades muy concretas en su proceso.

"El grupo sintético es un grupo artificial que no tiene historia propia antes de su constitución y tampoco es reencarnación del grupo familiar, salvo en la medida en que pueda serlo por las distintas emociones transferenciales entre sus componentes. Se trabaja en estos grupos en un ambiente especial con status y valores propios diferentes en cierta medida de los utilizados en el mundo exterior real. Es un micromundo artificial que podrá ayudar mucho a sus miembros, pero que difícilmente ayudará a que éstos reconstruyan totalmente a sus micromundos reales enfermos. Son siempre segundas ediciones distorsionadas. Estos, a lo sumo, contribuirán a restablecer el equilibrio roto de sus propios grupos, pero todo a costa de muy grandes esfuerzos que amenazarán nuevamente la integridad del paciente. El grupo familiar tiene en cambio, una historia propia cuando se comienza a tratarlo y las actitudes de un miembro hacia otro se ven un poco distorsionadas por emociones transferenciales que se relativizan porque se está ante los objetos reales y primeros de las experiencias afectivas. Las actitudes transferenciales absolutas se vuelcan todas sobre el terapeuta, quien concentra sobre sí mismo todos los matices del conflicto no dispersándose éstos como en los grupos sintéticos y pudiendo confrontar continuamente fantasía y realidad, cosa tan importante sobre todo en un paciente psicótico. Las interpretaciones son más operantes en cuanto remueven y liberan emociones y dificultades pretéritas de todo el grupo familiar, que tiene más intereses comunes y mayor deseo de integración. Así se trata la enfermedad en la matriz genética de la misma." (20)

La atención psicoterapéutica de familias y parejas como tales se dio

en un momento histórico posterior al de la psicoterapia grupal, iniciándose a partir de dos vertientes: a) como necesidad de incluir al grupo familiar conjuntamente en casos de trastornos emocionales de niños y b) como consecuencia de la investigación planteada sobre los correlatos familiares de pacientes esquizofrénicos. A partir de estas dos líneas se fue desarrollando, poco a poco, el abordaje terapéutico directo de familias y parejas con diversos tipos de problemática y -- desde distintos marcos teóricos y técnicos que de acuerdo a S. Minuchin son"..... la corriente transicional que trata de amalgamar conceptos nuevos de sistemas con conceptos dinámicos tradicionales y que en el tratamiento tiene como objetivo la reestructuración psicológica del paciente, y pone énfasis en la exploración del -- pasado, en el contenido de la comunicación y en interpretación y transferencia como instrumento de cambio. La segunda es la corriente existencial que tiene como -- objetivo el crecimiento y expansión de la persona y en el tratamiento pone énfasis en la experiencia en el presente, entre el terapeuta y los miembros de la familia, como instrumento de cambio para ambos. La tercera corriente tiene como -- objetivo el cambio de sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia, y en la terapia el énfasis está en la transformación de -- los procesos interpersonales en disfunción". (21)

En la actualidad ha quedado bien demostrada desde la práctica cotidiana, la utilidad de considerar diversas alternativas complementarias o suplementarias al tratamiento personal (individual o en grupo) del paciente identificado que incluya la psicoterapia familiar o de pareja. Es posible así, establecer estrategias terapéuticas en donde la terapia familiar es simultánea al tratamiento del paciente (como en el caso clínico que se ejemplificará) o donde la terapia familiar se incluya en un momento del proceso terapéutico, o como único tratamiento.

La importancia de la familia en nuestra sociedad como grupo primario y matriz social de los individuos, le da indudable importancia y vigencia a este tipo de abordaje terapéutico.

III
EL
OBSERVADOR
EN LA
PSICOTERAPIA
DE
GRUPO

La historia de la terapia de grupos explica en una forma general, los diferentes métodos llevados a la práctica en el ejercicio terapéutico.

En esta tercera parte, se pretende entender el cómo y el porqué de la integración de un miembro más a la coordinación de la psicoterapia de grupo, con sus diferentes fines, variaciones y desventajas.

En un principio la observación hecha por un miembro entrenado, fue una modalidad de entrenamiento para los candidatos a terapeutas de grupo.

Tal observación debía complementar y esclarecer la visión del terapeuta con más experiencia, además de ser un aprendiz que trabaja directamente en el campo real de trabajo.

Esto fue un factor de positiva significación y eficacia tanto para el grupo como para el terapeuta.

Dentro del valor y función de dicho observador, se considera también, como factor de importancia para el grupo. El analista se incluye como observado, dándole al observador además de un rol de alumno, el de crítico o colaborador del primero.

La consigna para el observador a su ingreso en el grupo, es la de mantener una actitud imperturbable, absteniéndose de hablar y en lo posible de exteriorizar sus sentimientos, limitándose a tomar notas de lo que ocurre durante la sesión, no solo de lo que se ha dicho, sino también de lo que ha ocurrido en lo que se refiere a la atmósfera en general, tales notas se utilizan para su estudio posterior, seleccionando el material implícito y explícito que va surgiendo durante el proceso del grupo.

Teniendo como base lo arriba mencionado, es pertinente anotar las ventajas y dificultades que produce un observador ante el grupo y con la consigna bastante clara y formal.

Las ventajas se describen así:

- a) En principio se marca la excepcional ventaja de aprendizaje para el observador quizás única en el campo de la psicoterapia, ya que se encuentra en contacto directo con el grupo y el terapeuta.
- b) Aunado a lo anterior, existe el ámbito de la discusión del material escrito, obtenido durante la sesión, que prolonga así el ya mencionado entrenamiento.
- c) Por su actitud pasiva que contrasta con la activa del terapeuta, que desempeña una labor interpretativa del material del grupo durante la sesión, el observador puede oscilar emocionalmente. Esto se refiere a que existe una identificación constante y alternativa con el grupo, el individuo y el terapeuta.
- d) Se ha llegado a comparar a el observador con una caja de resonancia que amplía y capta las vivencias del grupo.
- e) El observador es además, una parte muda e intocable del analista y que representa en la dinámica terapéutica un soporte emocional de gran valía, ya que permite al terapeuta una mayor libertad de movimiento y de involucración en el grupo.

f) En la relación multipersonal del grupo, la única persona que no se compromete, ni asume responsabilidad alguna es el observador. Detrás de su máscara de imperturbabilidad se mantiene abierto a todas las posibilidades, convirtiéndose en "pantalla" sobre la cuál se proyectan fantasías, angustias, temores y esperanzas que van surgiendo en el "aquí y ahora" de la sesión.

Se comprueba que hay un sinnúmero de actitudes que movilizan al grupo con la presencia del observador, ya sea permitiendo una mayor atmósfera de expresión emocional como también la disociación de algunos aspectos atribuidos al terapeuta, lo cual puede llegar a ser de gran utilidad para la investigación.

El hecho de tener un "invitado de piedra", puede hacer sentir al grupo como valorizado y privilegiado, ya que hay un ayudante o auxiliar del psicoterapeuta que es también un eventual sustituto. Pero en el caso extremo se rechazará viendolo como ocioso y oportunista -- que aprovecha una experiencia sin arriesgarse, ni participar en ella. Acercandonos a un plano profundo se notará que este puede figurar como madre o padre, recibiendo toda carga amorosa o agresiva que se dirige originalmente al psicoterapeuta o a cualquier miembro del grupo

Se habla de que el observador puede llegar a funcionar como un elemento inhibitor del grupo, ya que se ha comprobado en algunos grupos, que ante su ausencia, el grupo tiene una manifestación agresiva-franca.

En el trabajo "El observador en la psicoterapia analítica de grupo" del Dr. Dupont y colaboradores (1974), se demuestra en cuatro grupos que avisados previamente sobre la llegada del observador, hubo -- gran curiosidad y fantasías acerca de cómo y quién los iba a observar. No se encontraron diferencias significativas en las reacciones de los distintos grupos, todos mostraron disgusto y rechazo ante tal introducción, existió miedo a que se les cambiara de terapeuta. Se notó -- también una aceptación mayor a la pareja coordinadora heterosexual -- que la homosexual por lo menos de entrada. Tanto hombres como muje--

res tuvieron dificultad, mayor o menor para aceptar a los observadores. Se encolerizaban por el hecho de que no hablara y solo anotara lo ocurrido ahí. "Todos los grupos reaccionaron con temor y rechazo ante el cambio, produciéndose aspectos regresivos importantes de tipo esquizo--paranoides, hubo persecución, temor a la retaliación, negación, proyección y agresión. También se observó en todos los grupos aspectos depresivos y ya en regresión respondieron ante el impacto de la presencia del observador con mecanismos maniacos de negación, denigración e idealización cayendo en una desorganización expresada por la fragmentación de la respuestas" (22)

La perspectiva del observador, es diferente a la del terapeuta, -- pero su valor radica en que no es antagónica, sino complementaria, proporcionando nuevos elementos o enfatizando otros que el terapeuta debe integrar en la situación total. Pero qué sucede cuando un terapeuta -- por más experto que sea introducido un observador en su grupo?. Se comprueba un cierto grado de ansiedad, ya que puede sentirse juzgado o -- preocupado de ser autoritario.

Si el terapeuta es inseguro, se somete al observador, procura apoyo y orientación de éste, transformándolo en una especie de psicoterapia de control. Proyecta sus partes críticas en el observador, concu--ciendo al grupo como imagina que éste lo haría, no pudiendo nunca olvidar su presencia. "Algunos terapeutas reportan el haber trabajado mejor sin observador. Los efectos de éste sobre el psicoterapeuta y consecunetemente sobre el proceso terapéutico, dependen de la relación -- que entre ambos se establece".(23)

En base a la cita anterior se pueden mencionar algunos resultados del--trabajo de Dupont. En las observaciones relacionadas con los analistas se encontro que algunos se mostraron seguros de sí, tranquilos, muy con--scientes de la presencia de sus distintos observadores y a la vez pen--dientes de las reacciones del grupo ante esta variable. Asimismo, se--consideraron que sus interpretaciones fueron oportunas, tratando de cla--rificar a los grupos lo que significaba y sentían respecto al observa--dor.

En varios artículos se vió la necesidad de que el equipo coordinador o pareja terapéutica revisara la diversidad del material que presentaba - el grupo, así como los diferentes roles que consciente o inconscientemente se juegan, facilitando así la expresión de problemas personales a través de su discusión. Transmitir impresiones, disminuye la frustración -- inicial y relaja tensiones. Asimismo se recomienda que el auxiliar del - terapeuta se encuentre en psicoterapia, para evitar que se mezclen aspectos personales con los del grupo, como también para tolerar el impacto -- frecuente en el lugar donde lleva a cabo su aprendizaje práctico, ya que a pesar de que hay un alivio por la consigna de aludir todo compromiso de participación abierta, existe frustración al sentirse forzado a representar el papel de testigo mudo y resolver sus impulsos creadores y activos dentro del contexto grupal. Además de dicha frustración, existe ansiedad y temor por las posibles expresiones hostiles del grupo, así como expectación en cuanto a la actitud del terapeuta. También es pertinente hablar de fantasías voyeuristas y exhibicionistas, culpa por participar en las -- intimidades a pesar de la autorización hecha anteriormente con el analista y con el grupo en forma indirecta.

Va teniendo los principales factores, que se perciben en los diferentes niveles del grupo terapéutico con la entrada del observador podremos seguir con un par de ejemplos del uso de esta técnica.

Tenemos un trabajo publicado en el año de 1967 en el Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo (24), que muestra una experiencia - particular; de principio plantea como inconveniente la posibilidad de un observador participante, además de que sus funciones son las de registrar estilograficamente las sesiones del grupo, así como también el ser aprendiz.

En uno de los grupos de los exponentes, se tiene que excluir el observador por motivos personales, ante tal caso se resuelve hacer la experiencia sin observador y dedicarse al registro de las vicisitudes. Lo anterior se aceptó después de haber analizado las fantasías de negación - al duelo, el formar pareja con el coordinador e identificarse con el observador.

El material que se recopilaba, era leído durante la próxima sesión ante la presencia de la totalidad. Los autores de la experiencia, resumen que las ventajas fueron que: el material al ser vertido nuevamente en el grupo, constituía una apreciable ventaja en términos de retroalimentación se comprobaban los errores del registrante ante las angustias despertadas por el material, las omisiones de datos o nombres así como su tergiversación. También esta forma permitió profundizar las fantasías de omnipotencia que habían sido proyectadas en el coordinador.

Los autores de esta experiencia no mencionan en que hipótesis se basaban para hacer una modificación en el encuadre.

Otro ejemplo específico en el uso del auxiliar en psicoterapia, es el del artículo del Dr. Carrillo y Colaboradores en donde muestran los efectos de un cambio de observador en un grupo en psicoterapia de tipo analítica, en la sesión número cincuenta. Tal cambio se considera brusco, por hacerse hecho sin previo aviso y utilizando el sexo como variable de trabajo, de masculino a femenino. Había existido un observador durante más de un centenar de sesiones y ante el cambio, el grupo realiza mágicamente sus deseos de separar a la pareja terapeuta-observador, desapareciendo éste último con la carga de la locura grupal. Se dió también el deseo de llenar el hueco que se quedaba solo. Se produjo un estado de confusión que llegaba a un grado de intensidad, que se consideraba como una defensa para no entender ansiedades paralelas, culpas persecutorias por haber deshecho la pareja, etc.

Se reporta entonces, que el conflicto que produjo el cambio fue analizado y elaborado parcialmente, otras partes quedaron encapsuladas y no elaboradas persistiendo en el grupo de forma enmascarada. Esto en parte es por el hecho de que el grupo "arrastra" en su confusión a los coordinadores, perdiendo esta distancia ante lo que sucede y pueda estar fallando en la técnica aumentando la confusión y retardando su clarificación. Por lo tanto y como se ha repetido con anterioridad el hacer un análisis constante de los conflictos y emociones del grupo y como subgrupo, evita las interpretaciones individualizadas logrando hacer énfasis en los señalamientos que alcancen a la mayor parte del grupo.

Con respecto a las conclusiones comenzaremos con las del Dr. Zimmermann: "la presencia del observador en el grupo es por regla general desventajosa para los pacientes, para el psicoterapeuta y para el proceso terapéutico. En lo que tiene que ver con las necesidades didácticas exis -

ten otros métodos de entrenamiento, derivados de los procedimientos de formación psicoanalítica, que son más adecuados a la finalidad a que se destinan.

En cuanto al propio observador cabe decir que, de no haber otros inconvenientes, el solo hecho de que su función implique permanecer imposibilitado de cualquier manifestación durante la sesión, significa someterse regularmente a una situación verdaderamente traumática, que contraindicaría su presencia en el grupo. Tal vez se podría justificar la presencia del observador en los tratamientos de grupo, con la finalidad primordial de investigación". (25)

Tales conclusiones abarcan aspectos de verdadera importancia para poder ver "la otra cara de la moneda" en la utilización de esta técnica. Pero a pesar de lo anterior es conveniente confrontar tales conclusiones con las de otros autores, por ejemplo tenemos a Aronson y Feldman (26), autores norteamericanos que comunican aspectos de la relación entre los terapeutas: a) el observador intentó asumir el rol de supervisor del terapeuta; b) el terapeuta se sintió contratransferencialmente amenazado; c) el observador tendió a identificarse con pacientes del grupo, intensificando la ya existente problemática transferencial-contratransferencial. Además el rol de observador nunca fue verdaderamente objetivo ni estático, tampoco fue absolutamente silencioso.

Se concluye pues que la presencia con el rol impuesto y acatado del observador silencioso, se puede comparar con un factor traumático el cual es definido como el estímulo de fuente externa o interna de naturaleza sexual o agresiva que abruma a la personalidad del individuo en un momento dado.

1.- El anuncio de la entrada del observador contiene una connotación traumática como se desprende de las fantasías de los miembros del grupo, del terapeuta y del observador.

2.- Tal trauma depende de variables como: etapa de cohesión y elaboración del grupo visicitudes recientes del grupo y de la relación previa entre terapeuta y observador.

3.- El grupo reacciona como ante una situación traumática en la que un "intruso" viene a interferir, anotar y presenciar una intimidad.

4.- El observador reacciona en primer instancia con alegría, curiosidad, deseo de comprender lo que pasa y cooperar con el terapeuta, pero con el transcurso de la experiencia, el observador va sintiendo una especie de aburrimiento, dificultad para comprender, disminución de curiosidad y empieza a presentar problemas para asistir a las sesiones, esto se expresa como somnolencia, llegadas tarde, apatía como un intento de ocultar su resentimiento y competencia hacia el terapeuta, ya que se siente marginado y excluido con deseos imperiosos de hablar, pero con temor hacia la represalia si llegase a ignorar la consigna ("no puedo defenderme y tengo que callar").

5.- Para el analista es también un hecho traumático, por que representa una interferencia en la dinámica del grupo y en sus relaciones -- con Este. Reacciona con fantasías persecutorias al sentirse observador en forma impositiva.

Teniendo ya las partes que plantean las utilidades y desventajas - del observador, se recurre a la modalidad de la coterapia como una síntesis de la técnica ya planteada.

IV

LA

C O T E R A P I A

LA COTERAPIA

Antes de adentrarnos en este inciso, es importante recordar la escasa bibliografía que hay sobre nuestro tema. El material que ha servido de base tanto para este trabajo como para la práctica misma ha sido de orientación psicoanalítica. Esto no es un capricho, sino que reconocemos a esta misma orientación como la única que se ha preocupado por esclarecer, utilizar y difundir la coterapia como -- técnica de gran utilidad en varios niveles. Veamos pues, cuales -- han sido los resultados que se han obtenido en los diferentes lugares donde se ha utilizado esta modalidad.

A) ¿EN QUE CONSISTE LA COTERAPIA?

Dentro del plano de la psicoterapia de grupo, el rol del observador comparte algunos principios con la coterapia, pero en este caso tenemos que los dos terapeutas operan bajo la misma condición de igualdad en lo que se refiere a importancia, funciones y jerarquía -- desde el punto de vista de los pacientes. Esto explica la diferencia del binomio integrado por un psicoterapeuta con su observador -- en relación asimétrica; aquí hay un equipo de dos psicoterapeutas -- que se caracterizan por cooperar en un interjuego interpretativo -- con un alto grado de espontaneidad, sumando sus visiones parciales y complementándose entre sí.

"Las condiciones que determinan el ensamble y las interrelaciones no estan dadas por una planificación rígida y formal, sino por una comunidad de esquemas referenciales y de pautas técnicas -- que hacen el trasfondo de la ideología. Esto se refiere a la concepción de la vida (ser humano, salud mental, etc.)". (27)

En los terapeutas se proyecta en forma disociada lo bueno y -- lo malo, lo pasivo y lo activo, lo femenino y lo masculino, lo -- fuerte y lo debil, el perseguidor y el perseguido, lo sano y lo -- enfermo, etc. Un paciente 'busca' una relación con un terapeuta, -- para 'evitar' otra relación temida con el otro terapeuta. Cada -- uno de los terapeutas sirve de pantalla.

Diremos que la coterapia es una técnica que en base a un trabajo simétrico en el manejo del grupo, abre nuevos caminos creando agentes terapéuticos de más profundo alcance. Se encuentra con diferentes nombres, por ejemplo: Terapia con dos terapeutas, Terapia dual, Psicoterapia Múltiple, Terapia colaborativa, etc. Se ha escogido el término coterapia por que explicita en una sola palabra la condensación de coordinación, colaboración y terapia, aproximándose más a su definición.

B) COMO SE INTEGRA UN EQUIPO COTERAPEUTICO.

No por el hecho de juntar dos terapeutas se trabaja en coterapia, ya que hay una regla de complementariedad como el elemento del esquema de referencia de cada interpretación; esta regla podría entenderse como un sentimiento opuesto a las fantasías de los terapeutas; la elaboración de conflictos como: rivalidad, competencia, impulsos agresivos y sexuales, ansiedades, etc. es de vital importancia para trabajarlos en observación y crítica abierta.

Cuando la seguridad de la tarea se ve obstaculizada por el grupo, algo esta sucediendo, procesos de destrucción que van desde el intentar dividir a los terapeutas como una resistencia por parte del grupo o de un individuo, hasta la imposibilidad de poder ventilar los problemas inherentes al trabajo en equipo.- Para evitar estas dificultades, además de la ya mencionada crítica abierta, es conveniente vigilar desde un principio algunos puntos básicos, como lo son los siguientes factores:

a) Factores Externos. Estos son los primeros en actuar sobre el grupo, se xo, edad, raza, etc. deben tomarse en cuenta, señalarse y manejar aspectos como el nombre, apellido, título profesional, si se hablan de usted o de tú, el dueño del local en donde se lleva a cabo el tratamiento, etc.

b) Factores Caracteriológicos. Razgos de pasividad, ternura, agresión, mo nopolización de las sesiones, estilo, dicción, etc.

c) Factores Dinámicos. Necesidad de sobresalir, de poder, de autoestima. Dobles mensajes, mecanismos de defensa, diferencias ideológicas, etc.

Puede existir el caso en que tales factores sean tomados ligeramente y no se manejen como determinantes medulares del equipo de trabajo. Obviamente, se concluye que la exclusión de estos elementos puede llegar a provocar problemas en tal equipo, recayendo en los pacientes (iatrogenia). Toda dificultad no velada o comunicación no planeada provocará una crisis del trabajo terapéutico.-

Para muestra, tenemos el trabajo el Dr. Juan Tubert en donde nos habla -- del fracaso de grupos en coterapia. El autor reconoce la importancia de la coterapia en sus diferentes niveles, pero agrega "... creo importante señalar -- que su aplicación en condiciones inadecuadas ha traído aparejadas también nuevas posibilidades para la constitución de dobles vínculos patógenos y en consecuencia, para el fracaso terapéutico. Desde ya, que en los grupos coordinados por dos terapeutas se da la situación de necesidad y dependencia por parte de los pacientes, lo cual determina tanto la importancia vital de discriminar -- acertadamente los mensajes de los terapeutas, como la dificultad de abandonar el campo, a lo que puede llegar a sumarse la presencia de un doble mensaje contradictorio básico y la acción de factores secundarios que impidan la adecuada discriminación de este mensaje." (28)

El mismo autor ejemplifica lo anterior con el caso de un grupo coordinado por dos terapeutas del sexo masculino, en donde su relación estaba invadida -- por un alto nivel de competencia jamás explicitado en ellos. La experiencia-- muestra a un grupo con características de fracaso, ya que las deserciones su-- cesivas lo llevaron a su disolución en un plazo de tres meses.

El doble mensaje contradictorio surge de la confrontación entre lo pro -- puesto al grupo ("hablar los problemas para esclarecerlos") y la verdadera relación existente entre los coterapeutas, en la cual nada se habla ni se esclarece.

Habíamos anotado que otra forma de doble vínculo se da en el caso de terapeutas con deseos de trabajar "juntos", ignorando las diferencias entre sus respectivos esquemas referenciales.

Debemos considerar en este inciso sobre la integración del equipo terapéutico, ciertas herramientas que son útiles para resolver las "zonas de conflicto" que pueden estar manifestándose en tensiones o escotomas entre los miembros.

El Psicodrama ayuda a comprender aspectos no resueltos dentro de los límites como terapeutas y de la labor emprendida con el grupo.

El Rol-playing es quizás un método menos sofisticado y más inmediato, utilizado con fines de retroalimentación.

La asesoría o supervisión es el instrumento más común, consiste en la investigación del caso a tratar aunado a la visualización del proceso de la pareja o equipo terapéutico.

Es común que los pacientes contribuyan a separar a dicha pareja, lo fomentando la rivalidad o utilizando alguna otra actitud consciente o inconsciente en comentarios del siguiente tipo "Ud. se preocupa más". "Ud. interpreta mejor", "Qué diferencia notable entre los dos", o excluyendo deliberadamente a uno de ellos.

C) COMO FUNCIONA EL EQUIPO TERAPEUTICO.

Plantear el cómo se va a trabajar en coterapia, implica un análisis de lo teórico y de lo técnico en lo que se refiere a el ámbito práctico. En este trabajo, lo teórico es dejado al deseo y necesidad de quien practique la coterapia como técnica grupal; en lo técnico podemos pensar en un en cuadro formal que selecciona a los pacientes, advirtiéndoles la innovación del tratamiento. Esto puede ser hecho por los dos terapeutas o en forma se parada por cada uno de ellos indistintamente.

Con respecto al universo de trabajo, se hablará más adelante de artículos en donde la coterapia ha sido utilizada en el tratamiento de grupos, familias, parejas y en forma imprescindible con instituciones y comunidades.

Diremos que el común denominador del funcionamiento en coterapia, es la horizontalidad en la relación de trabajo.

El método planteado ofrece una oportunidad de aprendizaje muy valiosa, ya que es a través de una asesoría continua en la relación directa con los pacientes. Al estudiante le ayuda a disminuir sus ansiedades, aprovechando mejor su aprendizaje, a la vez que alivia la sobrecarga y soledad del colega de trabajo, resolviendo problemas de la tarea clínica.

Cuando se incluye a el joven terapeuta en un grupo que lleve tiempo funcionando, es importante tomar en cuenta el momento de la introducción; el grupo debe estar avisado de la llegada de aquel. Tal inclusión puede -- ofrecer dificultades debidas a la no aceptación del "nuevo" , por rivalidad envidia o celos.

La tarea del coterapeuta en entrenamiento, se complica por la dicotomía entre su papel de estudiantes y coterapeuta; por su parte el terapeuta experimentado, es responsable de la dirección del grupo, enseñanza y asesoría del estudiante. El aclarar los papeles frente a el grupo, hace la tarea más fácil, la aclaración puede hacerse verbal o mediante actitudes, - como sería: el que se levanta primero y cierra la sesión, el que recibe a - los pacientes, al que se le paga, el dueño del consultorio, etc.

Estos detalles nos llevan a reflexionar sobre la importancia que tiene la integración y funcionamiento del equipo de trabajo en coterapia. -

En el quehacer práctico y del trabajo asistencial podemos reconocer el cuidado y las estrategias necesarias para laborar juntos ante una responsabilidad como lo es la psicoterapia. Por otra parte, se tomarán algunos resultados de el trabajo base de esta Tesis, que resume en forma precisa las opiniones de terapeutas entrevistados, con experiencia en el uso de la coterapia en diferentes Instituciones y en el consultorio privado. (29)

Se piensa que las ventajas de la coterapia para los pacientes son las siguientes:

1) Disminución de la omnipotencia y el elitismo. Con la coterapia no se asume una actitud autocrática, con lo cual aquella deja de ser -- elitista, se disminuye la omnipotencia por parte del terapeuta.

2) La coterapia heterosexual facilita la proyección de la pareja parental, ya que: a.- ofrece la posibilidad de integrarla, a diferencia de un modelo infantil dividido; b.- proyecta las fantasías en la pareja; c.- los pacientes se sienten más atendidos que por un solo terapeuta.

3) La coterapia bien integrada beneficia más a los pacientes, al poder ser entendida mejor su problemática, por lo cual hay una mayor capacidad de comprensión.

4) Esta técnica es un molde que contiene mejor al grupo y sus -- emergencias. Reduce la posibilidad de que los pacientes se queden solos -- por la ausencia temporal de un terapeuta.

5) También diremos que se disminuye la persecución que existía -- con el observador silencioso, logrando así mismo una mayor identificación -- que con la pareja dispareja como es la de un terapeuta activo y su observador.

Acerca de las ventajas en el uso de la coterapia para los terapeutas, los entrevistados (30) reportaron que:

1.- La coterapia acrecienta su capacidad operativa porque:

a) son dos mentes pensantes; b) se reparten ansiedades: cuatro ojos ven más que dos, y dos cabezas piensan más que una. Mientras uno de los terapeutas capta lo manifiesto, el otro ve lo latente; c) ofrece mayor posibilidad de comprender mejor la problemática de los pacientes.

2.- La programación y el comienzo de la experiencia son una condi

ción para que la coterapia ofrezca ventajas a los terapeutas y a los pacientes.

3.- La coterapia permite el empleo de técnicas dramáticas, además de que al hacer psicodrama se suprime al observador silencioso.

4.- Con el uso de esta técnica se acrecientan las posibilidades de aprendizaje ya que: a) al observar al compañero, su nivel de docencia y de aprendizaje recíproco, o sea, "el enseñaje" condensación de las palabras enseñanza y aprendizaje; b) incrementa la posibilidad de combinar coterapias diferentes e intercambiar roles entre los terapeutas y pacientes.

5.- Como ya se señaló anteriormente, la igualdad es nuestro centro de interés; en lo que respecta a los honorarios, se considera una condición básica. Pero la igualdad presupone eliminar la competencia, la rivalidad y la envidia. Si el manejo de la igualdad es adecuado, se podrán prevenir muchos problemas.

6.- Una ventaja más que repercute en el equipo de trabajo, es la del conocimiento personal de los terapeutas entre sí, o sea un respeto de las características personales, como sería la posibilidad de diferir sin -- que esto afecte la relación pudiéndose complementar con el otro terapeuta.

D) ELEMENTOS PARA LA INTEGRACION DEL EQUIPO TERAPEUTICO.

Se consideran algunos elementos que pueden influir para la integración del equipo de trabajo.

1) En coterapia, cada terapeuta se encuentra con la presencia del otro en todo momento. Esto hace imprescindible el tener claras las metas terapéuticas y adecuarse funcionalmente a ellas. Cada uno puede proponer técnicas de abordaje, caminos a seguir; siempre y cuando lleguen al logro de los objetivos propuestos.

2) Otros factores son: a.- la capacidad de trabajo en equipo; -- b.- el entrenamiento semejante; c.- que los terapeutas sean sensibles y estén interesados en el trabajo y de la experiencia.

3) Es de medular importancia la afinidad de caracteres, flexibilidad antes las críticas, sin perder de vista la parte conflictiva para manejarla.

4) La comunicación es otro elemento importante para la buena integración del equipo terapéutico. Esto implica el conocimiento mutuo y la libertad de expresión, el buen entendimiento y la capacidad de amistad y solidaridad.

5) La afinidad ideológica es sustento para la integración de un buen equipo terapéutico. Se debe explicitar las diferencias ideológicas y políticas. Se requiere que exista cierta tendencia ideológica común, y por lo tanto, que se comparta la ideología de trabajo. Es necesario elegir "a una persona que piense como uno"; esto quiere decir que además de compartir el concepto de coterapia, es necesario que los miembros del equipo compartan el concepto de libertad con respecto a el otro.

6) Después de los puntos mencionados podría sonar obvio el hablar de un marco teórico referencial y manejo técnico similar. Pero es necesario recordar la importancia de compartir estos puntos en complementación de escuela o formación y afinidad teórica.

7) Existe diversidad de opiniones con respecto al sexo de los terapeutas, pero el consenso se inclina a considerar a la pareja terapéutica de tipo heterosexual.

8) Se considera que la elección de un compañero coterapeuta implica un vínculo afectivo comparado al de la elección matrimonial, por lo que se hace indispensable el respeto mutuo. Algunos elementos de consideración son: a.- tipo de vínculos, en cuanto a los aspectos afectivos; se busca capitalizarlos, como vehículos de crecimiento mutuo y de la pareja como unidad; b.- esclarecimiento de aspectos paralizantes, de rivalidad y celos, -- así como la competencia.

Hasta aquí, se han enumerado los aspectos que se consideran de -- más importancia para el logro de un buen ejercicio coterapéutico en los logros. Durante la práctica podremos complementar tales puntos o si fuese necesario modificarlos en beneficio de la técnica y de los que asisten a su -- práctica.

V

U N

C A S O

C L I N I C O

El relato que a continuación se muestra, parte de la vivencia propia durante el tratamiento de una familia, incluida en el proceso terapéutico del paciente identificados en la consulta externa de una institución asistencial.

A) EL EQUIPO TERAPEUTICO.

El equipo terapéutico estaba constituido por dos psicólogos. Nosotros decidimos elegir un marco referencial adecuado y lograr un contrato terapéutico de objetivos y tiempo limitado. Al decidírnos por la coterapia, lo hicimos pensando en el enriquecimiento mutuo de la experiencia, así como también en la posibilidad de establecer diferentes alianzas, continuidad y coherencia en el tratamiento, estableciendo un modelo más saludable de comunicación, convivencia e identificación de roles. A otro nivel aprovechamos los diálogos interclínicos después de las sesiones terapéuticas, para darles un carácter didáctico así como para hablar de todo aquello que pudiese beneficiar o perjudicar al tratamiento y/o a nosotros mismos.

Nuestro esquema referencial teórico, fue en base al modelo de tratamiento planteado por Enrique Pichón-Rivière (31) el cual consideramos que embonaba con más precisión en el caso que atendíamos. Tal modelo propone la premisa de la familia como una estructura social básica y modelo natural de la interacción grupal, lo cual pensamos de medular importancia para el conocimiento actual de elaboración para una teoría sobre la enfermedad mental y más específicamente que plantea a la familia como unidad básica de la estructura social. Esto quiere decir que el enfermo desempeña el rol de portavoz, emergente de una situación dada y que en este caso se trataba de la de un joven farmacodependiente. Así pues, se abordó a la familia en cuatro momentos de la operación terapéutica: a) Diagnóstico, b) Pronóstico, c) Tratamiento y d) Profilaxis.

B) MOTIVO DE CONSULTA.

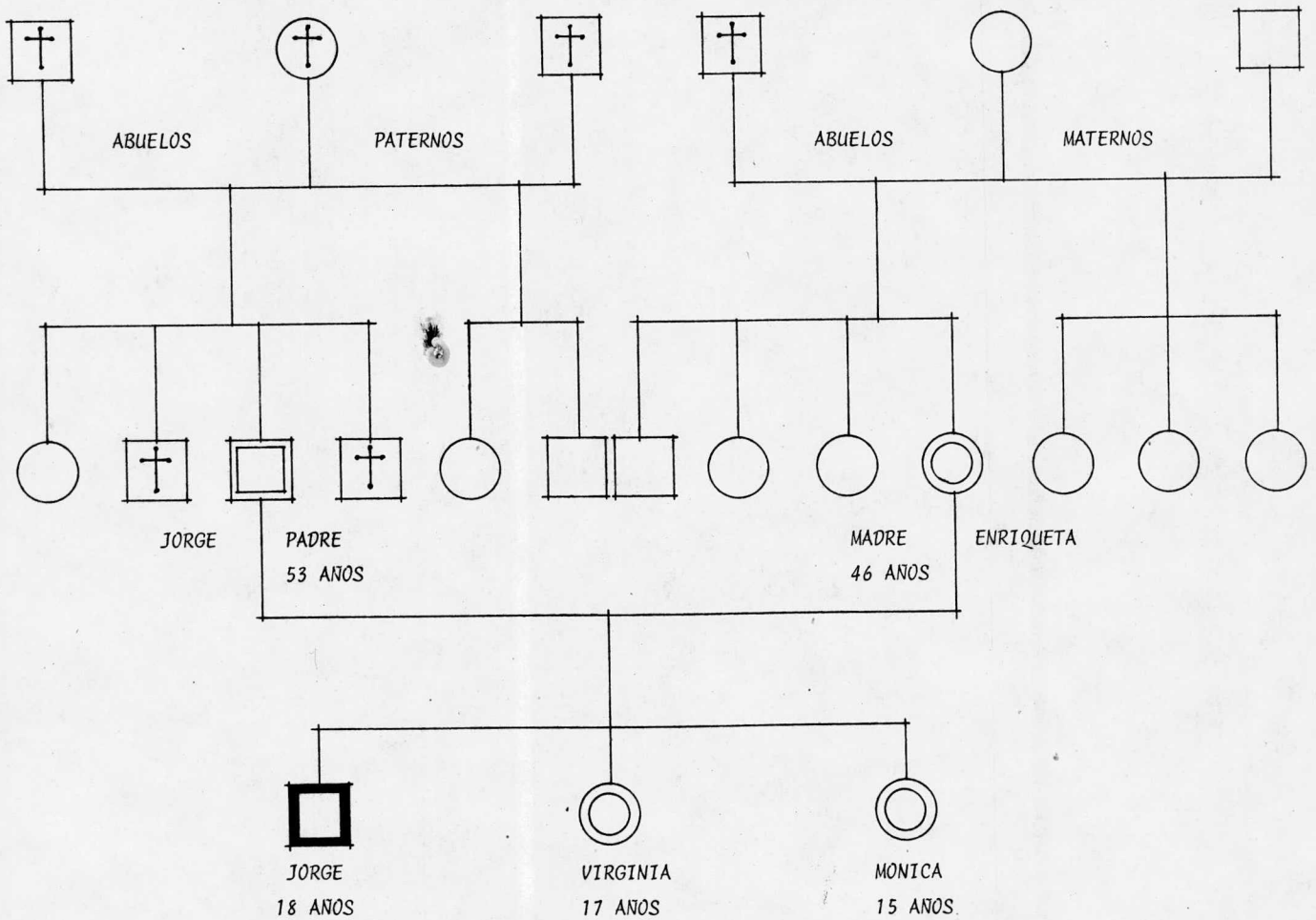
La consulta la solicitó el señor J. y su hijo de 17 años acompañados de un pariente.

En el pasillo el señor refiere los problemas que tiene con su hijo respecto a su actitud impulsiva, además de solicitar orientación para solucionar el problema del uso de tóxicos (inhalantes, estimulantes del sistema nervioso y marihuana) en forma alarmante por su hijo. Se les invita a pasar

al consultorio, en donde se percibe de primera instancia que el padre monopoliza la conversación sin dar siquiera oportunidad de participar al joven. - En un momento dado, se logra abordar a este quien se comporta rebelde y sin intención de cooperar.

Al investigar sobre los demás integrantes del grupo familiar, se vió la posibilidad de incluirlos en un tratamiento conjunto; pensando en esto se decide plantear la participación del resto de la familia para un mejor entendimiento del problema referente a su hijo.

El padre acepta con cierto titubeo, se les fija tiempo en el horario y día con la finalidad de estudiar a fondo el problema.



C) DESCRIPCIÓN FAMILIAR BREVE: Aspectos Descriptivos.

Padre de la Familia.- Jorge V. de 53 años de edad, originario del D.F., escolaridad: primaria, secundaria y 2º de Comercio, estado civil: casado por lo civil y por la iglesia, ocupación: Agente de Ventas.

Madre de Familia.- Enriqueta M. de 46 años de edad; originaria -- del D.F.; escolaridad: primaria y carrera comercial; estado civil: casada -- por lo civil y por la iglesia; ocupación: ama de casa.

Primero.- Jorge de 18 años de edad; originario del D.F.; escolaridad: primaria, secundaria, 1º de bachillerato; estado civil: soltero, ocupación: estudiante.

Segundo.- Virginia de 17 años de edad; originaria del D.F.; escolaridad: primaria, secundaria, 1º de bachillerato; estado civil: soltera; ocupación: estudiante.

Tercero.- Mónica de 15 años de edad; originaria del D.F., escolaridad: primaria, 3º de secundaria, estado civil: soltera, ocupación estudiante.

D) LA INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA. Diagnóstico y Tratamiento.

Diagnóstico.- Existe en principio un emergente del grupo familiar enfermo. En este caso, Jorge es llevado a la institución y señalado como el problema de la casa debido al abuso que tiene con la droga y su actitud impulsiva, en ese momento se pensó que el joven era el portavoz de la problemática de su medio familiar.

El rol básico adjudicado al muchacho, fue descrito por sus padres como "rebelde" ya que tendía a "llevar la contra".

En la segunda sesión explican el cómo Jorge admira el personaje de Hitler, misma actitud que interpretan los padres como contraria a la -- ideología de la familia misma, y que no se le puede contradecir porque se irrita debido a su excesiva sensibilidad.

Este grupo familiar presenta en un principio una gran tensión continuada. Al preguntarse a los padres sobre su relación de pareja, contestan que tienen "cinco minutos de alegría y una hora de pleito". Además, el señor dice que muchos de sus problemas se deben al déficit económico por

el que están atravesando en los últimos tiempos. Mónica menciona con respecto a esto: "no se enojan seguido, sino de vez en diario".

Para la evaluación diagnóstica, fue necesario considerar la presencia de Jorge como depositario de las ansiedades y tensiones del resto del -- grupo, o sea, los depositantes, infiriendo que dinámicamente este joven es -- el miembro más fuerte en este caso, ya que sobrecargándose de las angustias y sin poder despojarse de lo depositado tolera más en proporción al resto -- del grupo familiar. Así pues, enfermo el muchacho "preserva" al resto del -- grupo del caos y la destrucción manteniendo una homeostasis interna. Exis-- tiendo también una marginación por la unidireccionalidad del movimiento de -- la carga de ansiedad, siendo alejado el depositario con la fantasía del res-- to del grupo de que con el desaparecerá la problemática de ese momento.

Entendemos también a esta familia como un núcleo con tendencia a la aglutinación, llamado por Mme. Minkowska "grupo epileptoide" lo cual se pudo comprobar con los escasos vínculos con el exterior, por ejemplo: el se-- ñor no asiste a reuniones sociales y el único contacto es con los familiares de él y de su esposa.

Esta familia elude el desplazamiento, se encuentra apegada a la -- tierra, una frase del mismo señor Jorge muestra claramente esto, lo dice -- cuando hace referencia a un momento en el cual se incrementa la enfermedad -- de su hijo Jorge en donde había estado en una fiesta inhalando e ingiriendo estimulantes y tomando alcohol, el señor entonces hace referencia a la noche de pesadilla que sufren los fines de semana, que a ellos les pasa "lo que a las moscas, que se quemaron en un foco".

Otra característica es que su estructura es rígida y cerrada, -- aceptando con mucha dificultad el ingreso de un nuevo integrante, ubicándolo en un status inferior, Vg.; Mónica tiene un novio el cual es mencionado en -- severas ocasiones, durante el tratamiento es donde se ve que es anulado en -- la mayoría de las actividades que realiza, los roles son fijos estereotipa-- dos.

En las situaciones de duelo se hizo más notoria la viscosidad de esta familia, ya que ante la pérdida del hermano del señor mostraron un aglu-- tinamiento con mayor intensidad, momento en el cual el joven Jorge vuelve a decaer incrementándose su farmacodependencia la cual había disminuido ante--

riormente a este suceso, el proceso de luto parecía más negro y el ritual funerario descrito como más parsimonioso y lentificado.

Durante la quinta sesión, los padres de Jorge hablan sobre el muchacho "esta de ocioso, sin hacer nada" acarreando dificultades para todos -ellos, ya que utiliza su tiempo para drogarse. Pensando en esta disfuncionalidad de Jorge, se observó que el pronóstico era débil con respecto a su propia estructura. Aunado a esto, el grupo tenía una imagen interna con respecto a él, juzgándolo de: impositivo, convenenciero, contradictorio, falto de decisión, exhibicionista y fantasioso, además de la serie de adejetivos arriba mencionados.

El detectar esta imagen particular de Jorge por el resto del grupo, permitió enmarcar el papel que estaba jugando dentro de la familia, la cual ya había internalizado toda una serie de conductas cosificadas y fijas, creando un mundo interno, estereotipado que impedía el hacer frente a la tarea correctora, consistente en la rectificación de tales imágenes en la dinámica de este grupo familiar. El grado de intensidad de los estereotipos ya descritos eran en el principio del tratamiento rígidos e impermeables. La manera en que la familia en su totalidad defenía éstos, era por medio de convertir los señalamientos en actitudes chuscas, encabezadas por el señor Jorge, quien ha llevado el rol maniaco reforzado por sus hijos quienes agregan sobre la imagen de su padre lo siguiente: Virginia, "Él siempre esta alegre" Jorge: "es un cotorreo, para que quiero un papá amargado" y Mónica: "es todo un relajo, siempre nos hace reir".

Tratamiento.- Aclaramos que a pesar de que se tratara de una psicoterapia familiar, percibimos en las diez primeras sesiones, evidentes resistencias al tratamiento como los miedos básicos, tanto a la pérdida de la estructura ya lograda como el miedo al ataque en la nueva situación y estructurar, dando un sentimiento básico de inseguridad frente a la situación de cambio configurada" (32).

Todo esto se manifestó en forma latente como con la falta de algunos de los miembros hasta llegar a la ausencia total del grupo, sin perder de vista los intentos de plantear reuniones privadas con los terapéutas-

Se dice pues, ofrecer un recontrato en el cual se estipuló la presencia de los miembros por separado, dejándole la tarea a ellos de coordinar se así mismos para la elección de la asistencia a estas subsecuentes sesiones, abriendo el tiempo al número de sesiones hasta nuevo aviso.

Ante esta nueva forma de trabajo, se logró darle una multidireccionalidad al quantum de ansiedad no elaborada sobre los diferentes integrantes de la familia. En consecuencia, con este modelo no se habla de "curación", sino de intento de disminuir los miedos básicos, ansiedades de pérdida y ata que impedian una adaptación activa a la realidad, a través de la confrontación con esta, se pudo evaluar la intensidad y extensión del malentendido, - enfermedad básica del grupo.

Otra característica esencial de la dinámica grupal es la que se refiere al análisis de roles, en donde se encontró que las funciones sociales estaban perturbadas debido también a una ideología heredada de generaciones anteriores a la familia en estudio.

El material que brindó la familia ejemplifica los factores anteriores.

En una sesión con Don Jorge, llegó renegando por el noviazgo de su hija Mónica; aquí comienza a definir a la mujer como "apasionada, posesiva y que toma a su pareja como un objeto, y esto lo hace sin sentirlo". De aquí, habla de la relación que tuvo con su esposa cuando eran novios, explica que este duró diez años y que él era despectivo y liberal debido a que -- trabajaba con una familia de franceses, y que ahora su esposa le dice que -- "como después de 18 años de casados él no se ha moldeado a ellos"; al principio, niega haber tenido relaciones extramaritales, las cuales más tarde acepta, a pesar de que su esposa y su familia fueron y han sido "muy moralistas"; él ha rechazado proposiciones para no meterse en más problemas aceptando que tiene de su esposa " a lo mejor soy cobarde" "mi obligación es sacar adelante a mis hijos". Finaliza la sesión diciendo que la abuela de su esposa decía que iba a ir al campo a "capar campesinos".

El señor dice que sabe hacer de todo, que lava los platos, que cose a máquina y que pinta las paredes, diciendo también que hay mucha diferen

cía entre su noviazgo que llevó y su actual matrimonio.

Por otro lado, la señora platica los problemas que tiene con respecto a su menstruación, de los posibles tumores en los senos y de un problema de desequilibrio hormonal, en esta misma sesión se compenetra en el tema de las relaciones sexuales, en donde comenta espontáneamente "nunca he sido efusiva y a veces me alejo de mi esposo haciendo juego de celos", comenta -- también que hace cuatro años que la operaron de la vesícula y que por tal -- circunstancia el señor Jorge tuvo que irse a dormir con su hijo aproximadamente dos años, niega toda posibilidad de infidelidad por parte de su esposo.

"Insistimos en la importancia de las tradiciones y escala de valores que la familia posee, ya que a partir de esto se hacen inteligibles los fines u objetivos que el grupo persigue" (33).

Sobre la farmacodependencia de Jorge, él mismo dice que desde hace cinco años es adicto a los estimulantes, los cuales conseguía a través de un amigo cuya hermana era enfermera; habla de que en algunas ocasiones inhalaba cemento, menciona también a algunos de su misma Unidad Habitacional que tienen un grupo musical y que la casa de ellos es el punto de reunión de los muchachos del barrio, dice Jorge que ahí probó "algo nuevo": la cocaína, describe que en esa ocasión el "pericazo" le hizo mucho daño, ya que sin darse cuenta acabó tirado en un jardín donde su padre tuvo que ir a recogerlo, ya que empezó a llorar a la vez que decía oír voces y sentir que lo querían matar; ante este relato Jorge sonríe, lo cual es notado a través del tratamiento como costumbre familiar.

Durante el transcurso del tratamiento, se presentaron continuamente detalles como los que aquí se ejemplifican. Los resultados exitosos se fueron dando conforme se iban adaptando a su rol cada uno de los integrantes. También, encontramos que Jorge disminuyó el grado de su farmacodependencia -- conforme se iban delegando las ansiedades en los demás miembros del grupo familiar.

Al poco tiempo, el paciente identificado se permitió buscar actividades más sanas, como inscribirse a un club deportivo, seguir con sus estudios, buscar un empleo y tener una pareja. Los demás miembros participaron en el desarrollo de su medio ambiente más activa y cuestionadora desde -

sus intereses propios. También existieron "puntos ciegos", ya que debido al tratamiento de objetivos limitados fueron difíciles de sacar a la superficie y poder señalarlos conforme al proceso terapéutico.

V I

D I S C U S I O N

y

C O N C L U S I O N E S

La elección del tema la coterapia, demandó el pasaje por varios momentos. Existieron dificultades para la decisión debido a la presentación de alternativas de no menor importancia. La elaboración se obstaculizó por una serie de problemas epistemológicos relacionados directa o indirectamente con el tema que se elaboraba. También durante este desarrollo, se pensó en su forma y estructura, quiero decir con esto que, la coterapia es una -- síntesis de dos modelos instituidos; uno desde principios del siglo y el -- otro en las dos últimas décadas, o sea, la psicoterapia del grupo y el observador respectivamente. Aquí se podrá atender del por qué de la historia de la psicoterapia de grupos y su modificación particular, con el uso del observador silencioso. Fue necesario atravesar este proceso para poder reconocer la preocupación que ha existido por lo grupos, esto desde distintos niveles de conocimiento como el psicoanálisis, la sociología e inclusive -- por el teatro entre otras herramientas más y según el momento histórico.

El observador fue el "ver con cuatro ojos y el pensar con dos cabezas", o sea que, se modificaba el encuadre y la técnica, existiendo un -- grupo menor (coordinadores) dentro de uno con mayor número de personas (pacientes). Por las limitaciones que existían en el ejercicio terapéutico con el observador silencioso, se recurrió a su participación en forma activa, -- hasta llegar a la necesidad de un equipo coterapéutico para el trabajo de -- análisis institucional, en comunidades marginadas, redes familiares, terapia con niños, etc.

Con lo anterior, estaríamos hablando de los alcances de la coterapia, tanto en el campo de la salud mental, como en otras áreas, en donde -- tendrá que pasar un tiempo considerable para que se le reconozca su status, eficacia, ventajas, etc. De hecho, es necesario señalar la ventaja que sería el trabajar en equipo solidaria y simétricamente, lo cual se antepondría al viejo modelo individual y competitivo que es tan acostumbrado en nuestra sociedad.

Otro objetivo principal de este trabajo, fue el didáctico; si pensamos en nuestras áreas de trabajo y estudio, podríamos ver esto con gran -- optimismo en un sentido pedagógico, ya que en esta forma se permite tener --

un aprendizaje directo y constante, según las necesidades de los interesados.

Al hablar de limitaciones, no queremos caer en un perfeccionismo. Quizas pueda haber objeciones para trabajar coterapeuticamente, pero diremos que la balanza durante la práctica clínica se ha inclinado hacia las ventajas de su uso.

Durante la práctica se tomó el marco de trabajo de lagunos de los autores mencionados en la bibliografía. También se consideraron las motivaciones y opiniones de los compañeros que llevan a cabo la coterapia como una modificación en el encuadre de la psicoterapia grupal.

La elección de un coterapeuta se basó en el conocimiento previo de la persona y que además se había mostrado interesada en la posibilidad de trabajar con esta modalidad, ya sea en el caso de una pareja, familia o -- grupo. También se previó el carácter y personalidad de la candidata, su marco teórico e ideología.

Ante la posibilidad real de trabajo con la familia presentada, pensamos para la asesoría del caso, en una persona experta, e insertada en la misma institución donde se llevaba a cabo el tratamiento. Esto se hizo -- con la finalidad de aprendizaje práctico y retroalimentación.

Desgraciadamente, tal asesoría se vió interrumpida en la décima -- reunión de -- trabajo, ya que la persona entrenada que lo hacía tuvo que re--nunciar a la ya mencionada institución. Ante esto, y con la falta de ase--sor, continuamos trabajando en forma autogestiva, lo cual le dió a nuestra coordinación una responsabilidad más estrecha. Alrededor de todo este tra--bajo, tuvimos que vigilar más de cerca todos aquellos momentos que pudie--ran ser de significado relevante, esto era debido a que en ocasiones se tuvieron dificultades para sintetizar el material brindado por la familia. -- Nos invadía el sueño, hubo momentos de enojo que logramos clarificar en -- nuestras post-sesiones, en donde visualizabamos lo que en un momento dado "despertaba" la familia contratransferencialmente y lo que era del método terapéutico propiamente dicho.

Aunado a esto se presentaron situaciones en donde el placer y la -- comodidad de trabajar juntos se podía confundir con aspecto libidinales entre la pareja terapéutica. Tales aspectos se hablaron en el momento que -- llegaron a surgir, evitando con esto actuar y poner en riesgo el tratamien

to y la relación terapéutica ya estructurada.

Dicho lo anterior, no quedaría más que hacer una invitación a los lectores interesados, a llevar a la práctica tal técnica, con el fin de conocerla, mejorarla y transmitirla con las características que se merece y la definen.

V I I

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

y

C I T A S

-ABADI, M. y PAVLOSKY, E.

"Una experiencia de psicoterapia Grupal: La Coterapia" en Clínica Grupal Ed. Búsqueda. Bs. As. 1974.

-ARONSON, M.L. y OTROS

"Observing the Observers". Group Therapy Clinic. New York 1970.

-ARROYO, M.L. y OTROS

"Estudio y Tratamiento de la familia de un farmacodependiente". Trabajo presentado en la Junta Clínica de C.I.J. México 1979.

-BAQUEDANO, G. y TUBERT, J.

"Las posiciones esquizo-paranoides y depresiva en el grupo operativo de aprendizaje". A.M.P.A.G. 1978.

-BAULEO, A.

"Ideología, Grupo y Familia". Ed. Kargieman, Bs. As. 2ª Edición 1974.

-BAULEO, A. y OTROS

"Psicología y Sociología de Grupo". Ed. Fundamentos, Madrid. 1975.

-BERENSTEIN, I. y OTROS

"Psicoterapia de Pareja y Grupo Familiar con Orientación Psicoanalítica". Ed. Galerna. Bs. As. 1970.

-BION, W.

"Experiencias en Grupos". Ed. Paidós. Bs. As. 1976.

-BLEGER, J.

"Temas de Psicología. (Entrevista y Grupos)". Ed. Nueva Visión. Bs. As. -- 1978. 8ª Edición.

-BOSZORMENEVI-NAGY, I. y OTROS

"Terapia Familiar Intensiva". Ed. Trillas. México, 1976.

-CANEVARO, A. y CZERTOK, O.

"La coterapia como modificación integradora en el encuadre de la terapia grupal. "

-CAPPON, J.

"El movimiento de encuentro en psicoterapia de grupo". Ed. Trillas, México, 1978.

-CARRILLO J. A. y OTROS

"Notas sobre los efectos de un cambio de observador en un grupo en psicoterapia psicoanalítica". Trabajo de ingreso al AMPAG. México, 1972.

-CARRILLO, J.A. y OTROS

"Introducción de Técnicas dramáticas en la psicoterapia analítica de grupo". Trabajo presentado en la APM. México, 1975.

-CHAVEZ, P. y HEREDIA, F.

"Observaciones realizadas en una coterapia familiar domiciliaria de un farmacodependiente". Trabajo presentado en III Reunión Nal. CIJ México, 1978.

-CROWE, M.

"Conjoint Marital Therapy: A controlled outcome study". Trabajo del Instituto Psiquiátrico de Londres, 1978.

-DIAZ, C. y OTROS.

"La Coterapia". Trabajo de investigación en la AMPAG. México, 1978.

-DUPONT, M.A. y OTROS.

"El observador en la Psicoterapia Analítica de Grupo". Trabajo de ingreso al AMPAG. México, 1974.

-GENIJOVICH, E.

"Experiencia con un grupo multifamiliar de alto riesgo". Trabajo presentado en la II Reunión Nal. CIJ., México, 1977.

-GONZALEZ, J.L.

"Psicoterapia analítica de grupo. Teoría de la Técnica". Revista de Neurología-Neurocirugía y Psiquiatría. México, 1975. Vol. XVI No. 2.

-GRIMBERG, L. y OTROS.

"Psicoterapia del Grupo" Ed. Paidós, Bs. As. 1974.

-GRIMSON, W.

"Sociedad de Locos. (Experiencia y Violencia en un hospital Psiquiátrico)". Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1972.

-HEREDIA, F. y OTROS.

"Observaciones sobre la Coterapia Grupal y la Contratrtransferencia en un grupo de farmacodependientes". Trabajo presentado en la III Reunión Nal. CIJ. México, 1978,

-MARTINEZ B., C. y OTROS.

"Algunos conceptos sobre coterapia" el Psicodrama psicoanalítico en grupos. Ed. Kargieman, Bs. As. 1975.

-MINUCHIN, S.

"Familias y Terapia Familiar. Granica Editor, Barcelona, 1977.

-MORENO, J.L.

"Psicoterapia de Grupo y Psicodrama" Ed. F.C.E. México, 1979.

-MOFFATT, A.

"Psicoterapia del oprimido". Ed. ECRÓ. Bs. As. 1974. 2^o edición.

-OROSCO, B. y MOHAR, S.

"Una modalidad de trabajo con familias". Trabajo presentado en Junta Clínica CIJ. México, 1978.

-PICHON, E.

"El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social". Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1974. V.I.

-PIPER, W. y OTROS

"Cotherapy Behavior, Group Therapy Process, and Treatment Outcome". Copia de la American Psychological Association. 1979.

-PORTUONDO, J.

"Psicoterapia de Grupo y psicodrama". Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1972.

-RODRIGUE, B.

"El Observador en un Grupo Terapéutico". En el grupo psicológico. Ed. Nova, Bs. As., 1958.

-RODRIGUE, E.

"Biografía de una Comunidad Terapéutica". Ed. Eudeba. Bs. As. 1965.

-ROLLA, J. y ROLLA, E.

"Acerca del rol de observador. Trabajo presentado en el V Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo. Brasil, 1967.

-SLUSKY, C. y OTROS.

"Patología y Terapéutica del Grupo Familiar". Ed. Acta. Bs. As. 1970.

-TUBERT, J.

"El Doble Vínculo como determinante del fracaso de Grupos terapéuticos". -- Trabajo presentado en A.M.P.A.G. México, 1977.

-ZIMMERMANN, D.

"Estudios sobre Psicoterapia de Grupo". Ed. Hormé. Bs. As. 1971.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) ZIMMERMANN, D. "Estudios sobre psicoterapia de grupo" pp. 20
- (2) IBID pp. 22.
- (3) CAPPON, J. "El movimiento de encuentro en psicoterapia de grupo". pp. 14.
- (4) PORTUONDO, J. "Psicoterapia de grupo y Psicodrama" pp. 43.
- (5) IBID
- (6) CAPPON, J. Op. cit. pp. 15.
- (7) PORTUONDO, J. Op. cit. pp. 20.
- (8) CAPPON, J. Op. cit. pp. 17.
- (9) GRIMBERG, L. y OTROS. "Psicoterapia del Grupo" pp. 206.
- (10) BAULEO, A. "Ideología, Grupo y Familia". pp. 33.
- (11) ZIMMERMANN, D. Op. cit. pp. 31.
- (12) CAPPON, J. Op. cit. pp. 26.
- (13) BAULEO, A. Op. cit. pp. 35 y 36.
- (14) IBID pp. 37.
- (15) IBID pp. 39.
- (16) LABRUCHERIE, N. "Roles de coordinador y observador en grupos operativos". En: *Psicología y Sociología del Grupo*. pp. 73.
- (17) IBID.
- (18) IBID.
- (19) BAQUEDANO, G. y TUBERT, J. "Las posiciones esquizo-paranoide en el grupo operativo de aprendizaje". pp.3.
- (20) SZPILKA, J. "Psicodinámica familiar y Enfermedad mental", En: "Psicoterapia de Pareja, Grupo Familiar con Orientación Psicoanalítica". pp. 160-161.

- (21) MINUCHIN, S. "Familias y Terapia Familiar" pp. 15-16.
- (22) DUPONT, M.A. y OTROS. "El Observador en la Psicoterapia Analítica de Grupo". pp. 11.
- (23) ZIMMERMANN, D. Op. cit. pp. 49.
- (24) ROLLA, J. y ROLLA, E. "Acerca del rol observador".
- (25) ZIMMERMANN, D. Op. cit. pp.49-50.
- (26) ARONSON, M.L. y OTROS. "Observing the Observers".
- (27) ABADI, M. y PAVLOSKY, E. "Una experiencia en Psicoterapia grupal: La Coterapia", En: Clínica Grupal. pp.81.
- (28) TUBERT, J. "El Doble Vínculo como determinante del fracaso de Grupos Terapéuticos". pp. 12.
- (29) DIAZ, C. y OTROS. "La Coterapia".
- (30) IBID pp. 15.
- (31) PICHON-RIVIERE, E. "Tratamiento de Grupos Familiares: Psicoterapia colectiva", En: El Proceso Grupal. pp. 57-64.
- (32) ARROYO, M. y OTROS "Estudio y Tratamiento de la familia de un Farmaco-dependiente". pp. 13-15.
- (33) IBID.

Esta Tesis se imprimió en Noviembre de 1980
empleando el sistema de reproducción Foto-Offset;
en los Talleres de Impresos Offsali-G, S. A., Av.
Colonia del Valle No. 535, (Esq. Adolfo Prieto),
Tels. 523-21-05 y 523-03-33 México 12, D. F.