

11240

1 2oj

TITULO: EXPERIENCIA EN UN GRUPO DE TERAIAA.

NOMBRE DEL ALUMNO.: PULIDO CONTRERAS ANSELMO.

GENERACION.: 1981 - 1,983.

MEXICO, D.F. A 2 DE DICIEMBRE
DE (1,984.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1983





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE:

- I.- CRITERIOS DE SELECCION DE LOS PACIENTES.
- II.- CARACTERISTICAS DEL GRUPO.
- III. CARACTERISTICAS DE CADA UNO DE LOS PACIENTES.
 - 1.- Ficha de identificación.
 - 2.- Conflictos principales.
 - 3.- Diagnósticos (C.I.E. 9a. O M S).
- IV.-OBJETIVOS TERAPEUTICOS.
- V.-ORIENTACION TERAPEUTICA.(MARCO TEORICO).
 - ETAPAS EN EL DESARROLLO DEL GRUPO.
- VI.-FENOMENOS DE GRUPO Y ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS.
 - LOGROS Y DEFICIENCIAS.
- VII./COMENTARIO PERSONAL.

**CRITERIOS DE SELECCION
DE LOS PACIENTES.**

El grupo en tratamiento fué manejado en un consultorio del Departamento de Psiquiatría Psicología y Salud Mental, de la UNAM, lo cual entre otras peculiaridades, influyó en la selección de pacientes.

I) En cuanto a población disponible,

II) Nivel académico

III) y edad.

De igual manera, se excluyeron pacientes considerados no aptos para la terapia de grupo, por la mayoría de autores, a saber:

- 1) pacientes con un padecimiento psicótico activo; o con riesgo de sufrir un brote psicótico durante el proceso de tratamiento. (Borderline graves; o severos trastornos de la personalidad)
- 2) Pacientes con muy bajo nivel de tolerancia a la angustia,
- 3) Con muy baja capacidad de insight, y con gran incapacidad de interaccionar en el grupo.
- 4) Pacientes con bajo nivel intelectual.
- 5) Pacientes que pudieran resultar muy disruptivos como el dañado cerebral, o aquellos -- pacientes que se consideró obtendrían poco o -- ningún beneficio de la terapia de grupo.

La selección se basó esencialmente, en la consulta psiquiátrica tradicional, y en el -- diagnóstico, poniéndose especial atención en

cuanto a la evaluación de la personalidad, y sin perder de vista el conflicto central. También desde el punto de vista clínico, se tomó en consideración la fuerza yoica y la probable capacidad de interaccionar en el grupo, aunque esto ya sólo fué posible considerarlo en su justa dimensión, dentro del proceso del grupo. Se tomó en cuenta la probable tolerancia del paciente para lidiar con su angustia.

La evaluación psiquiátrica se avaló y complementó con las pruebas psicológicas practicadas en cada caso, por el personal del área de psicología del propio departamento.

Mediante y conforme a la evaluación y selección de pacientes, se trató de ser congruentes a las necesidades y recursos de trabajo, a la vez que se satisfacían los criterios más sancionados por la experiencia, y señalados en la literatura por diversos autores.

Fuera de nuestro alcance quedaron métodos de selección como el FIRO (Fundamental interpersonal relation orientation); el pre-entrenamiento de grupos para psicoterapia, y otras técnicas útiles en la predicción del comportamiento de los pacientes en el grupo.

Especial consideración merecieron, en el proceso de selección, las teorías de K. Horney, por el énfasis que pone en la interacción personal; y las de H.S. Sullivan, por los niveles de personalidad que considera. (Pública; consciente y privada.)

**CARACTERISTICAS
DEL GRUPO**

Se integró un grupo de terapia de seis pacientes; heterogeneo y abierto. A excepción de Eugenio, todos ellos, jóvenes estudiantes de la UNAM, con el problema común de tener serias dificultades familiares y de interacción personal y social, y en mayor o menor medida, en el desarrollo de la personalidad; aparte, el problema específico considerado en el diagnóstico, y que más adelante se especificará en el resumen clínico.

Como se trataba de un grupo abierto no se especificó la duración del tratamiento, y si un miembro abandonaba el grupo, se suplía de acuerdo a la disponibilidad de pacientes, necesidades del grupo, y criterios clínicos ya especificados.

El grupo fué formado y empezó a trabajar con el terapeuta del mismo. Posteriormente me integré a él como observador y después en la función de coterapeuta.

**C A R A C T E R I S T I C A S D E C A D A U N O
D E L O S P A C I E N T E S :**

- I) F I C H A D E I D E N T I F I C A C I O N .**
- II) C O N F L I C T O S P R I N C I P A L E S .**
- III) D I A G N O S T I C O S (C . I . E . 9 a . O M S) .**

ALEJANDRA, femenina de 24 años de edad; soltera; estudiante del 7o. semestre de arquitectura; trabaja en un despacho de arquitectos; nació y reside en el df.,

Se presentó a consulta por primera vez el 6 de enero de 1982, por considerarse retraída; muy tímida; insegura y dependiente. Problemas que ha venido presentando desde hace unos 10 años. Además, ha presentado irregularidades menstruales; dispareunia y anorgasmia. Sus relaciones de noviazgo han sido breves, excepto una de hace 2 años en la preparatoria, cuando inició su vida sexual activa. Estudia arquitectura "para demostrar a su madre que lo puede hacer." Tuvo un affair sexual con un psicólogo, un tanto escabroso; habiendo quedado embarazada, por lo que se le practicó legrado. Durante el curso de la psicoterapia se han traído a colación sus problemas de anorgasmia y dispareunia.

Su madre tiene 43 años; y labora como enfermera. Ha sido casada y separada en dos ocasiones.

Un hermano de la paciente, es sobreprotegido por la madre, en opinión de nuestra paciente.

Este, otra hermana mayor, casada, de profesión odontóloga, su marido y sus dos hijos, así como la paciente, residen en el hogar materno.

La paciente trabaja desde noviembre de 1980, en un despacho de arquitectos.

Se formularon los siguientes diagnósticos.:

301.5 trastorno histórico de la personalidad.

302.7 Frigidez y dispareunia.

EUGENIO.:

Masculino de 33 años de edad, casado; estudió hasta el 5o. semestre de actuario. Su primera consulta fué el 3 de mayo de 1982, habiendo asistido a un total de 6, en psicoterapia individual.

Se casó hace 6 años, hecho coincidente con el abandono de sus estudios de actuaria. Afirmaba que los familiares de su esposa lo habían obligado a casarse, "aún cuando no había hecho nada" Aduce que los familiares de la esposa son muy agresivos, y que ya había tenido varios conflictos con ellos, por los que habían tenido que ir a parar a la delegación. En cuanto a sus sentimientos hacia la esposa, dice que ésta le atrae mucho por ser rebelde y opositorista, versus lo complaciente y hogareño de su madre; esta última no lo visita desde que se casó. Siente que el si quiere, y tiene todas las intenciones de continuar estudiando, pero supone que su esposa no lo desea así; sin embargo, es frecuente que ella lo presione para que estudie, y le ha dicho que por eso trabaja.

Relató como importante para él el siguiente suceso.: la atracción sexual hacia una hermana de su esposa que vivió una temporada con ellos; esa atracción aún persiste pese a que la mujer ya se casó. Se visitan regularmente.

Tiene desavenencia con la esposa en cuanto al número de hijos que desean tener.

El paciente se describe como sociable, comunicativo, bromista, amigüero, alegre, irritable, pelecero.

No se considera celoso.

301.6 Trastorno asténico de la personalidad. Personalidad

JOSE MARTIN.:

Masculino de 22 años de edad, estudiante de ingeniería. Previamente ha hecho varios cambios de carrera: De veterinaria a ingeniería, y a arquitectura. Es originario y residente del df., No trabaja.

La fecha de la primera consulta fué el día 10 de noviembre de 1980.

Desde hacía 3 años había presentado una intensa inhibición psicomotriz, al grado de que se pensó en su internamiento psiquiátrico. En esa época estuvo bajo internamiento con 2 terapeutas, y en ambos casos abandonó el tratamiento: 1o. porque no mejoraba, y 2o. porque se enojó con el otro terapeuta, sic. Se mencionan las siguientes alteraciones: Alteraciones del sueño; desgano hacia sus ocupaciones habituales, y descuido en su aseo personal; un sentimiento de futilidad; también se siente con mucho resentimiento.

Se considera tímido, retraído y desconfiado; irritable y peleonero. Reside con su madre y tres hermanos: dos varones y una mujer. Esta es la menor de la familia. El paciente sólo se lleva bien con ella. El padre no vive con ellos desde hace 10 años, y es alcohólico. Golpeaba a la esposa y J. Martín era el que se enfrentaba a él, cuando eso ocurría.

Se dice que de niño presenció el acto sexual entre sus padres.

Se le ha tratado con psicofármacos, a parte de la psicoterapia.

300.4 Neuresis depresiva.

MARGARITA.:

Femenina de 21 años de edad; soltera; no trabaja. Estudió el co. de grado de ciencias políticas. Primera embarazada en mayo de 1960, por "arreglos familiares." La familia consta del padre de 43 años de edad; madre de 31 años de edad, y un hermano de 12 años. El hogar se ubica en Coluca. Por lo general el padre recibe en el D.F.

Por caso de presentarse, y a raíz de que la mediación es por obra de un amigo de su padre, hubo un acuerdo en el hogar, además de que Margarita debería pedir perdón a su padre, cosa a la que ésta se niega; a su vez, el padre pone eso como pretexto para no regresar al hogar, y así tener otro conflicto con su esposa. La señora madre le insta a que se reconcilie con su padre. La paciente dice que al su padre quien debe hablarle, y dar el primer paso.

Por motivo de lo anterior, la paciente ha estado viviendo con un hijo menor en el D.F.; así mismo también en conflicto conyugal y en vía de divorcio. Relató que también uno de sus hijos tiene problemas conyugales, así como infidelidades. La paciente ha tenido unos cinco novios sin mayor trascendencia, y solamente en una ocasión hubo un "fofo."

INFORMACION diagnóstica preliminar.:

313 .8 trastornos peculiares de la adolescencia. Mixtos.

ANTONIO.:

Masculino de 24 años de edad; estudiante de medicina; originario y residente del df., No trabaja. Es soltero. Primera consulta en febrero de 1979.

Cuando camina por la calle ha tenido la impresión de que se mueve como sfeminado, y con frecuencia tiene la impresión de voltear a todos lados. Tiende al aislamiento, y ha presentado ideas de referencia; en las relaciones interpersonales se queda sin poder hablar. A veces experimenta como un odio interno, indefinido, como miedo y desprecio por sí mismo; habitualmente está de mal humor. A veces siente como que no puede expresarse de manera adecuada; con mucha inseguridad. Tardó dos años para relatar que a los 4 años de edad había sido violado, lo cual experimentó como "si todo saliera de mí mente; con intenso miedo y confusión; sentía los ojos perdidos, como si una cortina los cubriera, y la mente pesada." En terapia individual fue dado de alta por "remisión parcial y promisorio."

En las pruebas psicológicas practicadas se reportó I.Q., igual al termino medio.

301.2 Esquemas paranoicos de la personalidad.

A descartar 297 Estados paranoicos.

AURORA:

Femenina de 22 años de edad; soltera; estudiante del 4o. semestre de economía; originaria de Taxco, Gro., Es aficionada a los deportes, Hace 4 años falleció su madre. El papá hace vida marital con otra mujer, lo que ha ocasionado conflictos familiares.

Acudió a consulta por primera vez en noviem -- bre de 1982. A raíz de una ruptura amorosa ha presentado trastornos del sueño; a veces se siente malhumorada; con desgano hacía sus ocu -- paciones habituales, o con temor inexplicable a que le pueda ocurrir algo a ella o a sus fami -- liares. El estar sola le resulta intolerable, pero afirma que muchas veces también le resul -- ta molesta la presencia de otras personas.

La situación familiar se ha tornado más agobian -- te para la paciente, ya que es la mayor de 4 hermanos, y se siente con la responsabilidad de todos ellos; además, ha tenido la pretensión de seguir manteniendo, y de hacer prevalecer la ' autoridad que tenía su madre en el hogar. Eso mismo le ha acarreado problemas sobre todo con el papá. De hecho todos los hermanos rechazan a la mujer de su padre, pero no forman un frente común con Aurora.

Se describe como una persona sociable y amis -- tosa, hogareña, y que gusta de los deportes; sin embargo, siente que en los últimos meses, su vida se ha visto muy afectada en todos sentidos.

OBJETIVOS

TERAPEUTICOS.

Los objetivos se fijaron tomando en cuenta sobre todo, el que se tratara de una población universitaria, "flotante", siendo frecuentes las deserciones por la necesidad de estudio. De ahí también el que desde su inicio se formara un grupo abierto. También se tomó en consideración el marco de orientación terapéutica.

No se buscó obtener grandes transformaciones de la personalidad, sino el que, en la medida de sus posibilidades terapéuticas, los pacientes aprendieran a conocer mejor sus conflictos, y a lidiar mejor con ellos; y en todo caso, sensibilizarlos para la continuidad de la terapia, si así lo deseaban; o que estuvieran en posibilidad en todo caso, de elegir alguna otra modalidad terapéutica.

ORIENTACION TERAPEUTICA.
(MARCO TEORICO)

+

ETAPAS EN EL DESARROLLO DEL GRUPO.

La orientación terapéutica en el manejo del grupo se apoyó en el concepto del grupo como totalidad (Bion; Ezriel; Withaker, y Lieberman), y con una orientación psicodinámica. Este enfoque incluye tanto aspectos sociales como -- dinámicos, y de la propia interacción grupal. Los pacientes que se considera son más beneficiados por este tipo de terapia son los neuróticos, con un inadecuado desarrollo social y familiar. El contexto del grupo se considera como un medio psico-social, en el cual, tarde o temprano los pacientes acaban por mostrar su conducta mal adaptativa, y es posible estudiar su psicodinamia subyacente; el grupo es el medio ideal para resolverla.

Entre las ventajas de tener en cuenta el enfoque anterior, se mencionan las siguientes:

- 1) Señalar y manejar fenómenos grupales de valor terapéutico que todos comparten.
- 2) Es posible el análisis de un conflicto individual dentro del contexto de todo el grupo.
- 3) Sus miembros comparten experiencias que les son comunes. (Universalidad).
- 4) La interacción grupal permite una regresión útil.

Tal vez por preferencias personales y por la propia orientación, además de las peculiaridades del grupo, su pudo constatar, que al igual de lo que ocurre en otras modalidades terapéuticas, el factor común a ellas

es la angustia, siendo el grupo el medio ideal para su manejo; sobre todo en pacientes con muy baja tolerancia a la misma. Asimismo, a nivel empírico, pudimos observar varios fenómenos en la estructura y funciones del grupo, que van desde las instalaciones y colocación de sillas, hasta fenómenos tan complejos como son la transferencia múltiple, y la resistencia.

Algunos autores hacen mucho hincapié en unos u otros de los fenómenos del grupo, como son por ejemplo

- 1) aspectos procedentes,
- 2) transferencia múltiple y acting out,
- 3) aspectos sociales y familiares,
- 4) la importancia del manejo de la angustia en el grupo;
- 5) mecanismos defensivos, que se manifiestan en retardos; inasistencia; formación de grupos extraterapéuticos, sea llevar al grupo todo el material que surge en aquellos grupos, etc.
- 6) Los factores curativos propios del grupo terapéutico, a saber:
 - catarsis; autoexposición en el grupo;
 - aprendizaje interpersonal; universalidad;
 - aceptación; altruismo; guía, y autocomprensión.

Además de la selección, y esclarecimiento del propio marco teórico en terapia de grupo, -- siempre se tuvo en cuenta que los pacientes desarrollaran su autonomía y que fueran co -- rresponsables en la evolución del proceso -- grupal. Desde el inicio se les informó lo habitual: Qué se trataba de un grupo abierto, y que en caso de deserciones, el miembro ausente sería sustituido por uno nuevo, siendo recomendable en todo caso, que se aclararan las causas de la deserción. Quedaban permitidas las reuniones fuera del contexto del grupo, con la estricta condición de que el material terapéutico que pudiera surgir, fuera tratado en el grupo.

-Se consideraba esencial la autoexposición espontánea en el grupo, en contraste, todo lo que sucediera, o se dijera en el grupo sería considerado como confidencial, por cada uno de los integrantes del mismo.

-La agresión física quedaba proscrita.

-Se acentuó la necesidad de una regular asistencia, pero no se establecieron sanciones o limitaciones al respecto.

y a partir de algunos de los fenómenos considerados, y de acuerdo a las preferencias de los autores, o de su propia experiencia, tomando elementos de lo que es útil desde el punto de vista terapéutico, para el grupo, elaboran técnicas y teorías, por ejemplo, psicoterapia breve de grupo; métodos de tratamiento en grupos para pacientes psiquiátricos, en el medio hospitalario, o para pacientes con padecimientos psicosomáticos; psicoterapia didáctica de grupo; psicoterapia de grupo para adolescentes; para niños; para drogadictos; etc. etc., En algunos casos estos métodos tienen su particular uso en determinadas áreas de trabajo, o en un particular contexto de grupo, o solamente con determinados pacientes; en todo caso son teorías con una aplicación valiosa, y que se basan en un reduccionismo útil. Al respecto Stephen A. Appelbaum opina lo siguiente: Que las diferencias en psicoterapia de grupo, dinámica de grupo, y psicoterapia individual, son más de forma que de fondo, y que dependen más bien de los métodos, técnicas y objetivos terapéuticos, "así como en los supuestos propósitos establecidos por convenciones sociales y técnicas, más que en los medios intrínsecos mediante los cuales el individuo aprende, cambia y mejora."

Más que poner énfasis en algunos de los aspectos del grupo, se trató de dar su justa dimensión al fenómeno tal como se presentaba, dentro del marco teórico adoptado, y a través de éllo ir elaborando la propia experiencia. Pudimos constatar (entre otros fenómenos que se mencionan en su oportunidad), una primera fase en el desarrollo del grupo, en la cual prevalecían la angustia, el temor a comunicarse o a exponerse en el grupo: o bien, si se exponían en fases tempranas del proceso grupal, era de una manera superficial y poco comprometida. Incluso en estos casos se recomienda frenar lo que puede resultar una autoexposición contraproducente, sin un real valor terapéutico. Esta primera etapa en el desarrollo del grupo, descrita con varias modalidades, se caracteriza por una acentuada dependencia al terapeuta al que se ve como alguien omnisapiente y omnipotente. De alguna manera los pacientes trataban de ganar la atención y aprobación del terapeuta, utilizando sus propias pautas de conducta en estos casos; a cual más trataban de ser el preferido. Unos meses después eran perceptibles conductas grupales de afirmación e independencia frente al terapeuta. La comunicación era mayor, más genuina y más valiosa, y ya no tan centrada en el terapeuta como en la fase anterior; tampoco se buscaba tanto, o con tanta vehemencia,

su aprobación. Empezaron a intentar relacionarse más a nivel extragrupal, sin que llegaran a constituirse en subgrupos, o grupos extraterapéuticos. Eso redundó en una mayor confianza entre ellos, y proporcionó una valiosa retroalimentación en el grupo.

FENOMENOS DE GRUPO

Y ESTRATEGIAS

TERAPEUTICAS.

LOGROS Y DEFICIENCIAS.

J. Antonio, en el proceso de grupo se comportó retraído; rígido; con rasgos de carácter de tipo obsesivo. José Martín resultó ser un paciente con rasgos esquizooides; Guillermo, un paciente silencioso. Linda, una paciente monopolista. Eugenio, tal vez por ser mayor de edad, y con una condición social diferente (El único casado) quiso adoptar una posición directiva dentro del grupo, y con visos moralistas; tratando de negar a toda costa de negar y eludir sus problemas. Al poco tiempo, el grupo fué especialmente activo en confrontarlo a su irresponsabilidad para enfrentar sus problemas, y en lo concerniente que le resultaba, responsabilizar a su esposa de lo que él estaba siendo incapaz de hacer. Fué el primero y el único que abandonó el grupo, en el tiempo en que yo estuve presente. Se ha considerado que las deserciones son muy disruptivas tanto para el paciente que abandona el grupo, como para los demás miembros que permanecen en el mismo, y que muchas veces la presencia del desertor sigue pesando en el grupo como un fantasma; y que a veces, a una desertión, suelen seguir otras más. Otros autores opinan que se trata de un fenómeno necesario e ineludible, aunque se tomen medidas para evitarlo, tales como el formar grupos de pre-entrenamiento; de todas maneras, opinan, las deserciones seguirán ocurriendo, más o menos en igual número, y que de hecho, resulten saludables para el grupo, ya que

redundan en una mayor cohesión; en fin, concluyen, el único elemento común que se ha encontrado en las deserciones es que parecía haber elementos contratransferenciales. En el caso de nuestro paciente no se corroboraron los asertos anteriores. En breve ingresó al grupo Aurora. Eventualmente se preguntaba por el desertor. Linda, con mucha frecuencia ante la angustia, ponía una barrera de palabras. En su incesante exposición al grupo entremesclaba la trivialidad con hechos valiosos. De alguna manera lograba satisfacer sus necesidades de atención y control. Tomando en cuenta lo anterior se fijó la meta terapéutica de permitirle la libre expresión intragrupal, ya que el monopolista se anulaba al mismo hablando. Por otro lado, se trató de que el grupo fuera capaz de manejar ese problema; de que se esclareciera ¿por qué -en un momento dado- se había dejado monopolizar y a la vez el grupo se había convertido en una víctima?, ¿por qué un paciente se dedica a desaprovechar su oportunidad terapéutica? Una vez esclarecido lo anterior, el grupo pudo ser capaz de proporcionar una retroalimentación - - adecuada. Cabe señalar que el proceso fue un tanto prolongado y arduo. Afortunadamente el paciente esquizoide fue bien aceptado y bien tolerado por el grupo; cuando se manifestaba raro o diferente, había

interés por comprenderlo y confrontarlo a sus emociones. A la postre resultó ser un elemento bastante valioso en el grupo.

El silencioso. Tomando en cuenta de que el silencio nunca es silencio; cuando se veis a este paciente tenso; conmovido; interesado, etc.; se trataba de indagar que subyacía a su conducta. En general, se encontraron problemas de temor hacia la autoexposición; hacia la agresión; era frecuente que se sintiera amenazado. Algunos pacientes silenciosos temen manifestar sus debilidades e imperfecciones. Como alternativa y complementario a su tratamiento en terapia de grupo se pensó en incluirlo en terapia individual, con el mismo terapeuta. Igual que en este caso, se recurrió a la terapia individual cuando el paciente estaba pasando por alguna crisis vital importante; y en aquellos casos en los que la terapia individual podía ser un auxiliar importante en el desarrollo del proceso terapéutico individual; por ej.: cuando el paciente tenía temor a seguir en el grupo sin otro tipo de ayuda terapéutica. En todo caso, el auxilio de la terapia individual, fue tomado como un complemento de la terapia de grupo.

Objetivos inmediatos en las sesiones de grupo se dirigieron a lograr la autoexposición de los miembros del grupo; a la búsqueda de retroalimentación eficientemente terapéutica; y sobre todo al logro de la cohesión.

"El objetivo de la terapia requiere poner al descubierto (estos) sentimientos negativos, lo mismo que entender y destruir sus fuentes. por ejemplo, el líder es quien debe ayudar a los pacientes a reconocer y expresar su celosa necesidad de posesión exclusiva del líder, con el fin de que puedan establecer relaciones más profundas con los demás miembros del grupo. Esto contribuye indirectamente a la cohesión del grupo. El terapeuta también deberá ayudar a sus pacientes a examinar sus desconfianzas mutuas. En caso de existir muchas tendencias paranoicas dentro del grupo, esto tardará cierto tiempo. Mientras tanto, si el líder hizo buen uso de sus técnicas dinámicas, los miembros del grupo empezarán a obtener satisfacciones de su comprensión mutua. A través de estos dos fenómenos terapéuticos comienza a desarrollarse un sentimiento de pertenencia que conduce a un fuerte grado de cohesión."

(Morthon Kissen paga. 49-51)

Además, consideramos que el grado de cohesión que alcance un grupo también está relacionado de manera importante, a la sensibilidad, y desarrollo de la capacidad terapéutica que logren los miembros de un grupo dado, siendo esto, el objetivo último de la terapia. La cohesión de nuestro grupo, no llegó a ser lo suficientemente buena, como para poder hablar de logros terapéuticos óptimos.

Al inicio participé como observador y posteriormente como co-terapeuta. Ante el desconocimiento del probable desarrollo terapéutico, y de normas, se suscitaron temores y angustia; sin embargo, el grupo no llegó a preguntar más allá de la explicación que se les dió al principio. Dada la buena comunicación de experiencias con el terapeuta del grupo, tanto cuando desempeñé mi papel de observador como de co-terapeuta, no llegaron a suscitarse mayores conflictos en el manejo del grupo, pese a la diferencias de estilo. Otra de las preocupaciones vitales, fué la observación y manejo de las interacciones del grupo; mediante una actitud empática; comprensiva; relajando tensiones; esclareciendo interrelaciones; a veces dudas; permitiendo la eficaz participación de sus miembros o del grupo, cuando todo ello nos parecía adecuado; esclareciendo resistencias y conflictos, etc., etc.,

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En mi papel de observador, traté de captar en las notas aquello que ocurría de esencial en cada sesión. Especial atención merecían los acontecimientos previos o del inicio de la sesión, ya que muchas veces marcaban la pauta o tono general de lo que ocurría en el grupo. También se ponía cuidado a la expresión corporal; gestos; movimientos; en dónde se sentaba el paciente: si junto al terapeuta; a su derecha o a la izquierda; cerca de la puerta de salida; etc. "Es claro que el contenido explícito, con frecuencia es análogo al contenido más profundo, más oculto."

En todo momento se tenía presente la historia clínica de cada paciente, y sus conflictos más importantes, partiendo de la hipótesis de que la forma de comportarse en el grupo es semejante a la que el sujeto ha venido usando en su vida diaria, por ejemplo: conductas mutistas; oposicionistas; tendientes a llamar o acosar la atención; moralistas; de aislamiento; de rigidez, etcetera, lo cual indica y la manera peculiar de enfrentar situaciones, y como se defienda el sujeto. En ocasiones hubo fallas en la premura de interpretar, probablemente para relevar o ayudar al paciente en el manejo de su angustia; o por causas de tipo contratransferencial: usando la interpretación como defensa; o el hacerles notar a los pacientes que el

terapeuta era capaz de hacerse cargo de la situación, y que tenía un adecuado control de la misma o que sabía bien lo que estaba ocurriendo en el grupo.

De hecho no había una estereotipia en las interpretaciones, ya que estas surgían de la dinámica peculiar de cada sesión y de la interacción grupal; grado de evolución; atmósfera en el grupo, etc. . En ocasiones el tipo de interpretación formulado era preciso, ya que se tenían los elementos para serlo; en otras ocasiones la interpretación no era más que una tentativa, y por tanto, una posibilidad de seguir trabajando en ese tema. Cuando los datos eran insuficientes para retroalimentar adecuadamente al grupo, se prefería la abstención.

COMENTARIO PERSONAL.

Ante las doscientas y tantas modalidades de psicoterapia individual que existen en la actualidad, y de acuerdo a los requerimientos terapéuticos de la civilización actual, la terapia de grupo es una excelente alternativa. Su utilización significa un gran ahorro de tiempo para el terapeuta; una mejor oportunidad para un mayor número de pacientes, a un costo más reducido.

Para el terapeuta individual, significa una experiencia gratificante, y una ampliación de sus posibilidades de trabajo.

Los logros terapéuticos de la terapia de grupo, no desmerecen frente a otras modalidades de terapia; con ventajas particulares en cuanto al manejo y probable resolución de los conflictos del individuo, dentro de un contexto mucho más cercano a los núcleos primarios, y sociales, en los cuales transcurre la mayor parte de la vida de un individuo.

No obstante, existen quienes ven amenazado su individualismo, y critican un supuesto uniformismo de masas que les es implícito a los grupos.

Es lamentable la escasa oportunidad que existe en México para la formación de terapeutas de grupo, lo que hace encomiable cualquier esfuerzo que se realice en ese sentido.

BIBLIOGRAFIA.:

Libros:

- 1) YALOM, IRVIN D. *The theory and practice of group psychotherapy,*
basic books, 1970.
- 2) *Dinámica de Grupos y Psicoanálisis de Grupo.* Morton Kibben
editorial Limusa, Méx. 1979.
- 3) *Manual de Psicoterapia de Grupo.*
Asya L. Ladis, Jack D. Krasner, Charles Winick y S.H. Foulks,
FCE, Méx. 1969.
- 4) *Psicodrama y Grupos de Encuentro.*
José Gellar,
Monte Avila Editores, Caracas/Venezuela, 1973.
- 5) *Grupos de Encuentro,*
Carl Rogers
Amarretrix editores, Bs. Aires Argentina, 1973.

Artículos:

- 1) *The assimilation of newcomers into groups.*
Rick Crandall.
Small group behavior, vol. 9, No. 3, August 1978.
- 2) *Group therapy evaluation for psychiatric inpatients.*
Kaaren Arriaga MSW, Ed Espinosa MSW, and Michel B. Guthrie, M.D.
- 3) *Pretraining for psychotherapy groups, a cognitive experiential
approach.*
William E. Piper, Ph. D. Elie G. Debbane, M.D. Jaquen Garant M.D.
Jean Pierre B. M.D.
Archiv Gen Psychiatry Vol. 36 oct. 1979.
- 4) *Toward a General Theory of groups Therapy.*
Lowel Cooper; James I. Gustafson.
Human Relations. Vol. 32, No. 11, 1979. 967-981.
- 5) *Planning and Mastery in Group Therapy,
A contribution to theory and technique*
Cooper/ Gustafson.
Human Relations, vol. 32, No. 8, 1970. pags. 689-703.
- 6) *The Group as a Whole Approach: an appraisal.*
Howard D. Kibel, M.D. Aaron Stein, M.D. *Int. Journal Group
Psych.* 31 (4), october, 1981.

- 7) Group Psychotherapy.
 Scott Rutan Ph. D.; Anne Alonso, M.D., del libro
 Outpatients psychiatry diagnosis and treatment, edited
 by Aaron Lazare, M.D. page. 612 -620.
- 8) Diversity in Analytic group psychotherapy
 the relationship between theoretical concepts
 and technique.
 Ericilla F. Kauff, Ph.D. the international J. of,
 group psychotherapy, official publication of the American
 group psych. ass., inc. vol. XXIX, January, 1979,
 No. 1, pag. 51-65
- 9) The disclosure process in group interaction
 Stephen E. Burgen, Kenneth N. Anchor.
 Small group behavior vol. 9, No. 1, Feb. 1978.
- 10) Personal Risk associated with self-disclosure.
 Interpersonal feedback and group confrontation in
 group psychotherapy.
 Mark J. Goldstein; Richard L. Bednar. Ben Yandell.
 Small G. Behavior. Vol. 9, no. 4, Nov. 1978.
- 11) Human territoriality in group psychotherapy.
 The international J. of group psych., official
 publication of the Am. Group psych. Ass. inc. Vol.
 XXVIII, January 1978, No. 1, pag. 355- 354 55- 71
- 12) The different kinds of group psychotherapy with patients
 with different diagnosis.
 R. Battagay.
 Acta psychiat. Scand. (1977) 55, 345- 354
- 13) On some limitations on dyadic psychotherapy and the
 role of group modalities.
 Leopold Bellak M.D.
 Am. J. Gr. Psych. vol. XXX No. 1, 1980. January.
- +-
- 14) A method for the study of therapeutic factors in group
 psychotherapy by Sidney Bloch, Janet Reibstein, Eric
 Crouch, Pauline Holroy and Judith Tahmen.