

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

" DESARROLLO DE UN GRUPO TERAPEUTICO DE ADOLESCENTES EN
EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO "

ALUMNO: GUILLERMO LEON GONZALEZ

GENERACION : 1981- 1983.

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.

CONTENIDO

	Pags.
I. Presentación del grupo y selección de pacientes	1-2
II. Características del Grupo	2-7
III. Características de los Integrantes	7-28
IV. Desarrollo del Grupo	28-30
V. Técnica	30-31
VI. Resultados	31-33
VII. Comentario personal	34-35
VIII. Bibliografía	36

La estructuración de una psicoterapia de grupo en una institución de asistencia abierta, es fundamental para atender las demandas de una población que crece cada día más, ya que las necesidades de atención especializada en el campo de la salud mental cada día es más necesaria. No existiendo en el hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro un modelo de tratamiento grupal que absorbiera a todos los asistentes necesitados de un manejo especializado y ante la carencia de recursos humanos calificados, nos vimos ante la necesidad de implementar un modelo de tratamiento grupal; para ello hubo necesidad de realizar un programa, el cual se hizo del conocimiento de todos los médicos de la unidad, con la finalidad de que los pacientes referidos cumplieran los requisitos o criterios de inclusión, necesarios para poder admitir a los participantes en el grupo terapéutico.

I. La selección de pacientes.

Cuando algún paciente era canalizado al grupo por el personal del hospital, se arreglaba una entrevista previa con el terapeuta. Se decidió excluir a individuos con psicosis activas, sociópatas, con organicidad que impidiera su desenvolvimiento dentro de un conglomerado, débiles mentales medios y profundos y farmacodependientes con daño orgánico cerebral secundario a su abuso. Se alentó a participar a aquellos pacientes

que parecían tener alguna habilidad para utilizar sus " egos observadores " para verse así mismos y sus problemas.

La primera parte de las entrevistas consistieron en la motivación del paciente para el tratamiento y la identificación de aquellos aspectos que particularmente preocuparan al paciente. La segunda etapa consistió en una preparación cuidadosa de cada paciente. El terapeuta dejó claro que las sesiones serían semanales, a la misma hora, con una duración de 50 minutos por un lapso de un año y medio. Se ayudó a cada paciente a definir metas concretas y específicas que pudieran lograrse en ese lapso de tiempo. Se discutió acerca de la importancia de una participación activa, también se hizo un esfuerzo para confrontar las expectativas irreales de los pacientes, sus temores y resistencias, concernientes a entrar a un grupo y exponer sus problemas ante gente desconocida. Se les instruyó en el concepto de que un grupo es un lugar donde la gente puede aprender de si misma, especialmente en términos de cómo se relaciona con otros. Se les sugirió que observarían la forma en que los miembros del grupo se relacionaban entre sí, de tal modo que les sirviera de aprendizaje de cómo ellos se relacionaban con otras personas importantes en sus vidas.

II Características del Grupo.

Parece ser de acuerdo a la impresión clínica general, que

los grupos heterogéneos tienen ventajas sobre los grupos homogéneos para una terapia grupal inter-accional. Se cree que los grupos homogéneos se (" aglutinan ") más rápidamente, llegan a estar más unidos, ofrecen más apoyo inmediato a los miembros del grupo, tienen mejor asistencia, menos conflictos y proporcionan más rápidamente alivio sintomático.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se decide que la formación de nuestro grupo, se hizo de acuerdo a diferentes edades, sexo, diagnósticos, credos y razas, lo que a fin de cuentas, lo hace aparecer como un grupo heterogéneo, abierto y con una duración aproximada de un año y medio, ya que los pacientes nos son referidos de una consulta externa fluctuante y de características universales.

Por las características de nuestros pacientes, hay que considerar lo siguiente: Dos consecuencias interrelacionadas de las que surgen un mayor desarrollo en lo que se refiere al adolescente, es la búsqueda de una identidad personal y la lucha por la independencia. Para Erickson la adolescencia es un periodo en el cual la autoestima es lo más importante y la definición de sí mismo con relación a los demás. Otho Rank enfatiza que el individuo evalúa su fuerza y debilidad personal e intenta enlazar experiencias pasadas con sentimientos presentes, enfatiza que la lucha del adolescente es un periodo en el cual la independencia es la meta final, la cual siempre es continua, es tan urgente que el adolescente no evita activamente ninguna amenaza interna o externa. Las amena-

zas externas pueden incluir normas y valores sociales, control familiar y quizá relaciones íntimas. Los temores internos son caracterizados por cambios psicológicos y el incremento de la conciencia sexual. Estos son aspectos del proceso de maduración involucrados en la obtención del sentido de identidad e independencia. Spranger sugiere que el proceso del autodescubrimiento depende del cambio de normas y valores sociales existentes. Otros autores proponen que el adolescente no alcanzará la madurez social si no se cambian las normas conductuales y de los ideales de los adultos que existen.

El manejo individual requiere de mucho tiempo y esfuerzo para establecer relaciones confiables mientras que el guía simultáneamente se esfuerza en retener objetivos, debido a esto el adolescente evita este manejo y cualquier trato con la autoridad de los adultos. El manejo de grupo ofrece otra alternativa, se encuentra menos amenazado por la autoridad. De acuerdo a la teoría de campo la configuración -el espacio vital del adolescente (la configuración del espacio vital, factores individuales y medio ambiente que afectan la conducta) es único. La búsqueda de la identidad también incluye un periodo "moratorio" en el cual el adolescente ensaya nuevas conductas como si hubiesen sido suyas siempre. Esto requiere de interacción y retroalimentación constante de sus padres.

La composición grupal es un interés primario si cada uno de los miembros obtiene beneficios del grupo. El adolescente que podría obtener un mayor provecho de un manejo individual ypos-

teriormente se podría desarrollar en un grupo cohesivo, denota una persona extremadamente tímida quien teme a la interacción social. De hecho el adolescente con frecuencia puede ser admitido en un grupo después de un corto periodo de manejo individual. Los chicos extremadamente hostiles no son candidatos apropiados pues requieren de atención extrema, lo que impediría el progreso de los otros miembros del grupo, lo que impediría la expresividad libre de los pensamientos y probablemente se perdería la confianza en el guía. Por la misma razón adolescentes psicóticos tampoco son candidatos idóneos. Adolescentes muy dependientes pueden ligarse al grupo como un medio para evitar la lucha por la independencia.

La complejidad de la interacción del grupo se incrementa con la forma del grupo, con respecto a la estructura del grupo Otho Rank arguye el rol de crecer en la autodeterminación, otros se inclinan a favor de la motivación intrínseca (Gessell, Piaget, Erickson y Maslow). Un grupo completamente destrutturado puede dar lugar a experiencias amenazantes y frustrantes, tanto para el terapeuta como para los integrantes del grupo, por el contrario la estructura facilita el sentimiento de seguridad y el enfrentamiento a los riesgos tomados, creando el compromiso para asumir responsabilidades.

Es importante que cada miembro llegue a conocer a cada uno de los integrantes del grupo incluyendo al terapeuta, para facilitar que cada uno empiece a hablar hacia los demás para que más tarde se de el auto descubrimiento.

A continuación mencionaremos las características esenciales del grupo heterogéneo:

- Se alcanzan niveles más profundos en la terapia.
- Se influye la estructura del carácter.
- La prueba de la realidad es más adecuada y completa.
- Las transferencias intra grupales se desarrollan de acuerdo con las necesidades personales.
- Son fáciles de armar y de seguir.
- Son necesarios para una terapéutica activa de interacción.
- Existe mayor oportunidad de resolver las diferencias con los otros miembros y el terapeuta.
- Se elimina el problema del aislamiento.
- Existe menos identificación y menor imagen en espejo.
- Hay mayor transferencia y contratransferencia, así como confrontación con la realidad.
- Se fomenta la comunicación interpersonal.
- Eventualmente se fomenta la comunicación intra psíquica.
- Las diferencias no provienen solamente de las figuras de autoridad, sino de otros participantes.

Una vez planteado por un lado la estructuración del grupo, sus criterios de inclusión y exclusión, así como sus características de heterogeneidad, comentaremos que el número calculado inicialmente de integrantes del grupo era de 10, comenzando a trabajar con seis, lo que por definición propia lo hace un grupo abierto.

El equipo terapéutico estuvo conformado por un terapeuta, médico psiquiatra que se encontraba en el curso de especialización de terapia de grupo y un médico residente de la especialidad de psiquiatría como co terapeuta.

III Características de los integrantes.

Irma. Paciente femenino de 17 años de edad que acude a la consulta por: intento de suicidio secundariamente a un disgusto con su madre, problemas de carácter, oposicionismo y rebeldía.

Inicia su P.A. a los 15 años de edad al notar la madre que dejó de asistir a clases sin causa alguna, notó que su carácter se tornó altanero, con problemas de relación con su hermana menor, oposicionista a las indicaciones del padre y a faltar a su casa en dos ocasiones. Se dice en la historia clínica que la sintomatología se desencadena al iniciar relación de noviazgo con un muchacho tres años mayor que ella, induciéndola esta persona a la utilización de marihuana y bebidas embriagantes en compañía de otras adolesecytes y adolescentes hosmbres, pidiéndole a los pocos mesese que se estableciera entre ellos relaciones sexuales, a lo que la paciente accede de buen agrado. Al principio las relaciones íntimas eran esporádicas, pero conforme pasaba el tiempo el muchacho absorbía todo el día y comenzó a tener problemas de asistencia escolar, con los consabidos reportes, lo que hizo que el

padre le llamara la atención de su comportamiento y ausencia escolar, lo que generó en la paciente sentimiento de coartación de la libertad, con irritabilidad extrema cuando se encontraba en su casa, agresión verbal contra su hermana y el resto de la familia. Se sabe embarazada a los pocos meses con lo que se incrementa la hostilidad, diciendole al padre que le permitiera hacer su vida en forma independiente con su novio, lo que hizo que el padre tomara medidas drásticas como es el hecho de ir por ella a la escuela a la hora de la salida. Esto aumentó la desaveniencia de la paciente con sus familiares, principalmente contra su padre. ocasionando que en una ocasión desesperada tomara pastillas para dormir en número no determinado, manifestandose problemas de conciencia, dificultad en el fuerza y tono muscular, por lo que es llevada a un hospital general a desintoxicarla y de ahí es derivada a esta unidad. Se le mantuvo en tratamiento individual por espacio de 4 meses, sin que hubiera cambios en su rebeñía y oposiciónismo, mostrandose retadora hacia el médico y amenazando a la familia con ires definitivamente del hogar paterno. Se pide valoración para ingreso a terapia de grupo.

Dinámica familiar. Padre de 48 años de edad empleado de la dirección de bebidas y alimentos de la SSA, con escolaridad de tercer año de ingeniería química, madre de 40 años dedicada hasta antes del inicio del padecimiento de la paciente a la venta de bienes raíces y a las actividades del hogar, una

hermana de 15 años estudiante de secundaria, descrita ésta como rebelde, carpichosa y floja, sin interés por algo concreto. Las relaciones intra familiares son deficientes, ambos padres por sus actividades no permanecen la mayor parte del día en su hogar, cuando disponen de tiempo, solo comentan problemas de tipo laboral, no existe autoridad reconocida dentro del hogar, las normas y los principios son escasos, no existe cariño ni respeto entre los integrantes, cuando existen causas para reprender a las hijas, estas se concretan a decir "no me digan nada, yo se lo que hago, no me molesten".

ID Desadaptación de la adolescencia

Desorganización familiar

Conducta sociopática.

Evolución.

Al inicio del proceso de grupo la paciente adoptó conductas de indiferencia, su participación se concretaba a referir que había llegado al grupo porque sus padres se lo habían indicado, que era una manera de quitárselos de encima, pues su problema se solucionaría si se le permitiera realizar su vida por separado, pues ella tenía deseos de contraer matrimonio con el que era su novio, así se mantuvo por varios meses, el grupo trató de hacerle comprender que gran parte de la problemática de ella era una agresión contra el padre y la madre, que su conducta no era responsable, que se estaba de acuerdo en que las decisiones eran personales, pero que estas deberían

tomarse con conciencia de las conductas resultantes, llegó a sentirse agredida contra el terapeuta cuando se hacía comentario personal de la canalización adecuada de la agresión, principalmente hacia actividades constructivas, uno de los integrantes del grupo la confrontó como destructora de su existencia y sin motivaciones reales en la vida, pues le dijo " si no has podido terminar la secundaria, no cumples con lo que tienes que hacer , como vas a cumplir como esposa", esto hizo que la paciente se molestara y concretándose solo a decir " es mi vida y creo que la debo vivir". Se manejó con ella la situación de la autoridad desde el punto de vista racional, tratando de que comprendiera que las normas de los adultos en ocasiones eran inadecuadas, pero dentro del grupo eran diferentes, ya que los preceptos iban encaminados a salvaguardar la integridad de los participantes y para orientarlos en su desarrollo como personas en formación. Se le confrontó en el aquí y ahora con experiencias de su casa llevadas al grupo, cuando se le llamaba la atención o se le reprendía, veía como los integrantes del grupo mostraban su hostilidad, llegando a decir " que feos se ven parece que estamos en una guerra, no hay ley ni nadie obedece", estas observaciones sirvieron para que uno de los integrantes dijera, " así como estamos estuviste, para tí no había nada que te detuviera, solo pensabas en tí, en tu provecho, nunca tomabas en cuenta que si algo se dice o se hace es porque hay necesidad, no hay que ser necios", " yo creo que si lo que estás viendo te sirve vas a

cambiar", con base en este manejo, la paciente al cabo de un año no volvió a pensar en el suicidio como remedio a su situación personal, introyecto pautas de conducta adecuadas, que le permitieron desenvolverse en el grupo sin agresiones.

Bertha. Paciente femenino de 16 años de edad que es traída a la consulta por rebeldía, oposicionismo, abandono escolar y por relacionarse con gente negativa.

Se menciona que su aprovechamiento escolar era adecuado hasta hace un año , al parecer esta regresión escolar se desencadena al saber que su madre mantenía relaciones con otro hombre, la paciente en una ocasión la vió bajar de un vehículo extraño, por lo que le preguntó quien era ese señor, a lo que la madre solo se concretó a decir " no me digas nada, tu no viste nada, está equivocada", la paciente insistió hasta que la madre aceptó lo anterior y llegó a un acuerdo con la hija de que nunca más iba a volver con ese hombre. La paciente tenía sus dudas y en una ocasión la siguió y se percató de que la relación continuaba, por lo que la paciente se sintió traicionada, reclamándole airadamente y con enojo fue a decirle al padre de lo sucedido, con lo que la unión matrimonial se desintegró. Esta situación generó sentimientos de soledad y de culpa pues por ella se había "ido su padre", como se sentía sola comenzó a frecuentar compañeros que se dedicaban a drogarse en la escuela, comenzó a faltar a clases, a tornarse desobediente de las indicaciones de la madre a decir " con que derecho me llamas la atención tu que fallaste"

su caracter desde ese entonces es agresivo contra todo el que se le acerca, por lo que una trabajadora social de la escuela la trae a valoración.

Dinámica familiar. Hasta hace 5 meses la familia estba integrada por el padre de 45 años de edad dedicado a manejar un autobus de pasajeros, madre de 38 años dedicada a las labores del hogar y a la venta de plásticos en casas particulares, Ana de 22 años secretaria, Juan de 20 estudiante de vocacional y empleado de oficina particular, María de 10 años estudiante de primaria. Las relaciones se describen como frías, pues el padre solo permanecía al lado de la familia dos días cada 3 semanas, cuando estaba con la familia se interesaba por los hijos, pero por sus actividades de ellos solo pasaba dos tardes con ellos, la madre era quien llevaba las normas de la casa, rígida, irritable, achacosa, siempre se quejaba de la vida que llevaba. Desde que el padre abandona la casa por saber de la relación extra marital de la madre, esta cambió su caracter ahora se le describe tímida, retraida e indiferente, estos acontecimientos hicieron en la paciente sentir culpa y vergüenza. Se le mantuvo en tratamiento individual sin progreso alguno, por lo que se pide valoración de ingreso al grupo.

ID Depresión

Desadaptación de la adolescencia.

Evolución.

Al inicio Bertha trató de adaptarse al grupo participando super-

ficialmente, con facies de aburrimiento y desinterés, a los 2 meses de terapia comenzó a cambiar su actitud integrándose cuando perdió el miedo de verbalizar su conflictiva personal, expuso ante el grupo sus sentimientos culposos a consecuencia de la separación de sus padres, reconoció que las circunstancias bajo las cuales se dió esa separación fueron fortuitas, ya que su padre de todos modos iba a darse cuenta de la infidelidad de su esposa, el grupo le hizo saber que una forma de respuesta a las situaciones difíciles por las que había pasado eran secundarias, trazó en forma conjunta nuevas espectativas de vida, tratando de seguir en el camino de la superación personal, reconociendo que somos humanos y que los errores de otros no van a obstaculizar el desenvolvimiento personal, a pesar de que estos errores sean cometidos por personas cercanas a nosotros .

María. Paciente femenino de 18 años de edad que acude a la consulta porque le cuesta trabajo relacionarse con los hombres. Refiere que su problema se remonta a los 16 años, su interacción con la gente era aceptable, pero secundariamente a un suceso cambió lo anterior. En una ocasión al salir de clases fue subida a un vehículo por varios sujetos, fue golpeada y violada en varias ocasiones, regresó a su casa a los 3 días de lo sucedido. Cuando regresó notó que había cambiado, pues lo que había sucedido le generó muchos sentimientos de culpa y vergüenza, se encerró en si misma, abandonó sus estudios y pasaba la mayor parte del tiempo atormentándose de lo sucedido, no salía de su casa y cuando había gente extraña, se ocultaba de la misma hasta que se hubiese reti--

rado, así se mantiene por espacio de 8 meses, trató de comprender que esto no podía seguir así y decide entrar a trabajar como empleada de aparador, en una ocasión al salir de su trabajo, fue seguida por un desconocido hasta su domicilio, al llegar sintió que no captaba todo lo que sucedía, como "tonta", a decir cosas que no se le entendían, a presentar falta de "aire" a inquietarse y a no poder dormir, por lo que es traída a consulta, manejándose con antidepresivos y terapia individual, sin que mejoraran muchos los síntomas ni la dificultad en la relación con los hombres.

Dinámica familiar. Está integrada por una hermana casada de 23 años de edad, el esposo de ésta y una sobrina de 4 años. El padre de la paciente muere asesinado cuando ella tenía 14 años, la madre fallece en el momento del nacimiento de la paciente. Refiere que su padre era alcohólico, que había que sacarle de las pulquerías diariamente y que cuando murió fue a consecuencia de una riña, dice del padre que era irresponsable, irritable, desobligado y ausente. Al morir el padre va a vivir con su única hermana, siendo la relación difrenete, se siente querida por su hermana y cuñado, siendo sus relaciones armónicas.

ID Neurosis disociativa.

Deficiencia en el desarrollo psicosexual.

Evolución.

Durante los primeros meses la integración de la paciente al gru--

po fue difícil, faltaba a una sesión al mes aproximadamente, cuando se manejaban los silencios se tornaba inquieta, se movía en su asiento constantemente, cuando se le pedía tomara la palabra para comentar lo sucedido a otro compañero, su voz se oía baja, vacilante, repetitiva, moviendo constantemente las manos sobre sus piernas, habló de su problemática hasta el cuarto mes relatando en forma sencilla lo sucedido, el grupo mostró solides al momento de escuchar su problemática, apoyandola, pero sin mostrar mayor resonancia, esto desanimó a la paciente, por lo que es vista en terapia individual en dos ocasiones y remotivada a plantear en otra ocasión su conflictiva, así sucedió se preparó al grupo para una nueva exposicion y el resultado fue difrenete, los comentarios no se hicieron esperar, los integrantes le mencionaron que su problema era fortuito, que esto pasaba hasta en las mejores "familias" que la preocupación secundaria había pasado, lo futuro era solo el valor necesariopara seguir en la vida, tomó al terapeuta como modelo de autoridad y guía introyectando poco a poco pautas de comportamiento y de interacción, se procuró que se sentara en medio de dos varones, lograndose a los 6 meses, reconociendo que ya no se sentía tan presionada al estar en contacto con el sexo opuesto, este tipo de interacción lo trató de llevar a la práctica fuera del grupo fracasando en sus primeros intentos, verbalizando que en el grupo todo era diferente ya que le inspiraba confianza, cosa que no sucedía fuera, sentía como si fueran a abusar nuevamente de ella, reconoció que esta inse-

guridad no era secundaria al suceso reciente, que provenía desde antes, prácticamente desde que se dió cuenta de lo que sucedía a su alrededor, el grupo se mostró como un todo y fue su guía posterior, todo lo que le sucedía fuera del grupo era traído para su análisis dentro de él, la paciente posteriormente volvió a enfrentarse a una situación de pareja con un muchacho de su trabajo y le fue más fácil relacionarse, ya no existía la duda, ni la sobra de un nuevo ataque ni de inseguridad alguna.

Oliver. Paciente masculino de 16 años de edad que acude a la consulta por errores de juicio, de conducta, abandono escolar, inestabilidad emocional.

Refiere la madre que el paciente había sido diagnosticado a la edad de 6 años como débil mental medio, con retraso psicomotor importante, pues presentaba dificultad en el aprendizaje, irritabilidad, llanto constante, poca tolerancia a la frustración, por lo que le aconsejan a la madre que acudiese a educación especial, pero por problemas de trabajo tuvo que dejarlo al cuidado de su abuela materna, quien lo cuidó y le hizo terminar la primaria completa e inscribiendolo en primer años de secundaria, grado en el cual se encontraba hasta su ingreso a la unidad..La abuela refiere que cuando el paciente regresó con su madre hace 6 meses, el paciente comenzó a presentar errores de juicio y de conducta, "echaba piedras en el pavimento, a decir que solo así podían caminar los coches", además de que mos-

tró conductas regresivas al hablar e interactuar con los demás, asociándose a lo anterior agresividad y destructividad, por lo que es hospitalizado en esta unidad por espacio de una semana, dado de alta por remisión de la sintomatología, sin que se le hubiese manejado farmacológicamente. Piden valoración para ingresar al grupo, se hace saber al grupo de tal petición y aceptan que Oliver se integre (El grupo tenía 6 meses de estar trabajando).

Dinámica Familiar. Desde que nace Oliver ha estado al cuidado de gentes que no son su madre, al principio por una sirvienta y posteriormente por la abuela. El padre de Oliver abandona a la madre cuando estaba embarazada del paciente. La madre abandona a Oliver por espacio de 6 años dejándolo al cuidado de la abuela, regresa por Oliver y trae consigo a una hija retrasada mental de 6 años y a un padrastro padre de la media hermana de Oliver. Refiere el paciente que no deseaba irse con su madre y padrastro porque nunca había convivido practicamente con ellos, estas discusiones fueron presentes hasta 6 meses antes de internamiento de Oliver, pues la abuela se encontraba muy enferma y Oliver por necesidad tuvo que ir al lado de su madre, refiere que al principio todo iba más o menos bien, pero se dió cuenta que solo lo querían para que cuidara a su hermana, pues sus "padres tenían que trabajar", esto inquieto a Oliver, pero como no podía ir a ningún lado comenzó a comportarse mal, a dar problemas de conducta, por lo que fue agredido por el padrastro y a consecuencia de lo anterior Oliver fue hospitalizado.

ID Desadaptación de la adolescencia.

Disfunción y desintegración familiar.

Evolución.

Desde el inicio Oliver se comportó como niño menor a su edad cronológica, riéndose cada que hablaba, con lenguaje simple concreto, no matizando afectivamente sus aceveraciones, desagradando a los integrantes del grupo, el paciente no tenía advertencia de ello, se levantaba a la mitad de la sesión a mirar por la ventana, le preguntaban el motivo de su conducta y se concretaba a decir es que estoy cansado, así se mantuvo hasta los primeros cuatro meses, se le confronta el por que la agresión contra el grupo, el refirió que todos eran iguales que solo les importaba estar bien sin que la gente que rodeaba a ellos se sintiera a disgusto, por eso echo piedras en el pavimento y también se portó irritable, que su ingreso a hospitalización fue otro modo de separarlo y no tomarlo en cuenta, que todos estaban contra él, el grupo respondió que solo él pensaba esas cosas, pues si hacia algun recuerdo, iba a comprender que su abuela quien lo había cuidado por tantos años era una persona igual a todos y que ella si se había preocupado de ello, el terapeuta intervino para reforzar esta postura y trató de que Oliver verbalizara su sentir contra la figura femenina, se le confrontó con su comportamiento destructivo y coincidió en pensar con el resto del grupo, en que su conducta era solo para demostrar que no estaba de acuerdo con el proceder de su madre, psoterior a esto el paciente mejoró notablemente y pudo reintegrarse más adecua--

damente sin que hasta la actualidad acepta en forma total a su madre y padrastro.

Roberto. Paciente masculino de 15 años de edad que fue llevado por la madre a consecuencia de una reacción de duelo patológico secundario al fallecimiento del padre. El padecimiento actual lo inicia 6 meses antes de su ingreso al grupo al ver el asesinato del padre en una riña callejera. Desde el fallecimiento del padre la madre no se quita el luto, se le veía llorar, no escuchaba radio ni veía televisión, refugiándose la madre en Roberto mediante una sobreprotección y buscando a la vez la pareja perdida, generando en el paciente un ensimismamiento, melancolía, apatía, abandono del interés en el medio externo y en las actividades propias de su edad. Al parecer las funciones asignadas por la madre agregándose por ende a lo anterior sintomatología de ambivalencia hacia la figura materna, tornándose agresivo verbalmente, irritable, demandante, opositorista, aunados sentimientos de culpa originados por esta situación.

Dinámica familiar. La familia estaba constituida hasta antes del fallecimiento del padre, por éste, la madre y un hermano de 10 años de edad. La madre dedicada a las labores del hogar, con escasos recursos económicos, yoicos y culturales, lo que al parecer le impidieron elaborar por si misma la pérdida del cónyuge, y a la vez, asumir el papel de la autoridad máxima dentro del hogar. El padre fue descrito como una persona que cumplía con el papel que de él se esperaba, es decir, de autori-

dad, de compañero, de padre y desde el punto de vista económico.

ID Reacción de duelo patológica.

Evolución.

Ingresa cuando el grupo ya está formado, desde el ingreso su actitud fue de emsimiamiento, depresiva, sin hablar de los motivos de su ingreso al grupo, así se mantuvo por varias sesiones, cuando tomaba la palabra solo se concretaba a decir esfa bien o no se, aproximadamente a los 3 meses de estar en el grupo, comenzó a expresar lo que durante 6 meses había vivido, sentido y acumulado emocionalmente, hasta culminar con la idea de suicidio, refiriendo como se había apoderado de la pistola del padre, jugando con ella y pensando como dispararse para lograr dos objetivos, uno de ellos el reunirse con su padre y el otro romper con la relación con la madre que habpia formadose desde la muerte del padre, al terminar su catársis la sensación que dejó en el grupo fue de dolor, pesar y sensación de malestar generalizado ante la confrontación de la muerte y de la cercanía ante la misma. El grupo terminó expresando "el nudo en la garganta " que se les había formado, pero a pesar de ello lograron apoyarlo, confrontarlo y disuadirlo de su idea original y estimularlo ante las expectativas que la vida aún le deparaban. Por otro lado se manejó ala madre para que asumiera su rol, disuadiendola de las expectativas que tenía para su hijo, ya que era solo un adolescente, quien no podía desempeñar el rol que ella le estaba asignado.

Ricardo. Paciente masculino de 16 años de edad que acude a la consulta en compañía de la madre por presentar desobediencia constante, apatía, inclinación por la marihuana, retraimiento y abandono escolar.

Inicia su P.A. a los 14 años de edad al notar que su vestimenta había cambiado, ya no se bañaba ni cambiaba de ropa como antes, llegaba más tarde a su casa, se negaba a colaborar en el restaurant de su abuelo. En una ocasión lo notaron como "ido" no respondiendo a lo que se le preguntaba, por lo que comienza a ser presionado y vigilado hasta detectarle marihuana en los bolsillos, es llevado con médico particular, quien prescribe vitaminas y dando pautas de más trabajo y vigilancia para Ricardo. Su comportamiento se torna hostil y agresivo contra la madre y abuelo con altas y bajas en su carácter, más retraído y con apatía absoluta hacia su medio externo, con esta sintomatología es visto en la unidad.

Dinámica familiar. Madre de 38 años de edad viuda, dedicada a las labores del hogar y ayudar a su padre en un restaurant, es descrita como ambivalente, muy preocupada, ocultando la problemática del paciente, llegando al extremo de querer registrarlo con otro nombre en la unidad, padre muerto cuando el paciente tenía 10 años de edad, una hermana de 19 años de edad que radica en el D.F. soltera estudiante de psicología. El paciente y la madre viven en la ciudad de Puebla. Las relaciones entre el paciente, la madre son descritas como tensas, exigiendo demasiado al paciente en las actividades de la escuela y el restau--

rant, demandante y rígida en la normas de conducta, restringiendo la autonomía del paciente.

ID Depresión en la adolescencia

Evolución

Durante las primeras sesiones Ricardo habló de la soledad que vivía desde que su padre había muerto, de los sentimientos de impotencia para tratar de hacerle saber a su madre que él era una persona que tenía inquietudes y las que no podía solucionar debido a lo estricto de la madre y a las actividades que debía desempeñar en el restaurant. De la misma manera habló sobre su experiencia de la marihuana, cuyos efectos le ayudaban a mitigar un poco la soledad y a tratar de llevarse bien con su madre, la marihuana había sido un factor de freno en su conducta, mencionó que cuando fue sorprendido con la droga, se sintió desesperado, por un lado por vergüenza y por el otro -- porque iba a presentarse nuevamente la soledad tan aguda como con la muerte de su padre, se mantiene en esta actitud de justificación por varias sesiones hasta que el grupo lo confronta a pensar en que su inclinación por la marihuana era solo una puerta abierta equivocada que había tomado a consecuencia de el sentimiento de abandono que había experimentado por la pérdida del padre, la cual se hizo más clara cuando sus necesidades de afecto y las presiones de la vida fueron más fuertes, el paciente se negaba a creer lo anterior, pero el grupo seguía insistiendo hasta que Ricardo comprendió que su actitud negativista y

derrotista eran secundarias a la falta de su padre, comprendió entonces porque desde que se ingresó al grupo no había tenido necesidad de intoxicarse, que el grupo había suplido en parte las gratificaciones y estímulos que no había tenido antes de su ingreso a la terapia. Se recibió información de la madre con relación a la conducta del paciente, la cual fue favorable y a los 8 meses de ingresado al grupo explica que su problemática se encuentra fuera de su vida actual y que se retira del grupo, pues su abuelo va a realizar un viaje y va a necesitar estar todo el tiempo al cuidado de el negocio, que las relaciones con su madre son satisfactorias y que las presiones continúan, pero que en la actualidad ya no interfieren con su desarrollo, pues está consciente de que la gran parte de las cosas de la vida se hacen bajo presión.

Rodolfo, Masculino de 17 años de edad que es llevado por la madre a la consulta por: apatía, abandono de su persona, agresividad contra la hermana, descuido de sus estudios, oposicionismo. Inicia su P.A. desde el inicio de la adolescencia con apatía progresiva y gradual, al dejar de interesarse por las cosas del medio externo, pese a todo pasa la mayor parte del día en la cama leyendo historietas cómicas. El paciente radica en Cuernavaca y asiste a un C.C.H. del sur de la ciudad de México, con lo que se le iba la mayor parte del día en transportes por lo que idea viajar en aventones, con lo que invertía más tiempo y llegando más tarde a clases, optando por ser demasia--

do tarde a no entrar a las clases. En el hogar se manifiesta con verdadero oposicionismo hacia la autoridad materna, representadas por la abuela materna y la madre, con agresividad específica hacia la hermana de 15 años de edad. Con errores de conducta como hurtar pequeños objetos de la casa para venderlos o regalarlos, hurtar dinero del negocio de la madre.

Dinámica familiar. Madre de 50 años de edad que no se casó y por lo tanto nunca estructuró un hogar, abuela materna de 85 años de edad que es la autoridad de la familia, ya que la madre por su negocio de artesanías pasaba la mayor parte del tiempo fuera de la casa. El paciente ocasionalmente le ayudaba a comprar material y transportarlo de la ciudad de México a Cuernavaca. Hermana de 15 años de edad, que era presentada al paciente como modelo; estudiosa, educada, responsable, limpia, con buenos modales, inteligente y con buen rendimiento escolar.

ID Crisis del adolescente.

Evolución

Desde el inicio toma una actitud pasiva de indiferencia, no interviniendo durante meses, únicamente cuando se le preguntaba directamente contestaba con monosílabos, soportando las agresiones directas que el hacía al grupo, este no respondía a las mismas, volvían a preguntarle y él, volvía a mostrarse displicente, se envolvía con un sweater, lo único que hacía mostrar su interés por la terapia, era el hecho de que siempre llegaba primero que nadie. Cuando ocasionalmente llegaba tarde pedía

disculpas. Así se mantiene por espacio de un año, tiempo en el cual el paciente pide permiso de faltar durante un mes, se reintegra y se le ve más activo en su participación, al preguntarle sobre el cambio, refirió que fue a Estados Unidos con unos parientes y se dió cuenta que la vida es muy difícil que estar al lado de sus familiares representaba demasiado y que deseaba continuar en tratamiento para reintegrarse a sus actividades en forma diferente. Logró verbalizar el conflicto relacionado con su ilegitimidad, el dolor por no conocer quien fue su padre y el coraje que tenía al descubrir que su madre tenía un amante y que no se lo hubiese comunicado en el momento oportuno.

Alberto. Masculino de 17 años de edad que es traído a la consulta por sus tías por ; irritabilidad, agresividad, bajo rendimiento escolar y ensimismamiento.

Inicia su P.A. a los 15 años al enterarse que es producto de un incesto entre hermanos, el padre en ese entonces tenía 35 años de edad y la madre 30 años, sin lograr saber desde cuando tenían relaciones de amor. Al poco tiempo de conocer la noticia y en forma gradual el paciente muestra trsiteza, aislamiento ensimismamiento, oposicionismo, actitud de reto hacia la autoridad, disminución de rendimiento escolar hasta llegar a su abandono.

Dinámica familiar. El paciente es producto de un incesto, pero cuando nació fue traído inmediatamente a la capital a casa

de las tías lugar donde vive en la actualidad, educandose en un sistema de austeridad y rigidez y sobre protección, entre otras normas se destacan la religiosidad rezando diariamente el rosario, escuchando ciertos programas de la radio y con horario muy estricto para los estudios. Como única actividad recreativa pertenecía a los boy scouts. Estaba enterado que su padre había contraído matrimonio más tarde de su nacimiento y que a pesar de ello, el padre continuaba con su relación incestuosa.

ID Crisis emocional depresiva.

Evolución.

Ingresa al grupo cuando éste se había formado tomando una actitud de abandono, retarido, no comunicandose con los demás, dando la impresión de querer pasar inadvertido por todo mundo. en forma paulatina y progresiva el paciente adquirió confianza en el grupo, comenzando a participar al final de las sesiones, dando su conclusión sobre la misma, así se mantiene por espacio de 5 meses, hasta que un día a la mitad de la sesión hace catársis y aceptar su situación familiar, al darse cuenta de que no fue rechazado sino aceptado por el grupo, adquirió seguridad y confianza, aceptando que los padres no son los que lo engendran sino, los que lo formaron, con esto se reintegra alegre a sus actividades escolares y cuando volvía al grupo, su talante había mejorado notablemente, ya hacia bromas comenzó a tener relaciones de noviazgo, sintiendose agusto y sin dificultad alguna en el momento de estar con su pareja, esto fue reforzado

mediante orientaciones a las tías sobre modificaciones de conductas y normas dentro del hogar, que favorecieron invariablemente los logros de la terapia de grupo.

Alfonso. Masculino de 18 años de edad que es traído a la consulta por presentar desmayos secundariamente a crisis de ansiedad caracterizada por; cefalea, palpitaciones, diaforesis intensa, sensación de malestar generalizado, opresión precordial y desmayos de 5 minutos de duración.

Dinámica. Padre de 42 años de edad alcohólico sin ocupación por su problema de alcoholismo, con problemas importantes para relacionarse con su pareja por la adicción. Madre de 40 años de edad alcohólica portera que no puede desempeñar su actividad por su adicción. La característica dentro del hogar es el trato mediante agresiones físicas y verbales. Un hermano de 20 años de edad que se fue de la casa y que es homosexual. Otro hermano de 17 años farmacodependiente ocasional y casado porque la novia salió embarazada sin hogar propio, en ocasiones vive con sus padres y otras con los de ella, no tiene ocupación estable, una hermana de 10 años de edad tímida, triste, bajo rendimiento escolar e introvertida.

Inicia su P.A. a los 14 años de edad con abandono escolar y dedicándose a la música líricamente tocando la guitarra en un conjunto musical. Un día al salir de una fiesta fue detenido por la policía y golpeado, con pérdida del conocimiento por espacio de 3 minutos. A los 3 meses presenta el primer desmayo continuando con ellos en forma ocasional y ante situaciones de stress

Se le practicó EEG el cual fue reportado como normal. Bender con datos de rotación e inversión sin que fuera concluyente de algún daño orgánico cerebral.

ID Personalidad histriónica.

Evolución.

Ingresó al grupo cuando éste tenía 6 meses de iniciado, tomando una actitud abierta, llamativa, buscando la aceptación y aprobación tanto de los elementos del grupo así como del terapeuta, se observó desde el inicio buena capacidad de insight con buena disposición al cambio, logrando aceptar que sus síntomas de manipulación de cefalea, desmayos y resto de cortejo sintomático eran resultado de su inmadurez emocional y necesidad de afecto, por un abandono afectivo de sus padres en edades tempranas por su alcoholismo lo que le generó además una gran dificultad en la socialización.

IV Desarrollo del Grupo.

El grupo se desarrolló en tres fases, la primera la fase inicial, la fase intermedia y la fase final. Cada una de ellas tuvo características especiales que se tratarán de explicar a continuación.

- Fase inicial. En esta fase se hizo énfasis en las normas y reglas del grupo, a presentar a todos y a cada uno de los integrantes del grupo, duración aproximada de las sesiones, tiem-

po del tratamiento, la conducta a seguir en caso de inasistencia. En esta etapa los planteamientos fueron superficiales, nada profundos, siempre se trató de agradar al terapeuta, tratando de lograr su aceptación aunque fuera con un gesto de aprobación, buscaron la seguridad en torno al líder que fue el terapeuta, sujetándose siempre al criterio del líder, adoptando conductas de néofitos, pues todo aceptaban, llegando a establecer una dependencia total y absoluta hacia el líder. Las intervenciones fueron solo del líder pues los integrantes del grupo no sabían como participar. Se trató de depender del terapeuta para adquirir destreza y aprender como funcionar dentro del grupo, además el grupo sintió el temor de ser dominados por el terapeuta, esto se supo mediante la expresión de los temores externados en las primeras fases.

- Fase Intermedia. En esta etapa aparecieron elementos de ambivalencia hacia el líder, este sentimiento fue generalizado que unió al grupo contra el líder, esto no despertó enojo ni sentimientos de hostilidad hacia los miembros, al contrario se trató de formar la cohesividad grupal, tratando de que se buscara la independencia, pero controlando la agresión no verbal contra el líder, aumentando la autoestima de todos y cada uno de los integrantes del grupo y propiciando la aparición de un líder natural dentro del grupo, este líder apareció y fue Ricardo, que con sus intervenciones satisfizo a sus compañeros, tomando todos ellos la temática que deseaba implementar en las sesiones. Se detectaron dos subgrupos dentro del grupo de trabajo

uno de ellos comandado por el líder del grupo y el otro sin líder, pero inclinándose por estar cerca del terapeuta y tratando de agredir a sus compañeros mediante la aceptación del terapeuta, el terapeuta hizo consciente esta situación al grupo y desaparecieron los subgrupos, amalgamándose en uno solo, ya las intervenciones del terapeuta eran esporádicas, solo haciendo alguna observación cuando se tocaban situaciones relacionadas con la sexualidad, tratando de no despertar sentimientos de aceptación o de rechazo hacia alguno de los integrantes. Se logró la cohesión de grupo mediante la integración de una ideología de pertenencia al grupo, donde su energía fue utilizada para preservar al grupo, lográndose trabajar con el conflicto común de grupo.

- Fase final. En esta etapa lo fundamental fue que el terapeuta ya no era tan necesario, pues el funcionamiento del grupo estaba organizado por el líder natural, solo la participación del terapeuta era solo para orientar o realizar algunas observaciones, es decir, su papel era el de observar la dinámica del grupo, preparando a los pacientes para la terminación de la terapia, haciendo un balance de los logros individuales y grupales de todos y cada uno de los integrantes de la terapia,

V. Técnica.

Se limitó la participación con una atmósfera libre permisiva donde se expresaran los sentimientos y fantasías. Se trabajó en el aquí y ahora, se promovió la conducta reflexiva a cerca

del significado de conductas individuales y grupales, se restringieron los comentarios a la interpretación colectiva - y a las variaciones individuales, se adoptó el papel de modelo en las etapas iniciales, un papel de miembro de grupo ejemplificando los ideales de espontaneidad y una disposición de enfrentamiento a situaciones incómodas y conflictivas sin tratar de lograrlas. Se participó en la retroalimentación personal del grupo, no se permitieron la aparición de conductas regresivas hacia el líder, se trató de llevar a los integrantes del grupo a un buen nivel de introspección, asumiendo el papel de pantalla de proyección frustrando los deseos inconscientes y conscientes de los integrantes del grupo.

VI Resultados.

A nivel general podemos decir que los integrantes del grupo obtuvieron: a) Los pacientes observaron a gentes diferentes a sus padres. b) Exploraron las similitudes y diferencias personales con respecto a sus compañeros. c) Detectó su fuerza propia y la fuerza de los demás, con sus respectivas conductas. d) Exploraron como la forma como sus compañeros vieron cambios personales en cada uno de ellos (físicos, emocionales, sociales). e) Identificaron los factores motivacionales (escolares, tareas, aprendizaje). f) Exploraron lo que el futuro les podía deparar. g) Identificaron las metas a corto plazo y a largo plazo.

A nivel personal se resume lo obtenido.

Irma. Se responsabilizó de su comportamiento, no se volvió a embarazar ni volvió a utilizar ninguna droga, no agredió tanto a su padre y fue más tolerante con su hermana.

Ricardo. Logró abandonar la marihuana y contemplar que la actitud de su madre era hasta cierto punto secundaria a su desconfianza por su comportamiento, aceptó de manera consciente la responsabilidad que se le dió para manejar el negocio de su abuelo, reconociendo que la soledad presentada fue a consecuencia de la muerte de su padre.

Bertha. Desaparecieron sus sentimientos culposos por la separación de sus padres, se responsabilizó de sus actividades escolares no volviendo a inclinarse por la droga. Comprendió en parte la conducta de su madre como ser humano que tiene fallas y aciertos, no juzgandola por no estar presente en las circunstancias que se dieron en el momento de su relación extra marital.

Alberto. Se reintegró socialmente en forma satisfactoria, ya los sentimientos negativos secundarios al desconocimiento de quien fue su padre desaparecieron, se adaptó de nueva cuenta a las nuevas pautas marcadas por las tías, quienes colaboraron en forma estrecha en la modificación de las mismas.

Rodolfo. No logró alcanzar en forma total los cambios esperados, se logró mejor rendimiento escolar, cambios en su apariencia personal, cierta facilidad de comunicación tanto verbal como afectiva, disminución de la agresión a la figura femenina,

ciertos planteamientos de madurez como inicio de vida laboral, mayor autoestima, con mayor reconocimiento de sus potencialidades y habilidades.

Roberto. Logró elaborar el duelo por el padre, verbalizó los sentimientos que se generaban con la actitud de la madre y con ésto alcanzó mayor estabilidad emocional, mejores relaciones con la madre y metas al futuro.

Oliver. Mejoró de sus errores de juicio y de conducta, reconoció que su comportamiento era una agresión hacia el regreso de la madre y el abandono de su abuela, se adaptó relativamente a la convivencia con su madre, padrastro y hermana. Mejoró en su aprovechamiento escolar.

María. Se logró mejor relación interpersonal con los varones comprendió que lo sucedido fue circunstancia y que este hecho no es vergonzoso ni obstaculiza el desarrollo de sus capacidades de amar ni de interactuar con los demás, se retiraron los sentimientos culposos y reinició una relación de noviazgo satisfactoriamente.

Alfonso. Mediante el esfuerzo de los integrantes del grupo, la retroalimentación de los mismos, permitieron al paciente el esclarecimiento y de la toma de realidad para la resolución de sus conflictos intrapsíquicos en el contexto sociocultural propio de su edad, se favoreció la reintegración escolar, con un rol psicosexual adecuado y la ruptura con el núcleo familiar causante en gran medida de su sintomatología de ingreso al grupo.

Dentro del comentario personal a cerca de la psicoterapia de grupos, puedo decir que para las instituciones en el presente, es el tratamiento ideal, pues gran parte de los conflictos que aquejan a los asistentes a este tipo de instituciones reúnen los requisitos para integrarlos a un tratamiento grupal, además de que se ven más pacientes al mismo tiempo con menos recursos técnicos, los resultados finales son igualmente efectivos que en un manejo individual. Las facetas que se le quieran dar a este tipo de psicoterapia son variadas, ya que lo mismo puede funcionar a nivel de hospitalización, así como, con pacientes ambulatorios, pudiéndose establecer límites de tiempo de acuerdo a las características de los pacientes, así como de sus necesidades. La participación de gente no tan entrenada en este tipo de manejo, hacen que las trabajadoras sociales, los psicólogos y los médicos generales, puedan participar en forma directa bajo la supervisión de un psiquiatra entrenado en psicoterapia de grupo, con lo que la cobertura se amplía a más personas que necesitan de ayuda para aliviar sus síntomas psiquiátricos. La presentación de este trabajo con adolescentes, es un esfuerzo personal de mostrar que la psicoterapia grupal tiene una indicación precisa en personas en etapas de formación, lográndose el éxito en casi todos los participantes, además deja un buen precedente a nivel institucional de que los pacientes mejoran más rápidamente en grupo que en terapia individual. Esperamos que las experiencias obtenidas sirvan para trabajar con adolescentes en diversas instituciones, mejorando cada día más la

técnica difundiendo a todos los niveles esta modalidad de manejo psicoterapéutico entre los adolescentes.

BIBLIOGRAFIA.

- Introducción a la dinámica de grupos. Joseph Luft. Edit. Herder.
- La dinámica de los grupos pequeños. Didier Anzian y Joseph Ives Martin. Edit. Kapelusez.
- Tratado de psicoterapia grupal psicoanalítica. S.R. Slavson Edit. Paidós.
- Balint M. Técnicas psicoterapéuticas en medicina S. XXI.
- Strupp and Blackwood Recent methods in psychoterapy. Freedman y Kaplan 1975, cap. 30.10 pag. 1909.
- Teoría y práctica de psicot. de grupo Yalom.
- Marital Therapy from a psychiatric perspective. Ellen Berman and Harold Lief. AMJP june 1975.
- Basic concepts in family therapy. A differential comparison with individual treatment. Leon Robinson .Amj Psych. oct. 1975.
- A technique of insight directed psychotherapy for health service use. F.P. Haldane. Brit. Psychiat. 1975.
- The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. C.E. Vaughn and J.P. Leff. Brit. J. Psychiat. 1976.