

11226  
-51  
7

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Nº1

I M S S

VERACRUZ VER.



RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

ESTUDIO PRELIMINAR DE PSICOTERAPIA DE GRUPO  
EN PACIENTES CON REACCIONES NEUROTICAS  
ANSIOSAS Y DEPRESIVAS

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO DE  
ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTAN:

DR: JOSE REYES GONZALEZ PALACIOS

DR: ELADIO ALVAREZ ENRIQUEZ

H. VERACRUZ, VER

1979  
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

## C O N T E N I D O

### CAPITULO I

	Pág.
Neurosis . . . . .	2
Reacción Neurótica Depresiva . . . . .	4
Reacción Neurótica de Ansiedad . . . . .	6
Pronóstico de las Psiconeurosis . . . . .	11

### CAPITULO II

Psicoterapia. . . . .	13
Premisa Básica . . . . .	14
Técnicas Psicoterapeúticas . . . . .	15
Psicoterapia de Apoyo. . . . .	18
Psicoterapia Interpretativa. . . . .	20

### CAPITULO III

Psicoterapia de Grupo. . . . .	26
Diferencia entre Terapia de Grupo y Psicoterapia de Grupo . . . . .	28
Dinámica . . . . .	29
El Método Interactivo . . . . .	31
Estructura del Grupo Terapéutico . . . . .	33

## II

Acción de Grupo y Catarsis . . . . .	34
Psicoterapia de Grupo. Métodos . . . . .	35
Psicoterapia de Grupo. Principios Generales .	39
Esferas de aplicación . . . . .	45

## CAPITULO IV

Los Tests en Psiquiatría . . . . .	48
Tests: Análisis Factorial de las Aptitudes . .	52
Tests Objetivos de Personalidad . . . . .	53
Los métodos Proyectivos . . . . .	53

## CAPITULO V

Proyecto de Investigación. . . . .	58
------------------------------------	----

## CAPITULO VI

Conclusiones . . . . .	77
Bibliografía . . . . .	86

## CAPITULO I

## NEUROSIS

Las psiconeurosis comprenden un grupo relativamente benigno de trastornos de la personalidad, que suelen describirse como alteraciones intermedias, o que forman un eslabón entre los diversos recursos adaptativos que inconscientemente utiliza la mente común y los métodos extremos y desorganizadores que se observan en el psicótico.

Los trastornos psiconeuroticos de la personalidad surgen del esfuerzo que el individuo hace para manejar problemas psicológicos internos, privados y específicos, y situaciones que provocan Stress, que el paciente mismo es incapaz de dominar sin tensión o sin recursos psicológicos inquietantes cuya causa es la angustia que se ha estimulado.

Es costumbre diferenciar entre dos clases de Neurosis basándose en la significación relativa de los factores predisponentes y de los factores determinantes. - En el caso de una personalidad esencialmente sana, que sucumbe a la carga extraordinaria del medio ambiente - (física, emocional o combinación de las dos) la enfermedad tiene el nombre de Neurosis Traumática.

En caso de una personalidad que es básicamente - más bien falta de salud, y que sucumbe a conflictos de poca hasta moderada intensidad ( a juzgar de las normas ordinarias), la enfermedad se llama psiconeurosis.

#### Clasificación de Psiconeurosis

Reacciones de Ansiedad

Reacciones de conversión

Reacciones de Disociación

Reacciones Fóbicas (Histeria y Ansiedad.

Reacciones Compulsivas ( Neurosis Obsesivocompulsivas )

Reacciones Depresivas

Hipocondriasis ( En realidad, el síndrome de Hipocondriasis es la forma más completa y desarrollada, - es un estado raro, puede ser también un estado muy serio, que aparece para ocupar una posición en la zona limitrofe entre las Neurosis y las Psicosis).

## REACCION NEUROTICA DEPRESIVA

Episodio depresivo normal.- estado de ánimo de -  
tristeza, a veces teñido de cierta ansiedad y que com-  
prende una actitud como pesimista. El pensamiento gira  
alrededor de las circunstancias desencadenantes y a no-  
ser constructivos, existe una relativa inactividad sin-  
disposición para efectuar actividades habituales, y se  
desempeñan con sensación de esfuerzo extraordinario, la  
concentración mental se hace difícil, puede haber vaga-  
sensación de inquietud y posiblemente de irritabilidad,  
con tendencia a llorar, alteraciones moderadas en cual-  
quiera de los dos sentidos (apetito y sueño), además se  
abate la opinión que cada quien tiene de sí mismo. Algu-  
nas veces sentimiento moderado de vergüenza o culpa, se  
cree que se ha manejado torpemente una situación.

La serie causa efecto, en su mayor parte, es - -  
consciente; uno sabe lo que ha sucedido. En su forma ca-  
racterística ésta reacción es autolimitada. Un acceso -  
de melancolía de esta especie normal dura unas horas o -  
unos cuantos días, cuando más unas semanas.

Las reacciones neuróticas depresivas tienen im-  
portantes semejanzas con una experiencia de ésta clase -  
pero son fenómenos más complejos y más serios, existe -



una desproporción con el suceso determinante (considerado objetivamente) y la sintomatología, autoestima abatida.

El estado emocional solo puede explicarse en relación con la personalidad del paciente tal como estaba formada en la época del conflicto psicológico. Existiendo rasgos de la personalidad que predisponen con fuerza a que se presente una depresión psicótica.

Uno es la inseguridad básica y la incertidumbre con respecto al propio valor de la persona, que necesitan ser aliviadas más o menos continuamente por medio de seguridad que proviene del exterior (es decir de las personas que se mueven en nuestro propio medio ambiente).

El otro es una conciencia morbosamente positiva-siempre lista a entrar en acción al menor signo de conducta hostil (posiblemente hasta por la movilización de pensamientos hostiles) dirigida contra personas clave de la vida del individuo.

Con gran frecuencia puede uno percatarse de que ambos rasgos están actuando al producirse una reacción-neurótica agresiva, a pesar de que uno de ellos puede tener mayor significación que el otro en cualquier caso que se estudie.

La predisposición a la depresión neurótica es el

resultado de las experiencias de la vida que crean uno o más de los problemas psicológicos críticos que ya hemos mencionado; el profundo sentido de inseguridad, la conciencia excesivamente ruda o áspera y la cólera crónica en contra de alguna persona importante que ha sido también amada o necesitada.

### REACCION NEUROTICA DE ANSIEDAD

#### Ansiedad

Intimamente relacionada con el miedo, pero como una regla psicológicamente distinta a él, es el fenómeno de la ansiedad. Los componentes fisiológicos de la ansiedad son probablemente los mismos que los del miedo; los dos conjuntamente parecen imbrincarse en grado considerable. La razón de que sea difícil estar cierto que hay signos acerca de que existen o no diferencias neurofisiológicas sutiles, por ejemplo, proporciones diferentes de adrenalina y noradrenalina, es que el miedo tiende a ser agudo mientras que la ansiedad tiende a ser crónica.

Los componentes subjetivos de la ansiedad a pesar de que son semejantes a los del miedo, tienen una calidad aún más "difusa" puesto que falta la percepción de un rasgo específico de peligro en el ambiente, de hecho la ansiedad puede ser definida como una emoción aná

loga al miedo, pero que no es transferible a ningún peligro externo; como el miedo en sus formas extremas, la ansiedad puede terminar en un estado clínicamente imposible de distinguir del pánico y generalmente recibe el mismo nombre.

Como el miedo en sus formas más benignas, la ansiedad tiene un valor más definido de ajuste porque influye sobre el sujeto orientando hacia una mayor precisión o velocidad de ajuste. Probablemente sea mejor considerar la ansiedad como una manera aprendida de responder, que en último término es atribuible a experiencias en su mayor parte productos de miedo, es decir, a experiencias de miedo que se encuentran en el pasado remoto del individuo.

El término reacción de ansiedad (antes denominado estado de ansiedad o neurosis de ansiedad) se refiere a una enfermedad emocional más o menos crónica, caracterizada por la presencia casi constante de cierto grado de ansiedad en exceso de lo normal, y como regla, por el desarrollo de vez en vez, de ataques reales de ansiedad, que puede darse a conocer por síntomas tales como inquietud, insomnio, irritabilidad, insatisfacción y malestar general y algunas, disminución de la capacidad para concentrarse desde el punto de vista mental, la fatiga y una multitud de síntomas físicos usualmente

de menor intensidad.

Entre éstos últimos dolor de cabeza, dolor de es palda, disnea, trastornos digestivos transitorios y - - trastorno de la frecuencia de las micciones, son los fe nómenos que con frecuencia se mencionan.

La reacción de ansiedad es un estado extraordina riamente común, la más común, de las psiconeurosis. No existen estadísticas fidedignas en lo que se refiere a su frecuencia pero se han hecho cálculos de que una per sona de cada cuatro puede sufrir éste estado patológico en una ocasión u otra de su vida, es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y en su princi pio más frecuente entre las edades de 20 a 40 años que antes o después.

Si se revisa el cuadro clínico entero de éste es tado, encuentra uno que los síntomas pueden dividirse - en dos categorías. La primera comprende elementos tales como el sentirse asustado, aumento de la frecuencia del pulso, dificultad para respirar, sudores e insomnio. To dos éstos síntomas son manifestaciones directas de la - ansiedad misma. La segunda categoría comprende elemen tos tales como la irritabilidad y la disminución de la - capacidad de concentración mental. Estos síntomas no - son expresiones de la ansiedad en sí misma, sino más -

bien de lo que podríamos llamar fatiga psicológica. Es decir interviene tal cantidad de energía de la personalidad en el conflicto interno inconsciente (productos de la ansiedad) que hay muy poca energía como remanente para enfrentarse con la situación del momento de una manera flexible o eficaz.

La seriedad de la enfermedad depende de la naturaleza de éstos conflictos, del grado de represión que los repele de la conciencia, y de los recursos generales de la personalidad del paciente. La reacción de ansiedad puede ser modificada favorablemente por el tratamiento o puede ser refractaria por completo.

Existen en todos los casos cierta simplicidad acerca de la formación de los síntomas de una reacción de ansiedad que se encuentra en contraste con los fenómenos simbólicos más complicados que se ven en las otras psiconeurosis.

Mientras que, en parte como resultado de su misma simplicidad, el pronóstico de un caso de reacción de ansiedad que llega a ocupar la atención del médico oportunamente es usualmente muy favorable, el pronóstico de un caso crónico puede serlo mucho menos.

Aquí el punto importante es que la reacción de ansiedad es un estado altamente incomodo o molesto, más incomodo que digamos, por ejemplo una reacción conversi

va o algunas reacciones fóbicas, y decididamente más -  
incómodas que varios rasgos neuróticos de la personali-  
dad.

Si determinado individuo ha continuado sufriendo  
una reacción de ansiedad durante largo tiempo sin pre-  
sentar una psiconeurosis más complicada, pero también -  
más cómoda, o algún cuadro de personalidad neurótica, -  
puede significar que carece de recursos psicológicos, -  
que su ego no tiene a su disposición gran repertorio de  
técnicas de defensa.

## PRONOSTICO DE LA PSICONEUROSIS

Una generalización que puede ser hecha con cierta seguridad es que a igualdad de circunstancias, mientras sea menor la participación etiológica de los elementos predisponentes, más favorable resulta el pronóstico.

Como la predisposición comprende experiencias — significativas, tanto emocionales como de aprendizaje, — durante los años más tempranos y más formativos del individuo, la generalización más íntimamente relacionada, aunque no sea idéntica, es que cualesquiera que sean — los síntomas mientras mayores sean los recursos totales de la personalidad (Inteligencia, Talento específico — de determinada especie, Capacidad de Sublimación, etc.) más favorable resultará el pronóstico.

Mientras más modificable sea la situación mejores es el pronóstico, puesto que es un factor de desarrollo o perpetuación de la neurosis.

El tratamiento actual de las psiconeurosis comprende tres modalidades principales: la psicoterapia, — las modificaciones del medio ambiente y la quimioterapia.

## CAPITULO II



## PSICOTERAPIA

Generalidades: La Psicoterapia de cualquier tipo es siempre un proceso prolongado, ya que las normas de conducta establecidas prematuramente son resistentes a los cambios. Aunque a veces se consigue con facilidad y en poco tiempo alivio de los síntomas, el cambio duradero de la personalidad solo ocurrirá, generalmente, después de haberse inventado nuevo aprendizaje, modificado y vuelto a ensayar, en una relación caracterizada por el cuidado no posesivo del paciente por el terapeuta.

A no dudar, el futuro dará pruebas de grandes adelantos en la comprensión científica de las relaciones personales que ocurren en la psicoterapia. Considerada durante mucho tiempo como un arte, en los últimos años se ha convertido en el centro de investigaciones dentro de las ciencias que estudian la conducta.

La última década ha visto adelantos en la formación de terapias particulares y racionales adaptadas a complejos sintomáticos específicos. La Psicoterapia, como ciencia, está en sus primeros estadios. No obstante, aplicada con juicio, ofrece la forma más eficaz de aumentar la felicidad, el provecho y el bienestar del paciente.

## PREMISA BASICA

La premisa básica general de la psicoterapia es que las alteraciones de la personalidad surgen primitivamente por experiencias interpersonales inducidas en la primera infancia y afirmadas por la situación contemporánea. Esta afirmación no niega el papel de los factores genéticos u orgánicos en diferentes enfermedades.

En realidad, los factores orgánicos pueden desempeñar diversos papeles en cualquier enfermedad, tal como se presenta en diferentes individuos. No obstante — la premisa básica que fundamentalmente es que las alteraciones funcionales son, en esencia, el resultado de experiencias con otras personas; es decir, son reacciones aprendidas. Sobre la base de éste acerto el psicoterapeuta intenta resolver el problema fundamental por un proceso de reeducación del paciente a través de una experiencia correctiva con otra persona, el terapeuta.

La mayoría de los terapeutas tratan de mantener su neutralidad para que la relación que se establezca refleje las dificultades del paciente sin verse deformada por la personalidad o la influencia del tratante. — Por tal motivo, la madurez emocional y la propia comprensión son atributos importantes del terapeuta ideal.

En el contexto de una relación con una persona así, el enfermo experimentará y volverá a vivir sus problemas — sin las consecuencias habituales que tienden a perpetuarlos.

### TECNICAS PSICOTERAPEUTICAS

Las técnicas psicoterapéuticas varían mucho. En consecuencia, es difícil fijar generalizaciones que se adapten a todas las formas de psicoterapia, por ejemplo:

Algunos terapeutas consideran que la técnica de psicoterapia más importante es la interpretación, es decir señalar al paciente el significado y el sentido de su conducta. Otros creen preferible que la interpretación surja del propio paciente, y que la manifestación verbal del juicio, cuando ocurre, no es causa de mejora o curación, sino más bien el resultado de la mejora.

Hay terapeutas que utilizan a propósito técnicas que alientan la subordinación del enfermo, por lo menos en ciertas fases del proceso. Otros contienen que el paciente debe ser instado a mostrarse independiente, seguro de sí, y responsable de sus propias decisiones.

Algunos terapeutas tratan de mantener una pantalla en blanco evitando revelar aspectos de su propia vida y actividades, para reflejar solo lo que presenta el paciente.

Es norma de algunos destacar la diferencia entre pensar con el paciente en oposición a pensar acerca de él, y tratan únicamente de adoptar el marco de referencia que ofrece el paciente comprendiendo como piensa y siente en ese momento y comunicándole esa comprensión. Otros consideran que es facultad esencial del terapeuta hacer correcta interpretación de las ideas y sentimientos del enfermo.

Algunos terapeutas creen que las experiencias con que trata la psicoterapia deberían ser primariamente las del momento presente y que tendrían poca importancia los antecedentes históricos de la conducta. Otros afirman que la finalidad más importante de la psicoterapia es volver a establecer el lazo entre las experiencias del pasado (tempranas) y las dificultades presentes.

Algunos terapeutas abogan porque la psicoterapia se maneje con experiencias imaginadas (sueños y asociación libre). Otros creen que los datos más importantes para el tratamiento son las experiencias de la realidad.

A pesar de las diferencias de técnicas representadas por las muchas escuelas de psicoterapia, un gran número de autoridades en la materia cree probable que el aspecto más importante no sea la técnica (o técnicas) especial, ya que los resultados experimentales en las principales escuelas no difieren fundamentalmente.

También destacan los elementos comunes a todas las psicoterapias eficaces y creen que el esfuerzo terapéutico surge de ellos y no de los detalles que distinguen un enfoque de otro.

La psicoterapia tendrá las mayores probabilidades de éxito si el sufrimiento del paciente es superior a las recompensas que le rinde su enfermedad, es decir cuando las desventajas superan con claridad a las ventajas.

Después de haber analizado algunos aspectos de la Psicoterapia en general, consideramos apropiado bosquejar algunas de las técnicas y fundamentos de psicoterapias eficaces, utilizadas actualmente.

La finalidad que perseguimos es no inclinar la balanza, hacia ninguna técnica en especial ya que carecemos de autoridad y experiencia para hacerlo, por el momento, cuando lleguemos a la psicoterapia de Grupo —

que es la que nos ocupa primordialmente en éste trabajo, explicaremos las causas que nos hicieron manejarla, en éste momento histórico, en el cual nos iniciamos como médicos residentes especialistas en Medicina Familiar.

### PSICOTERAPIA DE APOYO

Está indicada en los casos en que todo cuanto puede intentarse en ese momento, o más práctico, es fortalecer los mecanismos de defensa del paciente, como cuando se trata de una persona de mucha edad. Si existe amenaza de descompensación de los mecanismos de defensa presentes, se requerirá psicoterapia de apoyo, en otros la edad avanzada, las ineptitudes físicas o la rigidez de la situación de la vida hacen poco práctico un enfoque más ambicioso. Entonces la finalidad será, por lo común, restaurar una adaptación previa (relativamente) satisfactoria o efectuar un ajuste en la estructura actual de la personalidad del paciente. La terapia de apoyo, en principio, se convertirá en interpretativa a medida que vaya cambiando la finalidad del tratamiento.

Uno de los principios primordiales de la Terapia de Apoyo es no hacer nada que acelere la angustia excesiva. Por éste motivo se tendrá gran cuidado en no com-

prometer un mecanismo de defensa importante por el proceso de terapia. Se insistirá sobre la realidad actual del paciente; no se alentará la asociación libre, la imaginación o la interpretación de los sueños.

Como los controles internos suelen ser débiles, el terapeuta tratará de estructurar al paciente, estableciendo límites reales a su conducta, aconsejándolo y dándole seguridad y proporcionándole apoyo cuando y donde lo necesite. Usará deliberadamente la sugestión, la persuasión, la inspiración, la dirección y la exhortación. A veces se utiliza el manejo del medio ambiente como una forma de disminuir las tensiones. Como éste tipo de terapia se usa en enfermos vulnerables a la psicosis, son grandes los peligros inherentes a la misma. La Psicoterapia de Apoyo es muy difícil de administrar, porque hay que comprender profundamente la estructura de defensa del paciente para decidir si determinada maniobra resultará o no de apoyo.

Durante la psicoterapia de apoyo es importante poder graduar la eficacia del sistema de defensa del enfermo; saber que ocurre en todo momento. Los síntomas a veces sirven a importantes funciones para restaurar los defectos de adaptación o evitar la regresión a una enferme

dad más grave. De ahí que puede tener consecuencias desastrosas la remoción precipitada de un síntoma. También algunos individuos perciben la psicoterapia de apoyo como una forma de tratamiento fácil y económica, ya que sus fines suelen ser más modestos, como por ejemplo, simplemente evitar la hospitalización.

También se emplea cuando no se considera necesario nada más en una reacción de pena temporaria, en reacciones depresivas o situacionales, en excitaciones adolescentes, y en otras crisis transitorias presentes en una personalidad relativamente intacta, será adecuada la psicoterapia de apoyo temporaria para ayudar al paciente durante un período de ajuste difícil.

#### PSICOTERAPIA INTERPRETATIVA

La finalidad de ésta es, en su mayor parte cambiar la estructura básica de la personalidad del paciente, más bien que alcanzar un ajuste más armonioso con ella. Para que ocurra tal cambio, el paciente deberá tener motivación suficiente para actuar con una meta de largo alcance y soportar la frustración que la acompaña, la angustia y el sacrificio que la adopción de esa meta impone. El grado de integración de personalidad —



del paciente debe ser efectuado en forma adecuada para tolerar la angustia despertada por la interpretación, - cuyo objeto es poner las palabras cuidadosamente elegidas y con sentido, los conflictos que son la base de -- los problemas del paciente con otras personas. Para que sea útil tal interpretación deberá ser espaciada en - coincidencia con el punto máximo de la complicación em cional del paciente.

Las formas principales de la Psicoterapia Interpretativa son el Psicoanálisis y la Psicoterapia Psicoanalítica.

El Psicoanálisis se basa en los principios ex puestos por Freud. Las técnicas principales incluyen la asociación libre y la interpretación de los sueños. Un aspecto sobresaliente del Psicoanálisis es la sistemática investigación e interpretación de la relación de -- transferencia que se establece entre el paciente y el - analista, así como también un análisis de las resistencias emocionales del paciente que lo llevarán a la distorsión de sus relaciones con los demás. La finalidad - de ésta técnica es el logro, por el paciente, del conocimiento de sus conflictos inconscientes junto con una amplia alteración de la estructura de la personalidad,-

los cuales se manifiestan ambos por cambios de conducta inadaptativa anterior. En su forma clásica, el psicoanálisis es un proceso prolongado (con frecuencia 5 horas a la semana). Los métodos más breves y las modificaciones de la técnica por los llamados neo freudianos han dado lugar a diferentes escuelas de psicoanalistas.

En oposición al psicoanálisis clásico como se — acaba de describir, la Psicoterapia Psicoanalítica utiliza las ideas de Freud y sus adeptos pero con mayor — flexibilidad en el enfoque. Los fines del tratamiento — pueden ser circunscritos y relacionados con aspectos es pecíficos del conflicto. Estableciéndose una relación — activa con el paciente en una forma más natural que la — característica del psicoanálisis clásico.

En lugar de las asociaciones libres y los sueños el enfoque primario podrá constituirlo el informe detallado de las actuales relaciones personales mutuas, dirigido por un cuestionario hecho por el terapeuta. Las técnicas han ampliado el uso de la psicoterapia hasta — grupos de enfermos esquizofrénicos y casos fronterizos — que no serían tratables por el Psicoanálisis clásico. — Como tales enfermos suelen tener dificultad en distin— guir entre la fantasía y la realidad, rara vez se utili— za la asociación libre (imaginación ilimitada). Se ha —

visto que es más útil en ellos manejar los problemas de la realidad. En tales circunstancias, la terapéutica se lleva a cabo en una relación cara a cara (en vez de tener al paciente en un diván) y con gran flexibilidad en cuanto a frecuencia y duración de las sesiones.

La Psicoterapia Familiar es un método especial de tratamiento de los desordenes emocionales, que se concentra, no en individuo, sino en la familia, vista como un todo orgánico. Algunos la denominan Psicoterapia Familiar Conjunta, porque se enfoca hacia el grupo familiar, estudiándose en forma directa a los padres y a los hijos.

Trata explícitamente tanto con las fuerzas de la enfermedad, como con las de la salud; interviene en conflictos contemporáneos, con la idea de que las fuerzas y fuentes pasadas de patogénesis contenidas en los conflictos presentes, aunque ahora se encuentran organizadas en forma diferente. Estudia por lo tanto, las transacciones familiares concretas y presentes; no se interesa en lo intrapsíquico, sino en la interacción en lo inadvertido observable antes que en lo inadvertido deducible.

Define los desórdenes de la personalidad indivi-

dual dentro del más amplio marco de referencias de las distorsiones psicológicas y sociales del sistema de la familia. Asume que las fuerzas del individuo y de la familia son independientes e interpenetrantes, que éstas relaciones son importantes tanto en la causa, el curso y el resultado de las enfermedades, como en las respuestas a la terapia. Su objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar, sino, más bien, crear una nueva forma de vivir.

En la psicoterapia familiar tomamos en cuenta — los siguientes elementos; que existen más de dos personas en su interacción, con capacidad de expresar abiertamente sus conflictos; que es de gran importancia la interacción no verbal. Considera que la forma de sentarse, la postura, los gestos y la manipulación de cada uno de los miembros es significativa; que la duración del tratamiento es variable, pero tiende a acortarse en comparación con la psicoterapia individual; que tiene como propósito el cambio en el sistema de interrelación familiar, no el cambio de conducta de un individuo aislado o el cambio intrapsíquico que aparece secundariamente como resultado de los cambios del sistema familiar.

### CAPITULO III

## PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Es un método para tratar conscientemente y en el marco de una ciencia empírica las relaciones interpersonales y los problemas psíquicos de los individuos de un grupo. En la definición anterior se incluyen, por consiguiente, los siguientes factores:

- 1).- Es una metodología clínica desarrollada, -  
a) conscientemente y b) sistemáticamente.
- 2).- Emrende el tratamiento de varios individuos dentro de un grupo.
- 3).- Consiste en el tratamiento de los problemas psíquicos y sociales de los miembros del grupo, de sus dolencias somáticas solo se ocupa en la medida que son psicógenas.
- 4).- Es un método fundado en investigaciones empíricas y que se practica en un marco empírico. El instrumental teórico está centrado en el grupo, esto es, interactivo e interpersonal. Ninguna metodología puede desarrollarse sin consecuencia lógica en su construcción.

La Psicoterapia de Grupo inconsciente ha sido empleada siempre por líderes carismáticos, magos y

y maestros. Pero si no se funda en el conocimiento de la patología de el grupo y de los problemas psicológicos y sociales de los individuos participantes, no es psicoterapia de grupo.

### Primeras Definiciones de la Psicoterapia de Grupo

- 1.- Es un principio fundamental de la psicoterapia de grupo que todo individuo - y no solo el médico que los trata - pueda actuar como agente terapeutico - respecto a otro individuo, y todo respecto a otro grupo (1932)
- 2.- La psicoterapia de grupo es un método de psicoterapia que aspira lograr la más favorable agrupación terapeutica de los miembros. Procura una reagrupación de los miembros, cuando es necesaria para poner de acuerdo la constelación del grupo con las motivaciones e inclinaciones espontaneas de los miembros (1932)
- 3.- La psicoterapia no trata solo al individuo aislado, que se ha convertido en foco de atención por sus dificultades de adaptación y de integración, sino a todo el grupo y a todos los individuos que están en

relación con él (1934).

DIFERENCIA ENTRE TERAPIA DE GRUPO Y PSICO  
TERAPIA DE GRUPO

El término de Terapia de grupo se emplea cuando los efectos terapéuticos son secundarios -un subproducto de las actividades de grupo primarias- sin el consentimiento explícito de los participantes para ser tratados y sin un plan científico. En éste sentido puede haber terapia de grupo entre otras cosas dentro de cualquier actividad de grupo o, en cualquier otro medio social.

El término psicoterapia de grupo, se empleara solo cuando el objetivo único e inmediato es la salud psicoterapéutica del grupo y sus miembros y cuando se obtiene éste objetivo mediante medios científicos, incluidos el análisis, el diagnóstico y pronóstico.

Por patológico no entendemos nada absoluto, desde el punto de vista del universo no hay patología alguna, solo la hay desde el punto de vista de las ciencias humanas. Con éste término se alude a las desviaciones de las normas culturales y de las leyes sociales o al vacio psíquico, que contribuyen en múltiples formas al empeoramiento del status sociométrico de los individuos.



Hagamos resaltar, sin embargo que el status sociométrico del aislamiento, por ejemplo, no siempre implica desventajas; en muchas culturas los aislados son tratados con especial reverencia.

#### DINAMICA

El concepto está en el centro de la psicoterapia de grupos. Las palabras interhumano o interpersonales son conceptos limitados académicos, pálidos, en comparación con el concepto vivo, universal de encuentro.

Encuentro quiere decir que dos personas no sólo se hallan juntas sino que se experimentan una a otra, se captan, cada una con la totalidad de su ser. No es un contacto limitado como la reunión profesional de un médico o terapeuta con el paciente, ni un contacto meramente intelectual, como de maestro a alumno, ni un contacto científico, como el que existe entre un observador y su objeto.

Los participantes no se ven forzados por una fuerza exterior a entrar en ésta situación; están ahí, por que quieren estar ahí, en razón de una altísima vocación y por el camino elegido. El encuentro no está preparado ni construido, ni planeado, ni examinado, tiene lugar bajo la égida del instante.

Las personas se encuentran con todas sus fuerzas y debilidades llenas de espontaneidad y creatividad; el encuentro vive en el aquí y ahora.

El encuentro es, pues esencialmente distinto de lo que los psicoanalistas llaman transferencia. Es distinto de lo que los psicólogos llaman empatía. Se mueve del Yo al Tu y del Tu al Yo. Es *Zwoifuhlung* tele (sentimiento que une a dos personas).

La psicoterapia de grupo intenta literalmente lo que la palabra dice : al individuo no se le trata separadamente, sino in situ, en su contexto natural en que se encuentra; en la familia, en el lugar de trabajo, en la comunidad o en las clínicas, como miembro de un grupo sintético. Esto dejando aparte las más amplias posibilidades terapéuticas que implica, la psicoterapia de grupo ofrece la ventaja económica, por poderse tratar - varias simultáneamente. La psicoterapia de grupo se - - acerca más al medio natural en que vive la gente; y trata tanto la dinámica individual como la de grupo.

## EL METODO INTERACTIVO

El método más antiguo y con mayor audiencia, de psicoterapia de grupo es la forma interactiva, cuyos principios constituyen el fundamento de todos los métodos. Su característica principal es la ayuda recíproca, terapéutica, de todos los miembros. Las lecciones y las entrevistas los análisis y las interpretaciones no llenan el objetivo de la psicoterapia de grupo sino parcialmente.

En los casos más sencillos pueden ser suficientes y son siempre útiles como auxilio preparatorio y como complemento, pero no son el método exclusivo. La psicoterapia interactiva de grupo atravesó dos estadios evolutivos el diagnóstico con el sociodrama interactivo (1932), introduciendo con vistas al análisis de grupo, y la propia terapia interactiva, que fué aplicada a grupos de presos (1931) de niños (1931) y de enfermos mentales (1932) en la esfera de trabajo de Moreno, en los Estados Unidos.

La orientación general de la psicoterapia de grupo ha permanecido inalterable hasta el día de hoy, si exceptuamos su unificación en 1933 con la sociometría y en 1936 con el psicodrama. El interés de los psicoanalistas por éstos nuevos métodos desde 1937 ha contribui

do ciertamente a su expansión, pero su progreso científico se ha visto entorpecido gravemente por querer trasladar la terminología psicoanalítica de los individuos a los grupos. Una psicoterapia de grupo sin fundamentación antropológica, microsociológica y sociométrica es de escaso valor. Esta última aseveración nos da fuerza para poder pensar que el Especialista en Medicina Familiar, al recibir dentro de su formación profesional materias como son Psicología Social, Antropología y Sociología, lo capacitan para entender en sus bases y desarrollo la Psicoterapia de Grupo, incluyendo también su manejo, en una forma científica y eficaz.

El objetivo de la psicoterapia de grupo es : a) favorecer la integración del individuo frente a las -- fuerzas incontroladas que lo rodean; esto se consigue -- en cuanto el yo individual investiga este entorno inmediato, por ejemplo, mediante un análisis sociométrico; b) promover la integración del grupo. Esta aproximación, tanto parte del individuo como por parte del grupo, activa su mutua integración.

La regla fundamental es la integración libre y espontánea a) entre los pacientes, b) entre los pacientes y los terapeutas y c) entre los terapeutas. Hay —

tres tipos de auxiliares terapéuticos: a) el terapeuta principal, b) el terapeuta auxiliar profesional o ego auxiliar y c) el paciente mismo, como terapeuta auxiliar.

#### ESTRUCTURA DEL GRUPO TERAPEUTICO

El grupo terapéutico funciona en dos formas): a) como familia en miniatura y b) como sociedad en miniatura.

a) El formato familiar encuentra amplia aplicación porque en él la niñez y sus principales papeles, padre, madre y hermanos, pueden repetirse bajo nuevas condiciones.

b) En una sociedad o un mundo en miniatura todos los miembros son aceptados y todos tienen la posibilidad de expresarse abiertamente. Este pequeño mundo contiene a la familia, pero la trasciende. Es el marco ideal para los grupos terapéuticos de adultos porque hace posible la encarnación de todas las figuras significativas de nuestra cultura.

En cuanto a que la estructura del grupo terapéutico, puede funcionar como familia en miniatura, tiene-

doble importancia para el médico especialista en Medicina Familiar, ya sea en su formación o en etapas avanzadas de su ejercicio profesional, en cuanto a la enseñanza que nos deja en su manejo y la aplicación que se puede traspolar a la familia como grupo.

#### ACCION DE GRUPO Y CATARSIS

Hay dos formas de catarsis: a) la de grupo y b) la catarsis de acción.

a) El grupo entero está incluido en el proceso de la catarsis de grupo. Es una catarsis a través de la integración. Resulta de la interacción benéfica entre los miembros del grupo. En oposición a ella se encuentra la catarsis individual obtenida mediante la abreacción lograda por un individuo por sí mismo y separado de los demás.

b) La catarsis de acción resulta de las acciones espontáneas de uno o varios de los miembros del grupo, aún en el de "discusión"; permanece sin estructura al nivel de la abreacción, pero se estructura y alcanza un valor integrativo en el curso de la representación psicodramática.

## PSICOTERAPIA DE GRUPO

## METODOS

El número de métodos que se han desarrollado en el curso de éstas tres décadas, ha sido considerable. - Es necesario rechazar con energía la suposición de que la psicoterapia de grupo es un caso excepcional dentro de la medicina y que puede ejercerse sin estudios diagnósticos.

a) Métodos de club o asociación. El terapeuta y los miembros del grupo se reúnen en las instituciones o en cafés e intentan ayudarse sin hechar mano de un aparato técnico clínico. Ejemplos de éstos son la "Agrupación Terapéutica de Prostitutas Vienesas" (Moreno 1914) los "Alcohólicos Anónimos" (Norteamérica 1934).

b) Métodos de asesoramiento. Adler permitía que en sus oficinas de asesoramiento en Viena se entrevistara a padres e hijos en presencia de médicos, funcionarios de salud pública, psicólogos y maestros.

c) Métodos de conferencias. El terapeuta adopta el papel de conferenciante, describiendo ante los pacientes los mecanismos dinámicos de diferentes trastornos mentales. A menudo utiliza películas o discos. Este método es el más fácil y es especialmente popular entre

los terapeutas experimentados.

d) Método de clases. El terapeuta adopta el papel de maestro, alaba o corrige según el éxito del paciente (J. Pratt, Boston, Estados Unidos, desde 1930, - aproximadamente).

e) Métodos psicoanalíticos. Son aquellos en el cuál el sistema Teórico del terapeuta se reduce al sistema psicoanalítico de Freud. Pero en la realización técnica el analista de grupo apenas se diferencia del terapeuta de los métodos de interacción.

f) Métodos visuales. El terapeuta reduce su discurso al mínimo haciendo amplio uso de películas, diapositivas y planos.

g) Método de las historias clínicas. Consiste en que el terapeuta exponga ante los pacientes una historia clínica, en forma discretamente modificada, y empiece la discusión en la que todos los pacientes tienen la posibilidad de participar.

h) Métodos de discusión libre. Pacientes y Terapeuta se sientan alrededor de una mesa y discuten sus problemas personales y comunes.

i) Métodos sociométricos de ambiente. Los pacientes son agrupados en función de indicaciones sociométricas.



cas de tal modo que se pueden ayudar mutuamente.

j) Biblioterapia. Se pide que lean una serie de libros seleccionados, por el terapeuta, con la discusión de los mismos en forma subsiguiente se han conseguido efectos terapéuticos (J. Wilder, J. Klapman y - - otros)

k) Métodos de cinta magnetofónica. El efecto es que el paciente al oír su voz grabada, puede controlar la propia concepción de su comportamiento y de sus palabras. Puede él mismo medir, con arreglo a sus expectativas su voz y el ritmo de su locución (Moreno 1925, - 1932).

l) Métodos de música y danza. Hay dos orientaciones: a) elegir música moderna o clásica, de tal manera que se adapte al síndrome psíquico de los pacientes. - Desde este punto de vista se puede hablar de música melancólica, depresiva y maniaca. b) El otro método consiste en producir música uno mismo y no contentarse con oírla, es una especie de psicomúsica. (J.L. Moreno)

m) Métodos ocupacionales. Es una forma de psicoterapia de grupos combinada con una ocupación común de los participantes (coser, dibujar, pintar, hacer gimnasia) pueden ser provechosas cuando se realizan bajo la

dirección de un terapeuta experimentado.

n) Terapia de trabajo. Obedece a determinados -- principios: 1.- El trabajo se realiza en el mismo lugar de oficio. 2.- Los miembros son simultáneamente trabajadores y pacientes. 3.- Son pagados por el mismo patrón. 4.- La terapia se puede referir a los problemas administrativos, técnicos, e interpersonales. El empleo de los métodos psicodramáticos y sociométricos se ha demostrado aquí lo valioso que son. (J.L. Moreno)

PSICOTERAPIA DE GRUPO  
PRINCIPIOS GENERALES

1.- Cada sesión de grupo es un experimento científico. Cada sesión es única, no puede repetirse, ni su curso ser determinado de antemano en su totalidad.

2.- La situación de grupo. El primer encuentro es decisivo. El aquí y ahora pasa a primer plano. Cuando sea necesario, se discuten los conflictos pasados, pero solo en la medida en que se despliegan a partir de los problemas actuales.

3.- Médium del tratamiento de grupo. Puede ser una sala de consulta médica, los pacientes se sientan en círculo, en sillas o en el suelo, ordenados o sin orden formal. La observación ha demostrado que el círculo no es solo medida estética, sino para algunos pacientes, significación terapéutica.

4.- Interacción Terapéutica. Los pacientes se sientan de tal manera que puedan verse unos a otros y hablarse de cerca. La interacción terapéutica depende de la selección sociométrica favorable de los miembros. Si éstos tienen afinidades mutuas, se podrán ayudar unos a otros.

5.- Confrontación con la vida real. En el diván los pacientes no pueden hacer otra cosa que monologar, -

pero en el grupo pueden reaccionar unos frente a otros.

6.- Producción en el aquí y el ahora. El instante no es una parte de la historia, sino que la historia es una parte del instante. De acuerdo con la experiencia, las vivencias más impresionantes del pasado toman expresión, en alguna forma, en las vivencias presentes. El grupo no intenta de hecho descubrir de nuevo pasadas vivencias. Esto podría constituir una investigación de grupo interesante, pero no es psicoterapia de grupo.

7.- Espontaneidad: la producción espontánea e improvisada. Los miembros del grupo reaccionan espontáneamente unos frente a otros. Todo se desarrolla como en la vida misma, con todas las incertidumbres, pausas, tensiones y hostilidades.

8.- Actuar libremente y sin inhibiciones. El actuar sin inhibiciones no les está prohibido a los miembros del grupo como en el psicoanálisis, sino que pueden conducirse con toda libertad. Se ha puesto en evidencia que hay una especie de actuar terapéutico provocado por la propia atmósfera del grupo.

9.- Integración.- Con la integración psíquica de los miembros del grupo crece la cohesión del grupo.

10.- Catarsis Integral. Si la interacción tiene carácter terapéutico, se puede hablar de una catarsis -

integral en el grupo, en oposición a la catarsis por abreación o disociación, que puede observarse cuando los individuos permanecen aislados unos de otros.

11.- La magnitud del grupo (número de miembros).

Un grupo comienza por dos personas, cuando el terapeuta es una auténtica segunda persona y no solo un observador. En la situación psicoanalítica clásica no está presente más que una persona, porque la segunda, el analista, no está realmente con él, sino fuera de la unidad.

La psicoterapia de grupo en el sentido estricto empieza con tres personas, dos pacientes y el terapeuta. La magnitud óptima del grupo depende varios factores, ante todo de la cohesión del grupo. Cuando el número es demasiado elevado, es muy difícil establecer una relación verdaderamente íntima e intensa. Es por esto habitual reducir el número de los miembros a siete u ocho. Pero éste número es un límite absoluto.

12.- Estructura de grupo y síndrome grupal (diagnóstico de grupo). Todo grupo tiene una estructura mínima desde el momento del primer encuentro. Un proceso de atracción y repulsión, se produce ininterrumpidamente no solo frente al terapeuta, sino entre los miembros mismos.

Desempeñan aquí un gran papel las estimaciones - que los miembros del grupo hacen de la percepción, sentimientos y motivos de los demás. Es cierto que el terapeuta de grupo puede empezar a trabajar con un grupo - sin tener una imágen determinada de su estructura. Pero cuanto más tiempo trabaja con el grupo, tanto más claro se le hace su estructura. Sería totalmente anticientífico que no intentara por todos los medios, como en las - otras ramas de la medicina, encontrar métodos para reforzar sus conocimientos e intuiciones.

Los grupos homogéneos facilitan con frecuencia - el proceso terapéutico. Aquí todos tienen ciertas cualidades comunes, por ejemplo, alcohólicos, negros, adictos o miembros de un grupo minoritario.

Los grupos heterogéneos, sin embargo gozan de la preferencia general. Mujeres y hombres, de todas las - edades y de diversas nacionalidades, son tratados conjuntamente.

Los grupos familiares son una especie particular de grupos heterogéneos, en los que todos los miembros - pertenecen a una misma familia.

Cuando un grupo elige a sus propios miembros mediante un test sociométrico, hablamos de un grupo so-

ciométrico.

13.- Duración de una sesión. Es falso determinar rígidamente la duración de una sesión, depende del carácter más o menos intenso del problema que ha empujado al grupo al tratamiento. Cuando el problema no se ha desarrollado ni clarificado todavía, cuando está por asimilarlo entre dos luces, es a veces necesario ampliar la sesión a dos o más horas. Cuando está en la fase final y la sesión tiene un carácter explosivo, bastan de 30 a 40 minutos. Hora y media es lo habitual según la experiencia, pero no siempre el tiempo óptimo.

14.- Duración total del tratamiento. a) hay grupos que alcanzan su objetivo terapéutico en 10 o 12 sesiones. b) hay grupos que duran 1 o 2 años con una sesión semanal. c) grupos constantes. Adoptan la forma de familias sintéticas vitalicias, encuentran imprescindible al grupo para su bienestar social.

15.- Grupos cerrados. Grupos Abiertos. a) los grupos cerrados no consienten la admisión de nuevos miembros durante su tratamiento, son especialmente apropiados para una terapia intensiva. b) Los grupos abiertos son los que de tiempo en tiempo dan acceso a nuevos miembros, cuando la cohesión del grupo lo permite o cuando viejos miembros se retiran.

16.- Sesión abierta. Es una demostración con carácter único. El grupo no tiene la intención de encontrarse nuevamente, todos son nuevos. Tales sesiones son especialmente importantes en grandes ciudades, poblados, por un gran número de personas anónimas.

17.- Comunicación. Comunicación semántica, auditiva, visual, táctil y motora. Tiene lugar como :

Lengua materna.- la de origen

Lenguas sintéticas (sociograma, diagrama de papeles, actograma, etc.)

Lenguaje existencial (silencio, ser, espontaneidad).

18.- Problemas de rango (status). La igualdad de rango dentro de la psicoterapia es fundamental. El rango que tengan fuera del grupo debe quedar excluido en la medida de lo posible; el status debe estar determinado por los valores terapéuticos.

19.- Método de la libertad. Son libres de escoger donde se han de sentar; en proximidad del terapeuta o de otro miembro que les atraiga, con ésto el terapeuta tiene ante sus ojos un actograma y un sociograma visuales, que mostrará modificaciones características en cualquier otra sesión posterior.

20.- El grupo sin terapeuta (director Terapéutico). Se reúnen sin terapeuta, pero consultan ocasional-



mente al terapeuta que lo reunio.

21.- Terapia individual y de grupos combinadas.- Esto tiene grandes ventajas para aquellos pacientes a los que resulta muy difícil trabajar en grupo, también para terapeutas para quienes el grupo es una tierra incógnita más bien incómoda. Muchos terapeutas llegaron a terapia de grupo reuniendo en el curso del tiempo a una serie de pacientes individuales en un grupo.

22.- El terapeuta como miembro del grupo. El terapeuta es en ocasiones un protagonista participante, - nunca un puro observador. Es una combinación de tres - funciones, la del médico, la del investigador y la del co-paciente.

#### ESFERAS DE APLICACION

En general podemos distinguir cinco esferas de - aplicación de la psicoterapia de grupo:

- 1) Investigación de grupo
- 2) Pedagogía de grupo
- 3) Diagnóstico de grupo
- 4) Terapia de grupo
- 5) Profilaxis de grupo o higiene mental.

La mayoría de las clínicas psiquiátricas, oficinas de asesoramiento matrimonial y organizaciones ecles-

siásticas de los Estados Unidos utilizan la psicoterapia de grupo en alguna forma, por lo general bajo la dirección no de un Psiquiatra, sino de un Psicólogo o Trabajador Social (Nos atrevemos a completar que también - el Especialista en Medicina Familiar, puede y debe utilizar la Psicoterapia de Grupo).

## CAPITULO IV

## LOS TEST EN PSIQUIATRIA

No es solamente en el campo de la medicina donde el clínico aspira, por un cambio de punto de vista a recoger informaciones complementarias que vendrán a apoyar, confirmar o invalidar su diagnóstico. La ambición de los Tests en Psiquiatría es introducir precisamente un modo de actuar que sea radicalmente diferente del enfoque clínico, pero que, por convergencia, pueda contribuir a objetivar la comprensión intuitiva del estado y del futuro mental del paciente.

El test mental es definido por Pichot (1914) como una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Este comportamiento es evaluado por comparación estadística con el de otros individuos puestos en la misma situación, permitiendo de éste modo clasificar al sujeto examinado, sea cuantitativa, sea tipológicamente, además los test tienen un alcance predilecto que les diferencia de simples exámenes estandarizados.

Los test de inteligencia suministran generalmente los niveles de eficiencia global del individuo (CI) y una evaluación diferenciada en los diversos sectores de la actividad intelectual (atención, memoria, razo-

namiento, etc.).

En el presente estudio empleamos una batería de 5 test de evaluación del Deterioro, concebidos, valorados y comparados para : explorar los principales sectores de la actividad intelectual afectada, detectar la existencia de Deterioro Eventual, evaluar su importancia y controlar su evolución bajo tratamiento.

1.- Test de la doble marcación de las cifras.- Test de atención selectiva de tareas múltiples que aprecia bien la atención, el estado de alerta y la concentración intelectual. El nivel intelectual y razonamiento entran poco en juego.

2.- Test de las regletas.- Test de memoria visual inmediata con reproducción de las figuras, es un test de retención visual que evalúa solo la capacidad de memorización. El test es independiente de la eficiencia psicomotriz del sujeto.

3.- Test del dictado en Morse.- Test de memoria auditiva inmediata. es un test de retención nemésica inmediata, evalúa sobre todo el poder de memorización, pero aprecia también la atención y la concentración intelectual. De éste modo es muy sensible al deterioro, revelan los déficits subclínicos y suministran resultados

muy bajos para los deterioros importantes.

4.- Test de las figuras a completar.- Test de razonamiento lógico, es un test de inteligencia general (Factor G) que evalúa las capacidades de concentración, juicio, y sobre todo de razonamiento, consiste en completar series incompletas de figuras ligadas entre sí por simetría, desplazamiento y rotación.

5.- Test de los nombres Genéricos.- Test de memoria diferida consistente en recordar una serie de nombres ligados a un nombre genérico al término de un lapso de tiempo de 15 minutos. Clasificados por frecuencia de usos decrecientes, evalúa la capacidad de retención-mnésica pero está un poco influenciado por el conocimiento del vocabulario y el nivel cultural.

Se calificaron 100 puntos en total, 20 para cada uno de los test.

El concepto de Deterioro Mental designa el debilitamiento de las funciones psíquicas del individuo, — consideradas principalmente bajo el aspecto de su eficiencia intelectual y secundariamente bajo el de la integridad de su conciencia, del dominio de su carácter y de la autonomía de su conducta.

El DM forma parte del cuadro clínico de numerosos trastornos neuropsiquiátricos que implican un debilitamiento intelectual definitivo o transitorio: estados demenciales y predemenciales, insuficiencias cerebrales tóxicas traumáticas o vasculares, inhibición de los estados depresivos psicóticos o neuróticos, existen deterioros transitorios debidos a los efectos secundarios de los tratamientos neurolépticos.

A veces es fácilmente detectable a la observación clínica, otras es mínimo de instalación insidiosa y de agravación progresiva y escapa al examen clínico (tanto más puesto que está enmascarado por los fenómenos de automatismos). En éstos casos es en los que es más importante detectarlo y evaluarlo cuando se trata más frecuentemente de trastornos iniciales que no han llegado aún a un estado de evolución irreversible y - - accesibles a la terapéutica.

## TESTS

## ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS APTITUDES

Existencia de un factor G : el análisis factorial de las aptitudes ha conducido por una parte al -- aislamiento de un factor irreducible cuya presencia -- constante se revela en todo trabajo intelectual. Es evidentemente tentador considerar éste factor general como representativo de lo que se denomina comunmente como "inteligencia".

En todo caso es innegablemente útil poseer métodos para apreciarlo tan independientemente como sea posible de los otros factores. Tests como el Progressive-Matrices de Raven o el D 48 están saturados de factor G alrededor del 90%.

Las capacidades de abstracción y de pensamiento-conceptual están implicadas de modo principal en éste tipo de tests. Las Matrices Progresivas se componen de 5 series de 12 ítems. La respuesta ha de consistir siempre en la elección de una figura entre 6 respuestas. Esta elección resulta de la comprensión de la ley que rige la disposición de los elementos unos en relación con otros (similitudes, oposición, adición, sustracción, -- complementaridad. El D 48 es un test de dominós que res



ponde a los mismos principios. El Rex que fué empleado en éste estudio presenta los mismos principios y valora los mismos resultados.

#### TESTS OBJETIVOS DE PERSONALIDAD

Estos tests intentaron determinar los diferentes factores de la personalidad. Son necesariamente válidos según criterios exteriores a ellos mismos. Por consiguiente corresponderan o bien a una sistematización nosológica de la Psiquiatría, o bien a una concepción estructuralista o incluso factorialista de la personalidad. Entre éstos métodos se utilizó:

La codificación de un análisis biográfico que permite recoger la información, que se desprende habitualmente de una simple entrevista clínica bajo una forma tratable estadísticamente de modo inmediato.

#### LOS METODOS PROYECTIVOS

Es conocido corrientemente que todo artista expresa en su obra, que la realiza en función de lo que él es.

Métodos Proyectivos de Expresión Libre.- El dibujo de una familia, una casa, etc. En éste orden de ---

ideas el test del árbol y de la figura humana (dibujo - del árbol de Koch) constituyen ejemplos notables del - análisis previsible de la producción de los pacientes.- A partir de una experiencia pacientemente acumulada y - constantemente confrontada con los datos de la clínica, se ha podido elaborar todo un mundo de valoración de ta les dibujos que permite traducirlos en un protocolo de - significación precisa (para el árbol por ejemplo: lugar, tamaño y proporción de las raíces, del tronco y de las - ramas, dirección de las ramas, etc).

Métodos Projectivos Que Utilizan Un Material Ya - Diferenciado.- El Test de Frustración de Rozenzweig. - Son presentadas 24 situaciones de frustración social, - dibujos que representan a dos personajes dialogando. Lo que uno dice deja sitio a una respuesta dejada en blan - co del otro. Al sujeto se le pide la formulación de és ta respuesta. Se trata de situaciones de obstáculo al - yo (ejemplo: un automovilista se excusa ante peatón por haberle salpicado de barro). O bien situaciones de obs - táculo al Superyo (el sujeto es objeto de una acusación, por ejemplo una camarera de un restaurante acusa a un - cliente de ser demasiado difícil).

Como la gama de respuestas posibles es fatalmente limitada, se ha podido prever el análisis sistemático de ellas en término de respuestas extrapunitiva, intrapunitiva, impunitiva y tres tipos de reacción: predominio del obstáculo, defensa del yo, persistencia de la necesidad. La combinación de éstas seis categorías produce nueve factores posibles de valorización.

El Thematic Aperception Test T.A.T. de Murray — Veinte láminas evocan de forma instantánea temas, situaciones entre personajes, cuyo desarrollo es incierto. — Se pide al sujeto que construya una historia extrapolando en el tiempo los datos de la imagen. Su elección va a poder ejercitarse, por ejemplo en la identificación de heroes (madre-hijo o marido-mujer o hermano-hermana); en la tonalidad afectiva de su relato (evolución catastrófica, resultado positivo etc.) en la apreciación de las actitudes respectivas de los personajes (agresividad, sumisión, ansiedad); en las necesidades de éstos mismos personajes (protección, independencia, etc.); en su nivel de aspiración (llegar a ser un gran músico, superar un examen etc).

Este estudio da pie a una interpretación de los datos suministrados por el sujeto según los criterios —

habituales del psicoanálisis. Se le coloca ante un mate rial análogo al de los sueños y ante la necesidad de un enfoque intuitivo de la situación.

Este Test de Murray es utilizado frecuentemente por el Psiquiatra como un medio para abordar a su pa— ciente a través de una interposición material que puede inducir al diálogo. Dentro de nuestro estudio fué Test\_ fué aplicado por la Psiquiatra colaboradora que junto - con los aplicados por nosotros fueron interpretados y - evaluados por ella ya que la finalidad de nuestro estu- dio no era la aplicación de los Tests; sino que sirvie- ran como encuadre teórico de referencia para descartar- patologías que no pudiéramos manejar dada nuestra forma- ción, así como para evaluar al final los resultados de- la Psicoterapia de Grupo, incluyendo claro está los cam bios clínicos conductuales y sintomatológicos.

## CAPITULO V

## PROYECTO DE INVESTIGACION

## 1.- Nombre del investigador responsable:

Dr. Gustavo Díaz Pliego Coordinador de la Residencia de Medicina Familiar -  
CHT-1 No. 14 IMSS Veracruz  
Ver.

Dr. Eladio Alvarez Enriquez R-2 Medicina Familiar

Dr. José Reyes Glez. Palacios R-2 Medicina Familiar

## 2.- Título del trabajo:

Estudio Preliminar de Psicoterapia de Grupo en Pacientes con Reacciones Neuróticas Ansiosas y Depresivas.

## 3.- Hipótesis:

Existen recursos no empleados sistemáticamente en la institución donde estamos formando nuestro criterio profesional, y dentro de un marco teórico de referencia se trata de comprobar que.

La Psicoterapia de Grupo en pacientes con sintomatología orgánica no específica que sean catalogados como Neuróticos con elementos ansiosos y depresivos, habiéndose descartado previamente con los recursos diagnósticos de nuestro medio, patología orgánica, como fenómeno causal; Será capaz de restablecer un equilibrio-

entre el individuo y sus mecanismos de defensa, así como con su medio ambiente, provocando un cambio conductual y sintomatológico, manifiesto para el paciente y los responsables de la investigación.

4.- Tiempo requerido para el desarrollo del proyecto:

Fué de 8 meses, del día 10. de Septiembre de 1978 al 10. de Mayo de 1979

5.- Resumen del Proyecto:

Del diagnóstico de Salud de los consultorios 5 y 28 de la Consulta Externa de Medicina Familiar se seleccionaron 18 pacientes Neuróticos con elementos Ansiosos y Depresivos en quienes se descartó patología Orgánica presente. Se sometieron en forma voluntaria previa entrevista individual a diversos tests. Descartándose 6 pacientes: 1 por ser menor de 18 años, 2 en quienes se detectó deterioro mental franco y 3 por ser mayores de 35 años para no trabajar con síntomas discordantes en el primero y Deterioro Mental patológico y normal en los segundos. Los 12 pacientes restantes se integraron en dos grupos para su manejo, efectuando con cada grupo una sesión semanal de 60' de duración aproximadamente por espacio de 8 meses con Psicoterapia de Grupo, valorando al término del estudio con los tests iniciales el

progreso conductual o curación de la sintomatología referida al inicio.

6.- Nombre de los colaboradores:

Dra. Arminda Rodríguez Velez Psiquiatra de la Unidad. C-14 IMSS

7.- Lugar donde se efectuó la investigación:

Clínica Hospital Tipo I No. 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz, Ver.

8.- Justificación del proyecto incluyendo planteamiento general del problema, propósitos; incógnitas por esclarecer y metas por lograr:

La observación en la consulta externa del Médico Familiar de pacientes con síntomas y/o padecimientos — que no corresponden a entidades nosológicas específicas, manejados así como "neuróticos" con diversos medicamentos (ansiolíticos, tranquilizantes, sintomáticos y vitamínicos) en forma irregular e indiscriminada, sin muchos resultados satisfactorios, agravándose en ocasiones el padecimiento por los pobres logros obtenidos al no atender en forma adecuada el aspecto psicológico y — real del padecimiento que repercute no solo en el individuo enfermo, sino en todo el núcleo familiar y social a diversos niveles.



Los propósitos del estudio fueron además de lo antes dicho, integrar a nuestra formación de Especialistas en Medicina Familiar, técnicas no habituales en medios hospitalarios como el nuestro, para poder manejar la problemática familiar en una forma dinámica y abrir nuevos campos terapéuticos.

Las incógnitas fueron variables de acuerdo a las características específicas de cada paciente, predominando las relaciones ambientales y familiares actuales y pasadas que estuvieron modificando la conducta de dichos pacientes.

Las metas fueron modificar esas relaciones y hacer conscientes a los pacientes de la importancia de su participación en la resolución de sus problemas, así como manejar en nuestra etapa formativa la Psicoterapia de Grupo.

9.- Descripción de métodos, técnica y procedimientos a seguir en el desarrollo del proyecto:

Los datos no estaban registrados por lo que se utilizó la observación directa sobre el grupo estudiado, la recolección de datos se hizo mediante el interrogatorio directo empleando entrevistas individuales así como varios tests y el experimento fué la Psicoterapia de Grupo (Grupo Cerrado).

Los pacientes que formaron el grupo fueron sacados del Diagnóstico de Salud del consultorio (5 y 28), elaborándose una relación de pacientes con signosintomatología de neurosis; 18 en total que fueron entrevistados en forma individual previamente a la formación de los grupos para motivarlos en la participación de su tratamiento.

En todos los pacientes se efectuaron estudios transversales (Entrevistas Personales- Tests ) así como estudios longitudinales de los mismos (Autobiografía — Historia Clínica ).

Se efectuaron exámenes de laboratorio y gabinete o se actualizaron los ya existentes además del examen clínico adecuado y la Historia de la Dinámica Familiar así como su adaptación al medio ambiente, lo que nos permitió tener un marco teórico de referencia para descartar patología orgánica real de la signosintomatología referida por cada paciente al inicio del estudio.

Los Tests aplicados fueron los siguientes:

- 1).- De Frustración (Capacidad para resolver la Frustración.
- 2).- De Capacidades Intelectuales o Deterioro Mental (Atención, Memoria, Elaboración de tareas múlti-

- ples Capacidad visual anterógrada, Capacidad de -  
abstracción).
- 3).- T.A.T. o de Percepción Temática (Evaluación de can  
bios efectuados a través de actitudes en su medio)
  - 4).- REX (Capacidad de concentración, Atención, Abstracci  
ción e Inteligencia).
  - 5).- Autobiografía e Historia Clínica (Conocer la semig  
logía de la conducta y el desarrollo de la personal  
lidad en forma longitudinal).

La importancia de los tests en nuestro estudio -  
fué el descubrir somatizaciones no verbalizadas. Se es-  
tudiaron así específicamente pacientes Neuróticos con -  
elementos Ansiosos y Depresivos, descartándose aquellos  
que poseían elementos Fóbicos y Obsesivos no manejables  
en el estudio por ameritar psicofármacos para su trata-  
miento ya que sus orígenes son a nivel del pensamiento-  
y no de conducta, así como los de Deterioro Mental, con  
tribuyendo a objetivar la comprensión intuitiva del es-  
tado y futuro del paciente.

Por lo tanto 6 pacientes fueron descartados; 1 -  
por ser menor de 18 años, 2 en quienes se detectó dete-  
rioro mental franco y 3 por ser mayores de 35 años para  
no trabajar con síntomas discordantes en el primero y -  
deterioro mental patológico y normal en los segundos. -

Los 12 pacientes restantes fueron integrados en dos grupos para su manejo (6 pacientes por cada grupo).

Se efectuó con cada grupo una sesión de periodicidad semanal con una duración mínima de 45 y máxima de 90 minutos con la participación de los dos médicos residentes encargados del proyecto, uno manejaba el grupo y el otro tomaba anotaciones pertinentes y posteriormente a cada sesión se comentaban los datos para valorar la liderez de grupo, así como la participación activa y pasiva en las sesiones, además de los avances logrados en el tratamiento de los pacientes, los cuales eran comentados y discutidos con el Investigador Responsable y la Psiquiatra colaboradora del proyecto.

Los métodos de psicoterapia más frecuentemente empleados durante el desarrollo de las sesiones fueron: a) Método de discusión libre, b) Método de asesoramiento. De acuerdo a los lineamientos que se siguen en la Psicoterapia de Grupo, la duración fue de 8 meses en un mismo lugar y a la misma hora. La valoración se hizo posteriormente al término del tratamiento con los mismos tests de inicio y valoración individual en cuanto al problema o problemática previa y su resolución.

Se incluyeron en los casos necesarios y de acuerdo a las necesidades sentidas, a profesionales que ase-

soraron sobre temas específicos en relación a éstas, se efectuaron exámenes médicos, de laboratorio y terapéutica específica en los casos necesarios para enfermedades intercurrentes. Se evitó usar psicofármacos para no alterar los resultados finales.

10.- Material de investigación ( biológico, químico, — equipo y material de laboratorio ) métodos de control de calidad :

Se investigaron reacciones de adaptación al medio ambiente en seres humanos, así como los mecanismos de defensa más frecuentemente empleados y la relación que guardan éstas reacciones con la sintomatología física, así como las modificaciones de la conducta durante el proceso terapéutico.

Se emplearon como material diagnóstico exámenes de laboratorio y gabinete pertinentes para descartar patología orgánica, así como los tests para detectar trastornos de la conducta.

Los métodos de control fueron los exámenes mismos (de gabinete y laboratorio) así como los tests mencionados, la experiencia de los colaboradores y los marcos teóricos de referencia actuales (bibliografía).

11.- Facilidades. Materiales, locales, equipo, departamentos o servicios que colaboraron en el proyecto.

Locales: aulas de la consulta externa de medicina familiar.

Equipos: Laboratorio de análisis clínicos, Psiquiatra, Médico Familiar, Asistente de Consultorio, 2 Residentes de Medicina Familiar, Departamento de Coordinación de la Residencia de medicina familiar.

12.- Financiamiento y presupuesto:

Fué financiado por los investigadores, el presupuesto fué mínimo ya que los gastos efectuados correspondieron primordialmente a bibliografía.

13.- Qué difusión se piensa dar a las conclusiones:

La difusión será a nivel de la residencia de medicina familiar y una vez aprobadas y comprobadas se harán a nivel de otras residencias y de ser posible a nivel central.

NUMERO TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS POR

GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, SEXO EDO.

CIVIL Y PORCENTAJE

EDAD EN AÑOS	FEMENINO		TO- TAL FEM	MASCULINO		TO- TAL MASC	TO- TAL FINAL	%
	SOLTERA	CASADA		SOLTERO	CASADO			
15-19	2	1	3	1		1	4	22.20
20-24		1	1	1		1	2	11.10
25-29	1	1	2				2	11.10
30-34	1	4	5	1	1	2	7	38.85
35-39					1	1	1	5.55
40-44		1	1				1	5.55
45 y+		1	1				1	5.55
TOTAL	4	9	13	3	2	5	18	99.90

PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO POR GRUPOS  
 QUINQUENALES DE EDAD SEXO, EDO. CIVIL Y POR  
 CENTAJE.

EDAD EN AÑOS	FEMENINO		TO- TAL FEM	MASCULINO		TO- TAL MASC	TO- TAL FINAL	%
	SOLTERA	CASADA		SOLTERO	CASADO			
15-19	1	1	2	1		1	3	24.99
20-24		1	1	1		1	2	16.66
25-29	1	1	2				2	16.66
30-34	1	3	4		1	1	5	41.65
35-39								
40-44								
45y +								
TOTAL	3	6	9	2	1	3	12	99.96



PACIENTES NEUROTICOS CON ELEMENTOS DEPRESIVOS  
 POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, SEXO  
 EDO, CIVIL Y PORCENTAJE

EDAD EN AÑOS	FEMENINO		TO- TAL FEM	MASCULINO		TO- TAL MASC	TO TAL FINAL	%
	SOLTERA	CASADA		SOLTERO	CASADO			
15-19				1		1	1	16.66
20-24		1	1	1		1	2	33.32
25-29								
30-34		3	1				3	49.98
TOTAL		4	4	2		2	6	99.96

## PACIENTES NEUROTICOS CON ELEMENTOS ANSIOSOS

POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

SEXO, EDO. CIVIL Y PORCENTAJE

EDAD EN AÑOS	FEMENINO		TO- TAL FEM	MASCULINO		TO- TAL MASC	TO- TAL FINAL	%
	SOLTERA	CASADA		SOLTERO	CASADO			
15-19	1	1	2				2	33.32
20-24								
25-29	1	1	2				2	33.32
30-34	1		1		1	1	2	33.32
TOTAL	3	2	5		1	1	6	99.96

PACIENTES EXCLUIDOS DEL ESTUDIO POR GRUPOS

QUINQUENALES DE EDAD, SEXO, EDO. CIVIL Y

PORCENTAJE

EDAD EN AÑOS	FEMENINO		TO- TAL FEM	MASCULINO		TO- TAL MASC	TO- TAL FINAL	%
	SOLTERA	CASADA		SOLTERO	CASADO			
15-19	1		1				1	16.66
20-24								
25-29								
30-34		1	1	1		1	2	33.32
35-39					1	1	1	16.66
40-44		1	1				1	16.66
45y +		1	1				1	16.66
TOTAL	1	3	4	1	1	2	6	99.96

PACIENTES EXCLUIDOS POR CAUSA,  
SEXO, EDO. CIVIL Y PORCENTAJE.

CAUSA	FEMENINO		TO- TAL FEM	MASCULINO		TO- TAL MASC	TO- TAL FINAL	%
	SOLTERA	CASADA		SOLTERO	CASADO			
MENOR 18 AÑOS	1		1				1	16.66
DETE- RIORO MENTAL		1	1	1		1	2	33.32
MAYOR 35 A.		2	2		1	1	3	49.98
TOTAL	1	3	4		1	1	2	99.96

Sintomatología más frecuentemente referida por pacientes con Reacciones Neuróticas de Ansiedad y Depresión estudiados.

Tristeza

Acceso de llanto

Desesperanza (en el futuro)

Retardo Psicomotor (dificultad para hacer las cosas de costumbre)

Confusión Mental (dificultad para pensar)

Inquietud Ocasional (agitación Psicomotora)

Irritabilidad

Devaluación personal acentuada

Indecisión (dificultad para tomar decisiones)

Insatisfacción (no disfruta plenamente de las cosas)

Sueño (alteraciones)

Apetito (alteraciones)

Fatiga

Estreñimiento, crisis de náuseas, ptialismo ó sequedad de mucosas

Cefalea, Taquicardia

Sintomatología más frecuentemente enunciada por pacientes con reacciones Neuróticas de Ansiedad y Depresión - al inicio del estudio

Sintoma	R.N. Depresiva	R.N. Ansiedad
Tristeza	xxxx	x
Llanto	xxx	N
Desesperanza	xxxx	xxx
Retardo Psicomotor	xxxx	xx
Confusión Mental	xxxx	xxxx
Inquietud ocasional	xx	xxxx
Irritabilidad	xx	xxxx
Devaluación Personal	xxxx	xx
Indecisión	xxxx	xx
Insatisfacción	xx	xxxx
Sueño	A	D
Apetito	D	A
Fatiga	xxx	xxxx
Gastrointestinales	xx	xxxx
Cardiocirculatorio	xx	xxxx

Se califica con cruces la frecuencia relatada - por los pacientes (6 por cada grupo), a mayor número de cruces mayor la frecuencia de la presencia del síntoma, las letras A-D-N corresponden a: Aumentado, Disminuido y Normal respectivamente. Dichos síntomas fueron computados antes de la Psicoterapia de Grupo.

Sintomatología más frecuentemente enunciada por pacientes con Reacciones Neuróticas de Ansiedad y Depresión, posterior a la Psicoterapia de Grupo

Síntoma	R.N. Depresiva	R.N. Ansiedad
Tristeza	x	N
Llanto	x	N
Desesperanza	x	N
Retardo Psicomotor	x	x
Confusión Mental	x	x
Inquietud ocasional	x	x
Irritabilidad	N	N
Devaluación personal	x	x
Indecisión	x	x
Insatisfacción	N	N
Sueño	N	N
Apetito	N	N
Fatiga	x	x
Gastrointestinales	N	N
Cardiocirculatorio	N	N

La disminución de la sintomatología de éste cuadro comparativamente con el de los síntomas al inicio del estudio se manifiesta también en la resolución de los Tests, que al final del estudio mostraron mayores aciertos favorables a los parámetros establecidos por cada Test Como el motivo del estudio no era analizar los Test, solo se tomaron las puntuaciones finales de los mismos.

## CAPITULO VI



## CONCLUSIONES

1.- Como método experimental y de enseñanza, fue necesario controlar y predecir el curso del estudio con variables capaces de ser medidas (sintomatología y el estudio de la personalidad y salud mental por medio de la aplicación de tests).

Los tests aplicados a los pacientes, fueron resueltos previamente por el Terapeuta y Co-terapeuta, -- siendo analizados posteriormente en forma conjunta con la Psiquiatra colaboradora, la finalidad de ésta conducta, fue para comprender el fundamento y familiarizarnos con los tests, así como para determinar inicial y someramente las características de la personalidad de cada uno de los terapeutas, completandose dicha valoración -- en el transcurso del estudio durante las entrevistas de los responsables y la colaboradora.

Se encontró que la clínica en la selección de -- los pacientes fué primordial y los que se aplicaron, -- sirvieron para corroborar muchos puntos que estaban ya dilucidados por la clínica, en un número considerable -- de ocasiones se encontró que los pacientes diagnosticados con reacciones de ansiedad mostraban datos de abandono al tratamiento, manifestados por llegadas tarde, o

no cooperaban con actitudes positivas hacia el correcto desarrollo de las sesiones (en la bibliografía se contempla dicho aspecto como característica de éste tipo de pacientes) dicha anomalía se atenuó al consolidarse mejor el grupo con el paso del tiempo y los momentos compartidos. Se encontró también que el compartir características similares de patología, ejemplo la ansiedad o el llanto fácil, servía más de punto unificador que de separación.

2.- Para no perder el encuadre teórico de referencia dentro de nuestra especialidad fué útil y necesaria la participación de un Médico Especialista en Medicina Familiar. En relación con lo antes dicho llegamos a la conclusión que el haber iniciado entrevistas de grupo, fueron significativas en nuestra formación ya que al efectuar posteriormente entrevistas familiares específicas (relacionadas con el programa de la residencia) no se nos hizo nuevo el manejo grupal, y ésto nos dio mayor seguridad en las entrevistas.

3.- La participación de un Terapeuta y un Co-terapeuta es valiosa, cuando se inicia en la Psicoterapia de grupo, ya que sirven de apoyo ambos al grupo y entre sí, en un mecanismo de retroalimentación, (se dice teó-

ricamente que el más vulnerable en ocasiones es el Terapeuta por jugar dos roles en una misma persona, de ahí el apoyo moral y psicológico del Co-terapeuta)

El Coterapeuta en ocasiones actuó como Terapeuta y fué aceptado por el grupo, mostrando además la necesidad no expresada de su participación. En ocasiones cuando se participaba como maestro, o sabelotodo omnipotente, los resultados no eran tan favorables en las entrevistas, que cuando se participaba como un integrante — más del grupo y se sentía en forma conjunta la comunicación expresada y la no expresada.

Tuvimos también la necesidad de ser objetivos para no caer en el drama vivencial de los pacientes que — en ocasiones nos hacían recordar o sentir motivaciones — pasadas de nuestra vida y que de no ser objetivos, hubiera servido posteriormente como contratransferencia — grupal.

Existieron crisis entre Terapeuta y Coterapeuta, en las cuales nos llegamos a encontrar en un callejón — sin salida, de no saber que hacer en las próximas sesiones (lo que denominamos la incertidumbre de lo desconocido), éstas crisis fueron disipadas por el grupo mismo sin ser un mecanismo consciente, en ocasiones participando más activamente, o haciendo comentarios espontá-

neos de sus adelantos. En otras ocasiones, manejamos en forma dirigida el interrogatorio de éstos adelantos y — que bien fueran positivos o negativos servían para marcar pautas a seguir, sin llegar a ser determinantes.

Existió un mecanismo premeditado y consciente entre Terapeuta y Coterapeuta de efectuar periódicamente, entre sí y posteriormente con los colaboradores del proyecto reflexiones de las conductas adoptadas en el grupo o los sentimientos anómalos con algún paciente, para evitar la contratransferencia inconsciente; con el compromiso de un cambio crítico y responsable a corto plazo.

4.— Fué vital y necesario que los pacientes aceptaran desde el principio en una forma consciente, su — participación activa, así como que la sintomatología expresada y las manifestaciones conductuales, serían manejadas con la psicoterapia grupal, sin medicación, y que se había descartado patología orgánica por exámenes de laboratorio y gabinete existentes en nuestro medio, así como por clínica. Además se hizo necesario que supieran la existencia de dos colaboradores, que en ocasiones — asistirían a las sesiones con la finalidad de supervisar el progreso efectuado. Además se les indicó la identidad profesional de los supervisores (Psiquiatra y Espe-

cialista en Medicina Familiar) así como su importancia durante el desarrollo de la Psicoterapia por sus conocimientos profesionales (lo antes dicho hizo posible que en diversas ocasiones asistieran a las entrevistas sin ser vistos como extraños).

Fue necesario ser homogéneos en la selección de la escolaridad (mínimo Primaria) para evitar diferencias culturales amplias, que entorpecerían el buen aprovechamiento de las sesiones e interferirían en la fluidez del pensamiento durante las discusiones de grupo.

La importancia de reconocer al líder natural desde las primeras sesiones nos evitó la contratransferencia grupal, además se respetaron las alianzas entre los pacientes siempre y cuando no afectaran al grupo mismo ni al progreso individual a expensas del otro, se pugñó inicialmente y después se mantuvo el interés en el sentimiento de confianza grupal (pacientes y terapeutas), sin llegar a la dependencia psíquica, para evitar al — terminar el tiempo establecido para la terapia, la crisis de la separación que puede llegar a suceder.

Nos llegó a preocupar en ocasiones la opinión de los pacientes en cuanto a la evolución satisfactoria de las sesiones, pero nuestro más fiel termómetro fué la asistencia puntual y repetitiva, así como la participa-

ción activa, y los cambios de conducta detectables únicamente con la convivencia prolongada y humana. Existieron dos pacientes que conviene mencionarlos ya que de no haber sido captados posteriormente como sucedió, hubiéramos pensado en una falla de manejo (que pudo haber sido poco específicamente en éstos dos no fué así), uno cambió de domicilio de ésta ciudad no pudiendo avisar, otra paciente al aceptar en forma individual y no en grupo relaciones sexuales y solicitar a su vez anticonceptivos orales, suspendió la entrevista grupal (inicialmente fué detectada como cefalea en estudio y leucorrea crónica en núbil, además de insomnio crónico), se hizo la interpretación que al aceptar explícitamente la causa de su sintomatología, liberó sus sentimientos de culpa así como su angustia (abreacción) con la concomitante homeostasis en sus síntomas y su conducta.

Se encontró que en todos los pacientes independientemente de la sintomatología e incluso en los que no fueron aceptados, existía una alteración significativa de la dinámica familiar actual, y en la de origen, no pudiéndose encontrar si en la actualidad eran motivo o causa dichas alteraciones, ya que nuestro estudio no contemplaba ésta variable grupal (la Familia).

5.- Se llega a la conclusión que no es posible predecir con efectividad el curso de una sesión grupal, ya que cuando se trató de hacer los pacientes se mostraban pasivos, y no participaban como cuando se hacía espontáneamente, que incluso se llegaron a obtener logros no esperados, ésto no quiere decir que se deba actuar "sin ton ni son".

El acostumbrar a los participantes del grupo a un horario y a un sitio fijo, facilita la tarea para el control posterior de orden y evita las pérdidas de tiempo, en ocasiones cuando llegamos a destiempo ya estaban en el sitio acostumbrado y charlando como un grupo, también nos fue provechoso el continuar leyendo durante todo el tiempo de estudio y revisar la bibliografía nueva existente, así como intentar conseguir nuevas citas, ya que en ocasiones en un libro aparentemente sin valor encontramos datos ideas o sugerencias prácticas que parecían obvias, o que no se nos habían ocurrido, y consideramos que hubiera sido un error encaminarnos en una sola corriente teórica, llegando a la conclusión que sobre grupos no está todo escrito.

Una dificultad que en ocasiones se presentaba — eran las escalas de valores o los estereotipos de los —

pacientes, que eran empleados en las discusiones y evitaban la objetividad de las mismas, la solución siempre — fué hacer consciente el respeto de ésta escala de valores y el aceptar a los demás con ella, para poder encontrar soluciones grupales y no individuales.

6.- Como conclusiones finales y sujetas a discusión, ya que éste estudio preliminar de la Psicoterapia de Grupo no intenta descubrir lo ya descubierto, pero — eso si con la seguridad de que se agotaron los recursos personales e institucionales disponibles para efectuar — un trabajo serio y no un experimento ciego, concluimos:

La Psicoterapia de Grupo es aplicable a nivel institucional.

Se comprobó la Psicoterapia de Grupo como método terapéutico en pacientes con trastornos de conducta y — sintomatología somática, resultante de el desequilibrio-homeostático de la personalidad y el medio ambiente.

No es necesario ser Psiquiatra para manejar pa—cientes con Psicoterapia de Grupo. Ni tampoco se deben — suplantar funciones que no estén a nuestro alcance, ya — que es una realidad la psicoterapia de grupo, debiera — ser empleada a nivel Institucional para el estudio y ma—nejo en forma integral con los diversos departamentos en cargados de los niveles de la atención médica.



Dadas las características de la formación de un Médico Especialista en Medicina Familiar, sus conocimientos de las ciencias de la conducta, así como de las ciencias sociales, y su interrelación tan estrecha con la familia, hacen que dicho especialista se considere también idóneo para el manejo de la Psicoterapia de Grupo, lo cual se corrobora en las aseveraciones encontradas en la Bibliografía de que el grupo actúa como una familia en miniatura y que la familia es un grupo.

## BIBLIOGRAFIA

- Hernan Kesselman, Psicoterapia Breve, Buenos Aires: Ediciones Kargieman, 1972
- Noyes Kolb, Psiquiatría Clínica Moderna, México : - Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1973 4a. edición
- Hiram Flores, Leopoldo Chagoya Beltrán, Seminario de Psicoterapia Familiar y Marital, México : Jefatura - de Enseñanza Investigación y Divulgación, Subdirección General Médica I.S.S.S.T.E., 1973.
- Hofling, Tratado de Psiquiatría, Editorial Interamericana, 1974 2a. edición.
- Moreno J.L., Psicoterapia de Grupo y Psicodrama, México : Fondo de Cultura Económica, 1975 1a. reimpression.
- Moreno J.L., Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Introducción a la teoría y la praxis, México : Fondo - de Cultura Económica, 1975 1a. reimpression.
- Henry Ey, P. Bernard, CH. Brisset, Tratado de Psiquiatría, Barcelona: toray-masson, 1975 7a. edición.
- Aguilera-Messick, Control de los Conflictos Emocionales Edidotiral Interamericana, 1976, 2a. edición.

- Ivan Boszormenyi-Nagy James L. Frano, Terapia Familiar Intensiva Aspectos Teóricos y Prácticos, México: Editorial Trillas, 1976
- Cappon J., Movimiento de Encuentro en Psicoterapia de Grupo, México: Editorial Trillas, 1978
- Joen Fagan e Irma Sherpherd compiladores, Teoría y Técnica de la Psicoterapia Gestáltica, Amorrortou - Editores