



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

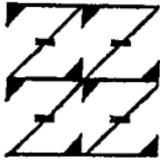
EL ENFOQUE ANALITICO EN UN GRUPO DE
GUIA Y CONSEJO CON PACIENTES
PSICOTICOS HOSPITALIZADOS

REPORTE DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :
JUAN ORTEGA LARA

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LO HUMANO
ES
DE NUESTRA REFLEXION

MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INTRODUCCION

PROLOGO

INTRODUCCION.....	I
-------------------	---

CAPITULO I

La Perspectiva Psicoanalítica y Sus Supuestos Básicos.....	1
Las Resistencias en el Análisis.....	5
Transferencia y Contratransferencia...	9
Perspectiva Analítica de la Terapia de Grupo.....	15
Perspectiva Analítica de la Psicosis y su Terapéutica en Grupo....	23
El Objetivo Terapéutico de un Grupo de Guía y Consejo.....	30

CAPITULO II

Objetivos.....	32
----------------	----

CAPITULO III

Características Generales de la Institución.....	35
-----------------------------------------------------	----

CAPITULO IV

Actividades Desarrolladas y Población Atendida.....	39
--------------------------------------------------------	----

CAPITULO V

RESULTADOS.....	66
-----------------	----

CAPITULO VI

CONCLUSIONES.....	70
-------------------	----

CAPITULO VII

ANALISIS.....	73
---------------	----

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES.....	77
-----------------------------------	----

BIBLIOGRAFIA.....	79
-------------------	----

PROLOGO

La oportunidad de poder participar en el programa de servicio social en un hospital psiquiátrico, me brindó la experiencia práctica y una complementación teórica en lo que refiere a la rama de la psicología en su aplicación en el campo de la salud mental. La labor de un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeros, es de suma importancia, ya que el apoyo de estas disciplinas aporta los diversos enfoques bajo los cuales puede observarse y plantear la forma de tratamiento del enfermo mental. La recuperación del paciente no sólo concierne a la intervención del psiquiatra, tanto el psicólogo como la trabajadora social y la enfermera participan activamente al realizar la labor específica de su área, además de conjuntar esfuerzos para llevar a cabo la labor interdisciplinaria

El enfermo mental adolece de un pensamiento fantasioso que lo separa de la realidad, siendo labor esencial en el plan hospitalario controlar las alteraciones en la forma de pensar de los pacientes por medio de los medicamentos, así como perseguir en el paciente un anclaje a la realidad, integrandolo en las actividades contempladas en el programa de hospitalización. Estas tienen la característica de realizarse en grupo, intentando propiciar la socialización en los internos. La forma de interacción suscitada entre los participantes al integrarse a cualquiera de las actividades del programa hospitalario, los ayuda a ejercitar la capacidad de relacionarse con los demás, también les da la oportunidad de con-

tratar la evolución de su padecimiento por medio de los otros integrantes, al participar constantemente en las actividades, el paciente puede percatarse de la evolución de su enfermedad al transcurrir el periodo de hospitalización, además de poder participar de la mejoría de los demás pacientes. Para realizar estas actividades el apoyo interdisciplinario es importante, ya que ofrece un panorama más amplio en lo referente a los indicios de recuperación de cada paciente, al realizar este apoyo, los integrantes del equipo interdisciplinario aportan su opinión en cuanto a la evolución de los pacientes, siendo esto, un factor determinante para auxiliar a los médicos tratantes, en la valoración del paciente, en lo que se refiere a la evolución de su enfermedad.

INTRODUCCION

El utilizar el enfoque psicoanalítico para abordar las experiencias obtenidas en un grupo de guía y consejo, permite explicar y entender el material surgido. Desde que Freud encontró el alto valor que tiene el material inconsciente dentro del dinamismo psíquico del individuo, la perspectiva psicoanalítica al desarrollarse y evolucionar, aportó a la psicología la técnica para poder llegar hasta este estrato del psiquismo del individuo, donde se encuentra lo más significativo del material psíquico. En un grupo este material surge con facilidad, ya que los integrantes se ven influidos por lo característico de la situación, que les otorga la oportunidad de que inconscientemente revivan los conflictos más significativos de cada uno de sus participantes, conflictos que generalmente tienen su origen en el núcleo familiar. Al situarse ante la presencia de varios de varios individuos, el integrante del grupo tiene la facilidad de reconstruir su conflictiva familiar. Analizando las pautas resistenciales, el material transferido y las reacciones contratransferenciales en el terapeuta, se intenta explicar mediante este trabajo, la influencia de los conflictos inconscientes de sus integrantes incluyendo al terapeuta, en los alcances de los objetivos propuestos para el grupo.

El terapeuta al ser el que conjunta y organiza al grupo, representa uno de los pilares más importantes dentro de la estructura grupal, la firmeza y decisión con que enfrenta el organizar a sus

II

integrantes y el objetivo de esta agrupación, se reflejará en los alcances que obtenga de esta experiencia. Ya que los conflictos inconscientes pueden ser desatados en el terapeuta ante la expectativa de afrontar la responsabilidad de realizar una labor de grupo, el analizar esta posibilidad nos puede llevara concluir acerca de los alcances y limitaciones obtenidos, incluso se puede llegar a tomar en cuenta la gran influencia de estos conflictos en el terapeuta, para explicar su técnica utilizada.

Las sesiones iniciales de un grupo se caracterizan por reflejar una gran dependencia hacia el lider que los conjunta. Los integrantes del grupo depositan en este lider, toda su esperanza y toda la fantasía que nace en ellos, otorgandole el dón de la omnipotencia. En esta situación el lider ha de ofrecerse como un pilar en el cual el grupo cimentará la base de su evolución, cuando el lider se niega como apoyo ante los integrantes, estos tienden a replegarse por el temor que les invade, al intentar avanzar en el camino de la evolución sin contar con soporte de un guía y por tanto se niegan a intentar evolucionar por si mismos.

La Perspectiva Psicoanalítica y sus Supuestos Básicos ¹

La conducta del ser humano ha sido motivo de estudio desde hace ya algunos años. Esta tarea se ha llevado a cabo desde diversas posturas teóricas, cada una de las cuales intenta explicar el comportamiento del hombre con sus postulados.

Una de estas teorías es el Psicoanálisis, encabezado en sus inicios por un médico neurólogo llamado Sigmund Freud, el cual realizó grandes aportes. Dicha teoría, a través del intenso estudio y en el transcurrir del tiempo, se cimentó en valor tan importante que poseen los fenómenos mentales inconscientes, en aspectos normales y patológicos del comportamiento y pensamiento del hombre.

Freud dedicó gran parte de su existencia al estudio y explicación del comportamiento del ser humano, a partir del interés en los fenómenos mentales, los cuales son imposibles de observar directamente, lo que lo llevó a realizar toda una serie de hipótesis en base a dichos fenómenos, valiéndose de lo que él denominó "meta psicología", desarrollando a partir de esta su teoría.

En la aplicación y depuración de sus técnicas, Freud encontró que en el método de asociación libre, en donde el paciente podía abordar cualquier tema durante la sesión de análisis, que no sólo la conciencia podía ser ubicada dentro de los procesos psíquicos, sino que existían dos grupos de procesos que también influían a los fenómenos mentales del ser humano, los preconcientes y los inconscientes. Designó como preconcientes, al grupo de procesos, donde se incluyen elementos que pueden hacerse concientes por me-

dio de un esfuerzo de atención. Al grupo de procesos impedidos de penetrar en la conciencia, por alguna fuerza interna de la mente los denominó inconcientes. Al avanzar en el conocimiento de dichos procesos, concluyó en la importancia que tienen los inconcientes en los fenómenos mentales del hombre. Al profundizar en el estudio del inconciente Freud propuso una nueva hipótesis, en esta intenta ba contemplar el surgimiento de nuevos criterios en la explicación de los procesos mentales. En esta hipótesis planteó la existencia de un grupo de procesos y contenidos mentales que están relacionados unos con otros funcionalmente, y entre los cuales consideró la existencia de tres, denominados como el ello, el yo y el superyó.

El ser humano desde que nace hasta que muere, transcurre su existencia influido por su medio ambiente externo, este último se hace presente a través de sus sentidos, el olfato, la vista, el gusto, el oído y el tacto, estos dan la pauta para la interacción del hombre con su medio ambiente. En base a esta, el ser humano se va desarrollando tanto física como biológica y psíquicamente.

Dentro del aspecto psíquico, el hombre responde ante la estimulación que ejerce su medio sobre él, en esta interacción con el medio, se produce un estado de excitación o tensión en el psiquismo del individuo que lo lleva a la actividad, con el fin de cesar dicha tensión. Dentro de este proceso actúan el ello, el yo y el superyó, aclarando, que no es sino hasta cierta etapa evolutiva, en que las dos últimas estructuras (el yo y el superyó) aparecen.

La posibilidad de que del ello surjan el yo y el superyó, está

dada por la necesidad del individuo de conocer, manipular e influir en su medio ambiente. El individuo reacciona ante la estimulación del medio, generandose un impulso como respuesta de su psiquismo, el evolucionar de este último determina que del ello surja el yo, como una parte de la psiquis, relacionada con la explotación del medio. El individuo requiere de dicha explotación con el propósito de obtener el máximo de gratificación o descarga para el ello. "El control motor, percepción, memoria, afecto y pensamientos, todas estas funciones del yo, comienzan en una forma preeliminar y primitiva y sólo evolucionan gradualmente a medida que el niño crece"¹. En la medida en que el ser humano va adquiriendo experiencias con respecto a su medio ambiente, su psiquismo se enriquece y evoluciona, esto sucede gracias a la capacidad del yo, de adaptar los impulsos o respuestas del ello a la realidad externa, la cual está regida por normas y lineamientos, a los que el hombre y su capacidad psíquica han de adaptarse.

Como mediador entre las exigencias de los impulsos y las normas que rigen la realidad externa, del yo va surgiendo el superyó, el cual se forma a partir de que el individuo va interiorizando las exigencias y prohibiciones morales de los familiares y las personas con las cuales se relaciona en su mundo externo. Todo este mundo comienza a tener influencia en la vida mental del niño y cabe referir que dicha influencia se hará presente durante toda la existencia del hombre. Es importante mencionar, que en la labor

1. Brenner, 1969, pp 58

de adaptar las respuestas de los impulsos del ello a la realidad externa, el yo va desarrollando toda una serie de recursos que le sirven para enfrentar las demandas de los impulsos, dichos recursos van evolucionando junto con el yo, cuando este último surge y es primitivo, sus recursos lo son igualmente, y a medida que evoluciona sus recursos lo hacen también. La influencia del medio sobre el individuo, va a generar una respuesta del ello, la cual debe de ser moldeada por el yo, para ser representada en el medio externo. El Psicoanálisis da la oportunidad de explorar en el paciente, la forma en que se encuentra estructurado su psiquismo, y las alteraciones que pudieran presentarse en este. Durante el proceso de análisis se presentan en el paciente diversas actitudes que auxilian, pero que en muchas ocasiones obstaculizan la labor del analista, siendo la labor de este último, la de interpretar las resistencias que el paciente presente en el material transferido durante la sesión.

a) Las resistencias en el análisis

Todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de análisis, es decir, que obstaculizan la libre asociación del paciente, que impiden los intentos del paciente de recordar y asimilar (insight), que operan contra el yo razonable del paciente y su deseo de cambiar, todas estas fuerzas pueden considerarse resistencia. "Freud considera que la resistencia puede ser conciente, preconciente o inconciente y puede presentarse por medio de emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías o acciones".²

Algunas de las representaciones más comunes de resistencia son:

1) El paciente no está dispuesto, conciente o inconcientemente, a comunicar sus pensamientos o sentimientos al analista, guardando silencio.

2) El paciente no está literalmente callado, pero siente que no tiene ganas de hablar, o no tiene nada que decir.

3) El paciente comunica verbalmente pero con ausencia de afecto.

4) La postura del paciente puede representar una resistencia.

5) Al referir sucesos insignificantes, superficiales o acontecimientos desprovistos de importancia durante un periodo prolongado de tiempo.

- 6) Al evitar temas significativos.
- 7) El llevar un esquema en el relato de su situación, durante un tiempo bastante considerable.
- 8) El lenguaje vano, técnico, empleo de frases hechas.
- 9) El aburrimiento.
- 10) La ausencia de sueños.
- 11) El retraso o la inasistencia a la sesión.
- 12) Un secreto que el paciente conscientemente no desea comunicar.
- 13) La actuación (acting out), el paciente repite en acción en lugar de palabras, recuerdos y afectos.
- 14) La alegría frecuente, en ocasiones a raíz de una interpretación acertada, provoca una risa espontánea en el paciente.
- 15) Si el paciente no logra un cambio a partir de determinado tiempo de análisis se debe sospechar de alguna resistencia oculta, si es que pareciera no existir".³

La identificación de las resistencias presentes en la situación analítica, es el punto esencial en el proceso terapéutico, ya que son dichas resistencias las que indican al analista el material significativo del paciente. Al identificarlas, puede intentar vencerlas con las técnicas analíticas propicias.

"La resistencia se opone al procedimiento analítico, al analista y al yo razonable del paciente. Defiende la neurósis, lo an-

3.- Greenson, 1976; PP 73-81

tigo, lo familiar e infantil, del descubrimiento y el cambio. La resistencia se refiere a todas las operaciones defensivas del aparato psíquico provocadas en la situación analítica".⁴

"El objetivo del análisis en el periodo introductorio es penetrar hasta las fuentes de energía de los síntomas y del carácter neurótico, a fin de poner en movimiento el proceso terapéutico.

Esta tarea se ve obstaculizada por las resistencias del paciente entre las cuales las más empecinadas son las provenientes de conflictos transferenciales. Deben hacerse concientes, ser interpretadas y abandonadas por el paciente. Así este progresa, cada vez con mayor profundidad, hacia los recuerdos efectivamente importantes de la temprana infancia".⁵

La resistencia del paciente en la situación de análisis se disfraza de todas las actitudes posibles, de las que el paciente pueda echar mano, con el fin de evitar el material significativo que representa un desequilibrio para su psiquismo, si es que se exterioriza, por tanto los diferentes mecanismos psíquicos que se encargan de mantener dicho equilibrio, actúan ante la amenaza que significa la situación de análisis. Las resistencias suelen aparecer en todos los momentos en que el equilibrio psíquico se ve amenazado, puede llegar a superarse una resistencia en algún momento del análisis y sin embargo al proseguir puede presentarse una resistencia más elaborada, esto obedece a, que entre más significativo sea el material para el paciente, el psiquismo defien-

4.- Greenson, 1976, pp 88

5.- Reich, 1978, pp 47

de con procesos más elaborados su equilibrio, incluso disfrazan do las resistencias presentes.

c) Transferencia y Contratransferencia

Dentro de la terapia con enfoque analítico, las estrategias terapéuticas trabajan en colaboración con los aspectos vitales del paciente. Dichos aspectos generan diversas emociones y afectos en él, desde sentimientos agradables, hasta sentimientos desagradables estos pueden marcar la pauta para el desequilibrio psíquico de la persona, generando alteraciones en su forma de pensar y de actuar.

En su aspecto vital el individuo se va desarrollando psíquicamente, bajo la influencia de su entorno familiar y social, en el recorrer de su historia la persona va adquiriendo experiencias significativas para etapas posteriores de su vida. Dentro de la técnica analítica en la terapia, se intenta rescatar los aspectos causales de las alteraciones psíquicas, traerlos del inconsciente, donde se encuentran reclusos por los diversos mecanismos defensivos, los que intentan guardar un equilibrio en el psiquismo, reprimiéndolos ante la conciencia.

"En el análisis de la situación vital, el paciente transporta inconsciente e inapropiadamente a otros personajes significativos en su vida, revive patrones de conducta y reacciones emocionales que tuvieron su origen en personas de vital importancia en su niñez, participando en el proceso transferencial del análisis".⁶

Dicho proceso es una de las herramientas fundamentales, en la tarea de extraer de la inconsciencia, la situación alteradora del equilibrio psíquico del paciente.

6.- MacKinnon, 1971, pp 45

En este arrancar de la inconsciencia las situaciones significativas de los conflictos internos del paciente, el terapeuta juega un papel importante ya que puede ser en cualquier momento un personaje en el recuerdo vivenciado por el paciente. En el transferir el pasado al aquí y ahora, el terapeuta puede simbolizar al padre, con el que el paciente vivió una situación importante en su existencia, transfiriendo una carga afectiva hacia el personaje revivido en el terapeuta. Dentro de la reminiscencia existen afectos positivos y negativos, refiriendo cariño o agresión, ambos son importantes en el análisis, y es labor del terapeuta, auxiliar al paciente en la transferencia de estos afectos.

Sin embargo, el clima de la situación de análisis, genera en el paciente ciertas actitudes hacia el analista, en ocasiones parece que el paciente está dispuesto a agradarlo, y en su objetivo se encuentra con recuerdos que a su parecer pudieran no ser juzgados de buena forma por el analista, tornandose entonces en el enemigo más suspicaz al defender su equilibrio psíquico, haciendo uso de todos los recursos, en el aspecto de resistencias ante el análisis.

"Por temor a ser juzgado por el analista, el paciente se resiste a transferir información, reprimiendola conscientemente, ya sea debido a la desconfianza que pueda despertar el analista o al deseo de evitar un rechazo hacia él. Inconscientemente también se reprime la información, cuando existe la amenaza de ser presa de la angustia, provocando una resistencia al insight (re-

cordar o asimilar), ambos tipos de resistencia se presentan cuando se trae a discusión algún hecho significativo".⁷

Freud definió a la transferencia, como una repetición, una redicción de una relación objetal antigua. "Entendemos por transferencia un genero especial de relación respecto de una persona, es un tipo de relación de objeto. Lo que la distingue principalmente es el tener por una persona sentimientos que no le corresponden y que en realidad se aplican a otra".⁸ Fundamentalmente se reacciona ante una persona del presente como si fuera una del pasado. "Todos y cualquiera de los elementos de una relación de objeto pueden entrar en una reacción de transferencia, cualquier emoción, pulsión, deseo, actitud, fantasía y las defensas contra ellos".⁹

Las reacciones transferenciales, en su gran mayoría tienen su origen en las relaciones objetales de la infancia, con padres hermanos, parientes cercanos, profesores, etc. En dichas relaciones, la persona vive situaciones donde se presentan diversos tipos de afectos, tanto de amor como de odio, en realidad todas las relaciones interpersonales del ser humano están matizadas por esta ambivalencia afectiva, que determina que en momentos de apremio se sienta cariño por alguna persona, y en momentos de conflicto sea el recelo u odio lo que se sienta. Freud reconoció que todos los fenómenos de transferencia son de naturaleza ambivalente,

7.- Thompson, 1950, pp 92

8.- Greenson, 1971, pp 158

9.- Ibidem, pp.161

designando los conceptos de transferencia positiva y negativa.

La transferencia positiva designa a todas las reacciones compuestas predominantemente de amor en todas sus formas, cuando el paciente siente por su analista amor, confianza, deseo, gusto, interés, etc. La transferencia negativa designa a los sentimientos basados en el odio en cualquiera de sus formas o repercusiones, enojo, hostilidad, desconfianza, aborrecimiento, aversión, repugnancia, resentimiento, amargura, envidia, disgusto, desdén, fastidio, etc. La transferencia es considerada por la perspectiva analítica como una actitud regresiva, debido a su impropiedad, ambivalencia y a la preponderancia relativa de los ímpetus agresivos.

"Cuanto más regresiona el paciente, más probable es que sienta en el analista actitudes hostiles, sádicas y críticas hacia él"
.10 Las reacciones transferenciales pueden presentarse como resistencias en todos los casos, ya que se reviven actitudes ante situaciones pasadas, pero no se manifiestan recuerdos. Freud opina que las resistencias de transferencia son las causas más importantes y frecuentes de la obstrucción de la labor analítica. El paciente hace uso de su amplia gama de recursos, con el fin de enfrentar la angustia de la situación de análisis, incluso su gran interés, amabilidad y simpatía para el analista, suelen ser disfraces de resistencias transferenciales, al intentar desviar el centro de atención hacia la necesidad de apremio del paciente. "El amor transferencial del paciente se convierte en causa de resistencia. Puede
10.- Greenson, 1976, pp 187

contrariar la labor del análisis por las apremiantes peticiones y anhelos de satisfacción inmediata del paciente".¹¹

Ferenczi, opina que los pacientes que se hallan bajo la influencia de una transferencia positiva adoptarán los modales, las características, los rasgos y hábitos del analista a manera de manifestación de amor, y cosa aún más importante, como un medio primitivo de relacionarse con un objeto. Sin embargo esta actitud de ser del agrado para el analista pronto se torna en su opuesta al sentirse el paciente angustiado debido a un recuerdo, dejando de ver al analista como su objeto ideal, percibiéndolo ahora como un objeto persecutorio, despertando sentimientos de odio y rechazo en el paciente. La situación de análisis presenta un campo propicio para desencadenar la organización del psiquismo del paciente, tanto la forma como está estructurada como los mecanismos defensivos que utiliza. En la sesión de análisis, no sólo el paciente manifiesta reacciones emocionales ante la angustia de la situación el analista también se ve influido por algunas de las actitudes del paciente, las que desencadenan sentimientos que deben de ser resueltos por el analista, ya que pueden impedir su labor.

Estas manifestaciones son conceptualizadas como contratransferencia, y son resultado de las reacciones del analista ante el material transferido por el paciente. Slavson las considera como inevitables, ya que el terapeuta es un ser humano y por más que

11.- Greenson, 1976, pp 229

intente mantenerse neutral ante las emociones despertadas por el material del paciente, su naturaleza y sus vivencias le impiden lograrlo en su totalidad.

d) Perspectiva Analítica de La Terapia de Grupo

La explicación de la conducta del ser humano ha sido motivo de interés desde hace ya algún tiempo, para las ciencias que dedican sus estudios a esta tarea, más el interés se ha expandido también a la necesidad de explicar la influencia de los grupos en la conducta del individuo. El ser humano es gregario y tiende a buscar la compañía, esta actitud se ha visto desde los principios de la evolución de la especie, y aún en nuestros días se sigue confirmando. "La conducta interpersonal del hombre ha sido claramente una adaptación evolutiva, sin vínculos interpersonales intensos, positivos, recíprocos, la supervivencia del individuo y de la especie no habrían sido posibles".¹²

"Los seres humanos nacen formando parte de un grupo, crecen y mueren dentro de él. Sin la ayuda y la cooperación de otros los esfuerzos individuales son menores y en muchas ocasiones insatisfactorios. Las actitudes y la conducta social son aprendidos a partir de las interacciones".¹³ Las personas a través de su desarrollo se enfrentan ante contratiempos, que en ocasiones repercuten en su evolución como individuos, para auxiliarlas a recobrar la orientación hacia su desarrollo, existen un gran número de situaciones de índole terapéutico. Una de ellas, la psicote-

12.- Sullivan, 1953, pp 143

13.- Avelline, 1988, pp 176

rapia de grupo considera la posibilidad de que al agrupar un número determinado de individuos, guiados por un terapeuta, se propiciará la ayuda de los integrantes en cada problema en particular. "En el grupo la interacción de las conductas de todos sus miembros, pacientes y terapeutas, permite el intento de descifrar el contenido de las manifestaciones verbales, gestuales, corporales, espaciales, etc., de los individuos y de sus interacciones"

.¹⁴ Existe una diversidad muy amplia en lo referente al objeto de estudio en un grupo terapéutico, esta se da a partir de las diferentes posturas teóricas que se interesan en los fenómenos de grupo. El Psicoanálisis es una de las que ha profundizado más en este campo, con el apoyo de la medicina en la rama psiquiátrica.

"La meta de los grupos psicoterapéuticos con orientación psicoanalítica es el análisis de los conflictos en un nivel más profundo. El uso de de las reacciones de transferencia múltiple explora los impulsos del ello, la fuerza del yo, y las restricciones del superyó".¹⁵ Psicoterapia psicoanalítica no es sinónimo de historizar, no se trata de repasar las contingencias vitales del paciente. "Lo que importa es la manera en que aquella historia se pone en movimiento en este presente, por tanto lo transferencial significa revivir una situación del pasado en el presente, con la misma carga afectiva".¹⁶

14.- O'Donnel, 1974, pp 26

15.- Kadis, 1963, pp 32

16.- O'Donnel, 1974, pp 13

Todo grupo humano tiende a actuar impulsos, afectos, sentimientos, etc. Como parte del intercambio psicológico que establecen sus miembros. "En muchos sentidos estos actos forman la razón misma de la existencia del grupo y tienen un valor altamente integrador y normal. Muchos de tales actos proceden de experiencias pasadas y son repeticiones de conductas tempranamente aprendidas".¹⁷ "Uno de los rasgos que diferencian la psicoterapia de grupo analítica del análisis individual, estriba en que no se fuerza al paciente a hablar, puede permanecer callado durante sesiones completas, y no obstante, sacar provecho del tratamiento.

A pesar de su mutismo, que cabe sea efecto de la inhibición o de causas afines, aún así, el paciente se enriquece con las vivencias que mueven al grupo".¹⁸ "Al formarse, el grupo se va forjando poco a poco, por la mutua identificación de sus componentes, y el ajuste y conformación de cada uno de los demás, una especie de mentalidad grupal".¹⁹ "La transferencia en un grupo terapéutico consiste en un proceso por medio del cual los pacientes reeditan y actualizan, dentro del marco de la situación terapéutica, conflictos y vivencias pertenecientes a su pasado, por lo general correspondientes a su infancia, y que están totalmente reprimidos, es decir, son inconscientes".²⁰

17.- Palacios, 1975, pp 118

18.- Battegay, 1978, pp 143

19.- Fernández, 1973, pp 54

20.- Grinberg, 1957, pp 151

"Los pacientes sin advertirlo claramente, echan mano de su siempre disponible mundo interno, decantado de fantasía y realidad, de pasado forjador y de futuro anhelado, para poblar, con anticipación transferencial, la habitación y los habitantes del viaje analítico, compañeros y terapeuta".²¹ Dichas reminiscencias transferenciales se encuentran plagadas de ambivalencia afectiva, que influye de manera determinante a los integrantes del grupo. "Las expresiones de amor y odio que surgen entre los componentes del grupo, como así las dirigidas hacia el terapeuta son manifestaciones de transferencia".²² Las reacciones transferenciales en el grupo, que están colmadas de amor en todas sus expresiones, conforman las llamadas transferencias positivas, y a las expresiones relacionadas con sentimientos de odio, han sido designadas como transferencias negativas. Al presentarse el elemento transferencial, la labor del analista es la de interpretar en base a lo que surge en el aquí y ahora de la situación grupal. "Técnicamente podemos distinguir dos momentos en la interpretación de las transferencias:

1) El momento "dinámico", señala lo que está pasando "aquí y ahora", es decir, la naturaleza y la orientación de las tensiones en la situación analítica.

2) El momento "genético", donde la interpretación puede mostrar qué parte del pasado se actualiza en el presente, expresándose en los términos de la situación analítica".²³

21.- Palacios, 1975, pp 84

22.- Grinberg, 1957, pp 151

23.- O'Donnel, 1977, pp 65

"En un grupo, llamamos interpretación, a la intervención verbal del terapeuta, que intenta, en el crisol de lo vivenciado tanto en la transferencia como en su complemento contratransferencial, asir y describir algo que ocurre en el grupo como una totalidad, sea defensa o contenido, preferentemente después de un tiempo de haberse manifestado en forma reiterada".²⁴

El propósito inmediato de la interpretación es ayudar a los pacientes a tomar advertencia de lo que ocurre, es decir, de hacer conciente lo inconsciente, o sea que el fin inmediato es lograr un cambio en los procesos dinámicos, económicos y adaptativos de los pacientes, es decir, de mutar la conducta.

"En un grupo terapéutico existe la posibilidad de ensayar en su seno nuevas conductas más adecuadas. Lo terapéutico no estriba únicamente en el insight, sino también, en un llevarlo a la acción".²⁵ En el análisis de grupo, no sólo lo concerniente a los afectos del paciente es la tarea del analista, también este último, se ve influenciado por las reacciones afectivas que desencadenan en él la actitud del grupo o algunos de sus miembros en particular. A este fenómeno tan común se le denomina contratransferencia. "El terapeuta, por su parte, advierte que en relación con ciertos individuos y con la colectividad, como tal, desarrolla sentimientos poco objetivos. Inconscientemente, puede tratar a los miembros del grupo, como si fuesen hijos suyos.

24.- Palacios, 1975, pp 108

25.- O'Donnel, 1977, pp 43

La contratransferencia constituye una de las preocupaciones principales del analista".²⁶

"Los pacientes tienen siempre conciencia de las actitudes sentimientos y reacciones manifiestas y encubiertas del analista, y ante las cuales ellos reaccionan. Esta conciencia delimita la eficacia del esfuerzo terapéutico y puede determinar las condiciones de éxito o fracaso".²⁷ Los pacientes registran el estado emocional del analista, y debido a que sus estados emocionales afectan al grupo y sus objetivos, el analista debe tener conciencia de sí mismo y de como influye en su persona, lo que en el grupo surge. "Al igual que la transferencia, el elemento contratransferencial está plagado de afectos ambivalentes, y por tanto en ocasiones es positiva y en otras tantas es negativa. Cuando el analista tiene una actitud favorable y amistosa hacia uno o algunos integrantes del grupo, se presenta la contratransferencia positiva. Sin embargo, cuando en el terapeuta se provocan recuerdos dolorosos, a partir del material presentado por uno o algunos pacientes, desencadenando incomodidad en él, se presenta la contratransferencia negativa".²⁸

Ante toda situación generadora de ansiedad, el psiquismo del individuo busca mantener su equilibrio, hechando mano de todos los recursos que ha adquirido a través de su evolución.

26.- Battegay, 1978, pp 135

27.- Slavson, 1959, pp 395

28.- Ibidem, pp 398

En el grupo el individuo se enfrenta ante una situación altamente generadora de ansiedad, y en sus primeras sesiones de participación, generalmente utiliza el silencio como defensa para enfrentar las demandas que la situación le impone a su equilibrio psíquico. Sin embargo, un paciente silencioso puede sacar tanto o más provecho que uno que habla mucho, ya que incluso una participación verbal exuberante, puede significar una resistencia en el paciente. "No es la participación verbal, sino la vivencial la que genera el carácter terapéutico del grupo".²⁹

Ante una situación en la cual las actitudes y la forma de pensar del individuo han de ser ventiladas ante un grupo de personas, cada individuo utiliza los diversos mecanismos defensivos que le proporciona el guardian de su equilibrio psíquico, su yo.

La astucia en cuanto a los recursos utilizados no se hace esperar, y en muchas ocasiones, la capacidad del psiquismo disfraza una actitud defensiva, con la careta de una actitud totalmente servicial y cooperadora con el grupo así como con el analista.

Las defensas pueden darse tanto individual como grupalmente.

El silencio, el desinterés, la actuación de los afectos (acting out), la evasión de ciertos temas, etc. Incluso, en muchas ocasiones, la transferencia puede actuar como defensa, cuando el paciente enfrenta un recuerdo altamente generador de ansiedad.

"Ya que la continuación del trabajo analítico puede ser perturbado de múltiples maneras, no hay ninguna forma de conducta

29.- Slavson, 1959, pp 324

que no pueda ser erigida en resistencia. Y pueden considerarse como tales a partir de que alcanzan una intensidad tal, que dificulta o impida la cooperación reflexiva. La interpretación de las manifestaciones concientes e inconscientes, que se acontecen en el momento del análisis, es parte del proceso terapéutico, para lograrlo, el analista debe utilizar todos los recursos que le otorgan su formación y su experiencia en el tema. Dichos recursos se darán a la tarea de entender, por medio del análisis, todas las manifestaciones en el seno del grupo, las cuales parten de la situación vital de los integrantes del mismo".³⁰

30.- Thoma, 1989, pp 121

e) Perspectiva Analítica de la Psicosis y su
Terapéutica en Grupo

"Para el Psicoanálisis, la diferencia más importante entre neurosis y psicosis, consiste en que en la última hay una regresión a etapas tempranas del desarrollo e importantes trastornos de la adaptación del yo a la realidad".³¹

"Si el neurótico reprime lo inconsciente o el ello, bajo la presión de la realidad y en provecho de esta, el psicótico retira las cargas libidinales depositadas en sus relaciones de objeto, para volverlas a sí mismo, y por tanto, y de cierto modo reprime la realidad".³² La conformación psíquica del psicótico, es una de las fuentes de información más importante, ya que es en las etapas tempranas del desarrollo psíquico, donde el psicótico adquiere pautas, para la conformación de un aparato psíquico incapaz de superar las intensas demandas, a las que está expuesto el psiquismo del individuo. La conformación de una estructura psíquica firme y estable, depende de experiencias tempranas que auxilien a dicho objetivo, para que esto suceda es necesario que las primeras relaciones de objeto propicien la evolución psíquica del sujeto. "Korman plantea que este complicado proceso da inicio cuando acontecen las primeras identificaciones del individuo, con sus padres (objetos primarios), anterior a esta etapa, el vínculo entre el niño y sus padres está

31.- Fernández, 1973, pp 48

32.- DeWaelhens, 1972, pp 110

caracterizado por ser de una gran carga libidinal, cuando sucede la "transmutación" de una elección erótica de objeto en una identificación objetal, el yo se modifica, siendo este momento, un medio para dominar al ello y hacer más profundas sus relaciones con él. Esto sucede a partir de la resolución del conflicto edípico, dicha resolución plantea una situación complicada, tanto para el niño como para la madre, ya que la resolución confiere a ambos, sin embargo, es la madre en el papel del sujeto que posee ya una conformación psíquica, la que debe propiciar en el niño la resolución de la problemática edípica".³³

"La madre del psicótico ocupa un lugar importante, dentro de la génesis de la personalidad psicótica del niño, ya que puede por sus actitudes profundas mantener al lactante, y más tarde, al paciente, en una situación impropia para la aparición de manifestaciones personalizantes".³⁴

"En condiciones normalizadas, la resolución del Edipo implica, un predominio de las identificaciones con el progenitor del mismo sexo. Como producto de lo anterior, se organiza aún más el aparato psíquico".³⁵ "La resolución edípica de la madre permitirá (o no) la ayuda necesaria para que el niño pueda situarse fuera de la relación dual inicial".³⁶ Las identificaciones primarias, dirigidas a objetos primarios (padres) y caracterizadas

33.- Korman, 1977, pp 50

34.- Bergeret, 1975, pp 93

35.- Korman, 1977, pp 48

36.- Ibidem, pp 65

son substituidas por identificaciones edípicas, que tienen la función de auxiliar al niño en la resolución del conflicto edípico, propiciando la modificación yoica. El yo identificado con el objeto primario, se ofrece como satisfactor de las pulsiones del ello, ya que al tomar las características del objeto, el yo puede suplantarlo. "El psicótico logra tan sólo una precaria inserción en la triangularidad edípica, lo que lleva implícito un no acceso del sujeto a su propia identidad, el no otorgarse densidad y profundidad a sí mismo ni otorgárselas a los demás, el no poderse conferir un lugar como sujeto con respecto a los otros sujetos. Estos déficits son llenados luego con restituciones imaginarias y fantasmáticas que configuran el mundo delirante y aluscinatorio".³⁷ "En las psicosis existe un apartamiento de la realidad, posteriormente aparecen los intentos de recuperarla (en forma de síntomas psicóticos.-aluscinaciones, delirios, etc.) lo anterior está basado en tres supuestos teóricos:

- 1) El yo es barrido por el ello
- 2) El yo al luchar contra el ello va perdiendo el contacto con la realidad.
- 3) El yo pierde el contacto con la realidad debido a su "embriaguez narcicista".³⁸

El psicótico comienza desde etapas tempranas del desarrollo a conformar un mundo de fantasía, alimentado por la simbiosis

37.- Korman, 1977, pp 63

38.- Portuondo, 1985, pp 135

con la madre, estructurando por tanto, un aparato psíquico endeble, con fijaciones narcisistas y sadomasoquistas, con sistemas defensivos flaqueantes, que determinan, entre otras cosas, fallas en la represión y la utilización de mecanismos defensivos más patológicos.

"El tratamiento psicoanalítico de la psicosis implica una confrontación profunda y "directa" con el lenguaje del inconsciente, con aspectos primordiales y esenciales del ser".³⁹

"Los psicóticos son tan accesibles a la psicoterapia como los neuróticos, por poseer la misma capacidad de transferencia".
40

La terapéutica grupal con psicóticos plantea la tarea de analizar la conformación yoica y su relación con las fuerzas instintivas del ello. El grupo terapéutico proporciona la situación ideal para conocer la conformación psíquica de cada uno de los pacientes, al ofrecer al analista, un espacio en el cual se facilitan los fenómenos transferenciales, los cuales van colmados de todo una gran variedad de mecanismos defensivos, que es necesario conocer, para analizarlos y entender las debilidades psíquicas de los pacientes.

"La psicosis de transferencia es una prueba ineludible para comprender vivencialmente y analizar los mecanismos psicóticos".⁴¹

"En la psicosis, la proyección sirve a menudo para el des-

39.- Grinberg, 1977, pp 200

40.- Grinberg, 1975, pp 173

41.- Grinberg, 1977, pp 177

plazamiento de actitudes negativas hacia afuera".⁴²

El psicótico expulsa al mundo externo, el material anteriormente introyectado, que se encuentra provocando un desequilibrio en la conformación psíquica, y como mecanismo defensivo, dicha conformación utiliza la proyección. El grupo terapéutico da al analista la oportunidad de observar activamente el uso de todos estos mecanismos psicóticos, a partir de los fenómenos transferenciales.

"Cabén en todo grupo psicoterapéutico, las más variadas relaciones de transferencia, cada individuo irradia una multitud de contactos de signo positivo y negativo, en todas las direcciones, la colectividad entera queda entonces envuelta en una tupida red de hilos afectivos".⁴³

Esta oportunidad que tiene el analista de observar el material transferencial que emerge en la situación de grupo, le proporciona una perspectiva adecuada para el conocimiento de la conformación psíquica de cada individuo, y como influye esta en el terreno de su situación vital, al propiciar que el sujeto mantenga una actitud que puede ser perjudicial para él mismo.

La conformación patológica del psiquismo, trae consigo un problema de adaptación social en el psicótico, ya que existe toda una serie de demandas que exigen las relaciones interpersonales las cuales requieren de una cierta capacidad psíquica.

42.- Hill, 1958, pp 68

43.- Battégay, 1978, pp 134

"El éxito en la labor terapéutica de grupo con psicóticos, puede observarse, en lo referente al fortalecimiento del yo, la adaptación a la realidad y la reintegración social".⁴⁴

Foulkes reconoce, en el análisis de grupo, los siguientes factores terapéuticos:

1) El paciente se ve conducido desde su aislamiento, a un plano social, en el que puede encontrarse agusto, al poder expresarse libremente, de acuerdo con sus propias tendencias, comprender y sentirse comprendido por los demás.

2) El hecho de que el paciente llegue a saber que otras personas sufren angustias y se ven acosados por impulsos similares a los suyos y en ocasiones más complicados, es un agente terapéutico eficaz y adecuado para reducir la ansiedad y el sentimiento de culpabilidad. El efecto terapéutico proviene de la "proyección".

Se evita así el narcisismo, y se pone en juego las fuerzas de identificación, pero también de contraste.

3) Se tocan en grupo muchos temas, fluye entonces el material inconsciente, el grupo ejerce pues, una acción realmente estimulante del inconsciente.

En la terapéutica grupal con psicóticos, es fundamental conocer la conformación del mundo interno de los pacientes, el acceso este mundo está dado por la capacidad proyectiva del paciente, al situar gran parte de la conformación interna, en la situa-

ción de grupo (mundo externo). "El yo psicótico sólo puede establecer su primer contacto con el lado sano de la vida en el campo proyectivo. La proyección tiene aquí un efecto restaurador, de que la reorganización del delirio constituye una proyección terapéutica".⁴⁵

De este modo, el conjunto de personas reunidas en la sesión, sirve a cada uno de los participantes, mediante las proyecciones efectuadas, para recrear en el mundo externo, la situación intrapsíquica de los impulsos y su relación con los objetos (fantasías inconscientes) existentes en el momento.

"Las alteraciones del mundo externo así representadas muestran aún ventajas psicológicas para el individuo, pues proporcionan posibilidades de introyecciones capaces de modificar la realidad psíquica de los impulsos y objetos internos".⁴⁶

"El procedimiento terapéutico en el caso de los desórdenes de carácter, es esencialmente el de exponer al paciente a las "reacciones especulares" y a las experiencias interpersonales, a través de las cuales pueda adquirir conciencia de la calidad de sus actitudes y su conducta. Es preciso, que lo que ha sido sintónico con el yo, se transforme en distónico".⁴⁷

"Sólo en el enfrentamiento con la realidad externa puede el enfermo descubrir su realidad interna".⁴⁸

45.- Benedetti, 1983, pp 101

46.- Zimmermann, 1970, pp 173

47.- Sullivan, 1958, pp 123

48.- Benedetti, 1983, pp 82

f) El Objetivo Terapéutico de un Grupo
de Guía y Consejo

"Si se desea atender a un paciente mediante la psicoterapia, se debe presuponer la esperanza de que este cambie".⁴⁹

"Hemos aceptado que el trastorno no es una enfermedad en el sentido de un proceso que ha descendido sobre nuestro paciente desde afuera, este trastorno es ocasionado por conflictos no resueltos a los que se alude como "problemas". A partir de esto nuestra idea de terapia es que el paciente deba cambiar él mismo y no algo fuera de él".⁵⁰

"Grupo terapéutico.-este es a veces considerado por doctores y pacientes como si tuviese un cometido, ya sea el de aliviar se o el de discutir sus problemas, pero esto es más implícito que explícito y el terapeuta debe guiarse por la definición que el grupo da a la situación, a la luz de lo que hacen y dicen y de lo que no hacen y callan".⁵¹

Los grupos de guía y consejo se centran en el problema y su meta es hacer que el individuo funcione mejor en su situación vital. El grupo estimula la discusión y tiende también a incrementar la fuerza del yo del paciente, mediante la aceptación de los otros miembros, así como la identificación de los problemas.

Las discusiones durante la sesión le proporcionan a cada miem-

49.- Foulkes, 1961, pp 45

50.- Foulkes, 1957, pp 113

51.- Kadis, 1969, pp 18

bro la oportunidad para entender y aceptar a los demás, y al hacerlo, entender y aceptarse a sí mismos. La fuerza del yo aumenta, capacitandolos para formular y llevar a cabo medidas correctivas. "El propósito del consejo, es ayudar al individuo a adaptarse mejor a la realidad y a las exigencias vitales".⁵²

"La meta principal de los grupos de guía es la de aliviar la angustia de cada individuo fortaleciendo su yo, mediante relaciones firmes con otros miembros y con el terapeuta".⁵³

El grupo de guía y consejo, proporciona al paciente psicótico, la oportunidad de contrastar su modo de conducta, con el de los demás, le da la oportunidad de fortalecer la estructura endeble que es característica de la conformación yoica del psicótico y además es una situación propicia para ensayar la difícil tarea que significa para el paciente, el poder aceptar el contacto con otros, ya que debido a las alteraciones que sufre, tiende a retraherse en su mundo interno, lo que propicia una dificultad para relacionarse con su medio ambiente social.

"Para nuestro propósito, es importante que el grupo terapéutico permita, aliente y demuestre la repetición del comportamiento significativo y la respuesta en la transferencia, y que se enfoque en el nivel psicológico, reconociendo plenamente los procesos inconscientes, ya sea que estos se manifiesten intrapersonal o interpersonalmente".⁵⁴

52.- Kadis, 1969, pp 152

53.- Ginnot, 1957, pp 231

54.- Foulkes, 1961, pp 146

II- OBJETIVOS

Objetivos generales del servicio social, de la carrera de psicología:

Nivel institucional

1) Propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permita relacionar al psicólogo como profesional de la conducta, comprometido con la solución de problemas nacionales.

2) Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.

3) Propiciar situaciones que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.

4) Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficiencia de la carrera de psicología, para formar profesionales de utilidad.

Nivel estudiantil

1) Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.

2) Desarrollar habilidades que permitan aplicar en la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante su carrera.

3) Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.

Objetivos del programa de servicio social en el hospital

Objetivo general.-Que el pasante en servicio social conozca y desarrolle lo que se considera el perfil del psicólogo como profesional de la salud mental institucional.

Objetivo particular.-Capacitar al pasante en servicio social para la atención, tratamiento y rehabilitación del enfermo mental y a sus familiares, utilizando las técnicas y avances de la profesión en el equipo de la salud interdisciplinaria institucional.

Objetivos del programa de grupo psicoterapéutico

Objetivo general.-Propiciar que los pacientes adquieran un mayor entendimiento de la estructura distorsionada de su pensamiento, conociendo los síntomas que han motivado su internamiento (delirios, alucinaciones, etc.), a fin de justificar su estancia hospitalaria.

Objetivos particulares:

1) Que el paciente se sienta beneficiado con la hospitalización y el tratamiento farmacológico.

2) Propiciar en el paciente una mayor socialización, al participar en la resolución de las situaciones del grupo.

Objetivos personales del pasante

Participar en las actividades propuestas por el programa de servicio social en el hospital, con el propósito de lograr una mayor compenetración en el conocimiento de la situación del paciente psicótico y las técnicas para el manejo terapéutico.

III- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

1.- Delegación política

La delegación Tlalpan se localiza al sur del D.F., limita al norte con la delegación A. Obregon, al noreste con la delegación Coyoacan, al noroeste con la delegación M. Contreras y al sureste con la delegación Xochimilco.

a) Población

El proceso de urbanización que ha experimentado la delegación en los últimos años, se ha manifestado en cambios notables sobre todo a partir de 1970, en que la población total no rebasa ha los 139.719 habitantes.

En 1984 se calculaba un total de 500.000 habitantes, un año después en 1985, asentados en 8 pueblos, 7 barrios, 102 colonias, 22 unidades habitacionales y 31 fraccionamientos, totalizan do 650.000 habitantes.

Entre 1986 y 1987 la población se estimaba en 850.000 habitantes. Para 1988 se calculó la población en 985.000 habitantes, y en 1990 se incrementó a 2.000.000 de habitantes.

b) Vivienda

El tipo de vivienda unifamiliar predomina notoriamente en la zona y representa el 91.6% del área, en tanto que la vivienda plurifamiliar es del orden del 8.39% del área restante.

c) Uso del suelo

El uso habitacional con el 44.3%, representa casi la mitad

de la superficie de la zona centro, siendo este uso de suelo el de mayor extensión territorial, le sigue el de espacios abiertos con el 18.27%. Esto se debe a que el boaque de Tlalpan se ubica en esta zona y que tiene dimensiones considerables. El 14.34% está destinado al uso de servicios. El de vialidad con un 8.79% el forestal con un 7.19%, el de propiedad federal con un 4.95% y por último el 2.12% en uso industrial.

d) Educación

La delegación Tlalpan cuenta con los siguientes centros educativos.- 108 jardines de niños, 161 primarias, 44 escuelas secundarias, 26 escuelas de bachilleres y CCH, 16 instituciones a nivel superior. Siendo 197 de la SEP. y 140 particulares. La delegación cuenta con 10 bibliotecas distribuidas en la zona.

e) Salud y Servicio Social

Para cubrir los aspectos de salud pública, la comunidad tlalpanense cuenta con el servicio de 49 instituciones de salud, las cuales laboran con la ayuda de los sistemas más modernos.

2.- Institución y Unidad de trabajo donde se realizó el servicio social

a) Antecedentes históricos de la institución

El primero de septiembre de 1910 es inaugurado el manicomio general por el presidente P. Díaz, la construcción se realizó con el fin de mejorar las condiciones de asistencia, higiene y tratamiento de los pacientes que habían permanecido en lugares insalu-

bres durante muchos años, se calculaba con una capacidad para 1000 enfermos, sin embargo llegó a alojar hasta 3500.

En el año de 1965, dadas las características arquitectónicas ya obsoletas del manicomio general, se inició la operación castañeda, la cual tiene el fin de sustituir a esta antigua institución por un conjunto de modernos hospitales, de la cual surge el hospital psiquiátrico F. Bernardino Alvarez, para enfermos con padecimiento agudo, de ambos sexos. Dicho hospital fue inaugurado el 9 de mayo de 1967, al ser trasladados los pacientes del manicomio general a las nuevas instalaciones.

b) Tipos de servicios que presta la unidad de adscripción

- 1.- Atención Médica especializada
- 2.- Psicología
- 3.- Trabajo Social
- 4.- Enfermería
- 5.- Consulta de Especialidades:
Oftalmología, neurología, cirugía, medicina interna, ginecología, odontología.
- 6.- Auxiliares de diagnóstico:
Laboratorio clínico, electroencefalografía, rayos x, patología, medicina preventiva.
- 7.- Unidad médico quirúrgica de atención intensiva psiquiátrica.

c) Recursos humanos y materiales de la unidad de trabajo

El tercer piso del hospital cuenta con un médico en jefe, cinco médicos adscritos, dos psicólogos adscritos, siete residentes en la especialidad de psiquiatría, catorce enfermeras distribuidas en tres turnos y dos trabajadoras sociales.

Cuenta con dos pabellones con capacidad de 42 camas cada

uno, las camas se encuentran distribuidas de seis en seis, en un total de siete estancias. El tercer piso cuenta además con un auditorio, una oficina de enseñanza y una cámara de Gessell.

IV.- ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y POBLACION ATENDIDA

A) SERVICIO

Las actividades desarrolladas van desde el orden del contacto terapéutico individual, hasta el trabajo con grupos. Derivado de la mecánica de trabajo en el hospital, se hace énfasis en el trabajo con grupos, tanto de pacientes como de padres de familia, tratando diversos tópicos, así como orientaciones con diversos fines.

I.- Actividades de atención médica

- Entrevista a pacientes
- Aplicación de pruebas psicológicas
- Integración de estudios psicológicos
- Entrevista a familiares.

II.- Actividades de salud pública

Participación en programas de:

- a) Asamblea de pacientes
- b) Orientación de pacientes
- c) Orientación a familiares
- d) Visita de puertas abiertas
- e) Psicoterapia de grupo con internos
- f) Psicoterapia de grupo con externos.

III.- Actividades de enseñanza

- Participación en sesiones bibliográficas
- Participación en sesión clínica general
- Participación en entrevistas a pacientes de recién ingreso
- Asistencia a ponencias en Instituto Mexicano de Psiquiatría

I.- ACTIVIDADES DE ATENCION MEDICA

Este tipo de actividades tuvo un gran papel en la complementación teórica adquirida en la carrera.

- La entrevista al paciente psiquiátrico, es un instrumento básico en la elaboración de un diagnóstico psicológico, ya que nos permite conocer aspectos específicos en el trastorno del paciente y lo relacionado con este.

- La aplicación e integración de baterías psicológicas permite corroborar datos que refieren al diagnóstico del paciente.

- La entrevista a familiares tiene la finalidad de complementar los datos aportados por el paciente.

II.- ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA

a) Programa de asamblea de pacientes

El objetivo de este programa, es el de otorgar un espacio para que el paciente exprese sus inquietudes y necesidades, con respecto a los servicios que el hospital le brinda. Se da la oportunidad par que el paciente pueda referir la existencia de algun conflicto con los servicios hospitalarios o con el personal que los lleva a cabo.

b) Programa de orientación a pacientes

Este programa abarca un ciclo de pláticas que se exponen

al paciente con el fin de que conozca los aspectos que se relacionan con la enfermedad mental, tales como el alcoholismo, la farmacodependencia, así como las diversas representaciones de la enfermedad, su manejo y los diferentes métodos de control.

c) Orientación a familiares

Diversos son los objetivos de este programa, a partir de la exposición de un ciclo de pláticas, se pretende que el familiar adquiera un mayor conocimiento de la enfermedad mental y sus métodos de control, se trata además de atender las dudas que surjan con respecto a cada caso, persiguiendo crear una dinámica en la que los familiares hagan catársis, exponiendo el material que les genera angustia.

d) Visita de puertas abiertas

El objetivo general de este programa es el de otorgar un espacio de 30 minutos, para que los familiares puedan convivir con los pacientes, dentro de los pabellones. En la gran mayoría de las ocasiones, los familiares que por primera vez acuden a los servicios del hospital, manejan toda una serie de fantasías con respecto al lugar y a sus métodos de tratamiento, por tanto este programa busca que el familiar demienta sus fantasías, al participar en este programa.

e) Psicoterapia de grupo con internos

La finalidad de dicho programa es la de que los pacientes aborden los motivos por los que se encuentran hospitalizados, esto, con el objetivo de que el paciente, al referir su problemática, con la ayuda del terapeuta y del grupo, pueda asociarla con su internamiento, otorgando además, una situación en la que el paciente pueda ensayar habilidades para interactuar con las personas.

f) Psicoterapia de grupo con externos

Se trabaja en este programa, con pacientes recién egresados del servicio hospitalario, por tanto uno de los objetivos es el de reforzar la actitud de una necesidad de continuar con el tratamiento farmacológico, para mantener el control sobre la enfermedad.

III.- ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA

a) Sesión bibliográfica :

En esta actividad, el objetivo es el de enriquecer la formación académica del personal, mediante actividades de apoyo teórico,

b) Sesión clínica general

Se expone ante el auditorio, un caso en particular de algún paciente, ya sea por duda diagnóstica o por el interés en la par-

ticularidad del caso. En el auditorio se congrega la gran mayoría del personal médico del hospital, el cual participa exponiendo su punto de vista, generandose con esto un debate, entre las diferentes opiniones.

c) Entrevista a pacientes de recién ingreso

El equipo interdisciplinario del piso participa en la entrevista de algún paciente, con el fin de complementar con las diferentes perspectivas, el diagnóstico clínico.

d) Asistencia a cursos y ponencias

- La Neuropsicología: conceptos actuales
Psicóloga Yolanda Chemor
- La Valoración Neuropsicológica
Psicóloga Gina Camaras
- La Rehabilitación Neuropsicológica
Psicóloga Gabriela Galindo
- La Psicoterapia Breve
Dr. Ramón de la Fuente
- La Psicoterapia Familiar
Dra. Marcela Blum
- La Psicoterapia de Grupo
Dr. Ricardo Winckelman.

B) EVALUACION DE CASO Y TRATAMIENTO

a) Evaluación:

Para la evaluación de caso se utilizan las siguientes pruebas psicológicas:

- TEST GUESTALTICO VISOMOTOR DE L. BENDER
- MACHOVER
- H.T.P.
- M.M.P.I.

b) Diagnóstico:

El diagnóstico se lleva a cabo a partir de la evaluación de la batería de pruebas psicológicas, que se conforma para cada caso en particular, dependiendo de la inquietud que manifieste el médico tratante con respecto a cada paciente. El psicólogo hace la sugerencia al psiquiatra, acerca de cuales pruebas pueden satisfacer las dudas que tiene con respecto a su paciente.

c) Pronóstico y Tratamiento:

Definitivamente este apartado es concerniente en una forma exclusiva, al psiquiatra, el psicólogo no participa en esta fase, al menos en lo que es el programa de hospitalización continúa, siendo diferente en el programa de hospitalización parcial.

El Grupo de Guía y Consejo con Pacientes Psicóticos

En respuesta a las demandas institucionales, en abril de 1992, se dió inicio al programa de psicoterapia de grupo.

Los objetivos y los alcances de dicha actividad se formularon a partir de dos factores determinantes:

1) La dirección institucional giró un memorándum, que comprometía a los jefes de piso en el hospital, para realizar terapia de grupo con los pacientes. Es importante referir que dicha propuesta no contaba con los lineamientos para dar inicio a la actividad. Esta tarea se dejó en manos de los psiquiatras con estudios en terapia de grupo. Ante tal presión, algunos terapeutas de grupo, se vieron obligados a responder, solicitando el apoyo de un equipo de personas que contaran por lo menos con las nociones básicas, con respecto a la teoría de grupos. Así se dió inicio a la preparación del equipo, capacitando psicólogos, médicos residentes, trabajadoras sociales y enfermeras.

Por parte del tercer piso en la sección de hombres, se contó con el apoyo de un psiquiatra con la especialidad en terapia de grupos, el cual se dió a la tarea de formular los lineamientos para realizar la actividad y los objetivos de esta.

Al plantear los objetivos surgió el segundo factor determinante:

2) El tiempo promedio de estancia hospitalaria de los pacient

tes.

El hospital atiende pacientes con pedecimiento agudo, generalmente su estancia hospitalaria es de 15 a 30 días promedio.

Partiendo de esto último y de las exigencias tan súbitas por parte de la dirección, que demandaba se cumpliera con un programa sin ni siquiera contar con los lineamientos y apoyo de personal capacitado, el especialista en grupos, formuló los lineamientos y objetivos.

Lineamientos:

Se trabajaría el lunes y el jueves de cada semana, dando inicio a la actividad a las nueve de la mañana para finalizar a las diez. Al dar inicio se les haría mención a los integrantes, que la tarea del grupo sería la de hablar acerca de los motivos por los cuales fueron hospitalizados.

Objetivos:

General.- Propiciar que los pacientes adquieran un mayor entendimiento de la estructura distorsionada de su pensamiento, conociendo los síntomas que han motivado su internamiento (delirios, alucinaciones, etc.), a fin de que el paciente justifique su estancia hospitalaria.

Particulares.- Que el paciente se sienta beneficiado con la hospitalización y el tratamiento farmacológico.

Propiciar en el paciente una mayor socialización, al partici

par en la resolución de las situaciones surgidas en el grupo.

Para la selección de pacientes se consideró los siguiente, en base al diagnóstico clínico, cualquier paciente podría participar, esta decisión se apoyó en la proposición que Slavson hace al respecto. "El proceso terapéutico es más eficaz cuando se agrupan conjuntamente pacientes de diversas entidades clínicas, que cuando los pacientes son clínicamente homogéneos. La homogeneidad clínica refuerza las reacciones individuales y de esta manera impide que se establezca una corriente progresiva de comunicación y la consiguiente resolución de los problemas, los pacientes tienden a girar en un círculo vicioso. La combinación de variedad clínica y de caracteres, con homogeneidad en los problemas nucleares, activa la aparición de sentimientos e ideas diversos, con lo que se multiplican las reacciones interpersonales y, por consiguiente, el surgimiento de sentimientos transferenciales entre pacientes". Se consideró la exclusión de pacientes muy disruptivos, ya que causan gran ansiedad en el grupo y lo desestructuran. El promedio de edad fluctua entre los 18 y 50 años., el flujo de pacientes que asisten al grupo es muy alto, esto debido al tiempo de hospitalización, lo que influye en el hecho de que constantemente se integren nuevos miembros y debido a esto se hace necesario recordarles constantemente la tarea del grupo.

En base a las características ya descritas, se conformó un
55.- Slavson, 1959.

grupo terapéutico heterogéneo con respecto al diagnóstico clínico, siendo a su vez, homogéneo con respecto al problema nuclear (delirios, alucinaciones, etc.).

Relatoría de sesiones:

Sesión#1.- Se utilizó el tiempo de la sesión, para presentar al equipo terapéutico, así como para que cada paciente se presentara ante el grupo diciendo su nombre. Se trató además, lo referente a la tarea del grupo y el objetivo de esta.

Contenido:

Todos los pacientes se manifestaron ansiosos y desconcertados, se observaban unos a otros, esperando a que alguno comenzara a participar. Uno de los pacientes comenzó a hablar, refiriendo sentirse muy cansado debido a los medicamentos. Otro de los integrantes aprovechó el momento para comentar sobre su descontento por tener que tomar los medicamentos. El terapeuta comentó que gracias a las medicinas muchos de ellos se encontraban mucho mejor que como habían sido hospitalizados, les recordó además que la tarea del grupo era un elemento muy importante, ya que alludará a entender la razón por la cual se encuentran internos.

El terapeuta intentó ir preguntando a cada uno el motivo de su internamiento, a lo que todos los integrantes respondieron diciendo que desconocían las causas.

Sesión#2

Contenido.- algunos de los pacientes se encuentran sumergidos en el silencio total, se les pregunta la razón y manifiestan no tener nada que decir.

Principales comentarios.- se enfocaron a abordar el tópico referente a la participación de algunos de los integrantes, en alcohólicos anónimos y neuróticos anónimos. Los pacientes que hablaron de esto, reclaman un espacio de características similares.

Sesión#3

Contenido.- gran parte de los integrantes demanda la atención del terapeuta, con el fin de que les resuelva su situación en particular, uno de los integrantes se tira al suelo semejando estar crucificado, al darse cuenta que los demás no lo toman en cuenta se levanta y comienza a pedir que le estrechen la mano, algunos le niegan el saludo, lo cual provoca sollozo en el paciente el terapeuta les refiere que su compañero necesita el apoyo del grupo, a lo cual uno de los participantes invita al paciente a sentarse a su lado y le pasa el brazo sobre sus hombros.

Principales comentarios.- Celso refiere haber sido internado por que se sentía débil y necesitaba suero, Jesús niega haber escuchado voces, y comenta que dios le habló al oído, pero que esto es real.

Sesión#4

Contenido.- el grupo constantemente se desvía de la tarea haciendo comentarios sin relevancia y sin relación con el tema.

Principales comentarios.- Luis refiere el beneficio de haber salido de permiso terapéutico, ya que tuvo la oportunidad de volver a convivir con su familia, afirma que su sintomatología ha disminuido, el terapeuta le pregunta la razón de esto, el paciente dice que es gracias a las medicinas, uno de los pacientes aprovecha el comentario para decir que él también se ha beneficiado con los medicamentos, agregando que Ricardo adopta una actitud muy fastidiosa, ya que los interrumpe cuando participan.

Sesión#5

Contenido.- la sesión giró en torno al beneficio del tratamiento médico y a la perspectiva del egreso hospitalario. La gran mayoría de los pacientes hablan de los planes que tienen al salir dados de alta.

Principales comentarios.- Jesús refiere su mejoría y dice ya no escuchar voces ni ver angeles, Ricardo dice que también ha visto angeles, Luis asegura que el medicamento le ha servido bastante, el terapeuta aprovecha el momento de consenso en el grupo y refuerza la actitud de los pacientes con respecto al tratamiento médico.

Sesión#6

Contenido.- la sesión fue monopolizada por la participación de algunos integrantes con problemas de alcoholismo y farmacodependencia. Varios participantes se identificaron a partir de la similitud de sus situaciones.

Principales comentarios.- Hugo refiere su participación en alcohólicos anónimos, Daniel agrega que él también tiene problemas con el alcohol y los farmacos.

Sesión#7

Contenido.- los integrantes se permiten una participación pausada, respetando y atendiendo los comentarios de los demás, solamente uno de los integrantes interrumpe constantemente los comentarios.

Principales comentarios.- Daniel comenta los conflictos que tiene con su madre, dice que en la consulta privada, un médico le dijo que tenía complejo de Edipo, Hugo habla acerca de los planes que tiene ante su ya próximo egreso, dice que desea cambiar su actitud ante la vida y que continuará su tratamiento hasta finalizarlo.

Sesión#8

Contenido.- la gran mayoría de los pacientes se encuentran impregnados por los efectos de los medicamentos, esto repercute en la participación.

Principales comentarios.- Celso decide comentar sus problemas de farmacodependencia, este paciente se había mantenido en total silencio desde que se inició este programa. Hugo comenta que él también ha tenido problemas por abuso de droga, pero piensa dejar de consumir ya que le ha traído muchos problemas y además ya no quiere tener que estar hospitalizado.

Sesión#9

Contenido.- El terapeuta se dió a la tarea de perseguir los síntomas psicóticos, preguntando con detalle, la forma en que se presentan en los pacientes, esto con el fin de que los participantes puedan asociarlos con el hecho de estar hospitalizados.

Principales comentarios.- se enfocaron a referir los motivos por los cuales los pacientes se encuentran internos, el terapeuta hizo énfasis en esto, aclarando que la hospitalización es necesaria, ya que es importante que reciban atención médica para controlar su sintomatología.

Sesión#10

Contenido.- algunos de los pacientes manifestaron su incomformidad ante la toma de los medicamentos, ya que han escuchado decir a algunos pacientes que lo tienen que hacer de por vida.

El terapeuta hace la aclaración de que no en todos los casos es así, algunos de los pacientes hacen comentarios acerca de las ocasiones que han dejado el tratamiento, refiriendo que debido a esto han recaído en su enfermedad y han tenido que volver al hospital.

Principales comentarios.- Francisco dice que él no está de acuerdo con tomar el medicamento de por vida, Daniel le hace el comentario que el medicamento le ayuda a mantenerse bien y controlar su enfermedad, y por tanto debería considerar el tomar sus medicinas aunque sea de por vida. Algunos pecientes habian de sus aluscinaciones auditivas y como estas se han controlado con el medicamento.

Sesión#11

Contenido.- los pacientes se mantuvieron muy limitados en su participación, hasta que uno de ellos comentó de la incomodidad que sentían al estar expuestos a las agresiones de uno de los pacientes, los demás integrantes aprovecharon para apoyarlo

Principales comentarios.- Magno dijo sentirse inquieto, ya que Benigno constantemente los agredía, y que abusaba de un

paciente mucho más pequeño que él, el grupo lo apoyó en sus comentarios y agragaron que no estarían dispuestos a seguir soportando la actitud del paciente, decidiendo unirse para enfrentarlo.

Sesión#12

Contenido.- algunos integrantes manifiestan total desinterés ante lo que expone uno de sus compañeros, el terapeuta les hace la observación y les pregunta la razón de esta actitud.

Principales comentarios.- Magno comenta que las medicinas son buenas para el restablecimiento, prosigue su participación, refiriendo toda una serie de detalles sin relación con el interés del grupo, Ricardo aprovecha todo momento para acaparar la atención del terapeuta, preguntandole sobre su situación en particular, Sacramento dice que fue llevado al hospital porque se salía de su casa y caminaba hasta muy lejos.

Sesión#13

Contenido.- los pacientes nuevos en la situación de grupo se mantienen cautelosos, guardando silencio durante la sesión.

Principales comentarios.- Juan Alberto dice que no sabe porque sus familiares lo internaron, Israel dice que el inició su problema cuando bailaba dando muchas vueltas y por esto se enfermó

Sesión#14

Contenido.- uno de los pacientes relata los motivos por los cuales se encuentra interno, expone su situación delirante relatando con detalles fantásticos su caso, la mayoría de los integrantes se deja llevar por el relato, pidiendo que explique con detalle su situación.

Principales comentarios.- Luis Francisco dice estar interno por problemas de espionaje, comenta que en Estados Unidos lo detuvieron unos agentes.

Sesión#15

Contenido.- algunos participantes expusieron ante el grupo sus problemas de alcoholismo y farmacodependencia, el terapeuta aprovecho los comentarios para indagar los problemas que les ha causado esto, en relación con su enfermedad.

Principales comentarios.- Guillermo comenta los problemas que le ha causado su adicción, Juan Alberto refiere haber tenido problemas con la policia debido al uso de drogas. Luis Francisco hace comentarios sin relación con el tema, hablando de espionaje, Alejandro dice desconocer el motivo de su internamiento, habla de su sintomatología y el terapeuta le comenta que esas alteraciones que sufre, sólo pueden ser controladas con medicamento.

Sesión#16

Contenido.- algunos de los integrantes han vivido y laborado en los Estados Unidos, tienen la particularidad de haber sido regresados a México por haber causado problemas.

Principales comentarios.- Ruperto comenta que en Nueva York la vida es mejor que aquí en este país, el terapeuta le pregunta el porque tuvo problemas allá, el paciente evade la pregunta, comentando que los servicios en aquel país son mucho mejores, Luis Francisco pide al terapeuta que le explique la razón por la que se encuentra interno, el terapeuta le dice que que sufre de alteraciones en su forma de pensar y por eso se encuentra en el hospital.

Sesión#17

Contenido.- surgió el tema del alcoholismo, problema con el que muchos de los participantes se identifican, haciendo referencia de los conflictos que han tenido por esto, el terapeuta los guía para que asocien este problema con el hecho de sufrir alteraciones en su forma de pensar.

Principales comentarios.- Juan comenta de los conflictos que ha tenido con su familia por su forma de beber, y como esta le ha llevado hasta la necesidad de tener que ser internado en el hospital.

Sesión#18

Contenido.- el grupo propone la tarea de hablar de la locura, la gran mayoría participa dando su opinión, partiendo de sus síntomas para explicar el concepto.

Principales comentarios.- Ricardo inicia la sesión preguntando al terapeuta el significado de la locura, este último responde haciendo la pregunta a todo el grupo, el terapeuta aprovecha el momento para comentar la forma en que influye este problema en la forma de pensar y de actuar.

Sesión#19

Contenido.- la sesión fue acaparada por un paciente de recién ingreso, el cual suponía estar hospitalizado por una causa que no tenía nada que ver con su sintomatología psicótica.

Principales comentarios.- Miguel refiere los motivos por los que supone estar interno, dice que constantemente se ve al espejo y que esto no le parece normal a su familia, por esta razón lo internaron. El terapeuta intenta indagar acerca de una posible causa preguntándole si es que oye voces de alguien que no esté presente, o que si no se le ha aparecido alguien, a lo cual el paciente contesta que no.

Sesión#20

Contenido.- un paciente de recién ingreso manifiesta haber sufrido un golpe en la cabeza, lo cual cree que influyó para sufrir alteraciones en su forma de pensar.

Principales comentarios.- al gunos de los pacientes se identifican con la situación de Abelardo, que sufrió un golpe en la cabeza, manifestando curiosidad por saber si en el caso de todos, su sintomatología se debe sólo a esto, a lo cual el terapeuta responde negativamente aclarandoles que muchos de ellos han sufrido golpes por meterse en líos gracias a su forma de beber y a las drogas, pero que sus síntomas se deben a sus excesos y no a los golpes que han sufrido.

Sesión#21

Contenido.- uno de los pacientes que había comentado su estancia en los Estados Unidos, dice haber encontrado la posible causa que motivó que le expulsaran de ese país, refiriendo haber tenido problemas con la ley.

Principales comentarios.- Ruperto hable de los problemas que tuvo en Estados Unidos, debido a su forma desmedida de beber lo que lo llevó a agredir a un dueño de un pizzería, por lo cual fue detenido por la policía y después trasladado a México, y ya estando aquí agredió físicamente a sus padres, que lo trajeron a internar.

Sesión#22

Contenido.- el terapeuta propuso la tarea de dibujar en equipo una figura humana, cada participante pasaría a dibujarle alguna parte del cuerpo. Los participantes se manifestaron deseosos de pasar.

Principales comentarios.- al finalizar la tarea se les pidió que describieran el personaje dibujado, la reacción de los participantes fue la de un total desacuerdo en la descripción del personaje, muchos de los pacientes expusieron toda la fantasía que la figura le despertaba.

Sesión#23

Contenido.- uno de los integrantes dice haber tenido problemas familiares a partir de un negocio de pintura de autos.

Principales comentarios.- Alberto dice haber comenzado a tener problemas cuando comenzó a pintar autos, el terapeuta le pregunta si utiliza thinner, el paciente dice que si, pero que nada más lo usa para rebajar la pintura, otro de los integrantes dice utilizar thinner, pero él si lo inhala, lo que lo pone muy agresivo, Abelardo comenta a sus compañeros que esto es perjudicial para la mente, ya que la trastorna.

Sesión#24

Contenido.- uno de los participantes dice predicar el evangelio, a lo que el grupo responde con aplausos, parece que les inquieta el tema de la religión.

Principales comentarios.- Eduardo dice que predica el evangelio y por esta razón se encuentra hospitalizado, el terapeuta le pide que le explique porque cree esto, el paciente dice que es enviado de dios y se le ha encargado que salve al mundo, el terapeuta se dirige al grupo preguntando si creen que esto sea cierto, a lo que responden que lo que su compañero dice es parte de su imaginación.

Sesión#25

Contenido.- el grupo se encuentra sumergido en un silencio total, aguardando a que alguno de los integrantes comience a hablar, observandose unos a otros.

Principales comentarios.- Luis Francisco dice no tener nada que decir, el terapeuta le pregunta la razón, a lo que Victor contesta alegando tener sueño, la gran mayoría está de acuerdo con el comentario del compañero, algunos opinan que deberían irse a dormir, el terapeuta les pregunta a que creen que se deba que tengan sueño, algunos comentan que es por la medicina.

Sesión#26

Contenido.- el tema de las agresiones físicas de algunos pacientes fue el eje de la sesión, a partir de que uno de ellos habló de la razón por la que fue internado.

Principales comentarios.- Victor dice que él fue internado a la fuerza, cuando unos agentes de seguridad de ciudad universitaria lo trajeron, el terapeuta le pregunta la razón, a lo que contesta que fue por golpear a una mujer, ya que no le quiso dar dinero, se le preguntó si estaba bajo el efecto del alcohol, y el paciente dijo que si, el terapeuta comenta que el abuso de las bebidas alcoholicas produce actitudes agresivas y por tanto no es recomendable ingerirlo.

Sesión#27

Contenido.- el tema de la religión volvió a acaparar la sesión, ya que un paciente de recién ingreso dice ser predicador.

Principales comentarios.- Jorge Aduna dice haber estado interno con anterioridad, pero como deja el tratamiento tiene que ser vuelto a internar, el terapeuta le pregunta porque deja las medicinas, el paciente responde que no le gusta sentirse adormilado, el terapeuta le dice que periodicamente se le reajusta el medicamento, pero es necesario continuarlo.

Sesión#28

Contenido.- el tema que abarcó el tiempo fue el de la farmacia dependencia, muchos de los participantes refirieron tener problemas de esta índole.

Principales comentarios.- Armando comenta las diferentes drogas que ha consumido, el grupo se interesa en la exposición y le preguntan sobre las sensaciones experimentadas, el paciente dice que ha sido emocionante, el terapeuta le pregunta acerca de los problemas que esto le ha traído, Armando dice que constantemente tiene que ser internado, el terapeuta comenta que en cada internamiento el cerebro se daña más.

Sesión#29

Contenido.- algunos pacientes hablan acerca de sus síntomas unos refieren haber escuchado voces, otros dicen haber tenido rebelaciones.

Principales comentarios.- Armando Atilano dice que él habla con dios, Esaú refiere que se le apareció dios, el terapeuta les pregunta si creen que esto fue realidad o simplemente causa de su problema mental, a lo que Esaú contesta que a él sólo le pasa cuando tiene problemas para pensar bien.

Sesión#30

Contenido.- un paciente de recién ingreso acaparó la sesión, al ser elegido por sus compañeros para iniciar comentando su situación.

Principales comentarios.- Victor Hugo es elegido por los demás para comentar los motivos de su hospitalización, el paciente se pone muy nervioso ante tal situación y alega no sentirse bien, deseando abandonar el grupo, el terapeuta le pregunta el porque no se siente bien, a lo que Victor contesta que él no tiene ningún problema y pide permiso para ir al baño, algunos pacientes aprovechan para ir al baño.

Sesión#31

Contenido.- parece ser que los integrantes realmente desean conocer la situación de Victor, ya que dan inicio preguntandole acerca de esta y recordandole que la sesión anterior no quiso hablar.

Principales comentarios.- Victor dice que lo internaron por problemas con su familia, comenta que sus familiares podían saber lo que él estaba pensando, refiere además que los personajes de la televisión le robaban el pensamiento.

Sesión#32

Contenido.- un paciente comienza a hablar de su situación y del porque tiene que tomar el medicamento, otro de los participantes manifiesta su inconformidad ante tener que tomar las medicinas, el terapeuta aprovecha el momento para indagar los problemas que ha tenido por dejar su tratamiento.

Principales comentarios.- Juan Martin dice que de pequeño recibió un golpe y desde entonces ha tenido que tomar medicinas comenta que los médicos le han dicho que los tendrá que tomar de por vida. Victor dice que él está en desacuerdo con eso, el terapeuta le aclara que no en todos los casos es igual, uno de los integrantes comenta que el se beneficia con su tratamiento y que si su enfermedad requiriera de tomarlo para siempre él lo haría.

Sesión#33

Contenido.- sucedieron actitudes de agresión hacia el terapeuta y el grupo, por parte de dos pacientes que manifestaron estar en desacuerdo con la forma de trabajo.

Principales comentarios.- Alfonso demanda al terapeuta que le dé un medicamento, este último le aclara que sólo su médico tratante se lo puede dar, que además el grupo no es una actividad para efectuar demandas de esa índole. El paciente abandona la estancia al no ser satisfecha su demanda.

Sesión#34

Contenido.- uno de los pacientes habla de las dificultades que ha tenido con sus familiares, el terapeuta trata de indagar el porque de esa circunstancia.

Principales comentarios.- Angel comenta que ha tenido problemas con sus hijos y esposa, se le pregunta la razón, y este contesta argumentando que no lo quieren, se trata de indagar el motivo por el que el paciente cree esto, y contesta que a partir de que comenzó a tomar mucho tuvo problemas en su empleo y posteriormente con sus familiares, comenta que cuando comienza a tomar deja el tratamiento y debido a esto tiene que ser internado de nuevo.

Sesión#35

Contenido.- un paciente de recién ingreso intenta agredir a otro, al estar relatando su situación revive sentimientos de aquel momento, lo que lo lleva a intentar liberar su agresión.

Principales comentarios.- Juvenal inicia relatando los motivos de su internamiento, recuerda que tuvo problemas con su esposa y al relatarlos comienza a alterarse y a gritar, para posteriormente levantarse de su lugar y dirigirse hacia uno de los integrantes e intentar agredirlo, a lo que los demás reaccionan deteniendolo y sugiriendole que se calme, el terapeuta aprovecha lo sucedido para aclarar que se vale cualquier forma de expresión excepto la agresión física.

V- RESULTADOS

Planteando ante el grupo los motivos por los cuales fueron internados, se buscaba que los pacientes lograran asociar su enfermedad, con el hecho de encontrarse hospitalizados. El terapeuta proponía a los integrantes que expusieran las características de su enfermedad ante el grupo, designando esto, como la tarea a realizar, con el fin de que aprendieran a trabajar conjuntamente resolviendo las dudas surgidas en cuanto a su condición de enfermos mentales. Se buscaba que los pacientes laboraran en grupo, para entender las consecuencias de su enfermedad y además propusieran formas de afrontamiento de su situación. Tratando de integrar esta tarea, como parte de la cultura grupal en sus integrantes.

En base al análisis de las relatorías de sesión, conjuntamente con las experiencias vividas al participar en el grupo, puedo referir que el objetivo que se pretendía alcanzar no fue posible debido a diversos factores, de entre los cuales los más determinantes fueron:

a) Al existir una afluencia muy alta de pacientes, en ocasiones, de una sesión a otra, podían integrarse de uno a tres miembros nuevos en el grupo, sustituyendo a los que habían sido dados de alta en el hospital. "En todo grupo cualquiera la razón de su existencia o las metas que se proponga lograr, opera según leyes definidas. Cuando cambian sus miembros los sistemas de interacción se modifican y, en buena medida, funcionan como si se tratara de

de otro grupo aunque sea uno sólo de sus miembros el que ha cambiado".⁵⁵ Esto significaba que cuando los participantes comenzaban a acoplarse a sí mismos como grupo, a la siguiente sesión uno o algunos miembros ya no formaban parte de él, siendo sustituidos por otros, lo que propiciaba un constante desfazamiento, en el cual, tanto los nuevos integrantes así como el restante grupo volvían a iniciar el proceso de acoplamiento, planteandose entre ellos nuevas normas. Esta característica en la situación enfrentaba a sus integrantes al trauma que significa la sesión inicial.

"La primera sesión se lleva a cabo bajo el signo distintivo de la posición esquizo-paranoide, con toda la angustia de ese momento que repite en el fantástico, el nacimiento. La conducta manifiesta es variable, ora se presentan silencios expectantes, ora verborrea maniaca y defensiva".⁵⁶

b) Otro factor determinante que sin duda influyó los resultados del grupo, fue la técnica utilizada por el terapeuta en la realización de las sesiones, la cual no contemplaba una preparación previa del paciente para integrarlo al grupo. En el paciente psicótico debido a su alteración en la forma de pensar, se propicia un conflicto con la realidad y su actitud es de total desconfianza y suspicacia ante lo relacionado con el mundo externo, y el hecho de enfrentarse subitamente ante la tarea de integrarse y tener que hablar de su enfermedad ante un grupo de desconocidos, genera en

55.- Palacios, 1957, pp 23

56.- Ibidem, pp 88-89

él un incremento considerable en su nivel de ansiedad con que enfrenta la situación. Como resultado, las actitudes más comunes en los pacientes ante el grupo fueron, constantes silencios, aburrimiento, apatía, y en ocasiones el acting out se manifestó cuando los integrantes intentaban defenderse de la angustia provocada en el grupo. Desde el enfoque psicoanalítico, estos resultados son considerados como patrones de resistencia inducidos por el terapeuta, al invadir prematuramente las zonas peligrosas de los pacientes.

El terapeuta desde el inicio del programa rechazó abiertamente el papel de líder ante el grupo, cuando los integrantes intentaban apoyarse en él para resolver sus dudas, este las devolvía al grupo, buscando que ellos mismos resolvieran sus interrogantes. Debido a esto los pacientes percibían al terapeuta como la imagen del padre que persigue y frustra la fantasía de dependencia. La imagen persecutoria surgía cuando el terapeuta interrogaba a los integrantes, con respecto a los motivos de su hospitalización, y la imagen del padre que frustra la necesidad de dependencia, hacia su aparición cuando se negaba a resolver sus dudas con respecto a su situación. Ante las características de la técnica del terapeuta, los pacientes comenzaron a transferir en el grupo diversas actitudes predominantemente hostiles y llenas de agresión, dirigidas por lo general hacia el terapeuta y en otras ocasiones hacia algunos integrantes o el grupo en su tota-

lidad. Los fenomenos transferenciales positivos ocurrieron con menor frecuencia, cuando algunos integrantes intentaban despertar la simpatía del terapeuta hacia ellos, manifestando un apego exagerado a las determinaciones de él, aprobandolas desmesuradamente.

Ante la transferencia negativa, la reacción característica del terapeuta era la de mantenerse en silencio total y dejando que enfrentaran las consecuencias de sus actitudes, opuestamente, al aparecer la transferencia positiva en las actitudes de los pacientes el terapeuta representaba una reacción de total apremio y simpatía ante tal situación. Si alguno de los participantes comenzaba a referir los beneficios que obtenia de la hospitalización y los medicamentos, el terapeuta inmediatamente manifestaba su total aprobación y satisfacción. Esto tiene su origen en la necesidad de apremio que inconscientemente emanaba del terapeuta, intentando obtener mediante el grupo su propia satisfacción.

VI.- CONCLUSIONES

Desde el momento en que el terapeuta tuvo que enfrentar las demandas de sus superiores, que indicaban que tenía que realizar una labor de grupo con los pacientes internos, su reacción fue de incomodidad y rechazo, al verse obligado a responder a tales demandas, su actitud de apatía ante tal perspectiva fue determinante en los resultados obtenidos en el grupo. Se puede concluir que existía en él una reacción contratransferencial ante la expectativa del programa de grupo, esta reacción influyó determinantemente en la actitud con la que el terapeuta enfrentó esta situación. La técnica utilizada ante el grupo fue un claro reflejo de esto, el terapeuta mostraba ante los integrantes un claro rechazo de la imagen de autoridad que representaba para ellos. Inconscientemente experimentaba este rechazo, debido al conflicto con que enfrentaba las demandas de sus superiores, transfiriéndolo al grupo, en la técnica utilizada. Esta situación fue captada por los pacientes, que al darse cuenta que a pesar de que existían normas en el grupo, el terapeuta no las hacía valer, al rechazar su jerarquía ante ellos. Favoreciendo el desorden ante los lineamientos, constantemente los pacientes que experimentaban gran ansiedad abandonaban el grupo, faltaban a las sesiones, llegaban tarde, se negaban a integrarse, etc. La falta de control ante las reacciones de los integrantes, fue indiscutiblemente resul

tado del papel tomado por el terapeuta, al rechazar el rol de líder y guía, dejando que los integrantes enfrentaran las consecuencias de las situaciones surgidas en el grupo, lo cual asemejaba una embarcación que cuenta con tripulantes y capitán, pero carece de un timón que los dirija hacia un objetivo, dejando a su tripulación a merced de la deriva. Cuando un número determinado de individuos en la búsqueda de un objetivo en común, no cuentan con un líder, carecen del eslabón que une los esfuerzos del grupo, lo cual los desintegra, reforzando el individualismo y la competitividad, lo que atenta contra la esencia del grupo. Slavson considera a la contratransferencia como una reacción inevitable en el terapeuta, ya que su naturaleza humana le impide mantenerse inmune ante la extensa gama de sentimientos que afloran en un grupo de pacientes. Si bien esta consideración es muy cierta, el terapeuta debe mantener la objetividad en su labor con los pacientes, identificando sus reacciones contratransferenciales y resolviéndolas, para que no distorcionen, impidan y perjudiquen la labor terapéutica. Estas consideraciones han de tomarse muy en cuenta y sobre todo cuando surgen en el terapeuta reacciones contratransferenciales ante la expectativa de enfrentar una situación. Tanto positiva como negativa, la contratransferencia antecedente a la situación, puede ser determinante, propiciando limitaciones y obstáculos en la labor del terapeuta, al no ser resuelta, indiscutiblemente va a influir en las determinaciones que el terapeuta tome

al enfrentarse a la situación. Si esto aconteciera, podría surgir en él, una exagerada necesidad de apremio, intentando satisfacerla por medio del grupo, o bien, el rechazo ante una perspectiva determinada, puede traer consigo limitantes, reflejadas en la técnica utilizada, y por ende, en los alcances obtenidos. Tanto antes como durante el proceso terapéutico, la resolución de los conflictos contratransferenciales, es un aspecto de vital importancia, ya que la objetividad del terapeuta le otorga claridad a la técnica con que se enfrenta a cualquier situación, ya sea individual o de grupo.

VII.- ANALISIS

En un grupo, la extensa red de lazos afectivos que unen a sus participantes, determinan la magnitud de las emociones emanadas en la situación. Todos sus integrantes sin excepción se ven influidos por las experiencias surgidas en la instancia grupal.

Al ser reunidos por una persona que determina el objetivo a perseguir, definitivamente el rol de líder inicial y guía de grupo es tomado por el terapeuta, su papel es determinante, ya que es él, la bujía que ha de hechar andar los procesos grupales, de entre los cuales, el de enseñarles a unir esfuerzos, para crear una conciencia de grupo, es uno de los más importantes. "La primera función del terapeuta como líder formal consiste en constituir el grupo en forma debida".⁵⁷ Al iniciarse, el grupo depende, se apoya y venera a su líder, que en los primeros instantes es simbolizado por el terapeuta, situandose en el supuesto básico que Bion denomina de dependencia, en donde los integrantes esperan encontrar satisfacción de sus necesidades espirituales y materiales, por medio de su líder, el silencio es característico de un grupo es este supuesto básico, actitud alimentada por la idealización que sufre el terapeuta por parte de los integrantes que "le otorgan una capacidad de dar, omnipotente e inagotable, de modo que nadie tiene que temer recibir menos o estar tomando a expensas de los demás".⁵⁸

57.- Grinberg, 1957, pp 53

58.- Ibidem, pp 87

"El supuesto básico de dependencia constituye un drástico mecanismo de defensa, cuya técnica se basa en conjurar, reactivamente, las emociones opuestas, considerando mágicamente que sólo ellas existen en el grupo. Así el peligroso e inconscientemente odiado terapeuta se convierte en una figura idealizada, proveedor inagotable de todas las necesidades del grupo. Si sus intenciones y capacidad son inagotables, entonces no es necesario temer la existencia de una desigualdad en el reparto, y de esta forma el grupo trata de evitar que surjan la rivalidad, la envidia y los celos. Además, mediante la idealización el grupo intenta olvidar su responsabilidad, relegando en el terapeuta toda la tarea".⁵⁹ Situados en esta fase, la posición de los participantes es del tipo esquizo-paranoide, produciéndose en ellos una disociación esquizoidea del yo, en donde no se concibe la existencia de un objeto en el que la bondad y la maldad coexistan, en el supuesto básico de dependencia el grupo mantiene en forma ciega y tenaz, su creencia que el terapeuta es un ser bueno y poderoso.

En esta instancia, los conflictos son relegados, mediante la homogeneización, idealización y negación, apaciguando las fuerzas disruptivas, mecanismos que impiden elaborar dichos conflictos.

Las características del grupo de guía y consejo con pacientes psicóticos, en lo que refiere a la técnica utilizada por el terapeuta, al llevar a cabo esta actividad, propició que sus integrantes como grupo, se estancaran en el supuesto básico de de-
59.- Grinberg, 1957, pp 87-88

pendencia impidiendo su evolución. Indiscutiblemente, la actitud del terapeuta ante la labor de grupo, demostraba la informalidad de la técnica con que enfrentaba esta situación, pasando por alto aspectos tan importantes como lo son:

- En la estructura grupal, la disposición de trabajar en grupo, surgió de la directiva del hospital, sin que el terapeuta estuviera de acuerdo. Este último, al verse obligado, conformó un plan de trabajo donde reflejaba la inconformidad y la apatía ante esta situación.

- El número de integrantes era exageradamente variable, en ocasiones participaban en el grupo, de seis a nueve pacientes y en otras, el número se incrementaba hasta quince o más participantes.

- No se contempló las repercusiones que tendrían en el objetivo del grupo, el hecho de trabajar con las alucinaciones y los delirios, aspectos que obviamente causan contrariedad en los pacientes, dando la pauta para que se replieguen en el silencio.

- Nunca se consideró la opinión de cada paciente, con respecto al hecho de estar de acuerdo en integrarse al grupo, y además tener que hablar de aspectos referentes a su enfermedad, más bien podría considerarse a todo lo anterior como una imposición a los pacientes por parte del terapeuta.

- Se pasó por alto las limitaciones que traería consigo el hecho de que no se tuviera un control en cuanto al número de se-

siones que participarían en el grupo. Constantemente eran sustituidos los participantes que habían sido dados de alta por su médico tratante, con exagerada frecuencia la estructura del grupo variaba, aspecto que obviamente impediría la evolución de los integrantes como agrupación, ya que el intento por acoplarse era saboteado, cuando algún integrante era sustituido, teniendo que volver a iniciar este proceso, enfrentando los continuos desfazamientos. El hecho de enfrentar la sustitución constante de sus integrantes, llevaba al grupo a vivir con demasiada regularidad el trauma que simboliza la primera sesión, y que significa volver a nacer, es decir, en cada sesión se conformaba un nuevo grupo.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Al realizar este trabajo tuve la oportunidad de percatarme de la influencia tan grande que puede tener el aspecto contra-transferencial, dentro de la técnica utilizada por el terapeuta al enfrentar la situación de grupo. De lo anterior surge la propuesta principal y que va encaminada a considerar la resolución de los posibles conflictos contratransferenciales, y con más razón, si es que estos impiden utilizar la técnica adecuada para llevar a cabo la labor clara del terapeuta.

Por otra parte, es bien cierto que todo grupo está expuesto al carácter evolutivo en su estructura y conformación, sin embargo, al congregar un número determinado de individuos que en cada sesión sufre alteraciones en su estructura, en una opinión muy personal, creo que ni siquiera podrían considerarse como grupo, ya que los intereses que les reúnen son impuestos por el terapeuta, más no surgen de sí mismos, impidiendo que nazca una identificación de los participantes como grupo, además, el hecho de sufrir exageradamente sustituciones en su estructura, impide la posibilidad que surjan intereses en común en los participantes, aspecto determinante al formar el carácter de agrupación.

En una sola sesión les es imposible acoplarse a sí mismos, no podrían plantear en tan poco tiempo, los intereses comunes que los mantendrían agrupados, generalmente el trauma de la primera

sesión los replega en el silencio prolongado, el cual se mantiene por varias sesiones, si a lo anterior se le agrega que cada nuevo integrante significa tanto el intento de adaptación de este en el grupo, así como los demás trataran de acoplarse al nuevo agregado, aspectos que relegan el caracter evolutivo.

Por tanto considero importante el hecho de contemplar una cierta estabilidad dentro de la estructura del grupo, tanto en el número de integrantes, así como el número de sesiones que han de participar.

En lo referente al plan de estudios, mis sugerencias se abocan a la búsqueda de la posibilidad de implementación de mayor tiempo de prácticas comunitarias, que son en definitiva, un gran apoyo en la formación del psicólogo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Battegav R.(1978), El Hombre en el Grupo. Barcelona, Herder.
- 2.- Benedetti G.(1983), Psicoterapia Clínica. Barcelona, Herder.
- 3.- Berqeret J.(1975), Manual de Psicología Patológica. Barcelona, Toray Mason.
- 4.- Brenner C.(1969), Elementos Fundamentales de Psicoanálisis. B. Aires, Libros Básicos.
- 5.- DeWaelhens A.(1972), La Psicosis Ensayos de Interpretación. Analítica y Existencial. Madrid, Moarata.
- 6.- Faes J.(1979), Historia del Psicoanálisis Después de Freud. Madrid, Martínez Roca.
- 7.- Fernández A.(1973), Psicología Médica Social. México, Salvat.
- 8.- González J.(1988), Psicoanálisis y Grupos. México, Pax.
- 9.- Greenson R.(1976), Técnica y Práctica del Psicoanálisis. México, Siglo XXI.
- 10.- Grinberg L.(1977), Prácticas Psicoanalíticas Comparadas en la Psicosis. B. Aires, Paidós.
- 11.- Grinberg L.(1957), Psicoterapia de Grupo su Enfoque Psicoanalítico. B. Aires, Paidós.
- 12.- Hornev K.(1943), El Nuevo Psicoanálisis. México, F.C.E.
- 13.- Jung C.(1963), La Psicología de la Transferencia. B. Aires, Paidós.
- 14.- Kadis A.(1969), Manual de Psicoterapia de Grupo. México, F.C.E.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 15.- Kendal P.(1988), *Psicología Clínica Perspectivas Científicas y Profesionales*. México, Noriega.
- 16.- Kissen M.(1987), *Dinámica de Grupo y Psicoanálisis de Grupo*. México, Limusa.
- 17.- Korman V.(1977), *Teoría de la Identificación y Psicosis*. B. Aires, Nueva Visión.
- 18.- O'Donnel P.(1977), *La Teoría de la Transferencia en Psicoterapia Grupal*. B. Aires, Nueva Visión.
- 19.- Palacios A.(1975), *Técnica de Grupos en Psicoanálisis*. México Fournier.
- 20.- Patiño J.(1980), *Psiquiatría Clínica*. México, Salvat.
- 21.- Pavlovsky E.(1973), *Psicoterapia de Grupo en Niños y Adolescentes*. B. Aires, Centro Editor de America Latina.
- 22.- Portuondo A.(1980), *Introducción al Psicoanálisis*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- 23.- Portuondo A.(1985), *Psicopatología en Psicología Clínica*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- 24.- Reich W.(1978), *Análisis del Carácter*. B. Aires, Paidós.
- 25.- Slavson S.(1976), *Tratado de Psicoterapia Grupal Analítica*. B. Aires, Paidós.
- 26.- Thoma H.(1989), *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*. Barcelona, Herder.
- 27.- Thompson C.(1950), *El Psicoanálisis*. México, F.C.E.