



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**PSICOTERAPIA GRUPO ANALÍTICA. REPORTE DE UNA
PRÁCTICA CLÍNICA SUPERVISADA**

**REPORTE PARA OPTAR AL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y
PSICOTERAPIA DE GRUPOS EN INSTITUCIONES**

PRESENTA

JOSÉ JOAQUÍN GARCÍA ESPINOSA

COMITÉ:

DIRECTORA:

ASESORES :

LIC. DALILA YUSSIF ROFFE

DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

MTRO. JORGE PÉREZ ESPINOSA

LIC. PATRÍCIA G. MORENO WONCHEE

LIC. NORA RENTERÍA COBOS

MÉXICO, D.F.
2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

A la Profesora Dalila Yussif Roffe, Supervisora del Grupo y Directora de este Reporte Final.

A la Doctora Amada Ampudia Rueda, al Maestro Jorge Pérez Espinosa y a las Licenciadas Patricia G. Moreno Wonchee y Nora Rentarías Cobos, por sus valiosas asesorías y comentarios para la elaboración de este trabajo.

A mi Madre, Martha García Espinoza, eterna luchadora de la vida.

Al Presbítero Ignacio Fernández, mi Tutor de Resiliencia.

A los integrantes del Sistema Terapéutico.

A todas las demás personas que en diferentes formas colaboraron para la integración de este trabajo.

ÍNDICE

I.-	INTRODUCCIÓN.....	4
II.-	MARCO TEÓRICO	6
III.-	ELABORACIÓN DEL REPORTE FINAL	26
IV.-	METODOLOGÍA.....	27
V.-	ESTUDIO DE CASOS	34
VI.-	EL PROCESO TERAPÉUTICO	44
VII.-	PROCESOS PARALELOS.....	70
VIII.-	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	78
IX.-	ASPECTOS FORMATIVOS DE ESTA PRÁCTICA CLÍNICA.....	104
X.-	DISCUSIÓN FINAL Y CONCLUSIONES	107
	BIBLIOGRAFÍA.....	110

D.- INTRODUCCIÓN

Con el propósito de obtener el diploma correspondiente a la Especialidad de Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones, se ha elaborado este trabajo titulado: “Psicoterapia Grupo Analítica. Reporte de una Práctica Clínica Supervisada”; como testimonio de la experiencia adquirida, durante el curso de Psicoterapia de Grupo Bajo Supervisión, impartido en el Centro de Servicios Psicológicos de la propia facultad, en cuya estrategia docente se incorporó un modelo de enseñanza aprendizaje para la formación y entrenamiento de terapeutas, a través de una práctica clínica grupal bajo supervisión, de corte psicoanalítico y de tiempo limitado, dirigida al tratamiento de un grupo de pacientes instalados en la adolescencia tardía, para la promoción de los procesos de Separación individuación y Consolidación en su Identidad Psicosexual. La naturaleza vivencial del modelo se determina por la participación del grupo académico quién es responsable, observador y conductor de la intervención psicológica en el grupo de pacientes, detonándose procesos paralelos por el efecto de la resonancia psicológica, debido a las circunstancias en que ambos grupos se conectan por la semejanza de las características compartidas en su proceso vital.

El presente trabajo se divide en una sección teórica y otra práctica, con el fin de sustentar los beneficios terapéuticos que pueden ser obtenidos por los pacientes, así como las particularidades que este modelo de entrenamiento y supervisión aporta al futuro profesional clínico.

En la parte teórica, se lleva a cabo una revisión histórica sobre la evolución de la psicoterapia individual a la grupal, pasando por una breve exposición de los antecedentes que dan origen y fundamento al movimiento del análisis de grupo; incorporando algunos elementos teóricos de gran importancia que vinieron a darle una mayor solidez a esta manera de ejercer la psicoterapia; la contribución de la teoría de la Gestalt, que incorpora la visión de totalidad del grupo y el consecuente enfoque de sistemas que proporciona mayor cohesión a este marco de referencia. Adicionalmente, se agrega una síntesis de las posturas de Schidler, Slavson, Foulkes, Bion y Ezriel; pioneros y precursores importantes de este enfoque.

La sección práctica esta integrada por la elaboración del reporte final de esta experiencia clínica, que incluye la metodología de trabajo, la descripción del proceso terapéutico y de los procesos paralelos de resonancia psicológica entre el grupo de pacientes y el grupo de alumnos supervisados, así como por los resultados y logros terapéuticos obtenidos durante esta intervención. Adicionalmente se plantean los elementos aportados por esta propuesta de supervisión en la formación del profesional de la psicoterapia.

Las líneas que se plantean tienen como objeto el estudio de los avances cuantitativos y cualitativos del proceso terapéutico de los pacientes, así como de los procesos paralelos que

pudiesen aparecer en el grupo de alumnos que es supervisado en esta práctica clínica; por lo que se proponen los siguientes puntos de análisis:

- Identificar y describir, de acuerdo al psicodiagnóstico y la psicodinámica personal, aquellas posiciones de simbiosis-dependencia que obstaculizan el proceso de separación-individuación de los pacientes.
- Registrar y cuantificar el comportamiento individual durante el proceso terapéutico entre las posiciones de simbiosis-dependencia y la de separación individuación, como uno de los elementos de medida para determinar el impacto terapéutico obtenido en los pacientes, bajo este particular modelo de práctica clínica supervisada.
- Identificar y describir cualitativamente los procesos paralelos en el grupo académico, resultado del efecto de la resonancia psicológica, originado por la influencia del grupo de pacientes atendidos con relación a sus procesos de separación-individuación.

La descripción, análisis detallado de la información y los resultados, se presentan de la siguiente manera: descripción general de la práctica clínica, estudio de casos, el proceso terapéutico grupal, procesos paralelos, análisis de datos, aspectos formativos de esta practican clínica y discusión final.

Este trabajo se enmarca en una investigación general sobre el “Impacto de la Supervisión en la Formación de los Psicoterapeutas” (Yussif, 1995), y se elabora en base a las notas, observaciones, grabaciones, minutas, transcripciones y video grabaciones, realizadas durante las sesiones terapéuticas; debido a lo extenso del material clínico, se presentan las partes sintetizadas que se relacionan directamente con nuestro tema de estudio, empleándose bajo criterios restrictivos y éticos guardando el anonimato de los pacientes para fines de investigación.

II).- MARCO TEÓRICO

Con el fin de conectar los conceptos centrales relacionados con nuestro objeto de estudio, lograr una concatenación lógica de los aspectos teóricos y una mejor organización en el planteamiento del sustento teórico y de las aproximaciones conceptuales a los temas que nos ocupan, se propone que el marco de referencia se integre con los siguientes elementos:

- A. Antecedentes: En esta sección intentaremos hacer una revisión teórica sobre los antecedentes y contribuciones al movimiento de la psicoterapia grupal, comenzaremos por realizar una breve exposición cronológica sobre algunos elementos teóricos específicos, que a nuestro juicio, son de utilidad para este propósito, sobre todo aquellos que en su concatenación histórica nos conducen de manera secuencial a la aparición de esta técnica terapéutica; para lo cual acudiremos a principios que consideramos importantes construidos desde la teoría del psicoanálisis y el propio análisis grupal.
- B. Elementos teóricos de la intervención terapéutica: Este apartado integra los conceptos de la Psicoterapia Grupal, Psicoterapia Grupal de tiempo Limitado El entrenamiento del Futuro Terapeuta y La Propuesta de Supervisión empleada en esta práctica clínica.
- C. El ciclo vital en la adolescencia: Esta sección será integrada con la descripción de las teorías sobre la simbiosis que origina la dependencia, el proceso de separación individuación, la formación y consolidación de la identidad.
- D. La Resonancia Psicológica: se plantean los elementos teóricos que fundamenta el concepto de este proceso paralelo.

A).- ANTECEDENTES

La psicología clínica contemporánea se presenta como un mosaico policromático lleno de contrastes, posiciones teóricas en muchos casos complementarias y en otras tantas diametralmente opuestas. Sin embargo, más allá de coincidencias o divergencias, estaremos de acuerdo que en la historia destaca de manera importante la aparición de la teoría psicoanalítica, como un conjunto de conocimientos ordenados y sistematizados, que aportan un marco de referencia conceptual para la comprensión del comportamiento humano, complementado por métodos y procedimientos terapéuticos para el tratamiento psicológico.

No obstante, la aparición del psicoanálisis marca profundamente nuestra área de estudio, desde su nacimiento, asume la representación de una corriente de pensamiento polémico que revoluciona el que hacer de la psicología. Por su naturaleza, es imposible no tomarlo como referencia para introducirse en la explicación teórica del origen y posterior desarrollo de las diversas escuelas que se han gestado en esta rama del saber humano.

Durante siglos se consideró a la psicología como un campo de estudio enmarcado en la filosofía especulativa, muy lejana del contundente empirismo; originándose la necesidad de imprimir un método científico para abordar la problemática de la psique humana.

Sigmund Freud, entre otros estudiosos, se compromete a esta labor y funda la ciencia psicoanalítica, trasladando al campo de los fenómenos psíquicos los principios de la biología materialista de su época, adicionalmente impone el reconocimiento de lo irracional y psicógeno, desafiando el pensamiento racional imperante. Alimentado principalmente de las experiencias y observaciones clínicas derivadas de su colaboración con Breuer, realizó grandes descubrimientos, a partir de los cuales construyó las teorías de la motivación inconsciente, la represión, la resistencia, la transferencia, de la angustia y de la etiología de la neurosis (cita Thompson, 1971). Así como ya conocidos puntos de vista dinámico, económico y estructural de los procesos psíquicos (Fenichel, 1969). Freud desarrolla un método y una técnica para abordar los desordenes mentales y emocionales, teorías que fue modificando, de acuerdo a las nuevas observaciones y planteamientos que su práctica clínica iba presentando (cita Brill, 1960).

A partir del psicoanálisis, se inicia una nueva actitud hacia las enfermedades mentales, ahora la preocupación es descubrir las raíces de la neurosis. El paciente habla acerca de aquellos acontecimientos de su vida pasada y sus impresiones presentes, sus deseos y sus emociones; por el otro lado, el médico escucha e intenta dirigir los procesos mentales del paciente, a través del esclarecimiento y la observación de las reacciones, así como la comprensión e incomprensión que de esta manera provoca en él (Thompson, 1971).

Estos conceptos dan origen a un procedimiento terapéutico de naturaleza individual, en el que se busca el recuerdo de eventos traumáticos acontecidos principalmente en la infancia del sujeto y que permanecen sumergidos en el inconsciente; el propósito consiste en

traerlos al consciente para tratar de resolverlos; aunque esta breve descripción es demasiado genérica, la intención es destacar la importancia que se le concede a las experiencias pasadas de la persona, su recuerdo y su tratamiento bajo un modelo diádico.

Al acentuar la importancia de una psicología individual, Freud en principio, se fue alejando de los puntos de vista derivadas de los avances en la investigación sociológica que registraba la época y que planteaban la enorme importancia que desempeñaba los patrones sociales y comunitarios en el comportamiento del hombre, principios que después serían extrapolados a la familia y a los grupos (cita Rickman, 1967).

La importancia concedida por Freud a la relevancia de la vida instintiva congénita en los problemas neuróticos, provocó que disminuyeran los esfuerzos por vincular al hombre y los factores culturales a los que estaba expuesto, aún cuando su teoría sobre la orientación cultural, fuera elaborada mas con apoyo en su teoría biológica, reconocía que el hombre vivía dentro de una sociedad y era transformado por ella, aunque el papel que le asignaba a la sociedad, era como una estructura estática que funcionaba para controlar sus instintos (cita Benedick, 1993).

Hartmann (1952) se refiere a la formulación de la teoría del Super Yo, que se relaciona de manera natural con lo que apuntamos anteriormente, en cuanto intenta explicar en que forma actúa la sociedad sobre el individuo, pero ante todo la aportación que destaca en ella es la intención de establecer los cimientos para la edificación de los puentes entre el psicoanálisis y la sociología, desde su objeto de estudio y su método de análisis. El psicoanálisis se inscribe en las discusiones sociológicas de su tiempo y hace contribuciones destacadas en la materia; por un lado, reconoce la importancia del medio ambiente en el desarrollo del hombre y la participación de los factores históricos en la estructuración de la personalidad; estableciendo quizás de manera indirecta las bases de la intervención terapéutica grupal.

Entre los años de 1920 y 1930, florecen en Alemania la teoría de la Gestalt, introducidas principalmente por los trabajos de Goldstein, un neurobiólogo cuyo énfasis en la relación figura-fondo y en su efecto determinante en la percepción total, hicieron un profundo impacto en el pensamiento contemporáneo (cita Alonso y Swiller, 1995).

La Gestalt establece que la experiencia se determina con base a los patrones u organizaciones de sus elementos; lo que se ve como figura es relativo al fondo de otros aspectos del todo y que el todo, que consiste de partes en relación, es mas que la suma de sus partes; principios que son considerados leyes que se generalizan y crean todo un movimiento en la psicología, constituido también por una técnica y un método. La investigación de los psicólogos gestaltistas, es retomada por Frederick Perls y la extrapola de manera más contundente a la práctica clínica, basándose en estos puntos de vista, plantea que algo tiene significado sólo cuando existe una clara relación entre la figura (lo que esta en el primer plano de la atención) con el fondo contra el que aparece la figura; es por esto que una figura no puede ser separada del fondo sin que pierda su significado, ya que este esta determinado por la conexión entre ellos. El resultado de esta visión, más allá de lo teórico y práctico en el ámbito de la psicología, consiste en la certeza de que los fenómenos

no deben ser considerados en función de sus elementos integrantes, el todo es algo más que la simple suma de sus partes (cita Salama y Villarreal, 1988).

En este contexto, aparece un grupo de clínicos, que entrenados en el modelo de terapia psicoanalítica diádica, por razones técnicas y prácticas, se aventuran fuera de la seguridad y privacidad de la diada, con la finalidad de superar algunas limitaciones que habían observado y experimentar las ventajas que podrían obtener de una intervención grupal (Yalom, 1986).

Las técnicas fundamentales del psicoanálisis se aplican prácticamente por igual en el tratamiento individual y de grupo. El foco del análisis es la resistencia y la transferencia para un mejor funcionamiento del yo, así como para incrementar su dominio sobre las experiencias y conducta del individuo; similar al tratamiento individual, se debe trabajar principalmente con la resistencia, de manera que la transferencia quede disponible para la tarea analítica. A pesar de estas coincidencias en el procedimiento, las diferencias se enmarcan por un manejo enfocado al concepto de la Gestalt (Yalom, 1986).

A principios de la década de los 30s, se comienza a trabajar con métodos orientados al trabajo en grupo, apoyados en la sólida fundamentación de Lewin, basada en de la teoría de campo y en la investigación activa; el objetivo de su enfoque era establecer una fuerza académica y comunitaria que no solo atendiera al pequeño grupo en sus necesidades psicológicas, sino que también se enfrentara con la noción del cambio social. Para él solamente son válidas las explicaciones que se basan en la dinámica actual de la situación, considera que para comprender lo que a una persona le pasa, hay que analizarlo desde el aquí y el ahora (cita Lindzey, G., Hall, C. y Manosevitz, M., 1978).

Los orígenes y desarrollo del análisis grupal residen en el trabajo pionero de S. H. Foulkes (1973), psicoanalista alemán que llegó al Reino Unido en 1933 y combinó la teoría de campo de Lewin con la psicoterapia analítica de grupo. Lo que destaca a su análisis grupal de otros enfoques, es la integración de los conceptos psicoanalíticos dentro del marco de la Gestalt, (cita Pinnes, 1983). Después de su entrenamiento psicoanalítico en Viena, recibió el nombramiento de Director Clínico del Instituto Sociológico de Frankfurt, cuyos estudios se encontraban muy relacionados con los del Instituto Psicoanalítico de la misma ciudad. Conjuntamente, ambos Institutos exploraron la posible integración de las teorías psicoanalíticas de la personalidad con los modelos sociológicos que relacionaban a la sociedad con el individuo (cita Pines, 1983); investigaciones que a su vez dieron pie a la aparición de otros estudiosos dentro del análisis grupal, de entre los cuales, a manera expositiva, presentaremos un breve panorama de los más significativos:

I).- Paul Schidler:

Pionero de la psicoterapia de grupos con eminente preocupación social, realiza un esfuerzo para unir conceptos, en ocasiones contradictorios; dispone de muchos elementos provenientes del psicoanálisis, de otros modelos terapéuticos y de concepciones filosóficas y biológicas, lo que no le facilita la integración de un marco teórico sólido, pero contribuye aportando una riqueza de conceptos. Sin embargo, en la práctica no pudo concebir al grupo como un todo, considerando la terapia individual y colectiva como complementaria;

básicamente su aproximación terapéutica es de corte psicoanalítico, aunque con cierto enfoque personal, centrando el proceso en la obtención del insight de sus pacientes, es decir, la habilidad personal de identificar las estructuras del mundo real y actuar de acuerdo a este mundo (cita Grinberg, Langer, y Rodrigué, 1961).

II).- S. R. Slavson:

Considerado también uno de los precursores de la psicoterapia de grupo analítica, tanto su contenido como su método se derivan directamente del psicoanálisis, utilizando sus elementos básicos tales como la transferencia, la catarsis, la interpretación de los contenidos latentes y el análisis de los sueños para provocar el insight, sin embargo la concepción del mismo es estática y no vivencial; Slavson considera que la diferencia principal entre la terapia individual y grupal se da en la transferencia, cita que en la terapia individual, bajo el modelo diádico, el paciente proyecta siempre sobre el analista una figura paternal, generalmente la del padre. En contraste, el grupo incluye la posibilidad de otras proyecciones para el paciente, donde el grupo representa a la madre, el psicoterapeuta al padre y los compañeros los hermanos; esta visión de la transferencia es muy esquemática y fragmentada, toda vez que esta fluye de manera sucesiva y simultáneamente, de acuerdo al momento y al material presente. La carencia de una experiencia vivencial, lleva al terapeuta a la necesidad de controlar al paciente individual y al grupo; bajo este enfoque estático se llega a planificar la composición del grupo, de tal manera que no sea representativo del mundo interno y externo, sino de algo más previsible: una suma de personas equivalentes a un individuo con un síndrome específico (cita Grinberg et al.1961).

III).- S.H Foulkes:

Fundador y notable estudioso de la psicoterapia de grupo, de gran influencia inclusive en nuestros tiempos, hace un esfuerzo de integración entre la teoría del psicoanálisis y la Gestalt, considera al grupo como un todo, no como un nuevo organismo, sino como un todo social, que es más que la suma de sus partes, donde está representado el mundo externo e interno. Sugiere la necesidad de delimitar el alcance y campo del psicoanálisis y del análisis de grupo, estableciendo claramente las posibilidades de cada uno. Al igual que Slavson, señala que la transferencia no se desarrolla con la misma intensidad en el grupo que en el análisis individual, pero a diferencia de él, sostiene que en el análisis individual adquiere un carácter regresivo y vertical, por referirse principalmente al pasado; mientras que en el grupo la transferencia es horizontal y se desarrolla en el plano actual del aquí y el ahora y en el nivel multipersonal (cita Grinberg et al., 1961).

De entre los escritos publicados por este autor, cabe destacar el libro titulado Psicoterapia Grupo-Analítica (Foulkes, 1981), en el que plantea el método y los principios que en su juicio deben ser aplicados al análisis grupal; señala que el número ideal de integrantes de un grupo de siete u ocho personas que se sientan en forma circular con el analista durante una hora y media, sin un programa a desarrollar ni instrucciones precisas, todas las contribuciones surgen espontáneamente de los pacientes; todas las comunicaciones del grupo son consideradas como la asociación libre e análisis individual. El terapeuta asume

una actitud similar a del psicoanalista en una modalidad diádica, como objeto figura de la transferencia e interpreta contenidos, procesos actitudes y relaciones.

IV).- W. R. Bion:

Sobresaliente psicoanalista que bajo este modelo se aproxima también a la psicoterapia de grupo y se distingue por sus aportaciones a la misma; bajo un enfoque transferencial concibió al grupo como una totalidad psicológica, el terapeuta sin dirigir al grupo, debe limitarse a interpretar los fenómenos que le suceden como una situación global del grupo o de partes del mismo en función del todo. Un tanto consecuente con Schidler, sugiere que todo grupo mantiene dos tipos de actividad: una racional, consciente, que tiende a la cooperación, y la otra en oposición, se caracteriza por su emocionalidad e irracionalidad, que se produce en cuanto se forma el grupo. En su sistema teórico, Bion describe al grupo de manera correspondiente al ego freudiano que contiene los aspectos racional, consciente y ordenado de la conducta del grupo, pero también lo enmarca al mismo tiempo dentro de uno de los supuestos básicos, que podría representar la parte emocional e irracional en que el grupo se enfrenta a las amenazas que hacen peligrar su existencia y continuidad (cita Thompson y Kahn, 1975).

El autor señala tres supuestos básicos (S.B.) el primero es el de dependencia y se caracteriza porque el grupo busca un líder, objeto externo, idea o causa que lo domine y le brinde mayor cohesión y seguridad; al segundo S.B. lo denomino ataque-huida, donde el grupo señala una amenaza específica a la cual se tiene que responder, ya sea atacándola o fugándose de ella; estos dos S.B. representan manifestaciones primarias instintivas, el tercero parece mucho más elaborado y presenta características complejas; Bion lo llama de apareamiento, en el que el grupo mantiene una actitud de expectativa esperanzada frente a una pareja, suponiendo que de esa unión aparecerá el Mesías, un fruto maravilloso y liberador (cita Thompson y Kahn, 1975).

Estos S.B. no siguen un orden de aparición definido, por el contrario, pueden surgir en cualquier momento como una respuesta grupal a una situación que se percibe como peligrosa a la estructura del grupo, esta actividad puede quedar representada por una regresión del grupo a las etapas mas tempranas de la vida mental, que recibe una influencia significativa de la obra de Melanie Klein, que en su obra da una importancia central a la identificación proyectiva y a la interacción entre las posiciones paranoide, esquizoide y depresiva (cita Segal, 1994).

V).- H. EZRIEL:

Se considera otro de los precursores del análisis grupal, en un tiempo trabajo conjuntamente con Foulkes y Bion, con quienes comparte muchos puntos de vista en cuanto a su posición teórica, en especial el empleo de las técnicas derivadas del psicoanálisis; la originalidad en su pensamiento radica en el tratamiento que le da a las interpretaciones, ya que se opone a su utilización en el allá y el entonces, sugiere la validez de las interpretaciones en la medida que contengan elementos actuales, pertenecientes a las relaciones interpersonales que se

establezcan entre pacientes y terapeutas, en este sentido retoma una de las partes importantes de la Gestalt, incorporando a su práctica el enfoque del aquí y el ahora, encuadrado en un contexto fundamentalmente transferencial (cita Potts, 1982).

Grinberg y colaboradores (1961) desarrollan una teoría de la interpretación, que aplica tanto en el tratamiento individual como en el grupal, la hipótesis en que se basan es que el paciente toma una actitud determinada para evitar otra, que en su fantasía, le podría traer consecuencias catastróficas; así por ejemplo, en una sesión grupal uno de los integrantes prefiere adoptar una actitud pasiva y se abstiene de participar, para evitar que emerja una actitud agresiva hacia sus compañeros o al propio terapeuta, que en su fantasía podría llegar a destruirlos. Al señalar e interpretar esta secuencia, se imprime un juicio de realidad en el paciente, demostrándole que en realidad no pasaría nada, ya que sus fantasías y temores inconscientes carecen de fundamentos. Con relación a la transferencia, a la que le da un lugar preponderante, menciona que la pregunta clave que todo terapeuta debe hacerse es: ¿Qué lo lleva a decir tal o cuál cosa en mi presencia en este momento?. Señala que cada persona intenta imponer a los demás un papel determinado, para establecer la relación objetal que internamente desea.

Hasta aquí, estos autores clásicos nos proporcionan una idea sobre las posiciones teóricas y prácticas que fueron modelando el enfoque de la terapia grupo analítica, enriquecido por un ambiente de discusión y nuevos pensamientos, que en última instancia, contribuyeron al mejoramiento y crecimiento del modelo grupal.

No obstante, parece existir un consenso entre ellos, al parecer la mejor forma de aproximarse al proceso grupal, es a través de las técnicas derivadas del psicoanálisis, en este caso destaca las contribuciones de Foulkes y Anthony (1973), quienes proponen hacerlo con un enfoque de totalidad en el grupo.

Otra propuesta interesante es la que hace H. Ezriel (citado en Potts, 1982), quien introduce al campo la teoría de las relaciones objetales, nos habla de la importancia de la interpretación pero en el contexto del aquí y el ahora, en un trabajo centrado en la transferencia, tema que también abordó Foulkes y Anthony (1973), al referirse a la riqueza de posibilidades que ofrece el grupo, presentándose una transferencia horizontal, al desarrollarse en el plano actual y multipersonal.

Finalmente, por lo que se refiere al comportamiento del grupo como totalidad, no podemos dejar de mencionar los importantes señalamientos que nos hace Bion (cita Thompson y Kahn, 1975), en relación con sus tres supuestos básicos: el de dependencia, de ataque-fuga y el de apareamiento, que además incorpora en la práctica la teoría de Melanie Klein (cita Segal, 1994).

En este apartado retomamos algunos de los autores y aportaciones más relevantes que son los antecedentes fundamentales del movimiento de la psicoterapia grupal a partir del cual se encontrará el sustento teórico de este trabajo.

B).- ELEMENTOS TEÓRICOS DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA.

1).- Psicoterapia Grupal

Los individuos, independientemente de sus razones particulares, se reúnen para formar un grupo que busca el tratamiento para curarse de sus síntomas neuróticos y sus dificultades personales. Cada individuo, en esa reunión con otras personas, establecerá con ellas diversas relaciones emocionales, a través de sucesivas proyecciones e introyecciones, buscando alcanzar una modificación en la situación intrapsíquica de sus propios objetos e impulsos (Zimmermann, 1975).

Considerando que en las sesiones de tratamiento, pueden existir cerca de ocho pacientes más el terapeuta, cada uno influido por las proyecciones que recibe de los demás presentes, y al mismo tiempo, sirviendo de objeto (para todos), con fines de introyección; el resultado final, en lo que respecta a las diferentes asociaciones surgidas, podrá parecer a primera vista incoherente e incomprensible. Del mismo modo, las relaciones emocionales que se establecen entre los pacientes, podrán parecer confusas y desordenadas, tal vez hasta caóticas. Sin embargo, considerando que las numerosas proyecciones e introyecciones de los participantes se realizan en función de un objeto claramente definido y apropiado para tales fines - el terapeuta -, el material psicológico transmitido en la sesión se tornará coherente y las relaciones emocionales serán más evidentes y comprensibles (Zimmermann, 1975).

Esta definición, incorpora claridad y coherencia dentro del tratamiento, se consolida en un trabajo permanente de encuadre, en el que se incluye no sólo la actitud técnica y el rol del terapeuta, sino también los objetivos, el lugar y el tiempo de la terapia; el encuadre funciona como una especie de estandarización de la situación de estímulo que se ofrece al paciente y que focaliza en general todo el tratamiento (Bleger, 1985).

En cualquier momento de la psicoterapia grupal, se puede observar la existencia de un foco o centro en torno al que giran las asociaciones de los participantes. Este foco puede ser cualquiera de los pacientes, el terapeuta, una persona ausente, una institución, el grupo como totalidad, una idea concreta o abstracta, etc., etc. Esta dinámica en las asociaciones del paciente se presentan a través de la transferencia, según la cual el participante asigna roles a cualquiera de los elementos mencionados y se comporta en función de los mismos; en otras palabras, se trasladan situaciones y pautas a una realidad presente y desconocida, y se tiende a configurar a esta última como situación ya conocida y repetitiva (Bleger, 1985).

Los fenómenos transferenciales según se presentan en los grupos, son muy diferentes a los que aparecen en la relación diádica del análisis corriente; para Grotjahn (1979) existe una naturaleza tripartita de la transferencia en los grupos que proporcionan una base adecuada para la comprensión de su dinámica:

- A) Transferencia hacia la figura central, modelada según la neurosis de transferencia propia del análisis.
- B) Transferencia hacia los pares del grupo, modelada según la neurosis familiar.
- C) Transferencia hacia el grupo en su totalidad, en la que el grupo simboliza la figura materna pre edípica (confianza básica).

La mayoría de los pacientes entran a la psicoterapia de grupo con la historia de una experiencia insatisfactoria de su primer y más importante grupo, el de su familia primaria. El grupo terapéutico se parece a la familia en muchos aspectos e inclusive muchos grupos son dirigidos deliberadamente para acentuar esta similitud. Dependiendo de su mundo supuesto los miembros interactúan con los terapeutas y con los demás integrantes del grupo como antes interactuaron con sus padres y sus hermanos. Hay una infinidad de patrones: pueden depender desesperadamente de los terapeutas del grupo, a los que les atribuyen conocimientos y poderes irreales; pueden desafiarlos a cada paso, porque consideran que obstruyen su desarrollo autónomo o que le arrebatan su individualidad; pueden intentar dividir a los coterapeutas y propiciar diferencias y rivalidades entre ellos; pueden competir intensamente con los otros miembros en un esfuerzo por acumular atención y cuidado de los terapeutas; pueden buscar aliados entre los miembros con la intención de destruir a los terapeutas; pueden renunciar a sus propios intereses en un esfuerzo en apariencia desinteresado por ayudar a sus pares (Yalom, 1986).

Por la naturaleza de esta dinámica transferencial, entre otras características, se ha elegido trabajar con en este modelo grupal, toda vez que las condiciones presentadas establecen una oportunidad invaluable que favorece el trabajo terapéutico a favor del proceso de separación-individuación de los pacientes; temática del ciclo vital humano de interés particular en este trabajo.

2).- La Psicoterapia Grupal de Tiempo Limitado.

La idea de establecer un límite de tiempo a la psicoterapia no es algo nuevo, sin embargo, la aplicación de estas técnicas breves experimentaron una significativa aceleración en el ámbito teórico y práctico a partir de la década de los 80s, debido a la preocupación de la reducción de costos en la prestación de servicios de salud mental, una amplia investigación en cuanto a sus resultados respalda la viabilidad de su administración; a continuación, sobre la base del trabajo de Mackenzie (1984) se describen 8 rasgos que son comunes a las psicoterapias breves:

- a) Existe la expectativa de que el tiempo límite aumente el ritmo del trabajo psicoterapéutico y alentará la rápida aplicación a la vida real.
- b) La evaluación y selección cuidadosa se utiliza para excluir a los pacientes que pueden estar en riesgo de daño por un enfoque activo.

- c) Se negocia de manera abierta entre el paciente y el terapeuta un acuerdo verbal explícito concerniente a las metas esperadas.
- d) El terapeuta intervendrá de manera activa para mantener el clima terapéutico y sostener un foco de trabajo en las metas convenidas.
- e) Desde el inicio de la terapia, existe la expectativa de que se aplicarán de manera activa las ideas a las circunstancias externas.
- f) El terapeuta esperará que el paciente asuma la responsabilidad de iniciar las tareas de terapia y lo alentará a hacerlo.
- g) Se impulsará a movilizar recursos externos que puedan reforzar los cambios positivos.
- h) Se anticipa que el proceso de cambio continuará después de que termine la terapia y, por tanto, que no necesita atenderse a la variedad de aspectos problemáticos dentro del contexto terapéutico.

El reto en la psicoterapia breve de grupo consiste en adaptar las prácticas clínicas comunes a las restricciones que impone el límite de tiempo.

Las estrategias para lograrlo dependen de la preparación adecuada del pre grupo, el aprovechamiento máximo del sistema de grupo y la modificación acertada de las técnicas terapéuticas. Mediante la atención a estas áreas pueden lograrse resultados óptimos en el proceso; la deficiencia en el enfoque de estas condiciones puede dar por resultado un grupo que no puede unirse o que termina con la deserción de los pacientes a mitad del proceso (Mackenzie, 1984).

3).- El Entrenamiento en la Psicoterapia de Grupo.

Los pioneros de la psicoterapia de grupo aprendieron la manera de conducir grupos de manera bastante fortuita, en los años que siguieron se hizo obvio que la terapia de grupo comenzaba a tomar su lugar, como una modalidad reconocida por los centros clínicos establecidos como una opción primaria de tratamiento; aun así la presencia o ausencia de un tutor tendía a ser la variable determinante que pronosticaba la carrera de una persona como terapeuta de grupo; de tal manera que se hizo claro que se necesitaba instruir un entrenamiento formal, el cual le permitiera al clínico desarrollar las habilidades únicas de un terapeuta grupal y aprender la teoría que apoya tales habilidades (Grotjhan, 1979).

De esta manera se comienzan a diseñar diversos modelos didácticos de entrenamiento, de entre los cuales, abordaremos uno en particular, que fue aplicado en nuestra propia formación y que al mismo tiempo da origen a esta experiencia en la práctica clínica, motivo del presente trabajo.

Este modelo de entrenamiento en psicoterapia de grupo se integra de una mezcla de tres puntos: el entrenamiento por observación, el entrenamiento por experiencia y la supervisión insitu (Alonso y Swiller, 1995):

➤ Entrenamiento por observación.

Los aspectos observacionales del entrenamiento pueden incluir la participación como coterapeuta dentro de un grupo conducido por un clínico experimentado, estudiar cintas de vídeo acerca de las sesiones grupales seguida de la discusión académica sobre el material. En algunos ambientes puede observarse en vivo a los grupos conducidos por clínicos experimentados a través de un espejo de una sola vista

➤ Entrenamiento por experiencia.

Se puede incluir la participación en un grupo de entrenamiento que ofrezca la Institución de enseñanza, unirse a un grupo de terapia como miembro o participar en experiencias grupales en conferencias.

➤ La Supervisión insitu.

En esta modalidad se integran las dos estrategias anteriores y se inscribe el modelo de intervención clínica bajo supervisión, que da origen al presente trabajo; se considera fundamental para la formación de los psicoterapeutas de grupo la práctica clínica supervisada, ya que implica la aplicación de los conocimientos adquiridos por los estudiantes en las técnicas grupales, así como la observación por el resto del grupo de las sesiones terapéuticas y la supervisión de las mismas, vinculando el aprendizaje con la experiencia. Con la combinación de docencia y práctica supervisada se facilita el proceso del entrenamiento del futuro terapeuta de grupo, sin descuidar el compromiso de la atención psicológica a la población que lo demande; así mismo por sus características vivenciales, enriquece las experiencias de los terapeutas en formación.

4).- Descripción del Modelo de Supervisión Propuesto

Es en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM, dónde se impartió a los alumnos de la Especialidad de Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupos en Instituciones, el curso de Psicoterapia de Grupo Bajo Supervisión, con la visión de integrar el Servicio a la Comunidad, la Docencia y la Investigación.

Yussif (1995) incorporó un particular modelo de enseñanza aprendizaje en su práctica docente, basado en una supervisión vivencial en la práctica clínica grupal, retomando los siguientes postulados:

- a) El mayor obstáculo en la enseñanza del psicoanálisis es la resistencia que despierta el objeto de estudio en el aprendiz, ya que requiere conocer lo que sucede en su interior, con relación a propias reacciones transferenciales y contratransferenciales, frente al sujeto estudiado; la angustia que estos sentimientos provocan en el estudiante le hacen rechazar el material de enseñanza, puesto que se reactivan puntos neuróticos de su personalidad.

- b) Es necesario el análisis oportuno y sistemático de estas ansiedades, ya que de no resolverse adecuadamente, pueden afectar el proceso de aprendizaje de alumno y en consecuencia el trabajo terapéutico con los pacientes.
- c) La enseñanza formativa al vincular el aprendizaje con la experiencia directa, se enfoca a una enseñanza que concierne a los procesos secundarios y la formación que moviliza los procesos primarios; en la búsqueda de “un saber” del inconsciente (formación) y “un saber” sobre el inconsciente (enseñanza).
- d) El grupo supervisado se convierte en una caja de resonancia de las fantasías inconscientes del grupo terapéutico, en dónde el foco latente en un grupo coincide con el organizador psíquico del otro.
- e) El foco de atención en el grupo terapéutico y en el grupo bajo supervisión es el mismo, la separación individuación y la consolidación de la identidad psicosexual, que coincide en el momento evolutivo de ambos grupos; por un lado, el grupo de pacientes integrado por adolescentes tardíos, tareas naturales de su ciclo vital. Por el otro lado el grupo de alumnos, quienes se encuentra en su última etapa de preparación, y por lo tanto, evolutivamente se encuentran en un momento similar, toda vez que implica la separación, el abandono y la independencia del vínculo Institucional, así como la consolidación de una identidad profesional.

Yussif (1996) considera primordial en la formación de psicoterapeutas de grupo, la practica clínica supervisada, ya que posibilita la aplicación del conocimiento teórico técnico adquirido y la vinculación entre el aprendizaje y la experiencia directa, facilitando la comprensión y la vivencia de los efectos producidos por la interacción de los fenómenos grupales. Esta combinación de docencia y práctica supervisada facilita el análisis de los procesos que surgen en los propios grupos de formación y los que aparecen por la interacción entre el grupo terapéutico y académico, efectos paralelos como el fenómeno de resonancia psicológica.

La naturaleza del tratamiento psicológico que se ofrece en este servicio consiste en una psicoterapia grupal de corte psicoanalítico, con objetivos y tiempo limitado, dónde el grupo se percibe como un todo, orientado a realizar una tarea. Se promueve la participación de sus integrantes, buscando hacer consciente lo inconsciente, cuando este insight se logra en el paciente, le es posible verbalizar sus problemas, primordialmente se trabaja en el “aquí y en el ahora” y no se privilegia la transferencia central con los terapeutas (Yussif, 1996).

La supervisión posibilita el espacio adecuado para metabolizar y elaborar las perturbaciones contratransferenciales para propiciar y mantener la situación analítica, a través de la elaboración de la transferencia y contratransferencia del equipo terapéutico (Yussif, 1997).

C).- ADOLESCENCIA.

En cada etapa de la vida se plantean conflictos y retos en el desarrollo que requieren nuevas destrezas y respuestas de afrontamiento, depende de su correcta adaptación y resolución la maduración que permite a los individuos un tránsito adecuado a otras etapas superiores, en caso contrario, aparecerán crisis no resueltas que obstaculizarán su desarrollo ulterior.

La palabra adolescencia proviene del Latín *Adolescens*, participio presente del verbo *adoleceré* que significa crecer. Para esta etapa del ciclo vital encontramos un acuerdo generalizado entre los psicólogos con respecto a las tareas que plantea el desarrollo en la adolescencia, la mayoría coincide en que los problemas a superar consisten en lograr cierto grado de independencia y autonomía de sus padres y lograr una identidad, es decir, construir un Yo integrado capaz de articular armónicamente los elementos de la personalidad (Craig, 1997).

Para lograr una mejor explicación de estas tareas nos apoyaremos en los conceptos de Simbiosis enlazado a su efecto consecuente traducido en Dependencia, y el de Separación-Individuación, mismo que posibilita la autonomía e independencia del adolescente; mencionando los elementos importantes en la formación y consolidación de la identidad psicosexual.

1).- La Simbiosis y el Proceso de Separación Individuación.

El término de simbiosis primeramente fue utilizado en las ciencias biológicas para describir la asociación y vida conjunta de dos seres con beneficio recíproco; Wallon (1965) fue quien introdujo este concepto a la psicología, aplicado a un estado primitivo del desarrollo ontogenético caracterizada por una dependencia total y una indiferenciación del niño para con su madre, por la no discriminación entre ellos y por la falta de autonomía de ambos.

Según la teoría de la simbiosis humana de Margaret Mahler, este concepto describe un estado de indiferenciación; de fusión con la madre, en el que el “yo” aún no es diferenciado del “no yo”, en donde lo interno y lo externo solo empiezan a sentirse gradualmente diferentes. La etapa simbiótica propiamente dicha empieza alrededor del tercer mes de vida del infante, formando una unidad dual simbiótica con la madre, hacia la cual se vuelve libidinalmente; esta forma de relación va transformándose a medida de que el recién nacido va desarrollando su potencial físico y psicosocial, posibilitándole una diferenciación más clara entre el “yo” y el “no yo”, favoreciendo las condiciones para el establecimiento gradual de la identidad (Mahler, 1968).

Masterson (1975) coincide con Mahler (1968) en el planteamiento de que el período de simbiosis se extiende de los 3 a los 18 meses de nacido y que la madre realiza las funciones

del Yo del niño; durante esta fase simbiótica; posteriormente sigue la etapa de separación individuación, aproximadamente entre los 18 y 36 meses, que coincide con el desarrollo del aparato locomotor del niño, lo que favorece este proceso, originando además que el niño comience a diferenciarse de la madre.

Blos (1971), postula que en la adolescencia ocurre un segundo paso hacia la individuación, el primero fue al final de los dos años de vida, cuando el niño diferencia entre el ser y no ser. En este segundo paso sucede algo similar pero más complejo; el adolescente debe transitar desde las etapas de autoconciencia y de existencia fragmentadas para que al final pueda consolidar su identidad y autonomía. Aparecen esfuerzos resistentes, opuestos y rebeldes, etapas de experimentación y excesos en el proceso de autodefinición, que son de gran utilidad para llegar a la individuación y a la autonomía, esto se logra cuando el adolescente empieza a darse cuenta y a aceptarse en esa diferenciación.

Para Knobel (1988), la adolescencia es un período de transición entre la pubertad y la adultez, el cual va a variar de acuerdo a la sociedad, no obstante hay una característica esencial: la reformulación del concepto de sí mismo para abandonar su auto imagen infantil, es decir abandonar las conductas y actitudes infantiles, para sustituirlas por conductas que lo ayudarán a proyectarse al futuro, hacia la adultez. De esto se puede inferir que la adolescencia está integrada por un proceso de desprendimiento y de cambio, el cual puede verse favorecido u obstaculizado por circunstancias sociales y culturales. La adolescencia debe ser estudiada como un continuo en el desarrollo, en donde el joven se entrena en la aceptación de sus cambios corporales y en el uso adecuado de su genitalidad.

Para convertirse en adulto el adolescente debe volver a fundamentar su personalidad sobre una base de autonomía, renunciar al estado de dependencia que procedía de su subordinación a sus padres y a los adultos, para conquistar un estatuto independiente, hallar en sí mismos y no ya en la aceptación de los otros, las razones de la propia estimación y de la seguridad interior, elegir los valores que considere los más válidos en lugar de seguir con lealtad y fidelidad las instrucciones de una persona a la que se ha sometido (Lutte, 1995).

El conflicto básico de la crisis adolescente es la elaboración del vínculo de dependencia simbiótica y la remoción de sus relaciones objetales. Los procesos de desprendimiento y diferenciación, tienden a desorganizar y desestructurar la precaria identidad lograda hasta ese momento, por lo que el joven realizará intentos por reconstruir sus relaciones objetales en otro nivel. Frente al riesgo de pérdida del vínculo en la “desimbiotización”, el adolescente intenta la superación del conflicto recreando regresivamente la situación simbiótica mediante la adhesión a sustitutos, personas o cosas. Tal sería, por ejemplo, la afiliación a un grupo extra familiar, o en ciertos casos: el grupo de contemporáneos, la pandilla, los amigos íntimos, la pareja amorosa idealizada del adolescente. La vestimenta, el cigarrillo, las drogas y medicamentos expresan, así mismo, la adhesión a un sustituto con el que se intenta recrear la situación perdida y el reemplazo del necesitado vínculo simbiótico, con cierta recuperación del equilibrio perdido (Aberaustery, Kalina, Knobel, Lusting y Zak, 1978).

La conquista de la autonomía necesita de la desidealización de los padres que se manifiesta a través de la crítica, la percepción de sus defectos y de sus límites, que deriva en muchas veces en la construcción de un sistema de valores personal. En la adolescencia temprana

surgen amistades idealizadas con personas del mismo sexo, se buscan nuevos amigos que adquieren gran importancia y significación. El grupo de pares adquiere gran importancia, determinada por los intentos de emancipación de la familia, tendiendo a que los chicos prefieran la compañía de sus amigos (Lieberman, 1968).

El grupo apunta los modelos de comportamiento del adolescente, en especial las cualidades de sociabilización. Los lazos de subordinación a los padres son sustituidos gradualmente por la satelización en torno a otras personas o grupos a los que el adolescente se apega con lazos emotivos menos intensos. Este proceso puede facilitar el acceso a la autonomía (Lieberman, 1968).

Al integrarse a grupos, los chicos reciben presiones de los compañeros para pensar, actuar y sentir en determinada manera, influir en los amigos o recibir influencia de ellos es un aspecto natural ya que permite fortalecer los sentimientos de pertenencia al grupo, aunque muchos jóvenes se sienten afectados por la presión del grupo y manifiestan que tienen que comportarse en cierto sentido para ser aceptados (Douglas y Bweiner, 1998). Curtis (1975), observa en algunos adolescentes que mientras más independientes se vuelven con respecto de sus padres, pueden verse más influenciados por el grupo. Este intento de emancipación puede transformarse en una persistente negativa para cumplir las expectativas de los padres, los adolescentes se comienzan a convertir en lo que los padres no quieren y más temen, ya sea un toxicómano, un desviado o simplemente se niega a estudiar; este proceso es identificado por Erikson (1968) como identidad negativa.

La importancia de ser aceptado en el grupo, hace que la mayoría de los jóvenes en la adolescencia temprana, expresen un creciente conformismo con las pautas del grupo para causar una buena impresión, a medida de que van madurando y transitando hacia la adolescencia media, tienden a moderar estas preocupaciones, y la clara disposición hacia el grupo de compañeros se sustituye gradualmente por amistades más selectivas y por intereses heterosociales, la influencia parental y de los compañeros se ven sustituidas paulatinamente por el pensamiento independiente. En la adolescencia tardía, ni los padres ni el grupo dominan las opiniones individuales de los jóvenes, quienes comienzan a regular su conducta y tomar sus propias decisiones, permanecer subordinado al grupo representa un estancamiento que puede derivar en una patología cuando existe fijación en alguna etapa de la vida y se deja de madurar (Levinsky, 1998).

Sin embargo, los ritmos y los modos de este proceso de separación, de individualización, de autonomía, no son claros puesto que no están programados por la sociedad, sino que dejan en gran parte a la iniciativa de los padres y de los adolescentes. Unas veces el adolescente no desea hacerse autónomo, otras veces los padres no quieren renunciar al dominio que ejercen sobre su hijo, aunque éste haya llegado a la mayoría de edad; no es raro ver a algunos adultos que dependen todavía de sus padres (Lutte, 1995).

Muchos adolescentes experimentan ambivalencia con respecto al proceso, producida por sentimientos contradictorios ante el abandono del estado de protección de su infancia y las responsabilidades del crecimiento, significando que ya sus padres no les suministren dinero para sus gastos, que tomen por ellos determinadas decisiones difíciles o que carguen con las consecuencias de sus actos o errores. Los jóvenes tendrán que afrontar situaciones novedosa, ante las cuales muchas veces pueden sentirse incapaces, tales como ir a buscar

un trabajo o actuar como adultos al tratar con empleados; por lo que los jóvenes se resisten a la presión y prefieren aquellos tiempos de infancia. Debido a esta situación podemos observar que muchas veces se alternan conductas maduras con infantiles (Douglas y Bweiner, 1998).

La misma ambivalencia se encuentra en los padres, quienes muchas veces consideran a su hijo como adulto cuando se trata de recordarle sus responsabilidades y como niño cuando reclama sus derechos. Pueden estar orgullosos de ver que se comporta como un adulto y a la vez negarse a perder su poder sobre él. El proceso de separación puede llevar consigo, conflictos, crisis y angustias, para los padres y para sus adolescentes (Lutte, 1995).

Anthony (1969), señala que los padres pueden caer en una depresión cuando sienten que pierden a los hijos adolescentes y hacen intentos por impedir que se alejen, estos intentos pueden ir desde que los padres intenten comportarse como un nuevo compañero del adolescente, tratar de vivir al mismo ritmo de él. Tratan de ser objetos nuevos sin lograrlo. También puede suceder que los padres sometan a sus hijos desde niños, por lo que nunca son adolescentes y la niñez se prolonga, así los padres poseen a su hijo por siempre.

Las fallas en la comunicación también puede obstaculizar el proceso, originando conflictos entre los padres y el adolescente, que deriva de la incomunicación recíproca; muchas veces los adolescentes no consiguen establecer un diálogo constructivo con sus padres sobre sus problemas íntimos, no sienten la suficiente confianza para expresar sus sentimientos, opiniones o expectativas (Lutte, 1995).

Las familias deben de adaptarse conforme los adolescentes o jóvenes adultos se hacen más independientes y se preparan para dejar el hogar, padres e hijos deben renegociar sus funciones, la separación y la afirmación personal no con características dañinas, sino que convienen a esta edad y son cruciales para un desarrollo que algunas familias promueven, pero que otras lo obstaculizan (Craig, 1997).

Durante la parte final de la adolescencia y principios de la edad adulta, se presenta una de las etapas más importantes en que el individuo va consolidando su autonomía, muchos investigadores opinan que las batallas libradas por actividades cotidianas como los quehaceres de la casa, el arreglo de la ropa, las tareas escolares o las comidas familiares; sirven a un propósito útil, pues permiten que los adolescentes o los jóvenes adultos, prueben su independencia en la seguridad de su hogar sobre asuntos relativamente menores; de esta manera padres e hijos negocian relaciones nuevas para evitar la rebelión o separación dolorosa de la familia. El joven ha de ganar más independencia para su vida y los padres tienen que aprender a ver a su hijo como un igual, con derecho a tener opiniones diferentes (Flaste, 1988, cita Douglas y Bweiner, 1998).

Es frecuente observar que los jóvenes se encuentran justamente en este proceso de separación e individuación de sus familias, así como en la fase de consolidación psicosexual de "sí mismos"; Hoffman (1984) identificó cuatro clases de independencia que aparecen en este proceso. La primera es la independencia emocional, en la que el joven adulto se vuelve menos dependiente en lo social y psicológico del apoyo y el amor de sus padres. La segunda es la independencia actitudinal, que consiste en la adquisición de actitudes, valores

y creencias diferentes a la de los padres. La independencia funcional que es la capacidad del joven para mantenerse económicamente y hacerse cargo de los problemas cotidianos. Por último la independencia de conflictos que consiste en separarse de los padres sin sentimientos de culpa o traición.

Para Douvan y Adelson (1966 cita Aguirre, 1998), el desarrollo de la independencia y autonomía de los adolescentes con respecto a sus padres, se manifiesta en tres formas distintas de comportamiento: la autonomía emocional que se refiere al grado en que el chico ha logrado liberarse de los vínculos infantiles que le unen a su familia; la autonomía de conducta que se refiere al grado en que es capaz de actuar y decidir por sí mismo y la autonomía de valores morales que hace referencia al grado en que el joven puede regirse por sus propios criterios morales. Sin embargo, al concluir la edad adolescente no siempre se logra la adquisición de la independencia, factores sociales como el aplazamiento al status adulto, es decir oportunidades laborales o fundación de un hogar; y circunstancias personales en la adquisición de la propia identidad, pueden alargar la ambigua situación de dependencia-independencia que caracteriza a la adolescencia psicológica (Aguirre, 1998).

La autonomía exterior y sobretodo interior, consiste en la posibilidad de tomar de modo personal las decisiones sobre la propia existencia sin sentimientos de culpabilidad, sin depender del Superyó interiorizado de los padres. Es un objetivo difícil de alcanzar completamente durante la adolescencia. Una persona puede ganarse la vida, decidir si quiere estudiar en la universidad o trabajar, obrar como cree conveniente, y no estar emancipada. No lo está si no ha salido de la rebelión, si tiene sentimientos de culpabilidad o una necesidad continua de juzgar sus acciones no en función de sus criterios sino de los criterios que atribuye a sus padres (Jersil 1957).

La simbiosis no siempre se resuelve en los primeros años de vida, Bleger (1968), señala que en el adulto se ha reconocido una forma de simbiosis, entendida como la persistencia de niveles psicológicos muy primitivos de la personalidad, donde existe una carencia de la diferenciación entre el Yo y el No Yo. Aberasturi, Kalina, Knobel, Lusting y Zak, (1978), en coincidencia observan la permanencia de los vínculos simbióticos coexistiendo con aspectos más diferenciados e individualizados de la personalidad en el adulto.

También existen adultos que psicológicamente permanecen anclados en la adolescencia, Sebald (1985), los describe como sujetos con un patrón conductual caracterizado por un sentimiento de inferioridad, incapaz de tomar decisiones por sí mismo, altamente influenciado por los demás, pautas de comportamiento irresponsable, ansiedad, parasitismo emocional, egocentrismo y narcisismo. No se puede considerar a una persona como independiente y autónoma solo por haber sustituido la dependencia de sus padres por la subordinación a un grupo, a un jefe, a un marido o a una esposa, a una ideología.

2.- Formación y Consolidación de la Identidad Psicosexual.

Erikson (1968), destaca el concepto de “sentido interior de identidad”; para el autor, la formación de la identidad es un proceso largo y complejo, que forma un marco que integra el pasado y futuro del individuo para facilitar su presente, organiza coherentemente los comportamientos de las diferentes áreas de su vida, concilia inclinaciones y disposiciones

personales con las identificaciones tempranas suministradas por los padres, amigos, compañeros y la sociedad en su conjunto; lo cual ayuda para que la persona conozca cuál es su posición en comparación con los demás, la identidad contribuye a dar a la existencia futura dirección, propósito y sentido.

Durante la infancia se desarrollan diferentes patrones de comportamiento, por ejemplo como hijo, hermano mayor o menor, amigo, etc.; al llegar a la adolescencia las nuevas capacidades cognitivas permiten analizar esas funciones, descubrir incoherencias y conflictos en algunas y reestructurarlas para forjar una identidad nueva. Este proceso requiere el abandono de papeles viejos y establecer nuevas relaciones con padres hermanos y compañeros. Erikson (1968), establece que el cometido de la formación de la identidad es el principal obstáculo que los adolescentes tienen que superar para transitar satisfactoriamente a la edad adulta.

Para Erikson (1968), además de la búsqueda de independencia, otra de las tareas fundamentales durante la adolescencia y juventud consiste en establecer una identidad en función de las relaciones íntimas personales y el trabajo. La tarea de la formación de la identidad es un proceso continuo; los adultos deben adaptarse en tanto su mundo interno y externo cambia, aunque muchas de las facetas de la identidad del adulto ya se han establecido al comienzo de la vida adulta, otras tantas siguen apareciendo. La gente que se ha entregado y comprometido con su trabajo tomará de ahí mucho de su sentido de identidad, otro lo harán menos de su profesión y más de su familia o de otras fuentes.

En las etapas de la adolescencia, Blos (1971), identifica la adolescencia tardía y la postadolescencia; importantes para la transición a la edad adulta del individuo. La primera, es una fase final de la adolescencia, donde el individuo gana en acción propositiva, integración social, constancia de emociones, predictibilidad y estabilidad en la autoestima; en resumen, es una etapa de consolidación de la identidad y de la unificación del “yo”, entre otras cosas. La segunda es una transición entre la adolescencia y la edad adulta, que conducen a una delimitación de metas definibles como tareas de vida, en términos de relaciones permanentes, roles y selecciones del medio ambiente, que se vuelven las funciones más importantes, durante el período de la postadolescencia emerge la personalidad moral con su énfasis en la dignidad personal o autoestima, más que en la dependencia superyoica y la gratificación instintiva.

Una de las dificultades mayores en la postadolescencia es la “fantasía de rescate” en la que el joven en lugar de vivir para dominar las tareas de la vida, espera que las circunstancias de la vida dominaran las tareas de vivir. En otras palabras, espera que el conflicto pueda ser solucionado por el arreglo de un medio ambiente benéfico; especialmente la madre como extinguidora de tensiones y la reguladora de autoestima, nunca ha sido abandonada. La sobrevaluación de los padres ha sido transferida al medio ambiente, que según la fantasía, podría favorecer a la persona elegida. Esta fantasía de rescate, se refiere a la esperanza de ser rescatado por una persona, por circunstancias, por privilegios, por buena fortuna o suerte; que pueden ser traducidas en expresiones que representan el aspecto comunicable de la fantasía: “Si solo tuviera trabajo”, “si tuviera un nombre diferente”, “si viviera en otro lugar”, todo sería diferente (Blos (1971)).

Al parecer esta fantasía de rescate en su componente cognitivo irracional obstaculiza la consolidación de la propia identidad como ser autónomo e independiente; entendiendo a la identidad, de acuerdo a Erikson (1985), como un acuerdo gradual entre la variedad de autoimágenes que fueron experimentadas a lo largo de la niñez y las oportunidades de roles que se les ofrecen a los jóvenes para que seleccionen y se comprometan en una fase de consolidación de la identidad psicosexual y formación del “sí mismo”.

La formación de la identidad emerge como una configuración evolutiva que se integra en forma gradual a lo dado constitucionalmente, las necesidades libidinales particulares, las capacidades promovidas, las identificaciones significativas, las defensas efectivas, las sublimaciones exitosas y los roles consistentes. Relacionado con el desarrollo de la identidad se encuentra la intimidad con las amistades o con una pareja comprometida, la intimidad es un factor crucial para lograr una relación amorosa satisfactoria; el logro de la intimidad es el más importante de la juventud; quienes son incapaces de formar relaciones íntimas en este período crítico han de sufrir problemas y sentimientos de depresión, aislamiento y desconfianza (Erikson 1968).

En la búsqueda de su identidad el adolescente aprende a utilizar su genitalidad para la procreación, un hecho que influye significativamente para que el adolescente logre su identidad adulta en la búsqueda del sí mismo, es la interacción de procesos psicológicos básicos como: la disociación, proyección, introyección e identificación, los cuales logran determinar la personalidad, es decir la individuación, lo que Ericsson (1961, cita Knobel, 1988) denomina entidad yoica.

El sí mismo (self) implica el conocimiento de la entidad biológica, psicológica y física de la personalidad. En este conocimiento se encuentran íntimamente ligados los conceptos de cuerpo y esquema mental corporal que es igual a la representación mental que el individuo tiene de su propio cuerpo, que logra a través de la disociación, proyección e introyección; para esto es necesario el duelo infantil, ya que esto implica una modificación del cuerpo infantil (Horrocks, 1984).

En esta búsqueda se incluye la formación del auto concepto, que según Sherif y Sherif (1965, cita Knobel, 1988) es el Yo. El auto concepto se forma a través de la concepción que otros tienen de él y de la asimilación de los valores que lo rodea, así se logra la identidad o auto conocimiento.

Grinberg (1971) menciona que la identidad es tener la noción de un Yo, saber quien soy dentro de un concepto de mismidad y continuidad, que se relaciona con las sensaciones corporales a través de la fantasía y con las identificaciones logradas por los procesos de proyección e introyección.

En esta búsqueda de identidad el adolescente se apoya en la uniformidad que le brinda seguridad y estima personal, originándose una identificación masiva de la cual se deriva la tendencia grupal del adolescente, tan intensa que no puede separarse de su grupo, encontrándose aparentemente mas ligado a este que a su núcleo familiar y prefiere seguirlos en cuanto a vestimenta, costumbres y conductas, de esta manera también hay una oposición

a las figuras parentales, el grupo sirve para seguir dependiendo de alguien, en este caso del grupo mismo (Lutte, 1995).

D),- La Resonancia Psicológica.

En la física el concepto de resonancia se refiere a la expansión o reverberación que pueden tener las ondas sonoras en su viaje, ya sea a través del aire o sobre un cuerpo, es decir, si tenemos una estructura tubular y la golpeamos en un extremo, podremos observar como las ondas sonoras que se producen por el impacto, viajan a través de esta estructura produciendo una vibración en la totalidad del cuerpo.

En el ámbito psicológico, se refiere a la repercusión que tiene en un individuo aquellos aspectos que tienen algo en común con su historia personal; en la psicoterapia individual la resonancia refiere a como un paciente en determinado momento se enfrenta a situaciones donde actúa como en el pasado, justo en un aspecto regresivo o de fijación. En la práctica clínica grupal, se describe como un mecanismo que establece una conexión inconsciente, que abarca a todos los miembros del grupo, que los relaciona entre sí y que los influye en cuanto a sus procesos psicológicos (Foulkes, 1981).

El fenómeno paralelo de la resonancia psicológica se manifiesta en la psicoterapia grupal como la manera en que repercute en los miembros del grupo de supervisión lo acaecido en el grupo de psicoterapia, tanto a nivel de pensamientos, sentimientos, recuerdos y percepción. La resonancia sería entonces compartir un sentimiento y actuarlo durante el proceso de la supervisión, convirtiéndose el grupo de supervisión en una caja de resonancia de las fantasías inconscientes del grupo terapéutico, en donde el foco latente en un grupo coincide con el organizador psíquico del otro (Yussif, 1995).

Precisamente una de las líneas de investigación de este trabajo consiste en observar este fenómeno paralelo en esta práctica clínica, analizando la resonancia psicológica entre el grupo de pacientes con quienes se trabaja para impulsarlos en el proceso de separación individuación y la consolidación de su identidad psicosexual, y su repercusión en los procesos del grupo académico quien realiza este trabajo clínico supervisado bajo un enfoque vivencial.

III.~ ELABORACIÓN DEL REPORTE FINAL

IV).- METODOLOGÍA

Este trabajo consigna el reporte de una práctica clínica supervisada de corte psicoanalítico, de tiempo limitado, cuyos objetivos terapéuticos se dirigen a promover la separación individuación y la consolidación de la identidad psicosexual de los pacientes, así como la observación, documentación y descripción de los efectos paralelos de resonancia psicológica que pudiesen aparecer como consecuencia de la interrelación terapéutica entre los pacientes y el grupo de alumnos que se encuentran bajo supervisión. Esta tesis plantea tres líneas de estudio para el análisis de nuestro tema:

- Identificar y describir, de acuerdo al psicodiagnóstico personal, aquellas posiciones de simbiosis-dependencia que causan conflicto a cada uno de los pacientes, en el proceso de separación-individuación.
- Registrar y cuantificar individual y grupalmente, las posiciones de simbiosis-dependencia y las de separación individuación, observadas en los pacientes durante el proceso terapéutico, como parámetros de medición para determinar el impacto terapéutico en los pacientes, bajo este particular modelo de práctica clínica supervisada.
- Identificar y describir los procesos paralelos de Resonancia Psicológica que pudiesen aparecer durante las sesiones terapéuticas, entre el grupo de pacientes y el grupo académico supervisado, como resultado de la mutua influencia, con relación a las posiciones de simbiosis-dependencia y de separación-individuación; estableciendo las similitudes o diferencias en el comportamiento de ambos grupos.

Con objeto de establecer los criterios para el registro y la medición de las variables a que hacen referencia los objetivos mencionados, a continuación se presentan las definiciones operacionales de las respuestas denominadas Simbiosis-Dependencia, Separación-Individuación y Resonancia.

✓ **Simbiosis-Dependencia.**

En sentido general, por Dependencia hemos de entender todas aquellas respuestas verbales y no verbales de los pacientes que nos indiquen una actitud de subordinación o demanda hacia otros individuos o cosas, caracterizada por un comportamiento que busca la aprobación, apoyo y atención por parte de sus padres, familia de origen, a su ambiente, o los grupos a que pertenezcan, personas que los rodean, tales como la pareja, amigos íntimos o el mismo terapeuta, provocando que se comporte de acuerdo a las expectativas de los demás y no como producto de una autonomía conductual; sin asumir la responsabilidad de sus actos y una tendencia a culpar a los demás de sus propias acciones. En el aspecto funcional existe una incapacidad para mantenerse económicamente y hacerse cargo de sus problemas cotidianos, en el aspecto sentimental el conflicto afectivo por sentimientos de culpa o traición por la separación de sus objetos o por la expresión libre de sentimientos u opiniones por temor a dañar o causar una mala impresión a sus padres o grupos de referencia.

✓ **Separación-Individuación.**

Por Separación-Individuación hemos de entender todas aquellas respuestas verbales y no verbales de los pacientes que nos indiquen una actitud de autonomía e independencia, en lo económico, afectivo y conductual, ya sea con respecto a su familia de origen, al ambiente, al grupo, la pareja o con los terapeutas; posición encaminada a responsabilizarse en el aquí y el ahora de sus problemas y conflictos, así como en la búsqueda de sus soluciones, asumiendo las consecuencias de su conducta.

✓ **Resonancia.**

Por Resonancia Psicológica entenderemos los fenómenos paralelos originados en el grupo académico por una conexión inconsciente entre ambos grupos, en donde se pueda apreciar el proceso terapéutico que experimentan los pacientes producen un efecto de replica en los procesos psicológicos del grupo académico.

En el caso que nos ocupa, se analiza la dinámica de las sesiones terapéuticas en el aspecto de las posiciones de Dependencia y de Separación Individuación de los pacientes y su probable relación con estos mismos procesos dentro del grupo académico, en otras palabras, se pretende contribuir al debate de la existencia de este fenómeno.

Este reporte se organiza bajo seis puntos a desarrollar:

1. **ESTUDIO DE CASOS:** En esta sección se aborda de manera particular la casuística de los pacientes que integraron el grupo terapéutico, destacando los datos concernientes a su dificultad para asumir patrones de separación-individuación; por consideraciones éticas, esta información es un extracto representativo de las fichas elaboradas durante el proceso.
2. **EL PROCESO TERAPÉUTICO:** A través del estudio de los videos y transcripciones de las sesiones, se realizó una síntesis de las mismas, resaltando las respuestas individuales y grupales de simbiosis-dependencia vs. separación-individuación, así como su registro y cuantificación. Las 24 sesiones que integraron la intervención son presentadas en 3 cortes de 8 sesiones cada uno, en los que se resume el desarrollo del proceso terapéutico.
3. **PROCESOS PARALELOS:** Esta sección se orienta hacia el análisis cualitativo de la relación que se establece entre el grupo de estudiantes cuyo trabajo es supervisado y el grupo de pacientes que reciben terapia; enfatizando los procesos paralelos de resonancia psicológica resultado de la coincidencia en el organizador psíquico de ambos grupos, relacionado con el proceso de separación individuación y consolidación de la identidad.
4. **ANÁLISIS DE DATOS:** En esta sección se lleva a cabo el análisis individual y grupal de la información cuantitativa y cualitativa relacionada con el proceso de separación individuación de los pacientes, así como el correspondiente a los procesos paralelos de resonancia psicológica observados en la dinámica del grupo académico.

5. **ASPECTOS FORMATIVOS DE ESTA PRÁCTICA CLÍNICA:** En este rubro se incluyen aquellos datos del curso de Psicoterapia de Grupo Bajo Supervisión, relacionados con la formación profesional del futuro terapeuta grupal, desde el punto de vista práctico, didáctico y vivencial, en especial, aquellos que puedan contribuir en su propio crecimiento, hacia una separación individuación como un reflejo de la misma intervención terapéutica, como consecuencia de la resonancia psicológica.
6. **DISCUSIÓN FINAL:** Por último se plantean los comentarios y conclusiones finales, sobre la base de la descripción y análisis de la información, que se desprenden de esta experiencia.

A).- SUJETOS.-

Se analiza en el reporte final dos grupos de sujetos, el grupo académico y el grupo terapéutico; el primero de ellos integrado por la docente encargada y 9 alumnos regulares de la Especialidad que acuden al Centro a cursar la materia antes mencionada, entre los 28 y 34 años de edad, predomina el sexo femenino y solamente 2 son del sexo masculino; todos se encuentran en el mismo nivel escolar, cursando el segundo año de la especialidad; toda vez que este curso tuvo una duración de dos semestres, adquiere un significado particular, ya que tiene las características de un curso terminal, en el que además de poner en práctica los conocimientos y habilidades obtenidas, coincide con la separación del ámbito Institucional y la consolidación de una identidad profesional para el trabajo en el campo clínico. Es importante señalar que antes de este curso, el grupo sufrió la deserción de un 40% de sus integrantes y al inscribirse al tercer semestre experimentó la adición de 3 alumnos, por lo que enfrentó un duelo por la pérdida de sus compañeros y un proceso de integración de los nuevos compañeros.

El grupo terapéutico se conforma de aquellas personas que previamente acudieron al Centro de Servicios Psicológicos solicitando atención psicológica y que fueron atendidos por el grupo denominado académico; para cuya formación se realizó un procedimiento de selección, partiendo del análisis de las fichas de solicitud, que con anterioridad fueron formuladas por la comunidad estudiantil universitaria, así como por el público en general. En el examen de las fichas de admisión correspondientes, se otorgó especial atención a los datos relacionados con el motivo de consulta, edad y ocupación; dando preferencia a los estudiantes de la UNAM, toda vez que uno de los objetivos de este Centro es el de apoyo a la comunidad estudiantil, cuyos motivos de consulta evidenciaron dificultades en el manejo de sus relaciones familiares e interpersonales, dependencia e identidad psicosexual, así como todos aquellos conflictos relacionados con el proceso de separación individuación.

Como resultado de este primer filtro, se determinó a los candidatos que cumplieron con las condiciones arriba descritas y pasaron a una segunda fase para seleccionar a quienes se ajustaran específicamente a las condiciones y objetivos de la psicoterapia, que más adelante se comenta.

Cada uno de los integrantes del grupo académico recibió la consigna de atender a cuatro pacientes en promedio y establecer las citas necesarias para realizar una entrevista individual de corte psicodinámico y la aplicación de una batería de test psicológicos integrada por las pruebas de Bender, el Machover, el M.M.P.I., el H.T.P. y una autobiografía, elaboración de la historia clínica y el psicodiagnóstico de cada uno de ellos.

Con la información recabada, se efectuaron diversas sesiones de supervisión de los casos clínicos entre la titular y el grupo académico, con el objeto de realizar el análisis psicodinámico de cada paciente, su diagnóstico clínico y valorar las posibilidades de incluirlo en el grupo terapéutico; a continuación se mencionan los criterios básicos que fueron utilizados:

- 1) Se aseguró que los pacientes no presentaran dificultades psicológicas complicadas o profundas, por lo que se excluyeron aquellos casos en que el psicodiagnóstico nos señalara desviaciones sexuales, psicosis, psicopatías, caracteropatías, duelos recientes o patológicos, farmacodependencia, perversiones, incestos, violaciones, patología suicida; en términos generales, perturbaciones y estructuras que no pudiesen obtener beneficio de un tratamiento con objetivos y tiempo limitados.
- 2) El motivo de la consulta debía relacionarse con el objetivo terapéutico de la separación individuación y consolidación de la identidad psicosexual.
- 3) La psicodinámica de cada paciente no debía representar un obstáculo para la integración y tratamiento del grupo terapéutico. Las reuniones de supervisión para el análisis de la información, se efectuaron en el propio Centro; en ellas, cada uno de los responsables clínicamente del caso, expuso una síntesis de su evaluación, expresando su opinión acerca de la inclusión o exclusión de los pacientes al grupo terapéutico, inmediatamente después dichos elementos fueron puestos a consideración de los demás integrantes dando principio a una discusión del grupo académico para llegar a la propuesta definitiva.

Supervisados los casos clínicos, se integró un grupo de 10 pacientes para recibir tratamiento, en el caso de los pacientes que quedaron fuera del grupo terapéutico, fueron canalizados a servicios más adecuados a sus necesidades psicológicas.

B).- PROCEDIMIENTO.-

En paralelo a la selección de los pacientes, el grupo académico, como parte de su proceso de aprendizaje, recibió sesiones de revisión y discusión del material teórico y entrenamiento en la entrevista psicodinámica, con el objeto de establecer las condiciones básicas para la intervención terapéutica, cuyas características esenciales se ajustaron al modelo de la psicoterapia grupal. El objetivo terapéutico del tratamiento fue la separación individuación y la consolidación de la identidad psicosexual de los pacientes, para lograrlo se trabajó en una psicoterapia breve con orientación psicoanalítica; integrada por de 24 sesiones, con una duración de 1 hora con 30 minutos por cada sesión; debido a estas características de tiempo limitado, debía mantenerse claramente el procedimiento y el foco de los objetivos, trabajando básicamente en el aquí y el ahora.

El paso siguiente consistió en determinar la pareja de coterapeutas de entre el grupo académico, quienes se encargaron de la conducción de la psicoterapia, para lo cual se solicitó a los alumnos que formaran parejas a su elección con aquellos compañeros con quienes se sintieran cómodos trabajando, la formación de estas parejas también estuvo bajo supervisión, así como sus razones para trabajar juntos.

Una vez designada la pareja de coterapeutas, los demás miembros del grupo académico se organizaron para formar un grupo de observación en la cámara Gessel, con funciones bien definidas: a) la observación de la sesión terapéutica tomando las notas necesarias acerca de la misma, b) realizar una video filmación de cada una de las sesiones, c) realizar una grabación en una cinta magnetofónica de todas y cada una de las sesiones, y d) elaborar una transcripción íntegra de cada sesión, de acuerdo a las grabaciones magnetofónicas.

Las sesiones terapéuticas se llevaron a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad; el esquema general de la supervisión se estructuró en tres etapas, mismas que a continuación se describen:

- 1) Reunión pre sesión: Antes de cada sesión terapéutica los integrantes del grupo académico se reunían con la supervisora, con el propósito de planear la intervención correspondiente a ese día, de acuerdo con la información recabada en la sesión pasada, adicionalmente se revisaba material y técnico relacionado con el proceso terapéutico y se daba orientación teórica y práctica para el buen desarrollo de la sesión.
- 2) Sesión terapéutica: Para la sesión terapéutica la indicación fundamental consistía en esperar a que a iniciativa del grupo fluyera el material clínico de su elección, conduciendo posteriormente al grupo suavemente hacia lo que anteriormente se había planeado.
- 3) Reunión post sesión: Al término de cada sesión terapéutica, nuevamente se reunía el grupo académico para continuar con este modelo de supervisión, la cual se proporcionó a dos niveles: por un lado se supervisó el trabajo de los coterapeutas a través de las observaciones del titular y del resto del grupo académico, y por otro lado, las movilizaciones emocionales experimentadas el grupo académico con motivo del mismo proceso, tales como la identificación, los celos, la envidia y la rivalidad; situación que justamente es la que imprimía el carácter vivencial a esta supervisión.

En la primera sesión, con la que inició formalmente el tratamiento, se dio la instrucción de esperar a que fluyera naturalmente el material con el que dispusiera el grupo y en el momento oportuno proceder a la formulación del contrato terapéutico, informándole a los pacientes que cada sesión sería grabada y filmada por un equipo de observadores, quienes formaban parte del equipo terapéutico y que se encontraban en la cámara Gessel, adicionalmente se les señaló las normas referentes al encuadre; la regularidad de las sesiones, asistencias, puntualidad, cuotas, discreción y contactos fuera de la sesión, así como tiempo y duración del mencionado contrato.

En relación a la pareja de coterapeutas, se les instruyó que en todo momento deberían estar conscientes de su papel analítico grupal.

Las intervenciones en general, se orientaron hacia al análisis de la resistencia y de las defensas a través de la clarificación, confrontación e interpretación, evitando todo lo que implicara impartir normas, directivas, instrucciones o sugerencias de cualquier índole.

C).- APARATOS

Cámara Gessel, cámara de video grabación, video grabadora, cintas de video grabación, grabadora magnetofónica, cintas de grabación de audio, micrófonos y equipo de sonido.

D).- REGISTRO DE DATOS.

La información y datos recabados durante las sesiones de supervisión, previas y posteriores a las sesiones terapéuticas, fueron asentados en una minuta de trabajo, en donde se sintetizaron los principales acontecimientos que se presentaron.

Cada una de las sesiones terapéuticas fue filmada y grabada por los observadores ubicados en la cámara Gessel; quienes también llevaron a cabo registros observacionales, y sobre la base de la información recopilada, elaboraron una transcripción fiel de los diálogos que se efectuaron durante la misma.

Adicionalmente, las coterapeutas realizaron una minuta por cada sesión, sintetizando lo acontecido, en donde se describieron el tema central y los demás temas tratados, los contenidos manifiesto y latente, los hechos significativos y la modalidad de participación y material expresado por cada uno de los pacientes.

E).- ESTRATEGIA DE ANÁLISIS.

Para la agrupación y análisis de los datos registrados se procedió de la siguiente manera:

1. De acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista inicial y la aplicación de la batería de test, se integró el diagnóstico y la psicodinámica de cada paciente, conformando así el estudio de casos individuales; a pesar de que existen fichas exhaustivas que contienen la información completa de los pacientes, en el caso de esta exposición, por consideraciones éticas, solamente se presenta una síntesis de datos significativos para uso clínico, sin comprometer la identidad de los titulares.
2. Se ordenaron durante cada sesión terapéutica los datos recabados, a través de las grabaciones, filmes y transcripciones; elaborando una minuta considerando el contenido manifiesto, los temas centrales, así como los acontecimientos significativos que sucedieron durante la sesión. De la misma manera se registró la frecuencia de las respuestas de Simbiosis-Dependencia y de Separación-Individuación de cada paciente por cada sesión. Este material se clasificó a nivel individual y grupal, de acuerdo a la fase en que se encontraba el grupo con relación al proceso terapéutico, el cual para efectos de organización se dividió en tres fases; la inicial, que comprendió de la primera a la octava sesión, en cuyo período se realizó el encuadre, socialización e integración del grupo de pacientes; la fase intermedia que incluyó de la novena a la décima sexta sesión y la fase final que fue el período del cierre del proceso, abarcando desde la sesión décima séptima a la última sesión marcado en el contrato terapéutico.

3. Con el propósito de investigar sobre el fenómeno de la Resonancia Psicológica, se procedió a registrar y ordenar la información obtenidas de las minutas de trabajo supervisado que efectuó el grupo académico, antes y después de cada sesión terapéutica, identificando las respuestas de Simbiosis-Dependencia y de Separación-Individuación que en resonancia al grupo terapéutico asumía el grupo académico, señalando la relación y similitud entre los momentos de la supervisión y las fases del proceso terapéutico; el cual fue dividido en tres fases, igual que en el punto anterior, el análisis presentado es de índole cualitativo.

V).- ESTUDIO DE CASOS

CASO 1.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: PACIENTE 1

Sexo: Femenino

Edad: 21 años

Edo. Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: licenciatura

Motivo de consulta: Se siente insegura con respecto a las demostraciones de afecto hacia la pareja, quiere establecer una relación duradera, no sabe si ella tiene algo que hace que se alejen de ella, no sabe demostrar lo que siente, quiere entender mejor lo que le ocurre y poder trabajar su desarrollo emocional, esta situación le causa dificultades en la familia con sus compañeros y en el área de la sexualidad.

Historia familiar y personal: Su familia esta integrada por el padre, la madre y 3 hijos, tienen una actividad familiar en la que trabaja conjuntamente con sus padres, es ingresada a una escuela especial. No obstante progresa en sus estudios y se inscribe a una preparatoria oficial y más tarde a la Universidad, se describe como sociable y con buenas relaciones con sus compañeros y maestros. Menciona que las relaciones entre sus padres siempre han sido conflictivas, el padre es alcohólico, su madre es mas cercana a ella, con sus hermanos se lleva bien, aunque a veces tiene ciertas peleas con ellos; actualmente mantiene una relación amorosa que califica de maravillosa pero que le causa conflicto e inseguridad

Rasgos de personalidad: Significativamente defensiva aparenta que no existe conflicto, con una fuerte tendencia a negar los sentimientos desagradables. Se empeña en la búsqueda de afecto y reconocimiento de los demás, sobre todo de sus padres; experimenta fuertes períodos de tristeza. Se le dificulta expresar el afecto; despliega adecuadamente una cantidad de recursos para superar su desventaja, valora sus actividades y logros después de haberlos realizados, buena disposición al acercamiento social y un nivel elevado de actividad; se esfuerza por aparentar seguridad y firmeza para ocultar sus zonas más vulnerables

Formulación psicodiagnóstica: Inseguridad básica por rechazo temprano, sentimientos ambivalentes hacia sus padres, por un lado los ama porque se siente cuidada y protegida, y por otro, se siente rechazada con ellos porque se sintió rechazada desde su nacimiento. Mantiene una fuerte relación de dependencia emocional con sus padres, que la impulsan a buscar excesivamente su cariño y aceptación; se aprecia un Super Yo fuerte, es muy exigente consigo misma y esto le produce una gran tensión. Entre los mecanismos de defensa que emplea con mayor frecuencia esta la negación, sobre todo en relación con los impulsos y emociones negativas, también utiliza la represión y la agresión vuelta contra sí misma.

CASO 2.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: PACIENTE 2

Sexo: Femenino

Edad: 19 años

Edo. Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: licenciatura

Motivo de consulta: Siente depresión por los problemas de su vida cotidiana, llora mucho, se siente sola e incomprendida, al grado de que no le importa lo que pasa a su alrededor, reporta deseos de muerte, entre sus principales problemas menciona dificultades en sus relaciones familiares, con sus compañeros y amistades.

Historia familiar y personal: Su familia esta integrada por la madre y 5 hijos, 4 mujeres y un varón, ella ocupa el segundo lugar entre sus hermanos, todos viven en la misma casa, sus padres se separaron cuando ella tenía 5 años de edad, desde entonces continúa manteniendo alguna relación con su padre, aunque por lo general siempre es conflictiva. Menciona que la relación con sus hermanos es casi nula, 2 de ellos tienen daño orgánico, uno es recién nacido y con su hermana mayor tiene muchas dificultades por ser la preferida de su madre pues aporta económicamente y le dice que esta pagando su carrera. Desde pequeña se ha sentido poco atendida y se ha hecho cargo del cuidado de sus hermanos menores, reacciona agresivamente ante su madre cuando le llama la atención; con su hermana mayor se ha profundizado el conflicto, principalmente porque le reclama que no trabaja, siente que su hermana mayor tiene más privilegios por sus aportaciones a la economía familiar; actualmente tiene un novio que se quiere casar con ella, pero tiene miedo que la vaya a dejar, así que prefiere terminar la carrera.

Rasgos de personalidad: Es una persona centrada en sí misma, egocéntrica, narcisista, con dificultades para establecer relaciones interpersonales, evita responsabilidades y compromisos, acentuadamente dependiente, es impulsiva; posee una fuerte auto crítica, se juzga con mucha severidad, baja tolerancia a la frustración a la que en ocasiones responde con descargas agresivas de manera abierta, que aumentan sus sentimientos de culpa e inconformidad.

Formulación psicodiagnóstica: Trastorno obsesivo de la personalidad, sentimientos de abandono, soledad e ideación suicida, llanto continuo, se siente desmotivada; presenta un cuadro leve de depresión reactiva, así como una acentuada actitud dependiente que le dificulta el crecimiento, las relaciones sociales y familiares. Emplea como mecanismos de defensa la agresión vuelta contra sí misma, la racionalización y la intelectualización; estos dos últimos como elementos para no permitir ser tocada sentimentalmente.

CASO 3

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: PACIENTE 3

Sexo: Femenino

Edad: 20 años

Edo. Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: licenciatura

Motivo de consulta: Refiere baja autoestima inseguridad, depresión y apatía, a veces no tiene ganas de hacer nada, tiene dificultades en cuanto a sus relaciones familiares e interpersonales, se siente muy sola e incomprendida.

Historia familiar y personal: Su familia esta integrada por la madre y 2 hijas, ella es la mayor y viven en la misma casa, sus padres se separaron cuando ella tenía 4 años, tiene poca relación con su padre, siente un gran resentimiento por su ausencia, lo culpa de todos sus problemas, pues dice que si no las hubiera dejado las cosas serían diferentes. Reporta que su madre siempre esta trabajando y la percibe muy lejana, con su hermana no lleva una buena relación, piensa que es la preferida, se siente desplazada y sola. Trata de refugiarse con sus amigas hace todo lo posible para que la acepten, siempre tuvo la fantasía de ser la más bonita y popular. Se considera una estudiante regular, comenzó a tener novio desde los 14 años, la única relación significativa la sostuvo estudiando en la Universidad; refiere que existía mal trato y deslealtad, pero se resignó por miedo a estar sola.

Rasgos de personalidad: Es una persona centrada en sí misma, narcisista e impulsiva, vive intensamente sus conflictos y tiende a exagerarlos, se empeña en la búsqueda de afecto y aceptación social, llegando a presentar actitudes infantiles y excesivamente dependientes con el propósito de lograrlo. Presenta poca tolerancia a la frustración y tiende a culpar a los demás de sus propios errores, sus relaciones interpersonales son conflictivas, se siente rechazada por las personas que la rodean, por lo que tiende al aislamiento. A través de la fantasía intenta manejar los problemas y la ansiedad que estos generan, reacciona de manera impulsiva y con poco nivel de control cuando se eleva el nivel de frustración.

Formulación psicodiagnóstica: Existe una inseguridad básica causada por la sensación de abandono temprano de sus padre, se siente rechazada, experimenta sentimientos ambivalentes en especial hacia su padre, ya que por un lado está resentida con él por su rechazo, culpándolo de todos sus conflictos por su ausencia, y por otro, quisiera su presencia para que se le resolvieran mágicamente sus problemas. Enfrenta las situaciones frustrantes refugiándose en la fantasía y en el pensamiento mágico, por lo que tiene dificultades para valorar la realidad, esta situación provoca una crisis de adolescencia tardía que no le permite asumir las responsabilidades de su conducta, por lo que termina comportándose como una adolescente dependiente. Su resentimiento lo caracteriza como una forma de oposicionismo, mostrando abiertamente descargas impulsivas ante situaciones que le sean frustrantes, se le dificulta establecer relaciones con los demás, causándole una baja auto estima al sentirse rechazada.

CASO 4

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: PACIENTE 4

Sexo: Femenino

Edad: 18 años

Edo. Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Primer semestre de licenciatura

Motivo de consulta: Autoestima disminuida, siente que es muy tonta y fea, cualquier cosa que le dicen le afecta mucho, esta decepcionada de la carrera, ya que esperaba que fuera otra cosa, le cuesta mucho trabajo relacionarse, se siente deprimida sin ganas de hacer nada.

Historia familiar y personal: Su familia esta constituida por el padre y la madre, ella es hija única, su padre murió cuando tenía 2 años de edad y su madre se volvió a casar cuando tenía 7 años, misma edad en la que fue enviada a vivir con sus abuelos y tres tíos, describe el ambiente familiar como conflictivo, sobre todo con sus tíos que se burlan de su forma de pensar y de vestir, todos se quejan por su mal comportamiento, lo que le causa dificultades con sus abuelos a quienes califica como autoritarios.

Se describe como tímida, retraída y solitaria, nunca ha tenido amigos, siente rechazo de los demás por su aspecto físico, solamente a tenido un novio durante la preparatoria, pero no esta segura si le gustó el muchacho o que él se fijara en ella, así fue descubriendo nuevas cosas y comenzó a ir a muchas fiestas, se volvió roker y después dark; actualmente esta en la Universidad pero es muy irregular.

Rasgos de personalidad: tendencia al aislamiento, manifiesta baja tolerancia a la frustración y dificultad acentuada para controlar sus impulsos, tornándose agresiva; rasgos depresivos, dificultad para el establecimiento de relaciones sociales y familiares, es opositorista y rebelde, es desconfiada y presenta una resistencia pasiva al medio ambiente; muestra una personalidad inmadura, dependiente, egocéntrica, demandante con características histéricas. Presenta tendencias a las conductas antisociales y conflictos con personas de autoridad.

Formulación psicodiagnóstica: Es una persona con inseguridad básica por abandono temprano, experimenta sentimientos de enojo y hostilidad hacia sus objetos, trastorno depresivo e ideación suicida. Muestra una posición demandante bajo la cual cree merecer todo por las injusticias que ha cometido la vida con ella, tiende a responsabilizar a los demás de sus propios errores, comportándose de manera inmadura e infantil, lo que a su vez le obstaculiza el crecimiento como individuo y no le permite asumir una actitud de responsabilidad con su propia vida. Los mecanismos de defensa que utiliza con mayor frecuencia son la regresión, represión y la agresión vuelta contra sí misma.

CASO 5

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: PACIENTE 5
Sexo: Femenino
Edad: 19 años
Edo. Civil: Soltera
Ocupación: Estudiante
Escolaridad: licenciatura

Motivo de consulta: se siente confundida, deprimida, con dificultades familiares; actualmente esta enamorada pero piensa que no es correspondida, tiene la idea de morir o de tener algún accidente para darse cuenta quien la quiere en verdad.

Historia familiar y personal: Proviene de una familia integrada por el padre, la madre y dos hermanas mayores, ella es la última de las hijas; viven todos en casa y todos trabajan y aportan económicamente menos ella, describe las relaciones familiares como conflictivas, sus padres discuten mucho y ella no guarda muy buenas relaciones con sus hermanas. El padre es la figura central y describe a la madre como sumisa. Describe que ha sido expulsada de la escuela y aunque sus padres se enojan luego se les pasa, que ha tenido varias relaciones de noviazgo, pero que ninguna le ha satisfecho. Nos relata que ha trabajado en algunas ocasiones pero ha sido durante tiempos muy cortos, actualmente solo se dedica a estudiar y tiene un novio, piensa que el no le corresponde adecuadamente, menciona que tiene muchas dificultades con su padre ya no le permite salir por las noches a bailar como antes y tampoco le da permiso para irse a dormir con sus amigas, su madre es más comprensiva, con sus hermanas también ha tenido problemas ya que le recriminan por no trabajar, su hermana mayor, que próximamente se va a casar, es la que la apoya económicamente para que siga estudiando.

Rasgos de personalidad: reservada, cautelosa y muy dependiente, se enfoca a obtener el reconocimiento de los demás, emplea con astucia la manipulación con lo que busca obtener sus propias ventajas sin tener en cuenta los riesgos o las consecuencias de sus actos, es una persona seductora, egocéntrica e individualista; muestra dificultades para establecer relaciones profundas y para concentrarse en metas específicas llegando a la dispersión, existe una falta de valoración de sus experiencias lo que no le facilita la reflexión, tiende a mal interpretar las intenciones de los demás y las percibe como amenazantes.

Formulación psicodiagnóstica: Es una persona infantil centrada en sí misma, con una inseguridad básica que le hace experimentar cualquier separación como un sentimiento de abandono que le produce angustia, por lo que se muestra acentuadamente dependiente e indefensa para que los demás no la abandonen, es opositora y se le dificulta apearse a reglas y normas, es egocéntrica y destina gran parte de su energía a satisfacer sus impulsos, sin reflexionar sobre las consecuencias de sus actos, estas descargas impulsivas aparentemente adquieren una forma organizada y socialmente integrada, debido a su necesidad de aceptación. Los mecanismos de defensa que utiliza con mayor frecuencia son la racionalización, la proyección y la agresión vuelta contra sí misma.

CASO 6.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: PACIENTE 6

Sexo: Femenino

Edad: 19 años

Edo. Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: licenciatura

Motivo de consulta: Problemas de inseguridad, a tal grado que le da miedo relacionarse con la gente, se siente angustiada cuando trata con otras personas, en especial cuando acaba de conocerlas, siente mucha tensión cuando tiene que presentar exámenes, refiere también problemas familiares y con sus amistades, así como en las áreas académica, y sexual, desea resolver los conflictos emocionales que le causan problemas para relacionarse con otras personas y conocerse mejor para ayudarse y ayudar a otras personas.

Historia familiar y personal: Su familia esta compuesta por el padre, la madre y 4 hermanos, 3 mujeres y un varón, ella es la hija mayor, todos viven en la misma casa, el padre es el que se encarga de la parte económica y disciplinaria, la madre se dedica a cuidar de los hijos y del hogar, refiere continuas peleas entre los padres, atribuyéndolo sobre todo a que su padre bebe frecuentemente, menciona que es demasiado autoritario, conservador y que él decide por ella, por lo que sus relaciones son difíciles, siempre le dice que como hermana mayor debe darle el ejemplo a sus demás hermanos, asignándole la tarea de cuidarlos. Describe una mala relación con el padre desde la infancia, generándole un fuerte resentimiento, menciona haber sido educada en escuelas religiosas, por lo que siempre fue muy reservada y tímida, casi no le permiten ir a fiestas, solamente ha tenido dos novios, en su relación actual solo han llegado ha tener caricias pero después se acuerda de sus padres y se siente culpable, aún se siente muy supervisada por su padre, quien no la deja decidir las cosas importantes de su vida.

Rasgos de personalidad: Su comportamiento es conservador, inmadura, no actúa por iniciativa propia, sino por lo que las demás personas esperan de ella, lo que la hace enfocar gran parte de su energía a la represión de sus impulsos, para obtener el afecto, cariño y aceptación de las personas que la rodean; existen sentimientos de inseguridad, con episodios de tristeza y llanto que la conducen a la pasividad, reforzando su tendencia al aislamiento y el uso de la fantasía.

Formulación psicodiagnóstica: Se manifiesta un trastorno depresivo de la personalidad, que le genera un estado de pasividad, así como una fuerte dependencia hacia sus padres, quienes ejercen un excesivo control sobre su conducta, por lo que recurre a comportamientos infantiles para demostrar su rebeldía, culpando a los demás de las dificultades que experimenta, evitando enfrentar sus problemas como una joven independiente.

CASO 7

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: PACIENTE 7

Sexo: Femenino

Edad: 19 años

Edo. Civil: Soltera

Ocupación: Empleada

Escolaridad: Preparatoria terminada

Motivo de consulta: Acude por fuertes sentimientos de tristeza y apatía, coraje con su familia, en especial con su madre pues dice que no la apoya ni la motiva, se siente sola y sin ganas de hacer nada, no quiere quedarse en este círculo, manifiesta que muchas cosas se le olvidan y que dice muchas mentiras para que le tengan tolerancia y compasión, quiere conocerse y sacar todos sus problemas para saber que quiere hacer con su futuro, refiere que esta situación le causa problemas en cuanto a sus amistades, en el trabajo, en el área sexual y académica.

Historia familiar y personal: actualmente su familia vive en su lugar de origen y ella vive en esta Ciudad, refiere que desde su infancia se sintió rechazada y que su madre no le ponía mucha atención, no conoció a su padre, considera que su hermana menor es la preferida, ambas son de diferente padre, y no se llevan bien, ya que discute continuamente con su hermana por los celos que le tiene, con su madre tampoco la relación es buena y en ocasiones dice tenerle coraje. Menciona que siempre se ha sentido rechazada por su madre, en su infancia era bastante tímida y solitaria, reporta que desde los 4 años tenía un problema auditivo que disimulaba para que la gente no se diera cuenta, es más su madre no se había percatado de ello. Al terminar la preparatoria, se quedó encerrada en su casa por un año sin definir que es lo que quería hacer, posteriormente decidió trabajar, por lo que vino a México y rentó un cuarto, actualmente solo se dedica a trabajar pero quiere entrar a estudiar aunque no sabe que carrera, manifiesta que el único lugar donde se siente bien es cuando va a bailar, pues se desinhibe y puede ser ella.

Rasgos de personalidad: Rasgos depresivos relacionados con sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento, culpa e inmovilidad, resalta su fuerte tendencia al aislamiento como resultado de sus sentimientos de devaluación, se siente incapaz de obtener el aprecio de los demás, ante situaciones frustrantes se fuga hacia la fantasía para evitar el dolor, es opositorista, apática y falta de motivación interna por la vida.

Formulación psicodiagnóstica: Inseguridad básica por la sensación de pérdida y rechazo de sus objetos a edad muy temprana, baja auto estima, Depresión, pensamientos de minusvalía, se empeña en la búsqueda de atención, afecto y aceptación de los demás, al fracasar en su intento cumple su profecía de “no valgo nada”. A pesar de vivir separada de su madre, demuestra una dependencia emocional hacia ella y una intensa búsqueda de su aprobación y aceptación. Entre los mecanismos de defensa que emplea con mayor frecuencia esta la agresión vuelta contra sí misma, la introyección y el de aislamiento.

CASO 8

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: PACIENTE 8

Sexo: Masculino

Edad: 21 años

Edo. Civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: licenciatura

Motivo de consulta: Mucha falta de seguridad en él mismo, refiere que desde los catorce años viene arrastrando una serie de complejos, siempre ha tenido miedo ante ciertas cosas, pero hace tres meses realizó la exposición de un tema y se puso muy nervioso y no podía hablar, señala que experimenta miedo a salir a la calle, hablar en público, inclusive relata que una vez en el colectivo sentía que todos lo quedaban viendo, esta situación le afecta mucho en el trato con sus amistades, en sus actividades académicas y en sus relaciones familiares.

Historia familiar y personal: Su familia esta integrada por el padre, la madre y tres hermanos, él ocupa el lugar de en medio; todos viven en la misma casa, su padre es el que se ha ocupado del aspecto económico y su madre del hogar, tiene poco contacto con su padre y mayor cercanía con su madre, piensa que esta solo ante sus problemas pues sus hermano no le ayudan a superar sus problemas; menciona que su familia materna es muy nerviosa y narra que su abuela materna ha tenido que ser internada por nervios. Desde pequeño ha sido muy apegado a su madre, se describe como inseguro, tímido y solitario, en continuos estados de melancolía, tiene mucho miedo a la opinión que los demás tienen acerca de él, siente que todos lo estan criticando; actualmente se ha vuelto muy agresivo, intolerante e inseguro al grado que no puede ver a los ojos a otra persona porque empieza a ponerse nervioso y a sudar incontrolablemente; actualmente solo se dedica al estudio.

Rasgos de personalidad: Sentimientos de inseguridad que provocan una profunda ansiedad, rígido y perfeccionista, con rasgos obsesivos, exagera la valoración de sus fallas por lo que aumenta su patrón de auto devaluación, lo que provoca frecuentes sentimientos de depresión cuando el paciente experimenta la frustración de no alcanzar sus metas, considerándose inferior y desvalorizado. Sus relaciones interpersonales son de extrema dificultad ya que se siente inferior a todos, llegando a mostrar indicios de carácter fóbico, además, manifiesta una fuerte tendencia al aislamiento y confusiones ocasionales entre la fantasía y la realidad, sobre todo ante el enfrentamiento de situaciones muy frustrantes.

Formulación psicodiagnóstica: Existe una inseguridad básica, rechazo a la figura paterna y una identificación con la figura materna, de quien muestra una marcada dependencia y apego; en la búsqueda de la aceptación parental desarrolla una fuerza importante del Super Ego, el cual se vuelve perseguidor y lo conduce a desarrollar intensos patrones de auto censura, que lo sumergen en tales sentimientos de inseguridad e inferioridad que lo inmovilizan hasta en sus relaciones interpersonales, los mecanismos de defensa que emplea con mayor frecuencia son el de la agresión vuelta contra sí mismo y la fuga a la fantasía.

CASO 9

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: PACIENTE 9

Sexo: Masculino

Edad: 25 años

Edo. Civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: licenciatura

Motivo de consulta: problemas familiares y de inseguridad, señala que va dejar la carrera actual para comenzar otra sin que lo sepa su familia para evitar problemas, menciona que tiene sentimientos de tristeza sin motivo aparente y que fácilmente pierde la calma estallando por dentro, sobre todo por la impotencia de no poder resolver sus problemas, esta situación hace que tenga problemas en las áreas académica, sexual y familiares.

Historia familiar y personal: familia conformada por el padre, la madre y 5 hermanos, él es el primogénito de esta familia, la hermana que le sigue tiene 2 hijos y todos viven en la casa, el padre y la madre han tenido que trabajar desde siempre para mantener a la familia, reporta que su padre bebía y lo golpeaba para disciplinarlo; actualmente describe el ambiente familiar como calmado en general, aunque hay mucho ruido que hacen sus sobrinos, a quienes adora, aunque existen problemas de comunicación dentro de la familia la describe como unida y tranquila. A los 11 años refiere enuresis diurna., siempre se inclinó por su madre, en la colonia lo trataban de sangrón y no convivía con nadie, su padre se fue de la casa, dice que comenzó a vivir como adulto, tuvo que dejar los estudios y consiguió algunos trabajos. Posteriormente quiso seguir estudiando pero no lo logró, así que se paso 2 años aproximadamente sin hacer nada, decidió terminar la preparatoria en el sistema abierto y se inscribió a la Universidad, manifiesta un nuevo fracaso, ya que la carrera que escogió le era muy difícil y no le gustaba, por lo que se cambió de carrera.

Rasgos de personalidad: Inseguridad y sentimientos pesimistas sus actividades, capacidades y metas, la autocrítica se convierte en auto censura que da paso a una actitud derrotista, el paciente es egocéntrico, narcisista, con dificultad en el control de impulsos; sus relaciones interpersonales pueden llegar a ser conflictivas, ya que su sensibilidad acentuada a la crítica y al rechazo puede hacer que reaccione de manera agresiva cuando se sienta amenazado, adicionalmente muestra una fuerte tendencia hacia el aislamiento y un pensamiento mágico y fantasioso, por lo que su capacidad de insight puede estar disminuida.

Formulación psicodiagnóstica: El paciente muestra una inseguridad básica por sentimientos de rechazo y abandono en edad temprana, pensamientos derrotistas que disminuyen notablemente su auto estima, poca tolerancia a la frustración, a lo que puede responder de manera agresiva, por lo que se le dificultan las relaciones interpersonales; es una persona dependiente de su familia de origen, centrada en sí misma, que puede llegar a actuar sin considerar las consecuencias de sus actos; tiende a ser fantasioso por lo que se le dificulta la reflexión.

CASO 10

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: PACIENTE 10

Sexo: Masculino

Edad: 28 años

Edo. Civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Postgrado

Motivo de consulta: Depresión, ansiedad y cambio de carácter; menciona que esta situación le provoca una actitud apática por lo que se le dificulta titularse de la licenciatura y por consiguiente tiene problemas para continuar la maestría, piensa que esto tiene su origen a partir de la muerte de su padre hace tres años, pero últimamente se ha vuelto más apático, adicionalmente menciona que acaba de terminar con su pareja y se siente culpable ya que ella lo vio con otra chica con quien también sostenía relaciones.

Historia familiar y personal: Su familia esta integrada por la madre y 7 hermanos, 4 mujeres y tres hombres, él ocupa el 6°. Lugar entre ellos, su padre tiene 3 años de haber muerto. Menciona que es una familia unida donde hay mucha comunicación, él se dedica exclusivamente a estudiar. Menciona que desde la infancia ha sido un estudiante con altibajos, durante su adolescencia señala como el evento más importante un accidente automovilístico donde hubieron heridos y su carro quedó destrozado, por lo que su padre lo reprendió fuertemente. Uno de los mayores dolores que ha recibido es la muerte de su padre hace 3 años, con quien siempre llevó una relación muy cercana y lo identifica como una figura protectora, actualmente se siente en deuda con él pues no ha respondido en los estudios como debieran ser; así mismo nos dice que últimamente rompió con su novia, pues ella se dio cuenta que andaba con otra chica, él se siente culpable por esta situación.

Rasgos de personalidad: Vive intensamente sus conflictos y experimenta una gran necesidad de ayuda; muestra sentimientos acentuados de inseguridad ante una actitud rígida de auto censura, que le provoca pensamientos derrotistas, existe una demanda de aceptación, así como una fuerte dependencia hacia aquellas personas que lo aceptan. Existe una tendencia al aislamiento y fantasías de tipo narcisista, hay una falta de constancia en sus objetivos.

Formulación psicodiagnóstica: Existe un leve trastorno depresivo de la personalidad, originado por una inseguridad básica y sentimientos de abandono temprano; en su búsqueda por la aprobación de los demás se muestra altamente dependiente; ha desarrollado un patrón de fuerte crítica y auto censura que le provoca pensamientos derrotistas y actitudes de inactividad, que lo hace experimentar un alto grado de devaluación, por temor al abandono establece relaciones superficiales y tiende a huir antes de ser abandonado, sintiéndose altamente culpable debido a su componente narcisista; los mecanismos de defensa que utiliza con mayor frecuencia son la agresión vuelta contra sí mismo y la racionalización.

VI).- EL PROCESO TERAPÉUTICO

A).- PROCESO TERAPÉUTICO GRUPAL

PRIMER CORTE DINÁMICA GRUPAL (SESIONES 1-8)

Los integrantes del grupo se presentan entre sí, mencionan el motivo de consulta y asumen una posición demandante, solicitándole a los terapeutas que les proporcionen una cura mágica, rápida, sin dolor y sin trabajo, expresan que una parte importante de sus problemas tienen origen en el abandono que han sufrido por parte de sus padres ya sea por ausencia o por falta de atención, también lo atribuye a su incomprensión. Por lo general tienden a culpar a las personas que los rodean por los problemas que los aquejan, no asumen su responsabilidad en ellos. Se observa que buscan la aceptación y la tolerancia del grupo y de las coterapeutas. Inician una proyección grupal, depositando una parte negativa en el paciente 10 ausente, argumentando que él no tiene problemas comunes como los demás y que no se identifica con ellos; muestran una expectativa demandante hacia el propio grupo, como un sistema de contención que debe comprenderlos. El material que comparten los pacientes es de tipo anecdótico, utilizándolo para evitar tocar temas de mayor profundidad, se actúa la defensa, comienzan a aparecer alianzas y los pacientes comienzan a identificarse y a diferenciarse.

Se habla de sentimientos y reacciones que los integrantes del grupo experimentan cuando se sienten criticado o humillados por su grupo de amigos, relaciones injustas con sus hermanos, la postura es que son agredidos sin motivo y que su reacción es de víctima ante el medio; no son comprendidos por sus padres, hermanos y amigos; se muestran ajenos a la responsabilidad que pudieran tener en relación con sus problemas, hablan de ellos como si no tuvieran control de su propia vida y que es el medio el que los controla. Se integran más al grupo expresando dependencia al mismo, ya que aquí pueden hablar sobre sus cosas y ser comprendidos, a diferencia del afuera, donde tienen que ocultar sus sentimientos para ser aceptados.

En el grupo predominan las mujeres y muestran una oposición a la autoridad, sobre todo con relación a la figura paterna, reconocen sentimientos de envidia y celos por no ser populares, queridos o aceptados, manifestando sus dificultades de actuar individualmente, obteniendo del grupo protección y seguridad. Se detectan agresiones entre el grupo relacionados con la envidia y los celos, los terapeutas sintieron temor de la desintegración del grupo por ese motivo; los mecanismos de defensa grupal más utilizados son: la proyección, la negación y la resistencia.

Para la quinta sesión, se registra la falta de 5 integrantes de los cuales 3 se sospecha que ya no regresarán, una falta de integración y cohesión grupal que indujo a la deserción o una falla en la alianza terapéutica. Durante la sesión se habló sobre las próximas vacaciones de diciembre y que las terapias se reanudarían 3 semanas después, las pacientes reaccionaron con enojo, señalando que regresarán peor o que se tendrá que empezar todo de nuevo, en una posición demandante hacia el grupo y las terapeutas, viviéndolo como un abandono de las madres terapeutas.

Los temas centrales son la dependencia hacia el grupo y las terapeutas, de sus objetos primarios, la envidia, la búsqueda de la identidad e independencia y el temor al crecimiento.

Al regreso de la vacaciones predomina el tema del bienestar, la mayor parte del grupo comenta lo bien que les fue en vacaciones, otra parte menciona retrocesos, el tema central fueron los miedos a la gente, a no sentirse queridos, a que se descubran los secretos o a enfrentar los miedos; por lo que es preferible tenerlos ocultos, también se habló sobre los pagos de las sesiones, como un reclamo de que no se les ha dado nada y por eso no pagan.

Los pacientes 6, 8, 9 y 10 son dados de baja del proceso por inasistencia; en las sesiones 7 y 8 el tema central es la dependencia, el abandono y las ausencias, por un lado sobre las relaciones dependientes en la familia, que le producen coraje a la paciente 2 y 5, ya que actualmente no trabajan y se tienen que ver sometidas a la autoridad de sus hermanas proveedoras y las de sus padres, se menciona la dependencia de tipo emocional con la pareja y de la falta de tolerancia ante la crítica, de la inseguridad el sentimiento desvalorizado ante los demás, que producen una reacción agresiva hacia los demás, de la incapacidad de valorar lo que se tiene y de la propia contribución a la creación de los problemas; se sienten tristes por las ausencias y extrañan al resto del grupo, comentan las posibles causas, mencionan que cada terapia conforme se profundiza es más dolorosa y mejor optaron por no venir.

SEGUNDO CORTE DINÁMICA GRUPAL (SESIONES 9-16)

El regreso de los ausentes, existe una sensación de bienestar, quienes han asistido regularmente expresan su aprobación por los que regresan y se menciona que en cada terapia se profundiza más, por eso existe el riesgo de no asistir, por miedo a enfrentar los problemas. Los pacientes ratifican que el grupo terapéutico es el único lugar donde pueden ser ellos mismos y no aparentar, pueden hablar de sus problemas, ya que afuera se podrían arriesgar, expresando una marcada dependencia hacia el propio grupo. Destaca el deseo manifiesto de dejar de sufrir y se comprometen a buscar la manera.

Los temas centrales son el abandono parental, las relaciones conflictivas con sus padres, quienes son responsabilizados por los problemas actuales de los pacientes, identifican a las personas que los rodean, como fuente de autoestima y seguridad; sobre las relaciones entre los padres e hijos, en general se menciona la dificultad de acercarse con el padre, ya sea por ser un padre ausente o por su incompreensión hacia las actividades de los jóvenes, por ese camino se llega al tema de la dependencia. El grupo manifiesta su temor a crecer y ser independientes, tomar sus propias decisiones y manejar su vida desde lo emocional hasta lo económico; se manifiesta una posición acentuada de dependencia a través del reclamo a las terapeutas de que el proceso ha sido lento y que a veces se avanza pero después se retrocede. Se menciona que en otros grupos de autoayuda es más rápido el cambio y que en este grupo de terapia, las terapeutas no les dicen si están bien o mal, o como deben hacerle para cambiar. Se les demanda que den recetas para cambiar y mejorar.

En el grupo se habla sobre enojo y envidia por no ser bonitas, se identifican las preocupaciones por la imagen corporal, en el tema del sobre peso relacionan la demanda de afecto, aceptación y cariño con el comer en exceso, no están conformes con su figura, con su forma de ser. Hablan de su enojo cuando no les cumplen sus demandas. Un aparte del grupo, en una posición dependiente, expresa su temor al crecimiento, por las nuevas responsabilidades que deben asumir y reclama que la terapia no ha servido de nada; otra parte se moviliza hacia una posición de independencia en la que se va asumiendo que el cambio es responsabilidad de cada uno.

Ante las intervenciones de las coterapeutas, algunos pacientes se sienten regañados, las coterapeutas se convierten en regañonas al no aceptar la demanda del grupo de ser apapachado; se trata la importancia de expresar los sentimientos, hablar de los enojos, de mostrar los desacuerdos a los demás, y que no pasa nada, del temor expresado por las pacientes que al hacerlo no serán aceptados por los demás o en la fantasía de destruir con las palabras. Las pacientes comienzan a asumir que ellas mismas tienen cierta responsabilidad en sus problemas, en un principio de conciencia de que no todo es culpa de las personas que las rodean.

Para la sesión 16 el grupo reclama el abandono durante las vacaciones y parece que hay un retroceso en el proceso, mencionan que siguen igual que antes. Surgen los temas del abandono, las injusticias, las envidias, la dificultad del crecimiento, la culpabilización de los padres, la visión infantil que tienen de sí mismos los propios pacientes, la demanda de que nunca terminen las sesiones. La paciente 7 se da de baja del proceso por inasistencia.

TERCER CORTE DINÁMICA GRUPAL (SESIONES 17- 24)

El grupo manifiesta sus esfuerzos para ser aceptados y queridos por quienes los rodean, al grado de tratar de comportarse diferente a como son, inclusive no mostrarse por temor al rechazo. El anuncio de la próxima terminación de la terapia hace que el grupo mantenga una postura demandante, se sienten que no pueden y que se desmoronan, como una reacción a la fantasía de abandono. No obstante, conforme avanzan las sesiones el grupo muestra mayor cohesión y cooperatividad, nos hablan también de su ambivalencia hacia la figura masculina, además manifiestan con mayor fuerza su deseo de independencia, sobre todo en el aspecto económico, sin embargo también expresan su temor a lo desconocido, a buscar trabajo. Otra parte del grupo menciona que ya ha trabajado pero que ya no lo han hecho pues prefieren no asumir sus responsabilidades y lo que implica el crecer. Destaca la ambivalencia en sus deseos de independencia, comienzan a reconocer que son responsables de su vida, aunque insisten en que se les diga cómo hacer para cambiar. La paciente 5 deja de asistir desde la sesión 19.

Durante la sesión 20 se comentan 3 sueños, en su significado encontramos un enojo del grupo porque no fueron llevados de la mano a través del laberinto del cambio, el miedo a las profundidades porque se pueden ahogar, la dificultad del crecimiento y la consecuente inmovilidad sin esfuerzo. También se habla sobre la identidad sexual de los pacientes, sus primeras experiencias sexuales y sus deseos para complacer a la pareja masculina a pesar de su disposición y satisfacción. Es una sesión que pasa de por diferentes estados de ánimo,

del jugueteo al dolor. Hablaron del temor a la separación y a enfrentar lo nuevo, sobre todo por la próxima terminación de la terapia. Mencionaron logros terapéuticos, aunque al principio sentían que las terapeutas no les daban nada, que no las llevaban de la mano, finalmente manifiestan que si las han guiado.

Nos hablan del deseo de ser aceptadas por sus parejas y de acceder a tener relaciones solo por complacerlas, pero que ahora les queda claro que no deben hacerlo como una forma de dependencia a la pareja, para no perderlo, que hay que seguir creciendo toda la vida y que no tendrían que estar en terapia toda la vida para enfrentar sus problemas, cada quién debe resolverlos. El grupo habla de sus logros y considera que no han sido suficientes y expresan su deseo porque la terapia continué más tiempo, hablan de que es como regresar al principio que no han cambiado y que les cuesta mucho trabajo; sin embargo reconocen que ya no culpan a los demás por lo que les pasa.

A medida de que se acerca la terminación de la terapia, aparecen muchas posiciones de dependencia que expresan su temor a la separación, pero también su disposición a actuar de manera más independiente. El clima es de tristeza, existe depresión y reclamo a las coterapéutas por su próximo abandono. El tema central fue que todavía no se pueden ir porque les faltan cosas por lograr y porque se sienten casi igual que al principio, sin embargo ocurren importantes insights en los pacientes.

En la última sesión el clima es de tristeza ante la terminación de las terapias, aunque para el final se plantean proyectos de crecimiento y para enfrentar el mundo sin el apoyo del grupo, destaca el caso de la paciente 3, quien súbitamente menciona una serie de cuestiones que ha entendido, por ejemplo, que cada quien es responsable de su vida y no hay que culpar a los demás. Que antes que todo tiene que aceptarse a sí misma. En el caso de la paciente 4 aunque experimenta estar atorada nos dice que ahí va, poco a poco en el compromiso del crecimiento. Conforme se acerca la hora del final se incrementa el afecto, hay llanto y abrazos al final, reconocen sus recursos y la necesidad de seguir creciendo.

B).- PROCESO TERAPÉUTICO INDIVIDUAL:

Se presenta el material clínico individual relevante recabado durante este proceso, dividido en tres cortes; los pacientes 1, 2, 3 y 4 completaron todo el proceso, la número 5 deja de asistir a partir de la sesión 19, la paciente 6 asistió hasta la sesión 5, la número 7 permaneció hasta la sesión 9, el paciente 8 hasta la sesión 6 y los pacientes 9 y 10 solamente asistieron a la primera sesión.

PRIMER CORTE DINÁMICA INDIVIDUAL (SESIONES 1-8)

PACIENTE 1:

Expresa su preocupación por mejorar habilidades de socialización, ha tenido problemas de pareja, su familia se apoya mucho en ella, muestra fortaleza y cierto grado de independencia, aunque tiende a culpar a sus padres de sus problemas, se detecta una intensa búsqueda de amor y aceptación de las personas que la rodean, en especial de su novio, con quien vive una relación idealizada. Menciona dificultad para expresar sus sentimientos por temor a lastimar o ser lastimada, si se siente agredida, se aparta de las personas que la critican, en particular con su padre, quien le grita y la regaña, es más cercana con su madre.

Nos relata sus anteriores relaciones de pareja, donde repite patrones de idealización de su compañero, en una búsqueda intensa por sentirse amada, aceptada y deseada; estas relaciones han sido desiguales y ha permitido humillaciones por mantener a la pareja, ingresando en un ciclo de culpabilidad, depresión y baja autoestima. Refiere que antes discutía mucho con sus hermanos, ahora siente que puede hablar sin agredir; comenta que ha mejorado la comunicación con sus padres y se arriesga a tomar decisiones.

En contraste con los demás pacientes, menciona que el receso por vacaciones, a ella le servirá para reflexionar sobre lo que esta pasando en este proceso, aunque también va a sentirse sin apoyo y temor de que se destruyan los logros obtenidos. Dice que desde pequeña aprendió a hacer las cosas por si misma, que no quiere depender de nadie, no quiere ser una carga para nadie y ser rechazada por eso. Hace hincapié que le gusta apoyar pero luego cuando ella lo necesito nadie se lo da. Ciertamente ante el grupo asume el papel de dar apoyo a sus compañeros y tiende a calmar cualquier discusión.

Para la sesión 6 y 7 comienza a cuestionar su relación de pareja, se dirige al grupo y les pregunta su opinión, dice que a lo mejor ella es la que esta idealizando su relación. Piensa que varios de sus compañeros han abandonado la terapia, por lo que se lamenta que no se hayan dado la oportunidad para trabajar y cambiar y habla sobre sus percepciones sobre cada uno, los extraña, se identifica, se acerca y los alienta. Se enorgullece de su tenacidad y de sus logros, del apoyo que brinda a la gente. Comenta que actualmente esta trabajando, ayuda sus padres en una labor artesanal, a pesar de que gana su dinero no esta conforme y quiere ya trabajar en aspectos de su carrera que esta por terminar. Destaca como un logro en la sesión 8, con sus propias palabras : *“Con mi papá no me atrevía a hablar , le gritaba mucho a mi hermano, no me gusta la injusticia, yo le comenté que no haga algo de lo que se pueda arrepentir después, porque cuando se enoja puede dar un golpe y me atreví a hablar con mi papá y como que quiso llorar, creo que es un buen logro, las cosas han cambiado, ya puedo hablar sobre mi sexualidad, mis sentimientos y mis pensamientos”*.

PACIENTE 2:

Se presenta al grupo, manifestando dificultades para el manejo de sus emociones con episodios depresivos e ideación suicida; no puede hablar con su madre sobre sus sentimientos y estado emocional, se siente incomprendida por ella. Comenta que tiene problemas para disfrutar plenamente la relación con su pareja. Dice que siempre trata de negarse lo que le sucede y asume una posición demandante hacia los terapeutas para que la ayuden a cambiar, reconoce tener problemas pero esta aquí para enfrentarlos y acomodar sus ideas, se quiere integrar a este grupo para curarse, aparenta ser fuerte y no le gusta que la vean llorar.

Reporta problemas y discusiones graves con su padre, quién no vive actualmente en su casa y solo las visita algunas veces, dice que desde hace 11 años los dejó y que ahora quiere llegar a la casa a ordenar, su madre le dijo que lo tiene que respetar porque es su padre. Tiene la idea de que cuando uno expresa sus sentimientos puede dañar a los demás o ser dañado, cuando se siente criticada lo percibe como una agresión y responde de la misma manera; se reconoce dependiente de las personas, se siente sola, por lo que busca estar siempre con sus amigos y obtener de ellos aceptación y aprobación, hace muchas cosas que no quiere solo para ser aceptada; realiza esfuerzos por ser mas independiente de la gente.

Dice tener miedo hacer cosas nuevas porque piensa que le van a salir mal. También tiene miedo a que la conozcan como es, por eso oculta su personalidad, pensamientos y sentimientos. Ante la comunicación sobre un receso en las terapias, la paciente asume una posición dependiente por la pérdida de apoyo del grupo.

En las sesiones 7 y 8 nos comenta que se da cuenta que también hay cosas para sentirse bien, manifiesta que tiene la sensación de ya dejar la tristeza y buscar la felicidad, es importante destacar que la ideación suicida ha desaparecido. Siente rechazo por parte de su hermana sin saber porque, piensa que tal vez sea porque su hermana esta acostumbrada a trabajar y dar dinero y a mantenerlas, sobre todo a la paciente y piensa que eso le da derecho como a mandar y ahora que no tiene trabajo, como que ya siente que no tiene el mismo derecho y se pone insoportable; agrega que su madre apoya a su hermana y no la defiende por lo que mejor se aleja. Lamenta que la inasistencia frecuente de algunos de sus compañeros de terapia, porque siente que ha habido logros, relaciona las inasistencias con la dificultad para enfrentar los problemas de manera profunda; ella se compromete a continuar y terminar la terapia.

En retrospectiva señala con sus propias palabras: *“al principio no hablaba mucho, me defendía y decía que todo estaba bien, pero dije de nada va a servir seguir tapando, debo saber que me hace daño, así llevaba mucho tiempo y me deprimía y luego todo estaba muy bien, pero ahora quiero saber como enfrentar mis problemas, voy a descubrirlos y a trabajar”*. *“Siento que la terapia me esta moviendo muchas cosas, como que estaba en una torre y no pasaba nada. Me he dado cuenta que no soy tan sociable y que yo soy la que anda buscando a la gente, siempre disimulo que todo esta bien, a mi me gusta que hablen bien de mi y una crítica me hacía mucho daño, ahora pienso en porque me critican y si tienen razón o no”*

PACIENTE 3:

Se presenta ante el grupo, le cuesta trabajo hablar, desde chica ha tenido problemas, estuvo en un grupo de Neuróticos Anónimos, le gustó pero tuvo que dejarlo porque era muchísimo tiempo, es muy dependiente con sus amigos, le cuesta trabajo relacionarse e integrarse, prefiere no hablar porque tiene miedo de escucharse como tonta; menciona que sus compañeros de la carrera son como de la nobleza porque pertenecen a familias de intelectuales, con dinero; en cambio su mamá es muy común, no es ni novelista, ni historiadora; siente que aquí le van a decir como hacerle para arreglar sus problemas. Dice que sus padres son muy comunes, por eso no es una triunfadora.

Refiere que no es sociable, le da miedo a lo que piensen de ella, siempre quiere ser el centro de atención y tiene pánico de hacer el ridículo, es de carácter difícil, siempre trata de darles a cada quien lo que le gusta, es como la gente quiera que sea, para ganar su aprobación y afecto. Sus amigos le dicen que no es tan poca cosa, que es muy sensible y que sabe escuchar y se siente como protectora de todos; no le importa que la vean llorando, aunque no le gusta pero no lo puede contener; en el grupo terapéutico se siente bien porque puede hablar lo que en otras partes no puede o le daría pavor decirlo.

Nos relata que tiene dificultades para expresarse, sobre todo cuando algo le molesta, por temor a lastimar a los demás o que las personas piensen que no es buena, por lo que dice permitir hasta que la humillen, se siente incapaz de hacerse respetar. Responsabiliza a su padre por sus conflictos ya que la abandonó cuando tenía 5 años, su mamá siempre estaba trabajando y nunca estuvo con ella, siente mucha rabia por esta situación. Se pregunta si le sirve estar viniendo a las terapias ya que sigue igual, se siente inferior.

A propósito de una de sus compañeras de terapia, la paciente actúa el conflicto de la envidia, considera que sus problemas son demasiado superficiales, que todo tiene y todo le dan mientras que ella si tiene problemas difíciles, ya que siempre ha estado sola, abandonada y no le dan nada, su mamá siempre trabajando y su padre siempre con otras mujeres, quiere justificar que es así por sus padres, siente rabia por haberle tocado ellos como padres. También responsabiliza a su ex novio, que no le supo dar su lugar ni valorar, además que al terminar con él ya no pudo continuar incluida en el grupo de amigos.

Ante el anuncio del receso de la terapia por vacaciones, se muestra temerosa, dice que si le cuesta hablar de sus cosas aquí, después de 3 semanas pues va a ser peor, cree que va a regresar peor que como llego; siente que afuera la gente no escucha, es la vida real, dicen a mi me importa mi vida y no las otras.

Tiene miedo de trabajar, siempre le falta dinero y tiene que pedirselo a su mamá y no le gusta, por lo que siempre anda pidiendo prestado a sus amigos y luego no les paga, por eso le dicen que es una gorrana, piensa que se merece lo que le pasa, porque no hace nada para solucionarlo. Ha pensado ya no pedir dinero, si no tiene pues no ir y no decir luego te pago y no pagar, pero tiene miedo de que ya no le hablen, de no ser aceptada. Quiere pertenecer a un grupo y no sentirse sola porque no se siente independiente, pide ayuda y no se siente bien porque sabe que la gente tiene que ser autosuficiente, pero también piensa que si esta sola le va a ir mal, si no tiene apoyo.

PACIENTE 4:

Se presenta al grupo, menciona estar nerviosa, con miedo, que le sudan las manos, no puede abrirse ni con su familia, tiene graves problemas para relacionarse con las personas que la rodean, nunca ha tenido novio, la gente le dice que es odiosa, dice que le tiene miedo a la gente, que la vayan a lastimar, se queja de que nadie la comprende, por lo que se aísla, sin hacer nada, no habla con nadie, tiene envidia de su única amiga, porque ella lo ha tenido todo, además de que es bonita y popular. Refiere una búsqueda intensa de aprobación de los demás, tiende a imitar a las persona para que la acepten, por eso se hizo dark, espera que aquí la puedan ayudar a curarse.

Dice ser muy pasiva, con problemas depresivos, llora mucho y es que en su casa tiene muchos problemas, se siente rechazada y agredida por su familia, por eso es muy insegura, hasta para hablar con sus amigos, porque cree que la van a tratar igual. Se siente frustrada, con baja autoestima, reporta también abuso de sustancias. Responsabiliza a su familia de su estado emocional, no les gusta como se viste, ni como habla, le dicen que no es femenina, por lo que generalmente reacciona de manera agresiva. Piensa que sería diferente si su padre viviera, quien murió cuando ella tenía 2 años, actualmente vive con su abuela materna y con sus tíos, pues su madre tiene otra pareja y viven aparte; la paciente no esta de acuerdo con eso y mantiene una relación lejana con su madre. Comenta que su familia dice que es rebelde y mala pero ella niega ser así, piensa que se lo han dicho tanto que ha terminado por creerlo, hasta le han dicho que esta poseída por el demonio, ya le han advertido que la van a correr de su casa, se siente inadaptada.

Ante el anuncio de un receso en las terapias por las vacaciones administrativas del centro, asume una posición dependiente ante el grupo y las terapeutas, a quienes percibe como su sostén y escape por lo que expresa su temor a la pérdida. Reconoce ser muy dependiente de la opinión de los demás, ya no quiere sufrir, se pregunta el porque la gente la rechaza; pero últimamente empieza a darse cuenta que ella es negativa y agresiva; para ella todos son una bola de estúpidos, podridos y se encierra en eso. Se ha dado cuenta que se siente incomprendida, porque el mundo no es como ella quiere, no valora lo que tiene, le da envidia lo que tienen los demás, siempre se opone, por eso nadie quiere estar con ella.

Dentro del grupo terapéutico la paciente actúa sus conflictos en un enfrentamiento sobre todo con una de las pacientes a quién percibe como una típica niña fresa que tiene todo y que llora porque alguien le sacó la lengua; piensa que en las terapias se puede hablar pero no hacer daño, ella siente que a veces dice cosas sin querer y es como si tuviera un resentimiento contra la gente y le da miedo lastimar. Menciona que hace poco tiempo discutió muy fuerte con su tío y le dijo cosas muy feas, pero después le pidió disculpas y el se quedó de a seis, porque nunca lo había hecho, eso ella lo considera un logro.

Llama la atención que para la sesión 6, cuando se reanudan las terapias, la paciente refiere estar igual que antes, ya no quiere salir de su casa, se encierra y no quiero hacer nada, menciona que antes de vacaciones estaba cambiando pero ahora esta igual que antes, lo cual le produce mucho coraje. Compara sus problemas con los de la paciente 1 y reconoce que ella si tiene problemas mayores, lo cuál la hace reflexionar, siente que no valora, asume que ella misma origina sus problemas ya que es grosera y rebelde.

PACIENTE 5:

No acude a las dos primeras sesiones, lo que causa cierta reacción de malestar en el grupo terapéutico, manifiesta que vino porque las cosas ya estaban muy mal en su casa, las relaciones con sus padres y sus hermanas, acaba de terminar con su novio y necesitaba sacar todo lo que siente. Con su padre tiene muchas dificultades, le da miedo pedirle permiso y lo tiene que engañar que va hacer un trabajo de la escuela para poder salir, ella es la más chica de su casa y la tratan como niña, actualmente solo estudia, sus hermanas trabajan y piensa que por eso les dan más concesiones.

Dice que su papá es machista, le dice que las mujeres no deben salir tanto, ni ir a fiestas, ni llegar tan noche, no irse sola a la escuela. Piensa que si estuviera todo el día en su casa sería lo ideal para sus papás. Siente que tratan diferente a sus hermanas, ellas tienen novio y trabajan, por lo que casi todo el día están afuera y se los permiten. Explica que su hermana mayor se lleva muy bien con sus papás, en especial con su madre, quien la trata con mucho cariño, siempre la esta acompañando, reconoce que tiene muchos celos porque no se puede llevar igual con sus papás. Siente que cuando sus hermanas se casen y se vayan va a poder estar a solas con sus papás y ya van a ser para ella solita, entonces las cosas van a cambiar.

Refiere de que no existe ningún apoyo ni acercamiento de su padre, no acepta y critica a sus amigos, la paciente dice que por esa situación prefiere a sus amigos, porque ellos si la apoyan y siempre están ahí cuando ella los necesita, por lo que se siente muy cercana a su grupo de amigos, dice que hace lo que le piden, si trae carro los lleva a donde le digan, para ganar su aceptación.

Con respecto al grupo terapéutico siente que no encaja, se siento diferente pero muy tranquila, “estaba muy nerviosa simplemente al entrar y sentarme me tranquilice totalmente me sentí en un ambiente familiar con quien pueda hablar era lo que estaba pensando ahorita que ni siquiera nos conocemos y podemos hablar bueno yo puedo hablar de cualquier cosa me siento muy bien”.

Menciona que sus hermanas trabajan, le ayudan económicamente para sus estudios, el problema es que tienen mas privilegios, además que siempre la quieren mandar, lo cual le da mucho coraje ella no trabaja actualmente, aunque ya lo ha hecho antes. Menciona que con una de sus hermanas es muy cercana pues la cuidaba desde pequeña, *“y hasta la fecha sigue acostumbrada a preguntarme a dónde voy, con quién”*.

PACIENTE 6:

Se presenta en el grupo, dice estar un poco nerviosa pero contenta de estar con el grupo, le cuesta trabajo relacionarse con las personas, acercarse, siente tensión y angustia que no puede manejar, quiere cambiar muchas cosas y entenderse, pero cree que sola no puede, no quería venir pero se armo de valor, es poco participativa, ella también espera que le ayuden a cambiar. Tiene problemas de contacto con la gente, piensa mucho lo que va a decir para no quedar mal, a veces piensa tanto que cuando ya se decido a hablar ya es muy tarde y no se puede expresar.

En cuanto al grupo terapéutico piensa que ya empezaron a hablar y a confiar, tiene la esperanza que cambiaran, se reconoce como una persona muy callada; se queja de que no sabe defenderse y si alguien la molesta no contesta por no quedar mal, le da coraje no poder decir que la dejen en paz y se pone a llorar. Dice que su problema siempre ha sido vivir la vida de los demás, ya que su papá ha sido muy estricto, no la dejaba salir, ni asistir a fiestas; comenta que buscaba amigas que hacían lo que ella no podía hacer, para que le platicaran y entonces como que ella lo vivía.

Menciona que sus papás nunca le dieron libertad de ser ella misma, si iba a fiestas tenía que ir con su mamá, de repente la soltaron cuando entro a la Universidad y si le dio mucho miedo, no sabía ni que hacer y siguió dependiendo porque tenía que ir algún lado y siempre pedía que la acompañaran, no podía hacer las cosas por sí misma. Cuenta que ahora ya no es tanto esa dependencia, se siente un poco más independiente.

La relación con su mamá es buena y con su papá choca mucho porque nunca piensa igual que él, siempre defiende su opinión y eso a su papá no le gusta, ya que es autoritario, inclusive abusa de su madre, ella interviene y se originan muchos problemas. Piensa que su padre no la quiere y siente que le esta adjudicando todo lo que el no pudo ser. Siempre le decían todo sus papas, como aparentar, cómo portarse y ahora que tiene que decidir como que le da miedo, sabe que ya no es una niña y que tiene que crecer, tiene miedo a equivocarse, por eso prefiere que sus papás decidan por ella, a pesar de que ya tiene mas libertad. Reconoce que hace muchas cosas porque eso es lo que esperan de ella sus amigos o sus padres.

Ante el anuncio del receso en la terapia, la paciente manifiesta que ya se estaba acostumbrada a venir cada miércoles, y estaba sintiendo más confianza, con las vacaciones cree que se va a desacostumbrar y tendría que reiniciar todo en enero.

PACIENTE 7:

Se presenta en el grupo, menciona que estaba esperando la reunión, no le gusta su carácter, tiene problemas con su familia, dice estar nerviosa y querer hacer todo y no hacer nada. Se siente bien de estar aquí porque todos tienen problemas y la pueden escuchar, cree que el grupo puede ayudarle a cambiar, pues sola no podría.

Comenta que tiene problemas de audición en el oído derecho, pidiéndole al resto del grupo que no vayan a creer que es falta de atención, se reconoce con problemas para establecer nuevas relaciones, ser indefensa y tenerle miedo a la gente, por esa situación se aísla y es muy callada, pues no sabe que hablar con los demás y le da pánico hacer el ridículo por lo que no platica.

Relata que se fue de su casa por problemas, de su padre nos dice que no lo conoció, pero que le hubiera gustado conocerlo; actualmente vive con una señora a quien le renta un cuarto y trabaja para sostenerse, además estudia ingles. Es poco participativa, generalmente se la pasa en las sesiones con la cabeza baja y muchas veces llorando, ante preguntas directas responde con monosílabos, dice que tiene problemas graves pero que no puede decirlos porque se avergüenza, se siente decepcionada de la vida y que no encaja con el grupo, en general muestra mucha resistencia a la terapia.

PACIENTE 8:

Se presenta en el grupo, menciona que no soporta estar con la gente, ni sus miradas, se siente muy inseguro, cree que puede ser ayudado por el grupo, demanda a los terapeutas que lo guíen en una cura rápida. Plantea que su principal problema que le cuesta mucho trabajo tener contacto con la gente, que hasta hace poco tiempo se sentía tonto, feo y flaco y que la gente así lo pensaba de él, así que se alejaba, ni siquiera subía a los colectivos, sentía las miradas de la gente pero se dio cuenta que eran puras ideas trato de convencerse de lo contrario; aunque sigue con los problemas de contacto con la gente , ya no se siente tan acongojado, pero cuando se encuentra en una situación similar, le sudan las manos y se pone nervioso así que se aísla y se tranquiliza.

Menciona que tiene muy poca capacidad para defenderse, le da miedo hacer el ridículo ante los demás, piensa que siempre lo van a pisotear y le da mucho coraje y se deprime, esta inactivo y en su casa no hace nada, solo viene a las terapias. Es poco participativo y falta frecuentemente a las sesiones. Menciona que no ha tenido avances, se ha sentido igual que al principio, continúa teniendo pavor de hablar con la gente, le sudan las manos y se pone nervioso, aunque con algunas personas se puede controlar, en especial con aquellas que considera como inferiores a él. Textualmente dice que: *“Me pongo nervioso porque pienso que las cosas me van a salir mal, se me baja la moral”*. Se siente inseguro y desea poder enfrentarse a ese miedo.

PACIENTE 9:

Se presenta al grupo, inicialmente comenta que se siente como un oso panda, ya que sabe que es observado a través de la cámara Gessel; refiere que acude a consulta ya que toda su vida a tenido presiones, pero que últimamente esta explotando todo su coraje, se siente descontrolado.

Menciona que desde chico su padre lo dejó y se quedó viviendo con su madre, trabaja desde los 17 años, responsabiliza a su padre por su abandono y como causa de sus problemas. Actualmente vive con su madre y con su hermana, tiene problemas con su familia, mencionando que le vale y les vale gorro y que se ignoran mutuamente. No tiene estabilidad en la escuela, ha cambiado mucho de escuelas y acaba de cambiar de carrera.

PACIENTE 10:

Se presenta en el grupo y comenta que esta en proceso de titularse pero le ha costado mucho hacer su tesis, siempre la pospone y así se le ha pasado el tiempo; dice tener pesadillas que son tan malas que hasta le da miedo dormir, mismas que se relacionan con la muerte de su padre hace 4 años, por lo que él hasta quiso suicidarse. Menciona que tenía una novia, con quien tenía una relación muy estable pero que terminaron hace poco, pues ella se dio cuenta que el paciente estaba saliendo con otra pareja, ya no le ha querido hacer caso y eso le produce mucha tristeza. Siente que tiene muchas cosas en común con el grupo y que lo pueden ayudar a aclarar su situación, que no viene por una receta para resolver sus problemas pero que por lo menos lo ayudarán a elevar su autoestima. Solamente asiste a la primera sesión y se da de baja del proceso.

SEGUNDO CORTE DINÁMICA INDIVIDUAL (SESIONES 9-16)

En este período permanecen en el proceso terapéutico los pacientes 1, 2, 3, 4, 5 y 7; por lo que solamente se presenta el material clínico correspondiente a estos pacientes.

PACIENTE 1:

Menciona que su madre le dice que no debe expresar sus sentimientos, pues la gente se puede aprovechar de ella; le da pena que la vean equivocarse y que no puede actuar igual a los demás por su discapacidad, quiere demostrar que puede hacer bien las cosas, dice que la sobreprotegen demasiado en su familia pero que las cosas están cambiando, ya se siente mas independiente y esta buscando trabajo como profesionista.

Relata que quiere mucho a su papá, pero como es muy enojón ha tenido problemas para acercarse a él, le gustaría que le dijera lo que siente para poder hablarle con mas libertad. Ha tratado de hablar sobre sus sentimientos, pero como que les da miedo a sus padres y cambian la plática, no sabe cómo comunicarse con ellos: pocas veces su papá le demuestra su amor. Manifiesta que su papá más bien estaba inconforme por su discapacidad, tomaba mucho y sufría. Menciona que siempre quería hacer todo bien para que la quisieran. Argumenta su papá no la rechaza, sino que quiere que ella salga adelante.

Se refiere a su imagen corporal, se confiesa comilona y que relaciona la comida con sentimientos de cariño y bienestar, dice que quien la quiera la tendrá que aceptar como es, tal como en su actual relación dónde su pareja, entre miles de niñas delgaditas la eligió a ella. Acepta que tiene que trabajar para cambiar pero la persona que la valore y que la acepte como es desde el principio. Siente que esta resolviendo sus cosas y que no es necesario que las terapeutas le digan cómo, que no tienen una varita mágica y que esta viendo logros, dice que la responsabilidad del cambio es de uno mismo. Menciona que muchas veces por protegerla sus padres la tratan como a una niña chiquita.

Relata un sueño, en que iba a estar en una obra de teatro, tenía que representar a una niña de 13 años que decía que bonito sería crecer, y se preguntaba cómo iba a representar a una niña si ella ya es grande y entonces veía a una persona mas grande, mas madura como que estaba creciendo. Recuerda que su papá le decía que no demostrara mucho el afecto porque se podrían aprovechar de ella y se lo estaba creyendo, ahora ya no lo piensa así. Confiesa que se siente aún como niña chiquita porque sus papas todavía van por ella a la escuela.

Siente que cuando termine la terapia les va a dejar muchas cosas buenas. Se alegra que ya puede expresar mas sus sentimientos, puede mostrar el enojo con sus mis amigas y no pasa nada. En cuanto a su percepción de que su padre ha sido injusto, argumenta que su papá ha sido rechazado y ha tenido que trabajar desde chico, cosas de esas que sufrimos los rechazados, nos decía antes, comprende su dolor y trata de animarlo para que no este triste, ahora le da gusto que esté en la Universidad y que sus hermanos toquen la guitarra muy bien. Habla de que no le gusta ver que la gente se insulte, siempre tiende a tranquilizar las cosas; cuenta que la semana pasada estuvo con su pareja y le dieron celos porque una niña se acerco a él buscando su apoyo, sintió coraje porque era como si le estuvieran robando tiempo de estar con él. Confiesa tener miedo de perderlo.

PACIENTE 2:

Se refiere a los compañeros que han faltado a la terapia, sugiere que tal vez no venían porque en cada sesión se profundiza más y por miedo a afrontar los problemas, mejor faltaban. Se siente apoyada en el grupo, deja sus problemas y se lleva muchas cosas que pensar. Se lamenta que no pudo continuar estudiando la carrera que prefería, principalmente por problemas económicos, pues no trabajaba, se tuvo que dar de baja por lo que se sintió fracasada, estuvo un año sin hacer nada, con muchos problemas psicológicos, porque se decía que no era inteligente ni especial.

Relata que se pelea con su papá cuando llega a su casa, casi no se hablan para evitar problemas, con su mamá la comunicación es muy superficial. Cuando vivía su padre en casa todos salían de paseo en familia, lo cual extraña. En referencia al grupo terapéutico, percibe que siguen con su caparazón, que no comentan muchas cosas, ella se siente muy triste y generalmente culpa a sus familia de lo que le pasa, pero se empieza a dar cuenta que ella también a contribuido en los problemas. Dice que siempre ha tenido ganas que la quieran mucho, que ha sentido que no tiene el cariño de la gente, pero de repente se ha dado cuenta que siempre ahí ha estado, lo que pasa es que no lo ha visto. Se lamenta que no ha valorado a su madre, quién esta muy grande y se pregunta que ha hecho por ayudarla. Con su papá le da mucho coraje, siente que el es el culpable de muchas cosas. Comenta que su mamá siempre ha tenido que trabajar, a veces su papá le da dinero, pero si no, no hay problema y ella tiene que ver de donde saca para darle. Le da coraje que él este viviendo en otra casa y que su mamá lo acepte.

No le gusta que le digan que esta pasada de peso, dice que si quiere bajar de peso, no será por nadie sino por ella, para sentirse bien. Comenta que en la vida ha tenido muchas oportunidades y las ha dejado ir, se ha propuesto dejar los pretextos y hacer las cosas, sin estar echando la culpa a los demás, dice que es el momento de aceptar su responsabilidad. Aunque a veces piensa que no va poder, piensa que hay que enfrentar las cosas, antes sentía como que la gente le hacía daño y se ha dado cuenta de que no es la gente, también ella hace cosas para que las cosas empeoren y no hace cosas para mejorarlas. Se ha dado cuenta que busca quien la proteja como a una la niña chiquita, quiere tener privilegios de una persona mayor pero a la vez es una niña menor.

Ahora reconoce que no solo su hermana tiene privilegios ella también tiene privilegios, ya no pide como antes, comenta que si quiere ser independiente primero tiene que mostrar que es independiente. Se siente más tranquila en el grupo que en su casa, pero esta muy confundida porque ya va a acabar. Reconoce que su hermana tiene más privilegios que ella porque trabaja y señala que puede ser que no sea tan injusta la situación.

En la sesión 16 comenta que la semana pasada se peleó otra vez con su hermana, pensaba que ya estaba cambiando pero volvió a suceder. Siente que su hermana tiene un ego muy grande y la humilla; también nos dice que un primo le dijo que ella le tiene envidia a su hermana, pero piensa que es al revés. Dice que más que envidia es coraje, pero no tanto hacia mi hermana, es con su mamá pues no le da su lugar. Le da mucho miedo mostrar sus sentimientos, ya que es como demostrar debilidad, además de que le cuesta mucho trabajo sacar las cosas que siente, las guarda y después las olvida.

PACIENTE 3:

Señala que siempre deja las cosas a la mitad, después se siente que volvió a fallar; le da miedo lo que vayan a pensar de ella, que ya no la vayan a aceptar. Comenta que con este grupo puede ser tal como es, sin aparentar, quitarse la máscara. Quiere ser original y nada común, pero se está dando cuenta que puede ser tan común y corriente como los demás, que así son todos los seres humanos.

Se queja que nunca tuvo una familia con quien salir a paseos, siempre se lamenta, ¿por qué tuvo esta familia?, se avergüenza de ellos, que no sean preparados, que son morenos, vulgares, le iría mejor si hubiera tenido una familia inteligente; dice que se hace pasar por intelectual y no lo es, le duele pensar que es fea, que no tiene novio, siempre está renegando de su familia. También menciona que siempre quiere las cosas que no tiene, tener un papá que le hubiera enseñado a hablar, que le dijera que era bonita. En cambio comenta que sus compañeros tienen familias intelectuales, sus papas son abogados, escritores y ella se siente inferior, siempre ha querido juntarse con los más populares, aunque se sienta menos, le da prestigio, aunque se sienta opacada. Se cataloga como una mala hija porque critica a su mamá, quiere ser una buena hija, acepta que quiere a su mamá. Le vergüenza pedirle dinero para las sesiones, pero tiene que hacerlo, pues no trabaja.

Se siente mal porque parece que a veces acapara toda la sesión, le aterra crecer, tomar decisiones, cree que por eso no ha trabajado. Le molesta cuando su mamá le dice que ya trabaje y es cuando más desea haber tenido una familia rica. Confiesa que le da miedo tener responsabilidades, saber que si trabaja y se está volviendo independiente económicamente, ya no puede echarse para atrás. Como no quiere tener responsabilidades mejor se queda en su casa y lo alarga y lo alarga. Dice que nunca decide, siempre espera a que los demás decidan por ella; se pregunta cómo le hacen sus compañeras del grupo que dicen, pues me fui y reflexioné o estuve pensando o trabajé sobre esto, o me cayó el veinte, pero ella no puede y quiere que le digan como hacerle. Compara este grupo con el de Neuróticos anónimos, reclama que ahí sí le decían como hacerle, además que tenía una madrina que siempre estaba a su disposición y le daba consejos.

Señala que siempre le ha gustado andar en la calle con amigos, no le gusta estar en su casa, no está satisfecha y sustituye ese vacío con la comida para sentirse bien, acepta que siempre tiene hambre; en sus relaciones de pareja, comenta que se enteró que su ex novio va a tener un hijo y se tendrá que casar, ella se siente triste porque seguirá sola, dice que ya no le importa cambiar, está estancada y siente que de nada ha servido venir a la terapia. Reconoce que las terapeutas no tienen una varita mágica, pero le da coraje consigo misma, no quiere escuchar, quiere una respuesta más concreta. Le da coraje pensar que su papá no la quería porque no fue varón, su mamá también le decía que si hubiera sido varón su papá no se hubiera ido de la casa.

Recuerda que en la sesión pasada se sintió regañada y destaca que está aquí para sentirse bien, no para sentirse mal, sin embargo acepta que no la pueden llevar de la mano para que cambie y que es ella la que tiene la responsabilidad del cambio, empieza a darse cuenta que no solo es la gente, sino que muchas veces ella dice palabras hirientes y que muchas veces provoca que la lastimen o que le falten al respeto.

PACIENTE 4:

La paciente se pregunta si es masoquista, si le gusta sufrir, al venir aquí se le ha dado cuenta que no es cierto, ella antes pensaba que tenía que ser algo especial, no común y corriente. Menciona que en el arte y en el cine ella ve que los artistas plasman su sufrimiento, entonces pensaba que estaba bien sufrir, porque según ella eso la iba a hacer mejor, porque ella quería ser como los artistas, pintores o poetas. Añade que toda su vida es una contradicción, que le están afectando las cosas y no las puede apartar. Siente que tiene que ser sufrida para que la gente diga: esta chava es bien especial.

Con respecto a su mamá, reporta que casi no la ve, no hablan, resiente que siempre esta con su marido y a ella ni la pela, nunca le ha dedicado tiempo, la culpa de su rebeldía. Piensa que han estado muy alejadas para acercarse ahora, ya no la ve como su mamá, sino como una tía. Dice que no esta entrando a clases, su mamá quiere que trabaje, pero ella no quiere.

Siempre ha culpado a los demás, reflexiona que sus problemas se deben a su baja autoestima y no es tanto que sea la gente, sino que es ella, lo que le molesta de la gente es verse reflejada en ella, cuando critica a una persona, se critica a si misma. Ahora se da cuenta, se pregunta que cómo la va a estimar la gente si ella es egoísta y critica. Se considera una persona odiosa, que le cuesta trabajo hablar en terapia, siente que este proceso es muy lento para ella, dice que son dos pasos para adelante y otros tantos para atrás; en cambio menciona que su abuelita esta en un grupo de comedores compulsivos y ha cambiado mucho desde que esta en ese grupo, sube a una tribuna y platica y sus demás compañeros le dicen que si esta bien o esta mal. Se queja de que aquí no le dicen nada y ella quiere que le digan si esta bien o mal.

Nos cuenta que cuando sus primas necesitan ayuda en sus tareas ella les ayuda, para que la califiquen como inteligente y ella las pueda ofender por su incapacidad, luego se siente mal pero nunca les pide perdón. En cuanto a la comida nos relata que ella come mucho, tiene un vacío que nunca puede llenar; quiere aceptarse, ser feliz, pero se siente traumada y la gente al ver que esta traumada se aleja, en cambio al aceptarse la gente se va a acercar, reconoce que ella es la única que se puede ayudar. Se avergüenza de que nunca ha tenido novio, prefiere que la gente piense que es lesbiana para que no digan: *“hay pobrecita nunca ha tenido novio, es una fracasada”*.

Al tocarse el tema de que prácticamente faltan 10 sesiones para terminar con el proceso, la paciente argumenta que ella se siente bien para irse, no piensa pedir ayuda, pues sería seguir dependiente, aunque no se cierra totalmente, si tiene sus bajones. Ya no quiere ser la sufrida, ni tenerse lástima, acepta que no solo es venir a platicar de sus problemas, sino que tiene que actuar y ya lo ha empezado a hacer y le ha funcionado; como el reconocer que también tiene cosas buenas, no solo malas y antes solo veía lo malo. Dice que se comporta diferente con cada persona, pues si ella sacara lo que es, siente que la dañarían y que no la aceptarían así como es, quiere vivir en un mundo de fantasía para no atreverse a hacer las cosas y para que no la lastimen y ser la sufrida, para no crecer. Se dirige a las terapeutas y dice que le cayeron gordas porque también se sintió regañada, porque le dijeron que no tenían una varita mágica y que ni eran hadas madrinas que la iban a llevar de la mano, pero que nunca le dicen nada en concreto.

Para la sesión 16 menciona que en este período ha reflexionado sobre las cosas que han pasado en la terapia, se ha dado cuenta que no quiere crecer y al mismo tiempo no puede, entonces se dio cuenta que era todavía una niña inmadura que no sabe lo que quiere, que sigue apegada a su madre; reconoce que ya está grande, ya tiene 19 años. Comparte que ya está acudiendo a otro grupo de ayuda para manejo del sobrepeso que se siente mal porque parece que así va estar siempre, necesitando apoyos y ayuda, entonces ha vuelto a sentirse como una niña dependiente, dice estar atorada y que no se atreve a dar el siguiente paso.

PACIENTE 5:

Expresa que al principio de la terapia se sintió agredida por algunos integrantes del grupo, en especial la paciente 4, ahora ya no lo percibe tanto. Comenta que le es difícil hablar de sus cosas y habla sobre la confianza que debe haber dentro del grupo terapéutico, menciona que puede parecer que sus problemas sean superficiales pero nadie lo debe juzgar. Habla de las dificultades con su novio, de continuas rupturas y regresos.

Señala que en su casa siempre le han dado más importancia a las apariencias, siempre están preocupados como se ven, le decían que si no estaba súper bien nadie la iba a querer. Ahora le importa más que reconozcan que es una buena persona, segura de sí misma, que toma decisiones, aunque a veces necesita que le den seguridad, si no está su novio están sus amigos, ellos le dan seguridad, siempre la han apoyado.

Con su papá le cuesta mucho trabajar, le da miedo pedirle algo, a veces prefiere no pedirle permiso para una fiesta y mejor no va, pero hay veces que si tiene muchas ganas de ir a algún lado le dice y terminan peleándose, porque la sigue tratando como a una niña, quisiera que no tuviera amigos, no saliera y siempre estuviera en su casa y nada más fuera de la escuela a su casa. Menciona que su hermana ha sido todo para ella, siempre la ha cuidado desde chica, ya que su mamá tenía que trabajar, confiesa que cuando se vaya a casar le va doler mucho. Piensa que le va a ser fácil independizarse, sobre todo de su mamá, a veces le dice que cuando tenga dinero se va a ir a vivir sola, entonces se pone muy triste y le parte el corazón, entonces le dice que se la va a llevar con ella y se le ilumina su carita.

En cuanto a la comida, menciona que nunca tiene llenadero, entonces se ha puesto a pensar que la comida es como las relaciones, siempre quiere más. Siempre quiso que le dijeran que era una mujer atractiva y no una muñequita arreglada, la mujer atractiva no necesita ser el estereotipo delgadita, es atractiva por su manera de ser.

Pregunta si después que se terminen las sesiones las acomodan en una terapia individual, piensa que necesita más apoyo. Se queja de que su mamá siempre le ha dicho que tiene que andar con niño que tenga dinero para que la cuide, una serie de prejuicios que la confunden. Siente que la tratan como a una niña que no puede decidir por sí misma; piensa que sus hermanas tienen más privilegios. Manifiesta que todo va a cambiar cuando sus hermanas se casen, sus papás van a ser para ella. Se queja de que siempre ha estado sola, su mamá siempre ha trabajado y su papá también, sus hermanas nunca están y ella siempre se ha quedado sola y eso no le gusta, se reconoce como muy dependiente de la presencia de los demás.

PACIENTE 7:

La paciente no asiste al proceso desde la sesión 4, sin embargo reaparece para la sesión 9, en ella argumenta que no había venido por temor, no puede enfrentar las cosas, tiene miedo de que sepan algunas cosas terribles de ella por lo que prefiere no hablar. Quiere ayudarse pero no se cómo empezar; siempre ha tenido amigos a quienes les cuenta sus cosas y tratan de ayudarla, pero cuando ellos tienen problemas siempre van con otras personas a contárselos, porque se imagina que dirán: esta inútil como nos puede ayudar si no puede con ella misma, nunca le confían nada. Se compara con los demás y se pregunta cómo es que las personas tienen problemas más fuertes y no están tan abajo como ella. Señala que también está cansada de sufrir y que todos le digan pobrecita; quiere salir adelante, cree poder, pero falta que se decida. Esta es la última sesión a la que asiste.

TERCER CORTE DINÁMICA INDIVIDUAL (SESIONES 17-24)

Para este período permanecen los pacientes 1, 2, 3, y 4, quienes finalizan el proceso terapéutico, en el caso de la paciente 5, a partir de la sesión 19 deja de asistir.

PACIENTE 1:

La paciente señala que antes solo quería quedar bien con los demás, era muy rígida, siempre tenía que demostrar que tenía un buen estado de ánimo, nunca enojarse, se exigía mucho, ahora empieza a mostrar lo que siente. Con sus padres ya puede hablar de sus sentimientos y eso ha permitido una relación más sincera, ellos pensaban que por su discapacidad siempre iba a ser una niña y no una mujer que siente. Se ha dado cuenta que quiere cambiar y crecer pero lo tiene que hacer ella misma. Acepta que crecer implica esfuerzo, al principio ni los papás quieren, en su caso, sus padres le decían que no se preocupara que ellos siempre estarían apoyándola, pero aunque le da miedo, actualmente está buscando trabajo, de todas formas ella trabaja con sus padres y así saca sus gastos. Inclusive ya puede decirle de buena manera a su mamá que no tiene porque buscarle novio, que ella decidirá quién es el adecuado, siente que el grupo le ha dado esa fortaleza.

La paciente reflexiona que a veces, uno no quiere decir a las personas algo, porque piensa que las va a lastimar, pero hay que decirlo. Se refiere a una de las terapeutas y señala que tuvo un sueño en el que ella quería que la llevaran de la mano por un laberinto, pero la terapeuta se negaba y solo la iba guiando con su voz, aunque la paciente se enojaba, al final podía salir del laberinto. Señala que lo mismo pasa aquí.

Reconoce que ya puede decir cuando algo le molesta y no pasa ninguna catástrofe, puede decir lo que siente y las personas lo entienden. También dice que a veces uno se enfrenta a las cosas y no les sale bien, pero al menos lo intenta y eso es un logro. Con su pareja ha tenido más comunicación, antes no lo hacía por temor a que se fuera a molestar. Siente que está actuando más naturalmente.

Relata otro sueño, ella iba nadando pero la corriente estaba en su contra, aún así pudo llegar a la otra orilla, no podía y alguien le decía síguele, era un chico pero ya no la llevaban de la mano, ahora ya no le daba coraje, se dice así misma qué ha tenido varios logros.

Para la sesión 22 la paciente habla sobre la próxima terminación de la terapia, que los cambios no son rápidos, ni mágicos, son paso a paso. Sabe que ahora se puede enfrentar mejor a las situaciones, ya no es una niña chiquita. Menciona que su madre siempre tendía a evadir lo emocional, pero ahora se siente más tranquila porque pueden hablar de esos temas, ahora ya no la ven tan desvalida.

Reconoce que aún no ha sido suficiente, le faltaría por lo menos vencer su inseguridad, porque todavía hace las cosas con miedo de lo que van a pensar. Siempre quería que la vieran como discapacitada, pero al mismo tiempo igual a todas, entonces se preocupaba mucho que no la aceptaran; ahora puede expresar sus sentimientos. Con relación a la comida, menciona que se ha vuelto más medida, ha pasado de ser insaciable a identificar cuando está llena y puede dejar de comer, acepta que la comida era como el apapacho que le hacía falta, por eso no tenía llenadero. Señala que está en el proceso de cambiar, de crecer, menciona que ya no es la misma de hace 6 meses. Entre sus planes está hablar con su pareja y definir, confiesa que le daría tristeza que no llegara a continuar con él, pero le interesa que ya no sea un secreto su relación y definirla. Menciona que un principio ella quería como que idealizar a la gente y ahora no.

Para la sesión 24, la paciente manifiesta tristeza por la despedida, pero comenta sus planes, ya que está terminando la carrera, su primer objetivo es la titulación y buscar trabajo, así como darse tiempo para reflexionar todo lo que aquí pasó. Con respecto a sus padres, ha entendido que ellos no tienen que decidir sobre su vida, es ella la que tiene que tomar sus decisiones y ella lo que quiere es trabajar y enfrentarse al mundo. Ella cree que el grupo merece felicitarse, por todo lo que se ha logrado; cierra diciendo que ahora tienen que irse y seguir por sí mismas.

PACIENTE 2:

Menciona que su principal problema es que siempre se ha sentido muy sola, sin nadie, entonces, como que siempre ha querido tener cariño de todo el mundo, siempre busca mucho el cariño de la gente, muchas veces le hacían daño y ella no se daba cuenta, pero con tal de conservar el cariño de la gente, ella no decía nada, no le importaba, lo que quería es que estuvieran con ella, reconoce que eso le llegó a pasar muchas veces en sus relaciones de pareja. Señala que en este período ha tenido muchos problemas relacionados con el dinero, necesita dinero y no sabe cómo obtenerlo, entonces le pidió a su novio y vio la relación igual como la de sus padres, esto le causó enojo, porque sintió que ahora estaba dependiendo de otra persona.

Planea que al terminar la escuela, buscará trabajo en vacaciones, ganar dinero y guardarlo mientras pueda hacerlo, ahorrarlo para sus gastos; afirma que ya no quiere pedirle dinero a su mamá ni a su hermana, ya no quiere ser tan dependiente. Expresa que le da miedo ir a pedir trabajo, nunca ha trabajado en su vida y le da mucho temor, simplemente que le pregunten, ¿por qué buscas trabajo?. Argumenta que es una situación nueva para ella, y no sabe como le vaya a ir, si pueda salir sola adelante o no, pero quiere enfrentarlo. Piensa que esa es una manera de hacerse más independiente, de hacerse responsable de lo que quiere, expresa sus deseos de no depender de nadie, más que todo depender de sí misma.

Siente que ha cambiado, se ha dado cuenta que tiene cosas que verdaderamente le duelen. Comenta que apenas se empezó a dar cuenta de muchas cosas y que no a podido ni una tercera parte decir lo que pensaba, por eso le da tanta tristeza que ya se vayan a acabar las sesiones, apenas se estaba dando cuenta de lo que le hace daño y ahora tendrá que enfrentarlo sola, sin el apoyo del grupo. Referente a su pareja, expresa que pelean mucho, a veces piensa que lo mejor es que terminen, pero le da mucho miedo quedarse sola, se pregunta quién la va a querer si se va su novio.

Comenta que a pesar de que termine las terapias, ella siente que ha crecido, pero que le falta mucho por crecer, siente que esta saliendo de la etapa de adolescente y pasa a ser mujer, para después ser adulta y así sucesivamente, entonces cree que toda la vida se esta creciendo. Señala que no se puede pasar toda la vida en terapia, que hay que enfrentarse a los problemas por sí mismo y decidir que es lo que se quiere.

Se lamenta que las primeras sesiones no participaba mucho y que hasta ahora se de cuenta de lo que le hace daño y que ya no tenga tiempo para hablarlo, confiesa que aún no se siente bien, comenta que aún falta algo y que quisiera que no terminara todavía la terapia. Reconoce lo que le hace falta, que no puede relacionarse con su familia, que no puede expresar sus sentimientos, cuestiones que todavía no puede manejar. Nos descubre que nunca le ha dicho a su familia que esta tomando terapia, por temor a que se burlen de ella. También comenta que antes siempre culpaba a la gente de lo que lo pasaba y era muy agresiva, reporta que ahora es mas cooperativa con la gente, así mismo reconoce que la gente no tiene la culpa de lo que le pasa, aunque confiesa que todavía le cuesta trabajo.

Manifiesta que en estos días ha sido así como retroceder, se siente mal, la verdad es que no quiere que terminen las terapias por miedo a regresar a lo mismo, seguir siendo igual, sentirse igual, deprimirse igual, o sentir que nadie más la quiere. Por otra parte reconoce logros; señala que aprendió que expresar los sentimientos no es malo, que no hay porque ocultarlos, aunque aún le cuesta mucho trabajo decir lo que siente en su familia, con otras gentes ya le es mas fácil. Reflexiona que quiere que sigan viéndola como niña, no quiere crecer, no quiere dejar la mamila, pero sabe que es tiempo de terminar. Entonces experimenta sentimientos contradictorios, a la vez ya quisiera irse, pero a la vez no se quiere ir, porque necesita del grupo, pero esta consciente de que ya es tiempo de cortarse el cordón umbilical. Afirma que aprendió a quererse, a aceptarse como es, también aprendió a querer a la gente; aunque no quiere acercarse a su padre, lo intenta.

En la última sesión la paciente manifiesta que esta contenta con la terminación de la terapia, que también termina el ciclo escolar y que quiere empezar por titularse, nos cuenta que ya esta viendo lo del trabajo y que tiene muchas posibilidades de conseguirlo, lo cual la hace tener una responsabilidad completa, decidir por si misma, buscar dinero si le hace falta, ver como hacerle para tenerlo; menciona que con su hermana ya se llevan mejor. Recalca que tiene que trabajar y ayudar a si mamá cuando pueda, pero primero tiene que ayudarse a ella misma, necesita ropa, la escuela, sabe que no es algo mágico y ya mañana va a pasar, pero eso quiere hacer poco a poco.

Expresa que se lleva muchas cosas de cada quien, aprendió a ver a la gente de otra forma, menciona que a veces se negaba completamente a ver sus actitudes pero que en equipo le fue más fácil. Por último dice que a veces nos sentimos mal y todo se lo achacamos a los demás, como si uno fuera la víctima y los demás son los culpables, cada quien es responsable de sí mismo.

PACIENTE 3:

Nos cuenta que no tiene novio y que ya tiene más de un año de no tener, su última pareja le fue infiel y la trataba un poco mal, ella sufrió en esa relación pero la mantuvo por 5 años, dice que aguantó esa relación porque le daba miedo quedarse sola, quedarse abandonada, sentía que nadie se iba a fijar en ella, reconoce que permitía muchas cosas para no quedarse sola. Confiesa que necesita que alguien este con ella, porque le da miedo crecer, quisiera tener un novio, pero que la busque, ella no tiene porque hacerlo, piensa que los hombres tienen más privilegios porque ya si no les gusta una chica, nada más la dejan y siente que son triunfadores por su género. Menciona que ahora sabe que ella misma tiene que hacer los cambios y no esperar que le digan cómo vivir su vida.

Al referirse al trabajo comenta que en una ocasión fue a llenar una solicitud, después le llamaron y ella no fue pues le daba mucho miedo, pensaba que ya no iba a poder estar con sus amigos y ya iba a tener un horario fijo. Reflexiona que quizá es más cómodo seguir siendo insegura, sin responsabilidades, a lo mejor así la vida es más fácil. Le da miedo esforzarse, no quiere trabajar, no quiere tener la responsabilidad de tener que hacer su trabajo, entonces lo va alargando, pero también se angustia.

Asume que tiene miedo a responsabilizarse, una persona que estudia y trabaja, que ya va a cumplir 22 años. Menciona que no se puede echar para atrás y seguir siendo la niña insegura. Seguir en esa situación cómoda de no trabajar porque le da miedo, quedarse en su casa a sufrir porque no tiene dinero para nada. Señala que no quiere afrontar sola los problemas y termina echándole la culpa a los demás, a su mamá, luego a su familia, a las amigas o al grupo de terapia.

Insiste en el tema de que si tenemos un equipo terapéutico porqué no le pasamos un resumen en que le digamos las opiniones para que sepa como debe hacer para cambiar y crecer, que se le diga qué hacer en determinado momento, para que cuando terminen las terapias, sino esta el grupo, por lo menos tenga un manual.

Respecto a la próxima terminación del proceso, comenta que esta triste, antes siempre llegaba temprano a la terapia porque tenía como la ilusión, ahora dice llegar tarde porque se pone a platicar con sus amigos y se le hace tarde, se da cuenta que no ha podido cambiar, sigue con problemas para acercarse a la gente. Ella pensaba que ya estaban desapareciendo sus contradicciones pero no, quisiera cambiar de la noche a la mañana como por arte de magia. Menciona que esta inconforme con la vida, que siempre se esta quejando y echándole la culpa a los demás y no acepta sus responsabilidad y deja que las demás personas decidan por ella; le da coraje que no hace nada por cambiar.

En la sesión siguiente reporta que se ha sentido mal, se ha encerrado en su casa, no quiere hablar con nadie, le da flojera hablar con la gente, se pone de malas fácilmente, todo el tiempo le duele la cabeza, todo le molesta; cree que se esta amargando, comenta que también es causa de que ya van a acabar las sesiones y le causa mucha angustia.

Habla de su auto imagen, menciona que le gustan ciertas partes de su cuerpo, pero completa no se gusta. Ella cree que le hace falta esa aceptación, por eso no se acerca a la gente, porque no se acepta tal como es, con todas las partes de su cuerpo, sus cualidades y con sus defectos. Continúa reflexionando que por sentirse tan poca cosa y que nadie la va a querer, acepta relaciones difíciles o bien tiene relaciones imaginarias.

Siente que se ha dado cuenta de muchas cosas, pero le va a costar un mucho trabajo enfrentarse, porque esta acostumbrada a siempre justificarse. Piensa que la receta para crecer es ya no esperar a que llegue cada sesión para comentarlo y que le digan que hacer, por el contrario, aventarse aunque le cueste trabajo y decidir.

En la sesión 24 menciona que tuvo un problema, se enoja con sus amigas; dice no quería contarle porque es la última sesión y pensaba que debería mas hacer un recuento, no dejar la misma impresión que al principio, como que ya se va y sigue igual. En resumen, la paciente les pidió un favor a sus amigas y ellas se negaron por tener otros asuntos que hacer lo cual le causo enojo y resentimiento por su falta de consideración; al respecto argumenta que no les importo su urgencia, pero que lo que ella quería era que le resolvieran sus problemas y que se da cuenta que siempre ha sido así.

Comenta que ya quiere entrar a trabajar, pero que le gustaría que alguien se lo diera espontáneamente y así ahorrarle el trabajo de buscarlo.

Asume que en estas últimas sesiones tiene una visión diferente de la terapia y que le está cayendo el veinte, reflexiona que siempre la ha querido comparar con los grupos de Neuróticos Anónimos, pero que aquí es sin tantas palabras, sin tantas sugerencias, sin tantos rollos, confiesa que ahora ve muchas cosas. Admite que algo fundamental es que la única persona responsable de mí misma es ella y que llego a esa conclusión porque se dio cuenta y no porque las terapeutas se lo hayan dicho.

Menciona que empieza a razonar porque la gente no se puede ir de NA, porque era dependencia, siempre dependen de la madrina que está ahí, que dice que hacer y así es diez, quince años. Acepta que no se va a poder curar en tribuna, o con su madrina o con este grupo, pero lo que acaba de aprender es que ella es la que se va a curar a sí misma.

Ella siente que tiene que adaptarse, aceptarse, responsabilizarse, porque ya tiene 22 años y tiene que madurar. Ya no pensar que es la victima, que le hicieron daño. Confiesa que le cuesta mucho despedirse, siempre dice unas palabras de despedida, pero concluye que ya no mas palabras.

PACIENTE 4:

Confiesa que siempre depende de lo que le dicen los demás, aunque a veces ella sabe lo que tiene que hacer no lo hace por temor a equivocarse. Expresa su inconformidad porque no puede decir lo que siente. En su familia se burlan porque viene a terapia, aunque antes decía que cuando terminara la terapia no pediría ayuda, confiesa que se esta desmoronando.

Menciona que se estaba engañando, mientras no tiene que hacer el cambio, siente que puede, pero cuando ya lo tiene que hacer, pues otra vez se desmorona. Comenta que no le gusta ser mujer, porque a los hombres se les trata de otra manera.

Con respecto al trabajo, menciona que tiene miedo, pero no le apura porque es la más chica, actualmente vive con sus tíos y ellos le dan dinero, pero no es su responsabilidad, le aterra pensar que va a pasar cuando se casen, menciona que podría trabajar con ellos, pero piensa que sería engañarse porque va a ser otra vez proteger a la niña. De la paciente 5 expresa que cuenta problemas superficiales que no son iguales a los del resto del grupo, piensa que es el frijol en el arroz y que de plano no tienen nada en común con ella. Le molesta que viene a contar que los niños se pelean por ella, que no tiene complejos y hace que se sienta inferior; piensa que solo cuenta puras payasadas, pero le da miedo decírselo por temor a lastimarla.

La paciente nos cuenta de un sueño; ella estaba en la superficie de un lago y había una ciudad submarina, entonces le decían que se metiera al fondo, porque ahí estaba lo mejor, pero a ella le daba miedo, después un niño se sentaba a su lado en la orilla y a ella le daba miedo de que el niño le fuera a sumergir la cabeza en el agua y la ahogara, aunque también se arrepentía por no meter la cabeza. Este sueño lo relaciona con lo que está pasando en la terapia, no querer meterse a fondo por el temor a ahogarse. Comenta que ya se va a terminar la terapia y ella se siente mal, no tiene de qué hablar porque según ella, no está viviendo nada y casi no sale de su casa. Menciona que está en trámites para cambiar de carrera y poder empezar de nuevo, a pesar del miedo dice que le tiene que entrar.

Comenta que ella está comprando una imagen, ya que se viste de tal manera que la gente piense que es grillera, hippie o dark. Confiesa que a veces no puede contener su pensamiento negativo, aunque se esfuerza y después se siente mal; se refiere a la paciente 5, a quien cataloga como fresa y que sintió muy feo por todo lo que dijo la sesión pasada, pero así lo piensa y debe ser respetable.

En la sesión 21 la paciente argumenta, en relación al tema de la sexualidad, que ella no tiene nada que decir, que generalmente ella evita ese tema e inclusive el de los novios, siente pena porque nunca ha tenido novio y no lo ha vivido, menciona que se cierra al tema y prefiere huir; comenta que si hubiera sabido que se iba a tratar el tema mejor no venía. Siente que seguirá huyendo, porque ni siquiera tiene ganas de tener novio.

En la última sesión manifiesta que no tiene muchos planes, quiere ya entrar a la escuela y empezar de nuevo, comenta que la sesión pasada se sintió muy mal, triste y deprimida, por eso no pudo hablar, sintió que se estaba regresando. Ella cree que le da mucho miedo crecer, percibe que no puede avanzar, está atorada; piensa que pudo haber logrado más. Recuerda que le costó mucho permanecer constante en el proceso, a veces no quería venir, hasta llegó a sentirse enferma, muchas veces quiso irse, pero se mantuvo, tenía miedo de caer nuevamente en el círculo vicioso, dice que ahora hace el recuento y que no le agrada mucho que esto termine. Menciona que no le gusta despedirse, quisiera quedarse, cierra diciendo que en este grupo se sintió especial porque no tuvo que ponerse una máscara ni inventar historias, ni tampoco aparentar nada para que la aceptaran, menciona que aunque eran personas tan diferentes pudieron tener confianza y que aprendió a no juzgar desde un principio a la gente.

PACIENTE 5:

Manifiesta que sus problemas no son iguales a los del grupo; que desde chica estuvo trabajando con sus papas, comenta que también ha trabajado en tiendas departamentales por temporadas, pero que actualmente no trabaja y solamente estudia. Se siente triste de que vaya a terminar la terapia, pero que esta preparada, se percibe como una persona que puede enfrentar las cosas y que puede salir adelante, pero que también necesita ayuda y se pregunta quien la va a apoyar cuando se termine. Dice que la solución de sus problemas la tiene ella y que tiene que enfrentarlos; dice que antes si esperaba una varita mágica, pero que ahora se da cuenta que la varita mágica es uno mismo. Anuncia que esta acudiendo a un grupo de ayuda dónde uno habla de lo que siente sobre un tema y todos opinan, que es diferente de este grupo. Menciona que no se trata de sustituir al grupo pero manifiesta que a lo mejor cuando acabe aquí seguirá con el otro grupo. A partir de la sesión 19 deja de asistir y se le da de baja del proceso.

ASPECTOS TERAPÉUTICOS TRABAJADOS

PACIENTE 1

Esta paciente no faltó a ninguna sesión, asume el rol de terapeuta auxiliar y de conciliadora, tal como lo hace en su casa, cuando los demás integrantes del grupo se ponen tensos o agresivos trata de calmarlos; su presencia en el grupo es bastante movilizadora, por su discapacidad y los logros que ha obtenido, lo que representa un gran impulso de crecimiento al grupo. Por lo general ella inicia el tema de la sesión, posteriormente se enfoca a dar apoyo a sus compañeros, les marca cosas positivas y da cohesión al grupo. Los principales aspectos trabajados con ella se enfocaron a esa función conciliadora, preocupándose de que todos estén bien, dejando de lado su propio bienestar; se le cuestionó acerca de sus expectativas de crecimiento, ya que estaba pasando por un momento conformista y de dependencia, refugiándose al interior de su familia, también se trabajó sobre su dificultad de expresar los afectos, cuestión que fue difícil para el equipo por el temor a dañarla; así mismo se trató el tema de la idealización de la pareja, alrededor del juicio de realidad, en contraste con la situación fantaseada que vivía.

PACIENTE 2

El trabajo desplegado en este caso, se enfocó en tres direcciones: hacia las actitudes infantiles mágicas y dependientes que dificultaban el crecimiento de la paciente, señalándole la parte de responsabilidad que pudiese tener en relación con sus dificultades para establecer relaciones sociales y familiares; también se trabajó los sentimientos de abandono y de rivalidad con relación a su hermana, que le producen una sensación generalizada de rechazo y depresión; así mismo se trataron las descargas impulsivas reactivas a sus sentimientos de frustración que terminan ocasionándole sentimientos de culpa.

PACIENTE 3

Fundamentalmente se trabajó sobre su posición de dependencia, en la que aparece como una persona que no asume las responsabilidades de su propia vida, buscando justificar sus dificultades en función de culpar a los demás, se le confrontó en relación con sus pensamientos mágicos, de acuerdo a los cuales, podría llegar a una cura total por el solo hecho de asistir al proceso terapéutico y que la responsabilidad de ese éxito era exclusivamente de los coterapeutas, señalándole que la responsabilidad del cambio dependía de su propio trabajo; así mismo se le confrontó en el aspecto de sus sentimientos de minusvalía en relación con sus compañeros, su baja tolerancia a la frustración, su rebeldía, sus conductas impulsivas y sus sensaciones de rechazo.

PACIENTE 4

Inicialmente se promovió el establecimiento de una alianza terapéutica que pudiese neutralizar su oposicionismo y negativismo, ya que en sus actitudes iniciales se mostró como una paciente altamente resistente a la terapia, adicionalmente el trabajo terapéutico se enfocó a fortalecer su juicio de realidad en tres aspectos fundamentales; el primero con respecto a su baja autoestima, el segundo, en cuanto a su posición demandante con respecto al medio y el tercero se orientó hacia su tendencia a culpar a todos los demás de sus conflictos sin asumir sus propias responsabilidades.

PACIENTE 5

En el grupo se caracterizó por aparentar ser una chica popular, extrovertida y libre de conflictos, lo que ocasionó una reacción hostil de parte de los demás integrantes del grupo; a medida que las sesiones fueron avanzando comenzó a reconocer sus problemas en las relaciones familiares, la relación de pareja y sus dificultades para asumirse como una mujer adulta responsable de sus actos. Frecuentemente se sentía deprimida por esta situación, ya que los demás no la comprendían, actuando como víctima para obtener la tolerancia y aceptación de los demás; con una actitud seductora y manipuladora intentó obtener la aprobación del grupo y la protección de las coterapeutas, aunque estas estrategias no funcionaron quizá porque el grupo terminó siendo integrado únicamente por mujeres; de tal manera que el ambiente familiar fue reproducido, es decir, una falta de protección de los padres coterapeutas y una relación conflictiva con sus hermanas del grupo terapéutico. La asistencia de esta paciente a las sesiones terapéuticas fueron muy irregulares, toda vez que percibía al medio de manera amenazante; una vez que se abordó el tema de la terminación del proceso terapéutico, la paciente asumió una actitud demandante y de reclamo constante por no haber obtenido la cura mágica que ella deseaba, dejó de asistir definitivamente en la antepenúltima sesión, justamente en el momento del cierre y la separación del grupo, la cual la vivió como una experiencia de abandono, así que ella abandonó al grupo antes de ser abandonada por este.

PACIENTE 6

Al principio su comportamiento en el grupo se caracterizó por la pasividad y la falta de participación, siempre tratando de dar la imagen de una niña buena que aparentaba el no tener problemas, al paso de las sesiones, se fueron planteando aspectos de su intensa dependencia hacia su familia, así como su posición de preferir comportarse como una niña buena para evitar el dolor del crecimiento y asumir responsabilidad para solucionar sus problemas, además se trabajó sobre su relación conflictiva con su padre y su papel de reguladora ante los conflictos entre sus padres.

PACIENTE 7

Esta paciente abandona el proceso en la quinta sesión, en un principio cuando se presenta en el grupo permanece silenciosa y reservada, a pesar de su silencio se muestra como una chica triste y demandante de atención, buscando la protección de las coterapeutas y la

comprensión de sus compañeros, frecuentemente llega tarde y corporalmente adopta una posición de minusvalía. Exige una atención de las coterapeutas, a quienes les expresa que sus problemas son demasiado dolorosos y que prefiere no hablar de ellos por el momento, al mismo tiempo deposita en ellas la única posibilidad de salvación; al parecer este doble juego las atrapa; ante la intensa demanda de la paciente terminan por quedar inmovilizadas y comienzan a desatenderla, en este caso, la paciente se siente rechazada y desplazada por la atención que se les brinda a sus demás compañeras. En la última sesión a la que asistió llegó demasiado tarde, pasados unos minutos ella se puso a llorar y no se investigó lo que pasaba, al término de la consulta se fue rápidamente y ya no volvió al proceso; como podrá observarse en esta actuación se reproduce en el espacio terapéutico las condiciones de la historia familiar de la paciente de rechazo y abandono que experimentó en su casa, la paciente realiza la misma actuación y abandona al grupo.

PACIENTE 8

Fueron muy pocos los aspectos revisados en el proceso, ya que este paciente solo asistió a la primera sesión, durante la cual se mostró demasiado ansioso y callado, aunque no manifestó abiertamente su carácter fóbico, mencionó que se consideraba débil de carácter y sentirse muy acomplejado. Por los rasgos de su personalidad, al parecer la problemática planteada por este paciente tenía una mayor profundidad que la del resto del grupo, por sus características de personalidad, existían elementos que contraindicaban esta psicoterapia grupal de tiempo limitado, en especial su acentuada dificultad para interactuar en grupo, lo que finalmente hace que abandone el tratamiento.

PACIENTE 9

No existe mucho material acerca de los temas revisados durante la psicoterapia, ya que este paciente solamente asistió a la primera sesión, durante la cual permaneció en silencio, solamente se presentó y mostró actitudes de gran contención; sin embargo se podrían plantear como hipótesis de su deserción, su tendencia al aislamiento, actitudes derrotistas y la falta de insight, así como su patrón de cambios frecuentes en sus metas y actividades.

PACIENTE 10

Su comportamiento en el grupo fue muy reservado, por lo general permaneció en silencio y las pocas veces que intervino fueron para indicar que se sentía completamente fuera de lugar en el grupo; quizá este fue una de los motivos por lo que decidió dejar de asistir desde la segunda sesión del proceso, la diferencia de edad, escolaridad y las características particulares que vivía en relación con el proceso de separación individuación; a diferencia de los demás, el paciente se encontraba viviendo fuera del seno familiar y estaba becado para continuar sus estudios con lo que más o menos se podía sostener, lo cual indicaba cierta diferencia comparativa en cuanto a la problemática común del grupo. Adicionalmente, no hay que perder de vista sus características depresivas, de dispersión y de abandonar por miedo a ser abandonado.

VII).- PROCESOS PARALELOS

Los objetivos terapéuticos consistieron en la promoción de la separación individuación y la consolidación de la identidad psicosexual de los pacientes; no obstante, coincidió con el organizador psicológico del grupo académico, ya que también se encontraba en un proceso de separación y terminación de los estudios de la Especialidad, lo que implicaba la consolidación de una identidad profesional. Estas condiciones y el propio modelo de supervisión empleado, facilitaron que el grupo académico se convirtiera en una caja de resonancia con respecto a las movilizaciones de los pacientes, observándose en muchas ocasiones la similitud entre las posiciones de ambos grupos; a continuación presentamos el material que describe este proceso paralelo.

PRIMER CORTE RESONANCIA (SESIONES 1-8)

Desde el inicio del proceso se percibe en el grupo académico una molestia por el exceso de trabajo, relativo a la elaboración de transcripciones y minutas de las sesiones terapéuticas, el grupo académico se muestra resistente al trabajo. **La demanda con la supervisora es “enséñame de una manera mágica rápida y sin que tengamos que trabajar;** en resonancia a la posición del **grupo de pacientes cuando expresan su demanda de ayuda terapéutica** de la manera siguiente: *“creo que ustedes me pueden ayudar, espero que no sea muy tardado, se que un día saldré adelante pero espero que no me tarde, o bien “yo por eso escogí una terapia de grupo, porque sola no podría hacerlo, creo que me van a ayudar, como que me van a guiar, me van a decir cómo”.*

Por otro lado, algunos pacientes refieren rivalidad y competencia con sus hermanos, en la búsqueda de comprensión y afecto de sus padres, así como enojo y rabia contra sus padres por la falta de atención o abandono, cuyas manifestaciones verbales son: *“Siento mucho coraje con mi hermana, me siento inferior, a mi nunca me han dado nada”.* **Se percibe un proceso paralelo en el grupo académico, en el que los integrantes también actúan una pugna con sus hermanos compañeros, por la incomprensión de la supervisora madre, haciendo una resonancia de las posiciones de los pacientes** quienes dicen: *“Soy la mas chica de mi casa y me tratan como niña, mis hermanos trabajan por eso tienen mas privilegios que yo, ellos pueden salir cuando quieren, a mi no me comprenden”.* **Así también subsisten los celos y envidia por la fantasía de que algunos de los compañeros son privilegiados al ser escogidos como coterapeutas,** tal como nos lo diría una paciente: *“La verdad me dan muchos celos hay veces que estallo grito y digo porque no es lo mismo porque no me puedo llevar yo igual con mi mamá y con mi papá”.*

Se observa que existe una falta de integración en el grupo de pacientes celos envidias y confrontaciones entre sus miembros, que lo expresa a través de una proyección negativa dirigida a la paciente 5 que lo verbalizan de la siguiente manera: *“Lo que me molesto de la paciente 5 es que llego después de que ya estábamos conociéndonos, ya nos habíamos integrado y así como que en un día llega y ya, ¿que importancia le esta dando a la terapia?”.* **Se percibe en el grupo académico un proceso paralelo, formación de subgrupo y alianzas, de los que compañeros no encajan o tienen problemas de integración.**

Se acentúa la dependencia del grupo terapéutico que se siente abandonado ante el próximo período vacacional “*A mi me va afectar mucho, si de miércoles a miércoles se me hace eterno, ahora 3 semanas, ustedes me ayudan son mi sostén, no tendré a donde ir y con lo de las vacaciones, me pregunto que va a pasar cuando terminen*”; **el grupo académico se angustia ante la posibilidad de un retroceso de la terapia, de no poder dar a los pacientes lo que están demandando. Continúan los problemas por la distribución del trabajo dentro del grupo académico, los integrantes actúan su enojo hacia a la madre supervisora, por la envidia de no haber sido escogidos como coterapeutas, que se traduce en un ataque al trabajo académico y no aceptación de las responsabilidades individuales, en una posición dependiente y dificultad de crecer y asumirse como profesionistas, en resonancia a las dificultades de crecimiento e identidad de los pacientes.**

Coinciden las posiciones demandantes de ambos grupos, los pacientes piden que se les diga específicamente cómo cambiar, como diría un paciente: “*Con este grupo me siento bien, me siento comprendida a lo mejor uno de ustedes me dice, no pues mira hazle así*”. **De la misma manera el grupo académico le demanda a la supervisora instrucciones concretas, para saber cómo hacer paso por paso las intervenciones, como una receta para la conducción de la psicoterapia.**

El grupo académico manifiesta temor a perder a los pacientes por intervenciones o confrontaciones directas, argumentando que las coterapeutas puedan a lastimar y correr a los pacientes, ya que se podrían sentirse agredidos,. Lo anterior, en resonancia a la actitud del grupo terapéutico de no profundizar en el material, una paciente lo verbaliza de esta manera: “*estamos aquí para decirnos las cosas pero sin agredir, en buena honda, no para ser regañados*”. **También se nota la tendencia del grupo académico sobre todo en las primeras 5 sesiones de ataque al encuadre, actuando los celos, envidias y sentimientos de incomprensión del grupo de pacientes.**

Destaca que las coterapeutas alargan las sesiones, tal vez como una respuesta para satisfacer la actitud demandante del grupo de pacientes. El tema central es la demanda y en ese sentido se percibe un paralelismo en ambos grupos, **el grupo académico expresa su temor de no poder satisfacer las demandas del grupo de pacientes,** como dice una paciente: “*Aquí no la voy hacer porque me hace falta venir, antes de vacaciones estaba cambiando pero ahora estoy igual que antes*”; **o bien que con sus intervenciones terapéuticas puedan lastimarlos y que se vayan de la terapia, en clara relación a esa posición dependiente y de reclamo por el abandono sufrido durante las vacaciones.**

En las reuniones pre y post de la sesión 8 se habla de favorecer la cohesión del grupo de pacientes y fomentar su participación, así también **se menciona la similitud que existe entre el grupo de pacientes y el grupo supervisado, se comenta que el grupo bajo supervisión no es un grupo participativo y que le cuesta interactuar.** Cabe mencionar que este grupo tuvo una pérdida importante, ya que casi la mitad de sus integrantes se fueron por diferentes motivos, **viviendo quizá una fantasía de que fueron expulsados por el propio grupo, en consonancia con lo que esta pasando con el grupo de pacientes, ya que algunos de sus integrantes, principalmente del sexo masculino, aparentemente han dejado la terapia.**

SEGUNDO CORTE RESONANCIA (SESIONES 9-16)

Se observa con mayor claridad que el grupo de estudiantes comparten características similares con el grupo de pacientes; tales como una **falta de participación, agresión encubierta, falta de integración y cohesión**. Se perciben **sentimientos de envidia hacia las coterapeutas designadas, traduciéndose en una falta de contención y agresiones encubiertas**, de tal manera que se divide al grupo entre los que apoyan y los que no; utilizando mecanismos de defensa como el de la negación en una tendencia a aparentar que no pasa nada. **Se acentúa la posición dependiente con respecto a la supervisora, a quién se le pide que mágicamente nos convierta en terapeutas grupales, sin trabajo de por medio, situación que queda evidenciada por la falta de acatamiento de las actividades teórico practicas que implica el encuadre y la revisión del material sugerido.**

La posición de los pacientes expresadas por conductas de inasistencia a la terapia, falta de pago, no profundizar en los temas y los conflictos personales entre sus integrantes, nos conducen a la hipótesis de un ataque al encuadre y sabotaje de la terapia; de manera consonante el grupo académico, se actúan desacuerdos en cuanto a la distribución del trabajo, falta de cohesión y participación, agresiones encubiertas y sabotaje a la terapia, lo que sugiere también la hipótesis de ataque al encuadre por parte del grupo supervisado.

Los pacientes reclaman a las coterapeutas porque sus avances han sido muy lentos, porque no les dicen como deben hacer para cambiar, tal como queda evidenciado con las siguientes afirmaciones: *“Siento que todo esto es muy lento para mí, son dos pasos para adelante y otros tantos para atrás, mi abuelita esta en un grupo de comedores compulsivos y ha cambiado mucho desde que esta en el grupo, ella sube a una tribuna y platica algo y sus demás compañeros le dicen que si esta bien o esta mal, pero aquí ustedes no nos dicen nada y yo quiero que me digan si estoy bien o mal”*. *“Yo estuve en un grupo de Neuróticos Anónimos, subía en una tribuna y hablaba y la gente me da su propia experiencia, no me lo dicen directamente, pero me dicen si le haces así o asado; también tenía una madrina que también me decía como hacerle y me daba consejos”*. *“Yo supuse que el psicólogo me tenía que decir si estoy bien o mal”*.

Por su parte el grupo académico continúa demandando que la supervisora nos diga cómo actuar y trabajar para aliviar los problemas de los pacientes, ante el temor de dañarlos por las intervenciones, se continúa en lo anecdótico y la falta de profundidad, esperando que la supervisora marque el camino.

La cercanía del término del semestre también mueve al grupo académico y lo confronta con su propio crecimiento, pasar de ser estudiantes a futuros terapeutas, como dice uno de los pacientes: *“A mi me aterra crecer”*, ó bien, *“me aterra tomar decisiones, mejor seguimos en la superficie en vez de tomar la decisión de profundizar”*.

Llama la atención la posición de los paciente en cuanto al pago, tienen muchos adeudos y parecería que no pagan ya que sienten que no reciben nada a cambio, así también se señala que por lo general las coterapeutas no terminan la sesión de acuerdo al horario establecido tratando de dar mas tiempo; dar mas a un grupo de pacientes demandantes.

Durante el período se acentúa el clima de envidia, celos y coraje dentro del grupo académico, la sensación de que las coterapéutas al ser elegidas fueron privilegiadas pues no tienen que hacer tanto trabajo como los observadores, en consonancia con la verbalización de una paciente: “Mis hermanas tienen más privilegios que yo”.

Quizá el aspecto de mayor peso es la resonancia en el tema del hambre, por un lado nos dicen las pacientes: “Yo soy bien floja, a veces quiero algo de comer, pero quisiera que me lo dieran en la cama”, o bien “parece que no tengo llenadero, entonces me he puesto a pensar que la comida es como las relaciones, siempre quiero mas”. En el grupo académico tampoco hay llenadero, continúa la inconformidad de los integrantes por la cantidad de trabajo que implica la organización de la información de la terapia, **como esperando aprender desde la cama, sin trabajo, pidiéndole a la supervisora que nos diga cuándo y cómo hacer las intervenciones terapéuticas, sin esfuerzo.**

Ante el aviso de la próxima terminación del proceso terapéutico se acentúan las posiciones dependientes, una paciente nos dice: “ya no me importa cambiar, luchas y luchas y no pasa nada , sigo estancada y así vaya a 1000 terapias y a un montón de lugares no vas a cambiar, ya van a terminar las terapias y yo estoy estancada”.

El reclamo de que no se han satisfecho sus demandas de curación y que además ya se va a terminar las terapias, como si se necesitara mas tiempo “Antes pensaba que si me ha servido lo que me han dicho pero creo que no.” Aparece como una demanda del grupo de pacientes que coincide con la del grupo académico; no habrá tiempo suficiente para la curación porque las sesiones se terminan. No se les esta satisfaciendo sus demandas al grupo de pacientes.

Surge la demanda del grupo académico a la madre supervisora, en el sentido de que ya se va a acabar el curso y que no ha satisfecho la demanda de enseñar las técnicas terapéuticas, como dijera otra paciente: “Siento miedo a volver a lo mismo a regresarme, me da miedo que ya no haya nadie aquí que me diga porque no es que me digan pero es simbólico y me aclara”. Nuestro trabajo encaminado a pasar de ser estudiantes a terapeutas profesionales, la separación e independencia, al igual que en el grupo terapéutico: Cómo cuesta trabajo crecer

Se sigue sin tocar a los pacientes por el temor a que se vayan y pareciera existir un acuerdo entre los dos grupos; los pacientes que no quieren ser tocados y los terapeutas que no profundizan para no lastimarlos, provocando una sensación de estancamiento; para movilizar a los pacientes se requiere tocarlos e interpretarlos, impulsarlos al crecimiento para que asuman su independencia. Si el grupo académico movilizara a los pacientes se irán convirtiendo mas en terapeutas profesionales y menos estudiantes; al parecer esta aparente colusión es un sabotaje al crecimiento de ambos grupos.

Los conflictos encubiertos en el grupo terapéutico tiene que ver con la falta de aclaración de sentimientos, no se habla de las cosas por temor a lastimar o ser lastimado, como dijeran las pacientes: “Si le demuestro esto que tal si no le agrada, que tal si se enoja o si le parecía tonto mi comentario”; o bien: “Yo también soy diferente con cada persona porque si yo sacara lo que soy siento que me lastimarían que no me aceptarían así como soy”.

Esta situación que es repetida en el grupo terapéutico dónde existe división y conflictos encubiertos, no se dicen las cosas para no lastimar y no ser lastimados, lo que se traduce en una desintegración y sabotaje al trabajo, en el sentido de no avanzar y permanecer como si estuviéramos igual que al principio de las clases.

Para la sesión 15, se hablan de cambios y de asumir responsabilidades, como dice una de las pacientes cuya posición demandante es de las más acentuadas: *“ya va a acabar y sí tienes que madurar, tienes que crecer, o sea no quiero seguir así pensando que son los demás sino soy yo, porque ahora me doy cuenta soy yo, no es la gente”*. **Se genera una sensación de orgullo y bienestar en el grupo académico, así también una sensación de fracaso por los que han desertado en claro paralelismo a lo que nos dice una paciente: “Me da coraje, quisiera que mi mamá estuviera orgullosa de mí”**. **Falla que impide que la madre supervisora este orgullosa de los alumnos.**

La sesión 16 es de mucha importancia, ya que se analiza de manera más abierta los procesos paralelos entre ambos grupos en el pasado y en presente:

El grupo académico expresa apatía y falta de interés, un congelamiento e inmovilidad, no saber que hacer, aparentemente originado por la frustración en el trabajo clínico y enojo por las calificaciones que se obtuvieron en el curso; se identifica con esa posición depresiva y de inmovilización de que hablan los pacientes, sensación de estar atascados: *“ya no me importa cambiar, luchas y luchas y no pasa nada, sigo estancada y así vaya a 1000 terapias y a un montón de lugares no vas a cambiar, ya van a terminar las terapias y yo estoy estancada”*. *“Siempre vuelvo a lo mismo me da miedo caminar siento miedo a lo desconocido, entonces como que me echo para atrás”*.

Las verbalizaciones anteriores nos refieren nuevamente al tema de la demanda, la terapia no ha servido para nada porque seguimos igual, nos dicen los pacientes. En este sentido el grupo académico reclama que en los primeros semestres de la Especialidad no se dieron elementos sólidos para el trabajo clínico, por lo que se siente frustración por las responsabilidades que se van a tener como profesionales terapeutas, en consonancia con lo que nos dicen los pacientes: *“Me da miedo tener responsabilidad, saber que si trabajo y me estoy volviendo independiente, ya no puedo echarme para atrás y comportarme como una chavita. Como no tengo responsabilidad, mejor me quedo en mi casa y lo alargo y lo alargo, se que si doy un paso para adelante ya no puedo regresar”*. **Se pone de manifiesto la dificultad del crecimiento y el asumir responsabilidades por parte de ambos grupos.**

En esta línea se incluye otro aspecto, **ante el anuncio de la próxima terminación de las sesiones terapéuticas, lo cual coincide con la terminación de este curso y de la Especialidad, el grupo terapéutico asume una posición en la que se muestra resistente a la terminación y en consecuencia una demanda de terapia individual o un grupo terapéutico interminable,** como queda ejemplificado con estas viñetas: *“¿Y después que se terminen las sesiones nos acomodan en una terapia individual?”*. *“Para mí es muy importante venir, me siento tranquila aquí, porque obtengo mucho, prefiero estar aquí, me siento confundida porque ya va a acabar”*. *“Siento miedo a volver a lo mismo a regresarme, me da miedo que ya no haya nadie aquí que me diga, porque no es que me digan pero es simbólico y me aclara”*.

La postura general es de temor al abandono, ¿Qué vamos a hacer sin ustedes?. Esta situación marca un fenómeno paralelo con el grupo académico, no estamos preparados para asumir la responsabilidad del terapeuta profesional, según se ha comentado, seguir con la formación, el estudiante permanente para evadir la responsabilidad del terapeuta profesionalista.

Desde la estructura y la dinámica del grupo académico se influye en el proceso terapéutico de los pacientes; en ambos grupos, no existe un grupo integrado cooperativo, por el contrario encontramos conflictos internos que nunca son aclarados, no se expresa el sentimiento ante el temor que las palabras destruyan al otro, somos diferentes ante cada uno y nos tratamos con pinzas, existe un temor de que nos conozcan como somos por el temor de lastimar o ser lastimados; el efecto de esta supervisión vivencial nos lleva a concluir que para trabajar al grupo terapéutico, tenemos que hacerlo desde el nuestro.

TERCER CORTE RESONANCIA (SESIONES 17-24)

El anuncio de la próxima terminación de la terapia origina una gran movilización en ambos grupos, en el grupo de pacientes se hacen alusiones que llevan desde la descalificación de la terapia que no ha servido para nada, hasta una postura apática sobre el cambio y el crecimiento, en referencia se registran estas verbalizaciones: *“Mi mamá me dijo ayer algo muy chistoso, me dijo hay ni te sirve la terapia, sigues igual porque andas de un genio insoportable”*. *“No me siento como así, ya cambie, porque a veces me siento igual que antes y digo órale entonces a que vas, se te olvida muy rápido y tu no tienes la facilidad de que te caigan los veintes”*.

El grupo académico reacciona ante la terminación del curso y de la Especialidad con el reclamo hacia la supervisora y a la Institución, manifiesta que desde los primeros semestres de la Especialidad no se dieron elementos sólidos para el trabajo clínico por lo que se siente frustración; al parecer se establece la misma posición demandante y depresiva que repite a la de los pacientes: lo que me han dado profesora y la Institución no ha sido suficiente, de tal manera que en ambos se pone de manifiesto la dificultad del crecimiento y asumir responsabilidades. Se conectan ambas posiciones demandantes haciéndolas conscientes, lo que propicia un mayor entendimiento y comprensión de los procesos psicológicos de los pacientes, mejorando las intervenciones terapéuticas.

Otro aspecto interesante es lo que aparece en esta reunión post sesión, existe entre el grupo académico la sensación de un cambio y un avance importante en esta sesión terapéutica, se comenta que el aparente avance tiene que ver con un mejoramiento en las relaciones del grupo académico, en particular como consecuencia del trabajo en nuestro espacio terapéutico, apuntalado por esta supervisión vivencial. **Se confirma la íntima relación en ambos grupos, una conexión entre los procesos psicológicos presentes en el grupo terapéutico y en el grupo académico, los cuales forman una unidad, de tal manera que a través de la curación de uno se facilita la curación del otro.**

A pesar de que en el grupo académico persiste la rigidez de hacer las cosas paso a paso, de acuerdo a un plan inflexible, la contención de emociones y el miedo a expresar el afecto, se dieron las condiciones suficientes para formar una alianza que facilitara el proceso terapéutico en los pacientes.

A medida en que mejoraban los elementos en la integración y cohesión en el grupo académico, se incrementaba el entendimiento de los problemas de los pacientes, la comprensión de los organizadores psíquicos del grupo académico actúa como facilitador para la intervención terapéutica en el grupo de pacientes.

La próxima terminación de las sesiones terapéuticas y la especialidad, en ambos grupos ha provocado movilizaciones importantes, por un lado los pacientes nos dicen: *“Sí, crecer implica esfuerzo, implica muchas cosas, ... y ahorita me acordé porque sí da miedo, de hecho yo voy a sacarme mis fotos y voy a empezar a hacer mi solicitud para trabajar”*, lo cual se relaciona con lo que nos dice una portavoz del grupo académico quien menciona que el proceso terapéutico de los pacientes: *“me ha despertado la angustia de crecimiento, esto es asumir responsabilidades, hacerme cargo de mí misma, dolor por la separación de los compañeros de la especialidad, frustración por lo que creo que los maestros no me dieron para ser una buena terapeuta”*; la alternativa de respuesta nos lo dice un paciente: *“A lo mejor es más cómodo decir sigo así, sigo siendo la insegura, sin responsabilidades, a lo mejor la vida es más fácil”*. **En esa posición dependiente de que no me dijeron lo suficiente para ser una buena terapeuta**, tal como dice otra paciente: *“Pero sí es un equipo de terapeutas porque no dicen: bueno un resumen, así tienes que hacerle, para cambiar y crecer”*.

Al parecer ambos grupos adquieren una posición dependiente, como no me han enseñado adecuadamente, como no estoy listo para ser terapeuta o haber sido curado, busco algo que me complete, otro grupo terapéutico, otro curso académico, la dependencia interminable, como dice un paciente que ingreso recientemente a un grupo de autoayuda: *“Es otro tipo de grupo también para otra ayuda y todo esto.... no creo que sea sustitución, ahí vas y dices todo lo que sientes de acuerdo a un tema, entonces todo el mundo opina.... a lo mejor cuando se acabe este grupo me quedo en el otro”*.

Se continúan presentando los procesos paralelos relacionados con el temor a lo nuevo, por parte del grupo académico que se siente insatisfecho con lo que se les dio como preparación en la Universidad, similar al reclamo de los pacientes y la otra parte, que vamos a hacer terminada la carrera, cómo vamos enfrentar las nuevas condiciones de la vida profesional, situación que se asemeja con lo que nos menciona los pacientes: *“a ratitos si me daba así como coraje, porque yo decía, porque no me lleva de la mano, que no comprende que no me doy cuenta que hay aquí”*. O como el sueño de otra paciente que nos dice del miedo a profundizar y a crecer: *“Yo soñé, como que estaba arriba como de una ciudad submarina, entonces me decían, lo más padre está abajo, velo; que estaba como un metro o algo así, en una vía, en un este, vagón y que abajo había mucha gente, pero que había agua, o sea, la gente estaba respirando abajo del agua y que decía, no, es que no puedo me da miedo, nunca puedo abrir los ojos abajo del agua”*.

Lo cual nos lleva a esa dificultad de crecimiento, que van a hacer los integrantes del grupo académico al terminar la especialidad, que van a hacer los pacientes al terminar la terapia; el camino del cambio y del crecimiento en lo personal y en lo profesional, o permanecer sin movimiento como nos dice una paciente: *“Me va a costar un chorro de trabajo, creo que muchísimo, es que es como todo, es la escuela y en el trabajo, me da mucho miedo enfrentarme y mejor no lo hago, mejor me espero, mejor me justifico”*. O al contrario, tomar la receta de una de las pacientes: *“Aventarme así me cueste, me da mucho trabajo pero a lo mejor esa es la única manera de hacerlo”*.

Se presenta una confusión con respecto a la fecha de la terminación del proceso a las sesiones, el grupo académico tiene la impresión que será en un plazo más largo, Una posición de resistencia a la terminación y un intento por prolongar esa vida de estudiante para evitar las responsabilidades profesionales, al igual que los pacientes que demandan un alargamiento del proceso y nos manifiestan: *“Cuando decían, ya van a terminar... es que lo que pasa es que apenas empecé a darme cuenta de muchas cosas, no?, entonces ya va a acabar y tú apenas te diste cuenta, no?, ni una tercera parte pude decir de lo que pensaba, lo que sentía, apenas te estabas dando cuenta de lo que te hace daño, no?, y es lo que más me duele, porque tenemos que hacerlo solas”*.

A medida que se acerca la última sesión, se perciben cambios en ambos grupos encaminados hacia el crecimiento; en el grupo académico ya no se detectan reclamos por no haber recibido lo suficiente durante la carrera para su próxima práctica profesional y los pacientes asumen su responsabilidad, tal como nos lo manifiestan: *“Tuve un sueño de que yo iba nadando pero la corriente estaba contra mi, pero aún así podía llegar a la otra orilla....., ya , no me llevaba de la mano y ahora ya no me daba coraje, no sé, dije, qué bueno que he logrado cosas,es como si toda tu vida vas a estar creciendo”*.

Resaltan los procesos paralelos que emergen alrededor de los temas de la terminación, el crecimiento y el reconocimiento de logros, ambos grupos asumen posiciones de mayor independencia, se responsabilizan ante su propio crecimiento, para enfrentar las nuevas condiciones que esperan a cada uno.

En la última sesión, paralelamente el grupo académico también experimenta un clima emocional intenso, algunos manifiestan que estuvieron a punto de llorar al igual que los pacientes, también la sensación de logro es compartida si el grupo nos dijo: *“Yo me pongo a pensar que ya voy a terminar la carrera que ya estoy haciendo el proyecto de tesis y que hay que buscar trabajo”* **También se escuchan proyectos profesionales por parte del grupo académico de formar grupos clínicos.**

VIII).- ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el apéndice 1 se muestran las características generales del grupo terapéutico, mismo que se integró por 10 pacientes, solteros, 70% del sexo femenino y 30% del sexo masculino, 80% en un rango de edad entre 18 y 21 años, el 20% restante entre los 25 y 28 años; el 90% provenientes de la UNAM y el 10% con estudios de preparatoria (apéndice 2); el 40% de los pacientes terminaron el proceso y el 60% abandonó las sesiones (apéndice 3).

En el apéndice 4 se presentan los datos clínicos relacionados con el motivo de consulta, la entrevista psicodinámica y los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes. En relación al motivo de consulta se encontró que el 40% de los pacientes reporta sentirse deprimido por lo que tienden al aislamiento, 40% menciona tener dificultades en la familia y en sus relaciones personales, 20% de ellos menciona haber tenido ideas de suicidio; el 10% refiere rechazo infantil y el otro 10% señala sentirse inseguro (apéndice 5). Los resultados obtenidos en la entrevista psicodinámica y corroborados por la aplicación de las pruebas psicológicas nos indican que es un grupo con una inseguridad básica, narcisista, dependiente oral, con baja tolerancia a la crítica y la frustración, baja autoestima, con una acentuada búsqueda de aceptación, limitado control de impulsos, deprimido, apático y opocionista.

En cuanto a las áreas afectadas, el 50% de los pacientes reportaron que sus dificultades actuales obstaculizan principalmente su desarrollo en el área familiar, el 20% el área laboral, el 10% el área sexual, 10% con las amistades, y el 10% restante la académica (apéndice 6). En el apéndice 7 se presenta un resumen de cada una de las sesiones terapéuticas grupales, los temas tratados, la asistencia de los pacientes, así como un extracto de los contenidos más importantes tratados en las reuniones de supervisión del grupo académico, previa y posterior a las sesiones terapéuticas.

A).- RESULTADOS DEL GRUPO TERAPÉUTICO

En el primer tercio de la terapia, el grupo terapéutico asume una posición demandante, solicitándole a las coterapeutas que les den instrucciones precisas para cambiar y que les proporcionen una cura mágica, rápida, sin dolor y sin trabajo; muestran una expectativa dependiente hacia el propio grupo, en la fantasía de que el grupo los va a curar, como un sistema de contención que debe comprenderlos, escucharlos con tolerancia y sin criticarlos. Se subordinan a su grupo de amigos para ser aceptados, al igual que con sus parejas, idealizando la relación; tienden a culpar a los demás de sus problemas, en especial responsabilizan a sus padres. El material que comparten es de tipo anecdótico, utilizándolo para evitar tocar temas de mayor profundidad, se actúa la defensa, comienzan a aparecer alianzas y los pacientes comienzan a identificarse y a diferenciarse, presentan problemas en sus interacciones lo que obstruye la integración y cohesión grupal, surgen agresiones encubiertas, que no son aclaradas. Reaccionan como víctimas ante el medio, por lo que muchas veces responden agresivamente y pareciera que no tienen control sobre su vida ni en su destino, se oponen a la autoridad, manifiestan temor al abandono y al crecimiento. **Se registraron la aparición de 123 respuestas que indican una posición dependiente, mientras que solo se presentaron 14 respuestas orientadas a la búsqueda de una posición independiente.**

En el segundo tercio, comienzan a profundizar en los temas y aumenta la dependencia al grupo, mencionan que aquí pueden hablar y ser comprendidos, en contraste con el afuera, en donde tienen que ocultar sus sentimientos para no lastimar, ser lastimados o hacer el ridículo. Expresan dificultades en las relaciones familiares, los conflictos con sus padres, a quienes responsabilizan por sus problemas actuales. Los participantes manifiestan su temor a crecer y ser independientes, tomar sus propias decisiones desde lo emocional hasta en lo económico; reclaman a las terapeutas que el proceso ha sido lento y que a veces se avanza y después se retrocede. Mencionan que en otros grupos de autoayuda es más rápido el cambio y que en este grupo de terapia, las terapeutas no les dicen si están bien o mal, o que deben hacer para cambiar. Una parte del grupo, en una posición dependiente, expresa su temor al crecimiento, por las nuevas responsabilidades que deben asumir y reclama que la terapia no les ha servido de nada; otra parte se moviliza hacia una posición de independencia en la que se va asumiendo que el cambio es responsabilidad de cada uno. **En este bloque se registran 92 respuestas que indican una posición dependiente y 43 respuestas que son impulsoras hacia una actitud independiente.**

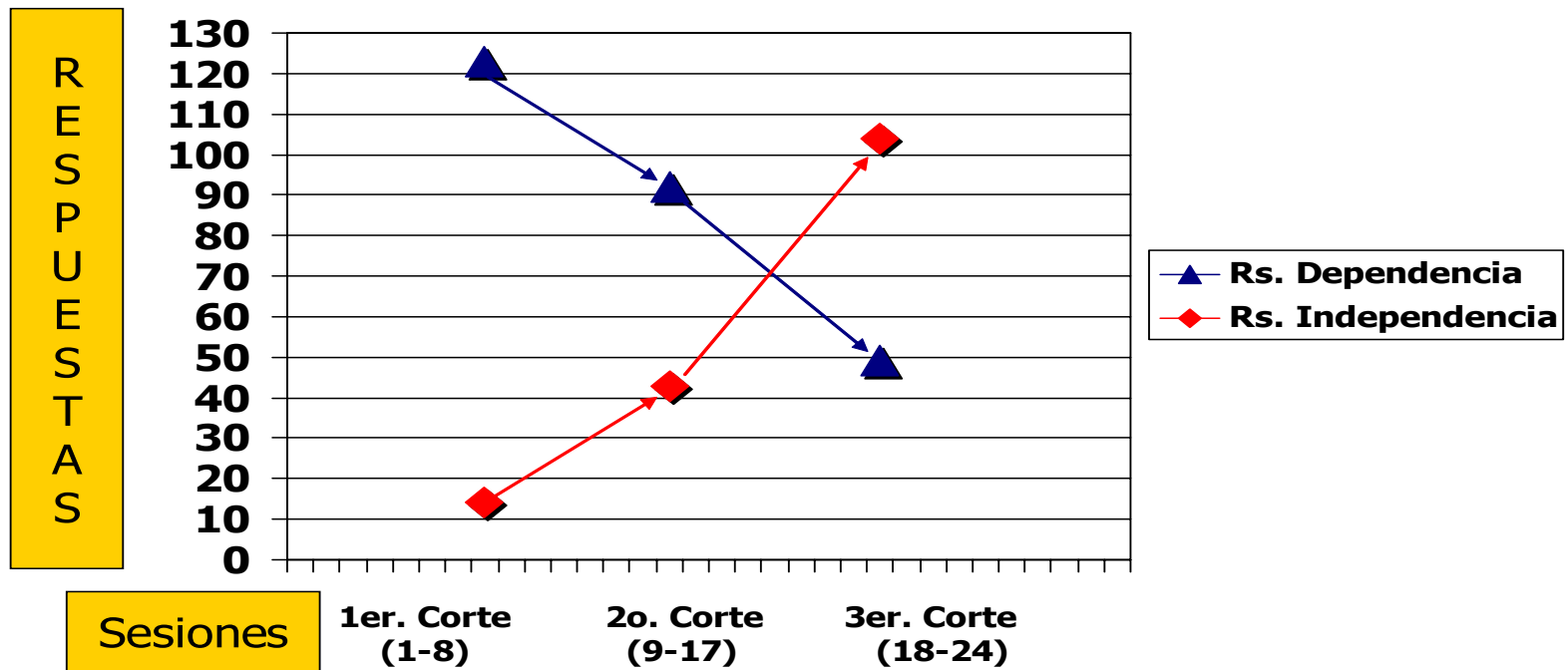
Tercer y último corte. Ante el anuncio de la próxima terminación de la terapia, el grupo acentúa su demanda, sienten que no pueden y que se desmoronan, en un sentimiento de abandono, oponen resistencia a la terminación de la terapia, reclamándole a las coterapeutas que no es suficiente y que necesitan más tiempo para mejorar, que no están listas para continuar solas. Conforme avanza el proceso, el grupo muestra mayor cohesión y cooperatividad; manifiestan su deseo de lograr su independencia, sobre todo en el aspecto económico, expresan su temor a lo desconocido, como por ejemplo a buscar trabajo. Comienzan a reconocer que son responsables de su vida, aunque insisten en que se les diga cómo cambiar. Reflexionan sobre sus primeras experiencias sexuales, el deseo de complacer y ser aceptadas por su pareja, sin importar la propia disposición y satisfacción, ahora piensan que no deben hacerlo solo por temor a perderla; que tienen que seguir creciendo toda su vida y que no tienen que estar en terapia siempre para enfrentar su vida.

A medida de que se acerca la terminación de la terapia, aparecen de nuevo posiciones de dependencia que expresan su temor a la separación, pero también su disposición a actuar de manera más independiente; sin embargo ocurren importantes insights en los pacientes, reconocen la propia responsabilidad en el crecimiento, los recursos con los que cuentan y la necesidad de seguir creciendo, de mantener actitudes independientes con respecto a sus padres, sus parejas y grupo de amigos, de expresar con libertad sus opiniones y sentimientos, de regular la propia conducta de acuerdo a sus valores y comprometerse a la búsqueda de una independencia económica. **En este bloque se registran 49 respuestas que indican una posición dependiente y 101 respuestas impulsoras a la independencia.**

En La gráfica 1 se concentra la ejecución general de los pacientes en los tres cortes descritos, al principio se observa una alta frecuencia de las respuestas que nos indican una posición dependiente y ocasionalmente la aparición de respuestas impulsoras a la independencia, paulatinamente esta relación se comienza a invertir, las respuestas de dependencia comienzan a disminuir a medida de que las respuestas de independencia comienzan a aumentar, sugiriendo el logro terapéutico en la búsqueda de la separación individuación, a través de la disminución de las posiciones dependientes.

Gráfica 1.-

Proceso terapéutico grupal



B).- RESULTADOS INDIVIDUALES

PACIENTE 1:

Desde el principio de la terapia es un elemento movilizador en el proceso, por sus esfuerzos para superar sus desventajas, su manera de enfrentarla y sus logros; no obstante, manifiesta posiciones dependientes acentuadas expresadas a través de una intensa búsqueda de amor y aceptación de sus padres y de las personas que la rodean, en especial de su novio, con quien vive una relación idealizada, por lo que oculta sus sentimientos y opiniones por temor a lastimar o ser lastimada; tiende a culpar a sus padres de su situación, viviendo una relación conflictiva en su familia, sobre todo con su padre, de quien dice ha sentido un rechazo temprano, además de que le exige que se comporte como una persona sin desventajas; ella se esfuerza por hacerlo y niega para sí misma y para los demás su desventaja, cae en un ciclo en que no es aceptada y tiene que aparentar lo opuesto, de tal manera que comienza a vivir en el mundo del deber ser; la causa principal de su ira y tristeza son las injusticias, lo que le causa mucho coraje, la injusticia primordial que se ha cometido con ella.

En la grafica 2 se puede observar la evolución en sus respuestas, para el primer tercio se registraron 22 respuestas indicadoras de una posición dependiente y 4 respuestas impulsoras a la independencia, para el segundo tercio se puede notar una disminución de las respuestas de dependencia a 14, mientras que las respuestas impulsoras a la independencia aumentan a 13; para el bloque final de la terapia, las respuestas de dependencia disminuyen a 3 y las repuestas de independencia aumentan a 33. Estos resultados demuestran el impacto del trabajo terapéutico en la paciente, como una evolución gradual ascendente de las respuestas que nos indican una trayectoria en dirección al proceso de separación individuación, mientras que las respuestas que indican una posición de dependencia se disminuyen paulatinamente.

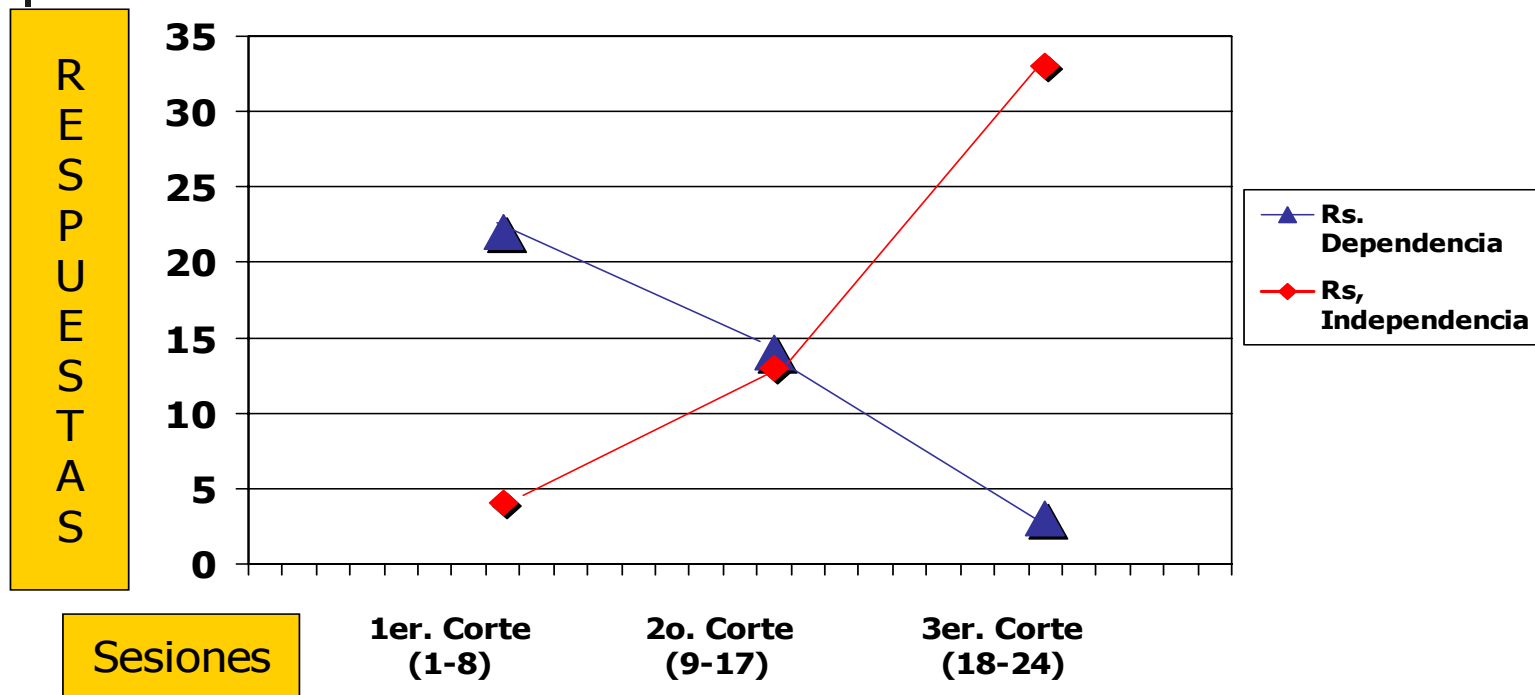
En contraste con los demás integrantes del grupo terapéutico, la paciente presenta una mayor frecuencia en la aparición de respuestas de independencia al principio del proceso, así como una marcada pendiente en la disminución de las respuestas de dependencia, y una acentuada pendiente de aumento en las respuestas de independencia, datos que nos indican un logro terapéutico significativo y un buen aprovechamiento de la intervención.

Al final del proceso terapéutico, de acuerdo con el discurso de la paciente, manifiesta su deseo de hacer un cambio laboral, apuntalando su autoestima e identidad profesional; comienza a manejar su relación de pareja de una manera más realista e independiente, sus procesos de idealización disminuyen y comienza a hacer consciente esa dificultad que ha tenido por el rechazo de su padre, puede hablar con él sobre sus sentimientos, enfrentando su propia discapacidad bajo una perspectiva de mayor tolerancia, sobre todo ha comenzado a darle curso a ese sufrimiento negado para integrarlo a su vida, también logra conectar el discurso con el afecto, se dice dispuesta a seguir creciendo.

Gráfica 2.-

Proceso terapéutico individual

Paciente 1



PACIENTE 2:

En las primeras sesiones la paciente es demasiado defensiva y reservada, su participación se limita a cuestiones superficiales sin involucrarse demasiado; no obstante, se distingue un enorme reproche a la madre, supuestamente por las relaciones inconstantes que mantiene con su esposo, existe una abierta animadversión al padre, estableciéndose una difícil relación con ellos. Se siente desplazada por su hermana mayor, quien según ella, tiene la preferencia de la madre, ya que trabaja y aporta recursos a la familia, por lo que tiene celos y envidia por la supuesta relación cercana entre ellas, esto le causándole tristeza y rabia, que después se traduce en críticas y agresiones.

La paciente es totalmente dependiente y esta a expensas de lo que la hermana y la madre le puedan dar, es rebelde y se opone a tomar sus propias decisiones, muestra una inseguridad básica y pensamientos devaluatorios, busca poner afuera todas las causas de su tristeza y angustia culpando a los demás de sus problemas, manifiesta su incapacidad para el crecimiento y deseo por continuar en este ciclo de dependencia, porque le resulta más cómodo recibir que adquirir nuevas responsabilidades, además de que tiene dificultades para conectarse con sus emociones.

La gráfica 3 muestra la evolución en el proceso terapéutico de las respuestas de dependencia e independencia, el primer bloque se registran 16 de las primeras y 4 de las segundas, para el segundo bloque se detecta una disminución en las respuestas que indican una posición dependiente, registrándose 10 y un aumento de las respuestas indicativas de independencia anotándose 8 de esta categoría; en el último bloque permanece esta tendencia y se registran 11 de dependencia y 25 de independencia.

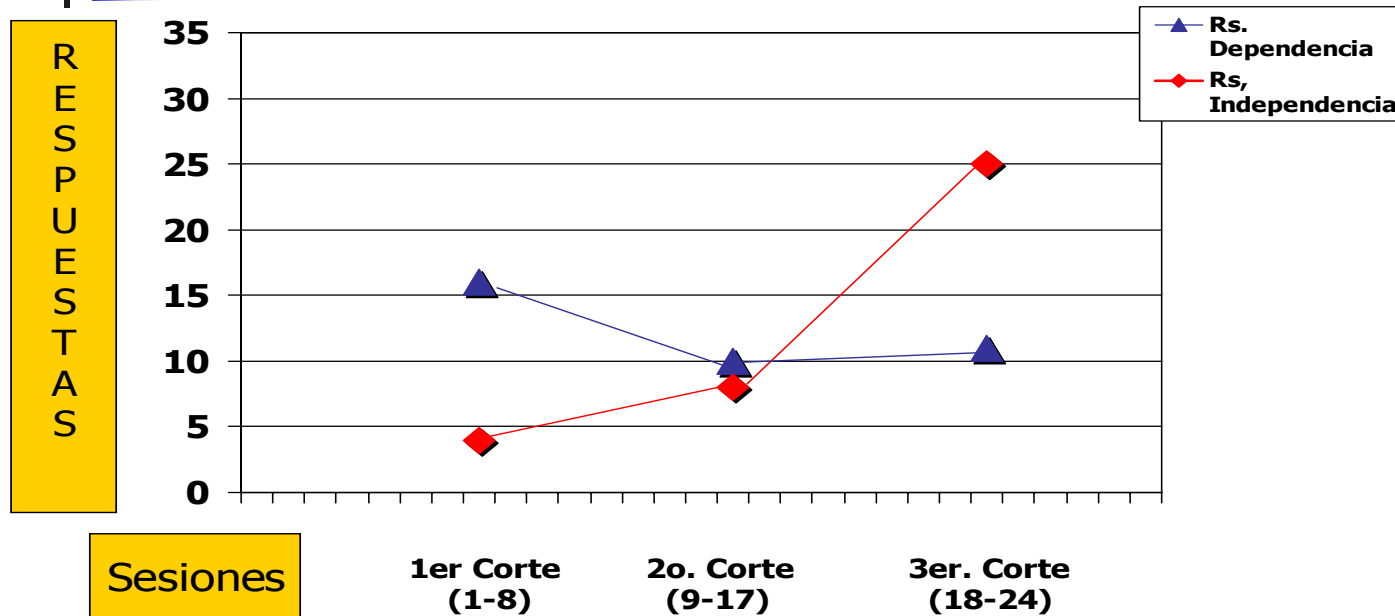
Los trazos de esta gráfica indican que entre el primer y segundo corte efectivamente se percibe una pendiente de disminución de 16 a 10 respuestas que indican una posición de dependencia y para el tercero se registra un ligero aumento a 11; lo cual nos indica una resistencia en esa determinada posición. Sin embargo, la pendiente en el aumento de las respuestas impulsoras a la independencia es de mayor contundencia, con lo que se confirma el patrón general en la relación inversa entre estas dos clases de respuestas, es decir, la caída en las frecuencias de aparición de las respuestas de dependencia y el aumento de las que indican una posición de búsqueda de la independencia.

Estos resultados muestran que la paciente, en el transcurso del proceso se fue despojando de ese caparazón al que originalmente hacía alusión, dejándose tocar y conectándose un poco más con sus propias emociones, por otro lado, ha manifestado que ahora tiene una mayor comprensión del vínculo entre su madre y hermana, reduciendo su conflicto al respecto, con una relativa mejoría en su relación con ambas; en el discurso asume su responsabilidad en la búsqueda de su propio crecimiento y la consolidación de una identidad más adulta e independiente, informando que se encuentra buscando trabajo para pagarse la escuela y ayudar en su casa. Respecto a la relación con su padre reporta que aunque no es buena por lo menos se controla para evitar conflictos.

Gráfica 3.-

Proceso terapéutico individual

Paciente 2



PACIENTE 3

En los inicios del proceso, la paciente se presenta como una persona dependiente, con pensamientos mágicos y fantasiosos, responsabilizando a los demás de todos los sufrimientos que ha tenido en la vida, siempre exigiendo que la provean, ya que tienen una supuesta deuda con ella y están obligados a recompensarla por su sufrimiento; se observa una inseguridad básica, baja autoestima, es desconfiada y vigila que no la vayan a tomar por sorpresa porque la pueden destruir, tiene la necesidad de controlar lo que le rodea, posee rasgos egocéntricos y no soporta la crítica, hace énfasis minucioso en las cosas, sobre todo en su conversación y es muy cuidadosa en su lenguaje. Su estado emocional es variable y puede pasar de un estado de alegría a otro de tristeza, es ambivalente, rebelde y opositor, con un estado constante de insatisfacción y poca tolerancia a la frustración. Predominan rasgos obsesivos de personalidad, a pesar de tener grandes recursos tiende mucho a la auto devaluación; entre los mecanismos de defensa más usados destacan la racionalización, la formación reactiva, la identificación con el agresor y la supresión.

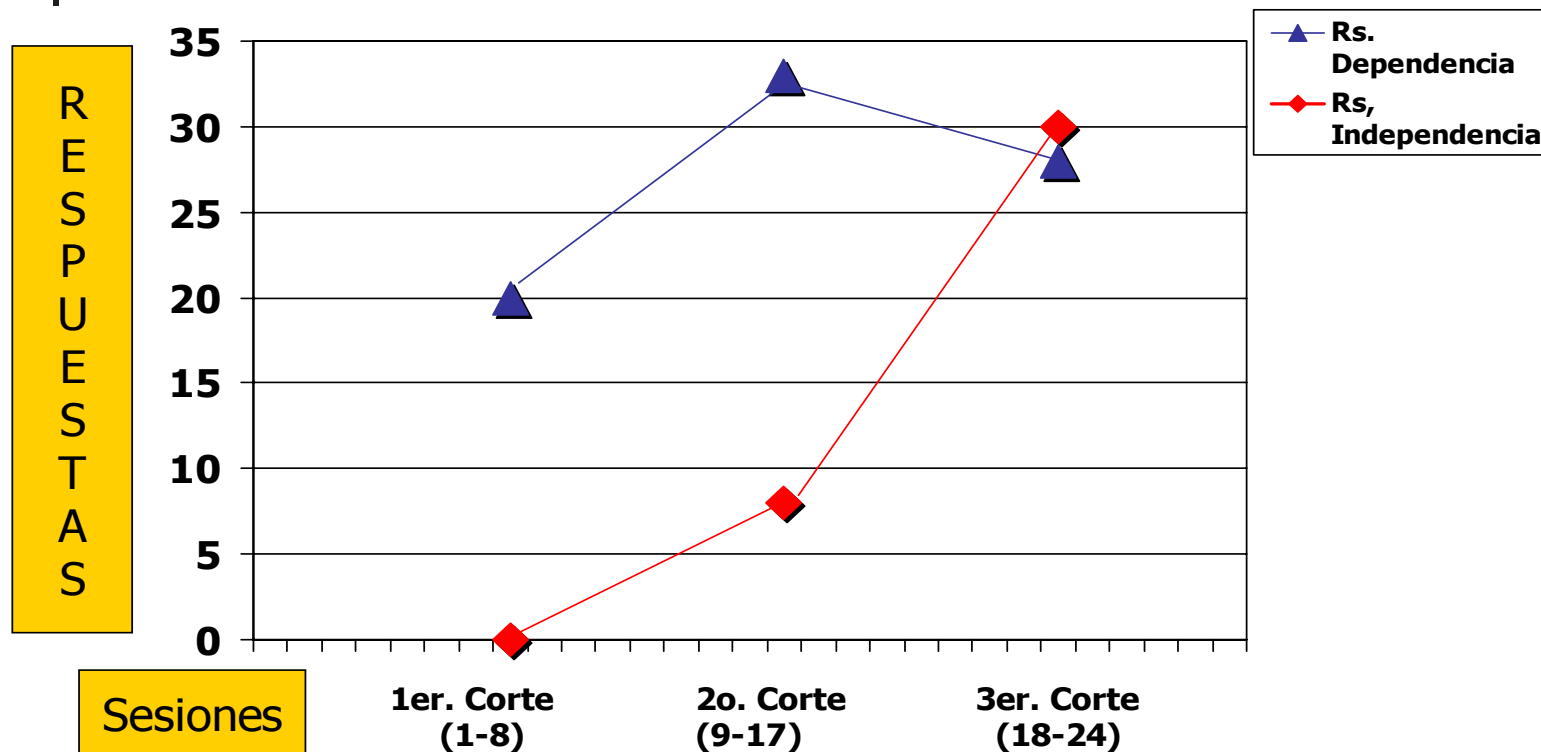
Por sus características es una paciente significativamente resistente y altamente demandante, sin embargo en el transcurso del proceso lentamente va adquiriendo una mayor conciencia de las características arriba mencionadas, situación que no era vista anteriormente, aunque existe una paralización ante la acción, expresa mayor conocimiento de sí misma, aunque siempre está demandando que las terapeutas le den una solución para el cambio, ya que le da mucho miedo el empezar a hacerse responsable y cambiar.

En la gráfica 4 se muestra la frecuencia de sus respuestas, en el primer tercio se registran 20 respuestas de dependencia y ninguna que nos indicara un impulso a la independencia, para el segundo tercio se anotan 33 respuestas de dependencia por solo 8 impulsoras a la independencia; en el último tercio se registra 28 de dependencia por 30 impulsoras a la independencia. Como podrá notarse el número de respuestas de dependencia prácticamente permanecen constantes entre el segundo y tercer tercio, debido a que a mayor cercanía de la finalización de las terapias, la paciente mostró una actitud regresiva y demandante hacia las coterapeutas, sin embargo en este período también se registró un aumento considerable de las respuestas impulsoras hacia la independencia; esta situación refleja este proceso ambivalente en que se encontraba atorada la paciente. No obstante uno de los mayores logros con esta paciente se ha conseguido a través de los señalamientos y confrontaciones sobre dos temas centrales, su dependencia y actitud demandante que no le permite el crecimiento y que la mantiene adherida a los demás, exigiéndoles que le den lo que necesita sin esfuerzo alguno; destaca también lo que se refiere a responsabilizar a todos de lo que le pasa. Ha comenzado a percibir que ella también tiene una parte de responsabilidad de su vida y que puede hacer cosas por cambiarla, las cuales no se logran con un pase de una varita mágica, sino con trabajo personal.

Gráfica 4.-

Proceso terapéutico individual

Paciente 3



PACIENTE 4:

Durante las primeras sesiones se detectan rasgos depresivos, menciona que desde temprana edad fue abandonada por su madre, quien la manda a casa de su abuela, la paciente manifiesta coraje y reproche a su madre por esta situación y no haberla criado ella, demuestra un tono afectivo de tristeza que puede pasar rápidamente a la agresión, pero que con frecuencia se transforma en auto agresión, es opocisionista, rebelde y con un pobre concepto de sí misma. Existe ambivalencia hacia sus objetos internos, así como un constante reproche a la madre, al mismo tiempo que siente culpa por este reproche, de ahí que en muchas ocasiones no exprese abiertamente sus agresiones y las vuelva contra si misma. Su aspecto es de apatía y desinterés por la vida, todo lo ve con un futuro negro a pesar de tener grandes recursos, se siente devaluada e incapaz de tomar decisiones, sus actitudes manifiestan descontento e insatisfacción y reflejan aflicción y desesperación.

Es dependiente y demandante y da la impresión de que no le interesa lo que piensen los demás, lo único que importa es lo que ella crea y piense, su comunicación por lo general es apesadumbrada y negativa, responsabilizando a los demás de cuanto le pasa. No asume ninguna responsabilidad o reconocimiento en su comportamiento, se siente constantemente agredida por lo que siempre esta involucrada en un continuo esfuerzo a defenderse del exterior. En el grupo es un elemento movilizador, asume el rol de agresiva, de la que rechaza, se opone y critica severamente, mismo rol que asume en su familia y en su contexto social, mantiene la fantasía de que con la expresión de sus sentimientos y pensamientos puede destruir a los demás.

En la gráfica 5 se puede observar la evolución de las respuestas indicadoras de posiciones dependientes e independientes, en el primer tercio se registraron 21 de la primera categoría y solo 4 de la segunda, en el bloque intermedio disminuyen levemente las respuestas de dependencia presentándose 18 y aumentan a 11 las respuestas impulsoras de independencia; para el último bloque, se muestra temerosa ante la expectativa del crecimiento, percibe que no puede avanzar, esta atorada; piensa que pudo haber logrado más. Recuerda que le costo mucho permanecer constante en el proceso, se registran 7 respuestas indicadoras de dependencia y 13 respuestas impulsoras a la independencia.

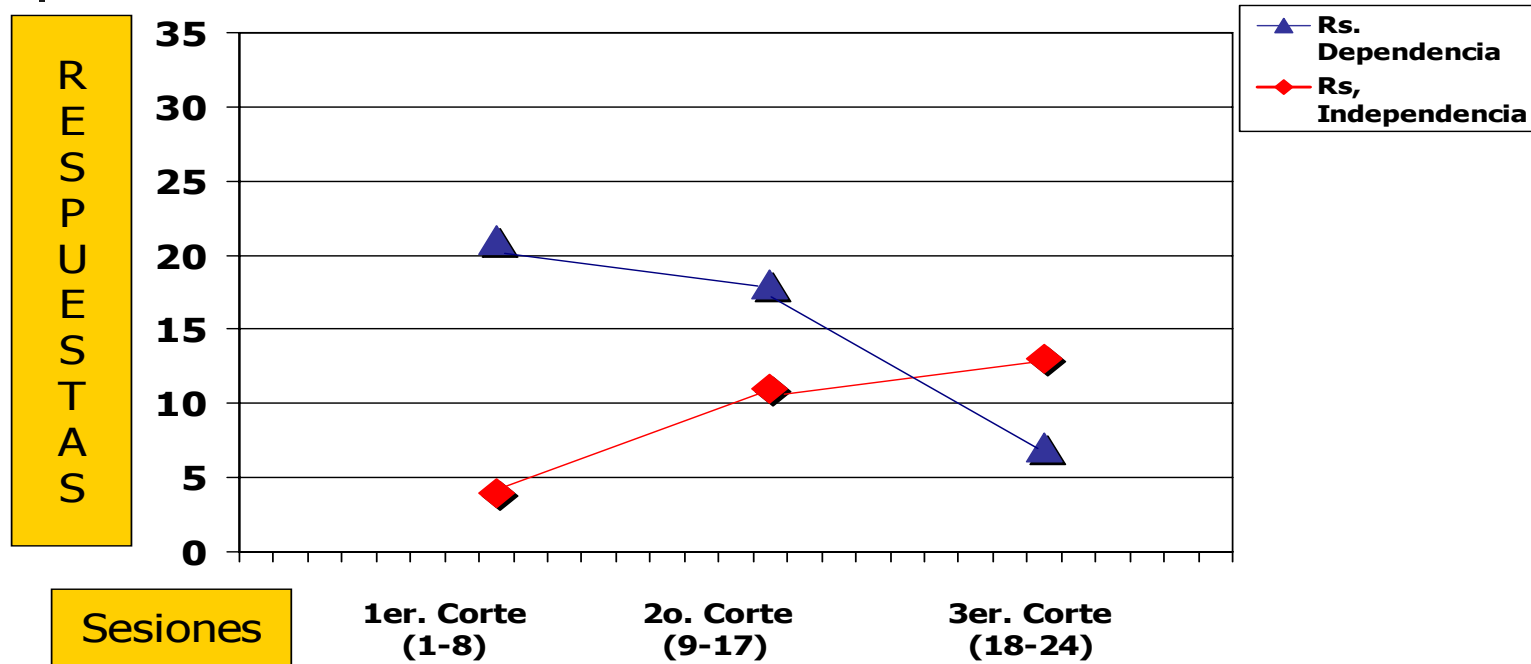
En este caso existe una disminución significativa de las respuestas de dependencia, en comparación con las respuestas impulsoras de independencia que sufren un incremento más conservador; no obstante se ajusta a la tendencia general, es decir, la disminución paulatina de las respuestas de dependencia y un aumento gradual de las de independencia conforme avanza el proceso.

Uno de los mayores logros terapéuticos con esta paciente, es que en las últimas sesiones se le han señalado partes importantes, como el de su dependencia y temor al crecimiento, se le ha proporcionado contención y se ha dado curso a su agresividad; comienza a reconocer su impulsividad. Empieza a distinguir lo que hace para que las personas se alejen; otro aspecto relevante, son los pequeños cambios que expresa, en relación con su familia, es menos agresiva, aunque en otra sesión nos dice que ya había vuelto a ser igual, que era un retroceso, esta situación tiene que ver con el temor a la terminación de este grupo que le ha brindado contención, de todas maneras el camino ya se ha empezado a recorrer.

Gráfica 5.-

Proceso terapéutico individual

Paciente 4



PACIENTE 5:

Esta paciente acude hasta la tercera sesión y despierta cierto coraje en el grupo, ya que además llega tarde, desde este momento el grupo comienza a depositar en ella una serie de sentimientos negativos, los cuales se ven fortalecidos por las características de negación de conflicto, expresa una fuerte diferenciación y distancia con el grupo. Desde su discurso inicial se presenta como una niña que no tiene problemas mayores, que le va muy bien, que tiene muchos novios, que es independiente y que sus dificultades no son tan profundas como las de los demás, insiste en que ella no pertenece al grupo, convirtiéndose en un objeto de ataque del grupo, siendo la portadora de una serie rasgos negativos, resalta su dificultad para conectarse emocionalmente con sus propios sentimientos y con los de los demás, creando una sensación de incredulidad y desconfianza en el grupo, además que por su condición de mujer de éxito moviliza sentimientos de envidia en las demás.

Se observan rasgos narcisistas, donde existe un retorno de la libido hacia si misma, con una fachada de encanto y simpatía, sus principales mecanismos de defensa son la negación, la intelectualización y la idealización.

Se observa como se repite el rol en el aquí y en el ahora, es una paciente muy resistente al proceso terapéutico con una acentuada posición dependiente, su asistencia a las sesiones terapéuticas es irregular y en la sesión 18 deja de asistir, al parecer la deserción se relaciona por la falta de aceptación del grupo y por las proyecciones negativas de las que fue depositaria, tema de gran importancia que nunca pudo ser trabajado debidamente por sus frecuentes ausencias, esta situación la colocó en una posición difícil, ya que ella no era el centro de la admiración, por el contrario fue el centro de los celos, envidias y ataques encubiertos; además que la paciente nunca se identificó con el grupo. Por otro lado, sus ausencias coinciden con el momento en que las coterapeutas comienzan a trabajar con mayor énfasis en su persona, al confrontarla en su discurso de no me pasa nada, yo estoy bien, comienza a responder agresivamente, diciendo que ya tiene otro grupo donde si le dan lo que necesita, descalifica al grupo y a las coterapeutas, terminando por abandonar las sesiones.

En la grafica 6 se puede observar el estancamiento y consecuente resistencia al proceso de separación individuación; en el primer bloque presenta exclusivamente 14 respuestas de dependencia y ninguna que indicara una búsqueda de independencia, en el segundo bloque presenta 17 respuestas de dependencia por 3 de independencia.

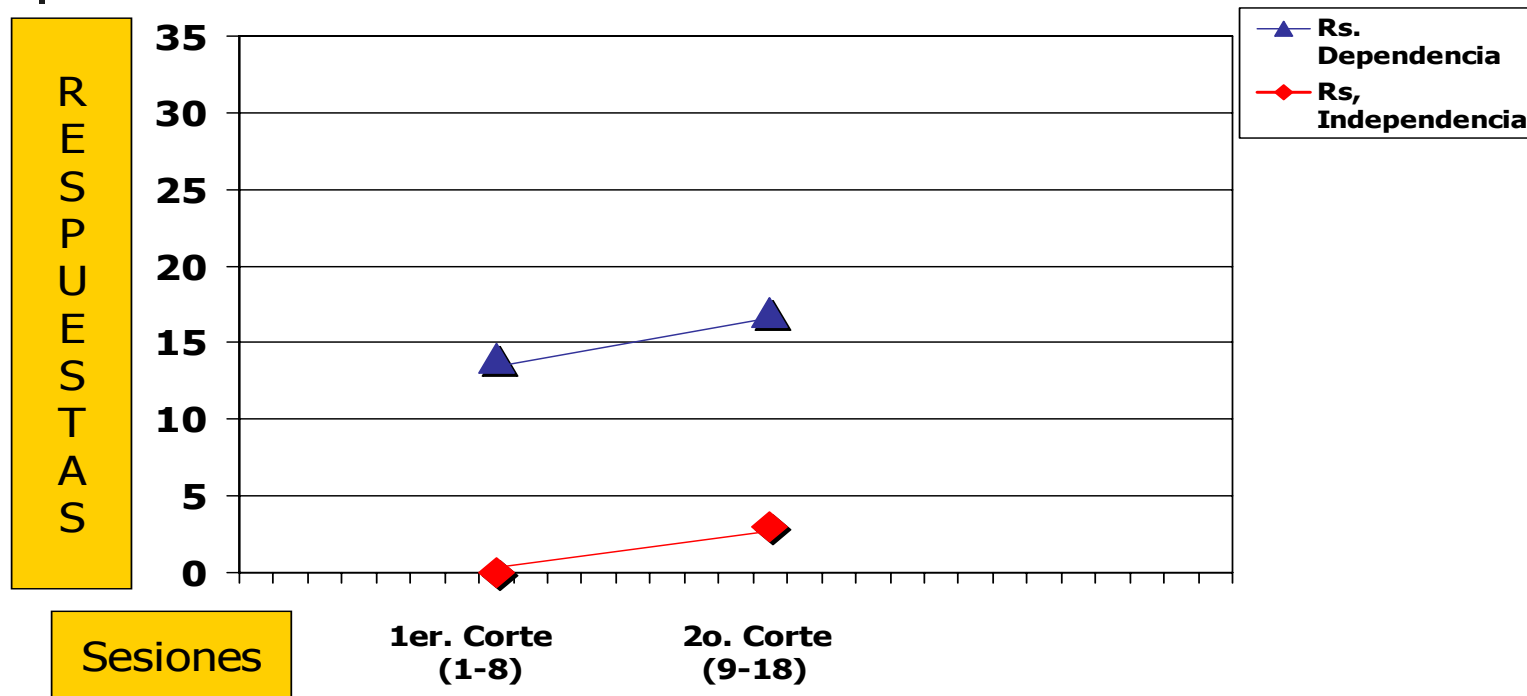
Este caso difiere del patrón general de ejecución de los pacientes que concluyeron el proceso, de tal manera que las respuestas que indican una posición dependiente en lugar de disminuir registraron un incremento, por otro lado, las respuestas indicadoras de una búsqueda de independencia se incrementaron paulatinamente.

La irregularidad en su asistencia a las sesiones parece ser el factor que distorsiona los resultados, no obstante que no termina el proceso, a medida de que avanza la intervención terapéutica experimenta un incremento en sus respuestas impulsoras a la independencia en la búsqueda de la separación individuación.

Gráfica 6.-

Proceso terapéutico individual

Paciente 5



PACIENTE 6:

Se presenta en el grupo, le cuesta trabajo relacionarse con las personas, acercarse, siente tensión y angustia que no puede manejar, piensa mucho lo que va a decir para no quedar mal, a veces piensa tanto que cuando ya se decide a hablar ya es tarde, se reconoce como una persona muy callada y sumisa; se queja de que no sabe defenderse y si alguien la molesta no contesta por temor a la crítica

Dice que su problema siempre ha sido vivir la vida de los demás, ya que su papá ha sido muy estricto, no la dejaba salir, entonces siempre buscaba amigas que hacían lo que ella no podía hacer, le platicaban y entonces como que ella lo vivía, dice que se apropiaba de sus vidas y sentía que ella lo estaba viviendo. Siempre le decían todo sus papas, que aparentar, cómo portarse y ahora que tiene que decidir le da miedo, sabe que ya no es una niña y que tiene que crecer, tiene miedo a equivocarse, por eso prefiere que sus papás decidan por ella, a pesar de que ya tiene mas libertad. Reconoce que hace muchas cosas porque eso es lo que esperan de ella sus amigos o sus padres.

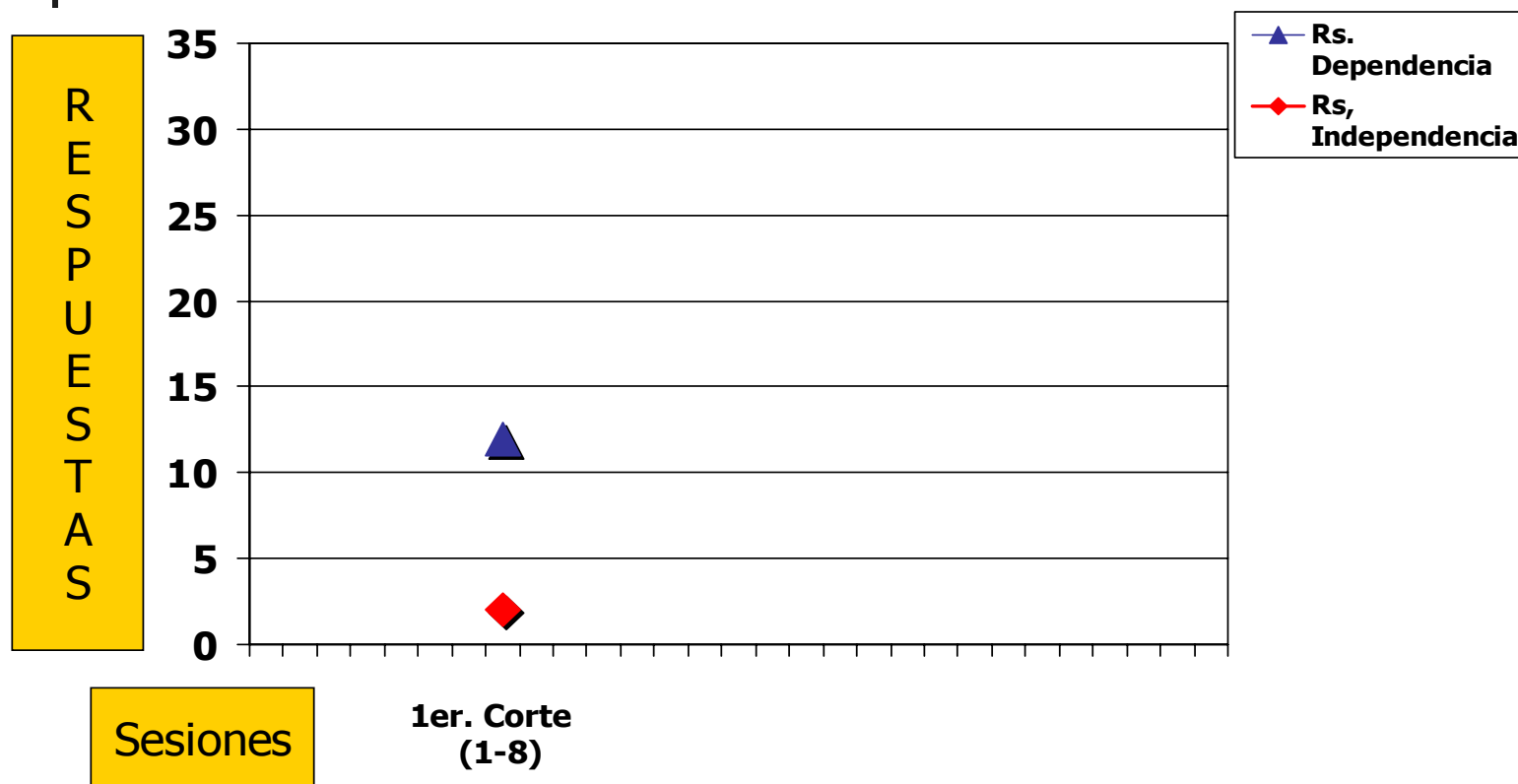
Con una asistencia irregular, solo asiste a tres sesiones y se le da de baja definitiva en la sesión 9, al parecer por una decisión de sus padres, ya que tienen que asistir a una terapia por alcoholismo del padre, además de que parte importante de sus dificultades tenían que ver con su dificultad de interacción en el grupo, su participación fue de bajo perfil, llegándose a identificar con la paciente 5 ya que ella podía ir a fiestas y tener novios, situación que la paciente quisiera hacer.

En la gráfica 7 se muestra el registro de respuestas, en el primer tercio, único al que asistió, indica 12 respuestas de dependencia por 2 impulsoras a la independencia, lo cual confirma sus patrones profundamente dependientes, no obstante sus deseos de búsqueda de una mayor independencia.

Gráfica 7.-

Proceso terapéutico individual

Paciente 6



PACIENTE 7:

Es poco participativa, depresiva, generalmente se la pasa en las sesiones con la cabeza baja y muchas veces llorando, ante preguntas directas responde con monosílabos, dice que tiene problemas graves pero que no puede decirlos porque se avergüenza, se siente decepcionada de la vida y que no encaja con el grupo, en general muestra mucha resistencia a la terapia.

Se reconoce con problemas para establecer nuevas relaciones, ser indefensa y tenerle miedo a la gente, por esa situación se aísla y es muy callada, pues no sabe que decir a los demás y le da pánico hacer el ridículo por lo que prefiere no hablar. No puede enfrentar las cosas, en especial manifiesta temor de que sepan algunas cosas de ella.

De asistencia irregular, acude solo a 4 sesiones y se le da de baja definitiva a partir de la sesión 9, su tendencia a la depresión, apatía, aislamiento y dificultades para relacionarse con otras personas, pudieron ser la causa de su deserción.

Solo existe el registro de la frecuencia de sus respuestas del primer tercio en el cual se presentan exclusivamente 3 respuestas de dependencia (gráfica 8), con lo que queda corroborada su actitud poco participativa y acentuadamente demandante.

PACIENTE 8:

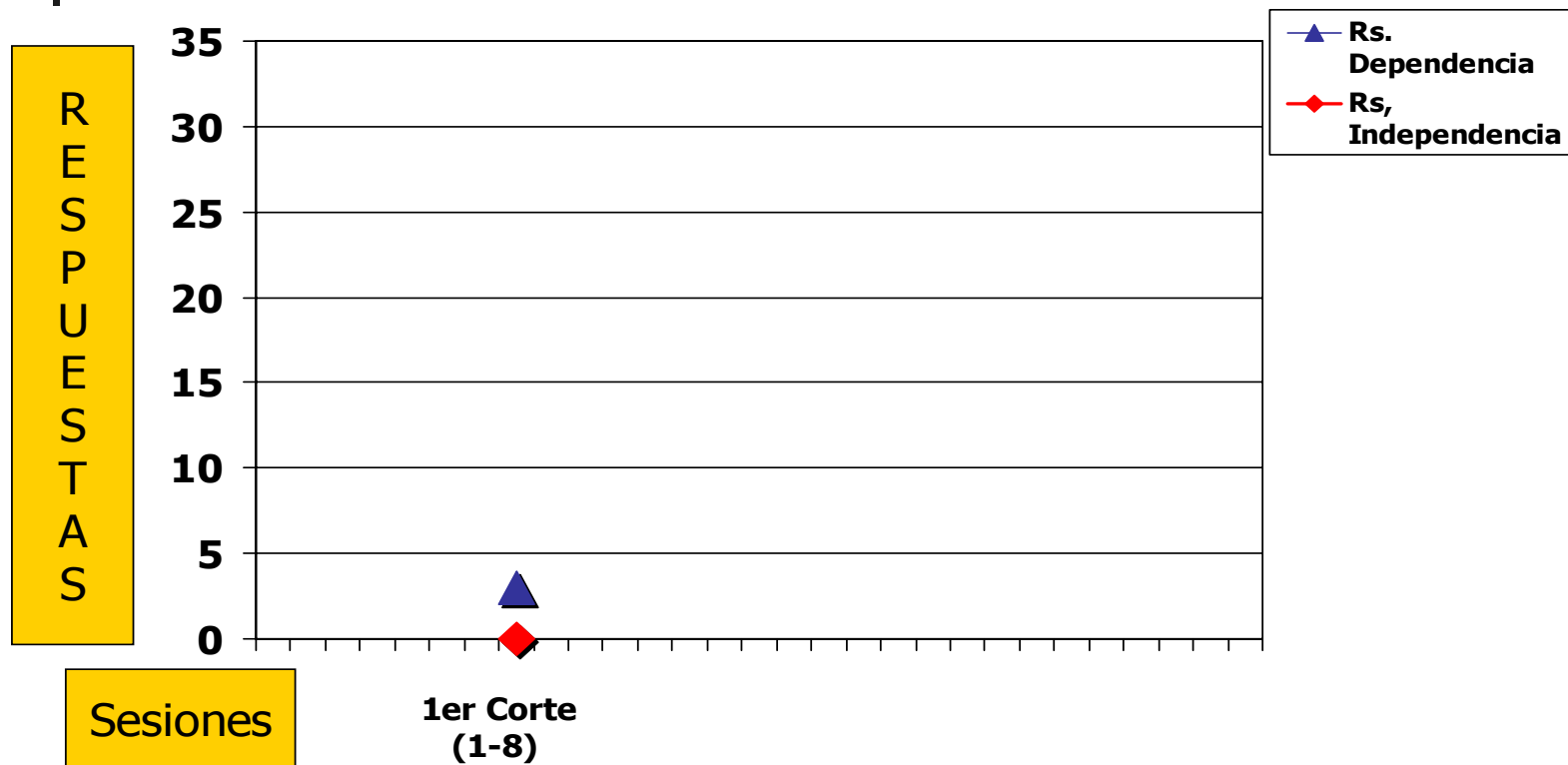
Al inicio del proceso menciona tener muchos problemas, el principal es que no soporta estar con la gente, ni sus miradas, se siente muy inseguro, así que se aleja, ni siquiera puede subir a los colectivos, le sudan las manos y se pone muy nervioso así que se aísla para tranquilizarse. Menciona que tiene poca capacidad para defenderse, le da miedo hacer el ridículo ante los demás, nunca ha podido ser agresivo, piensa que siempre lo van a pisotear y le da mucho coraje y se deprime, esta inactivo, no hace nada en su casa, no va a la escuela y tampoco trabaja, solo viene a las terapias. Es poco participativo y falta frecuentemente a las sesiones, solo acude a 4 sesiones y a partir de la octava sesión deja de asistir, probablemente su deserción se deba a la dificultad para establecer relaciones con las demás personas, pavor de hablar con otros individuos que se manifestaban en ansiedad acentuada, aislamiento, inactividad y apatía. Solamente son registradas en el primer corte del proceso 11 respuestas que indican una posición dependiente en el paciente (gráfica 9).

Después de la sexta sesión deja de asistir y se le da de baja del proceso terapéutico.

Gráfica 8.-

Proceso terapéutico individual

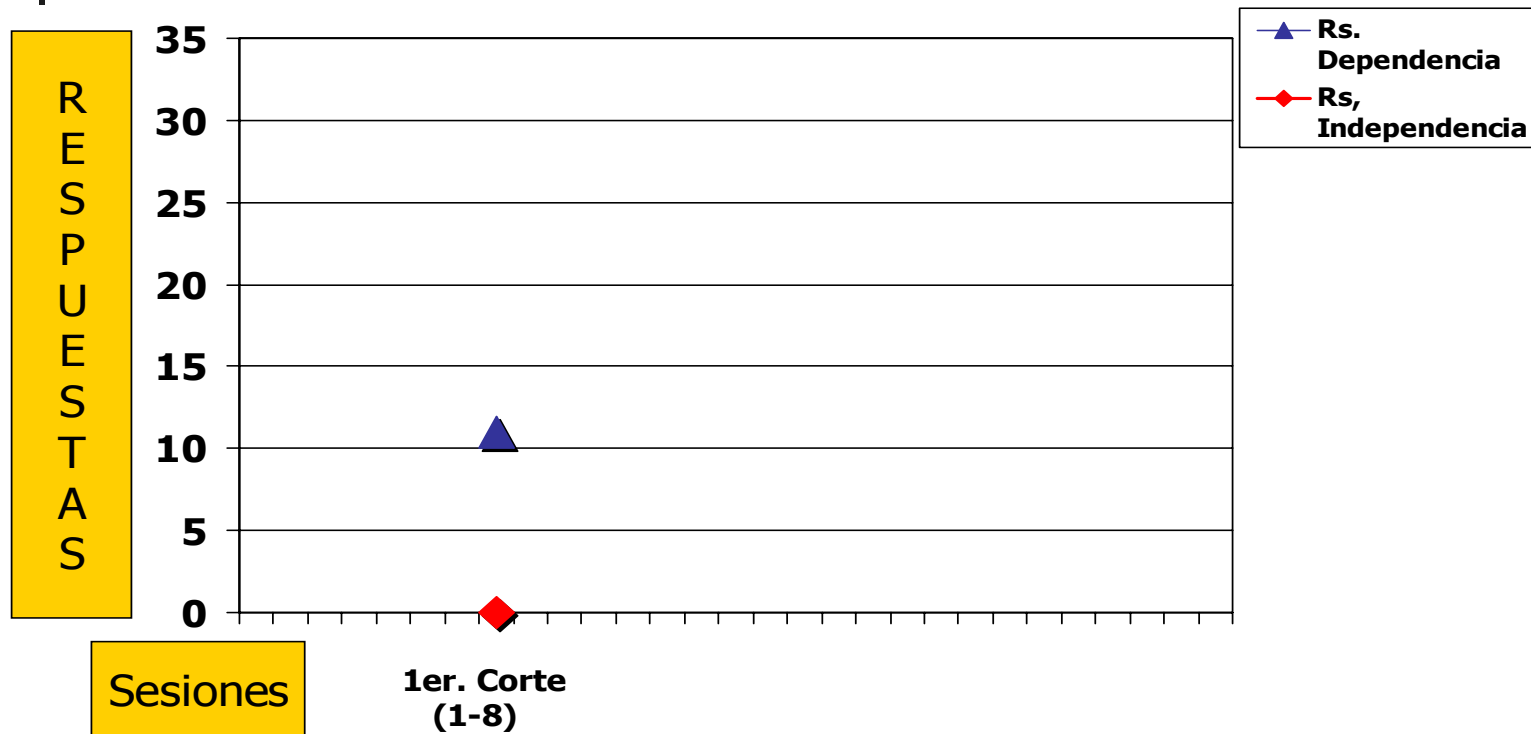
Paciente 7



Gráfica 9.-

Proceso terapéutico individual

Paciente 8



PACIENTE 9:

Al inicio de la sesión refiere que acude a consulta ya que toda su vida a tenido presiones, pero que últimamente esta explotando todo su coraje, se siente descontrolado; responsabiliza a su padre de sus problemas actuales, ya que este lo abandonó a temprana edad y desde chico se vio en la necesidad de trabajar, tiene problemas familiares acentuados, no tiene estabilidad en la escuela, no trabaja y no estudia por el momento. Expresa que no le gusta ser observado en la cámara Gessel.

Este paciente solo acude a la primera sesión del proceso, al parecer el abandono del proceso se relaciona con su edad, ya que no se logra identificar con los problemas propios del ciclo vital de sus compañeros del grupo terapéutico, registrándose solamente 3 respuestas de dependencia (grafica 10).

PACIENTE 10:

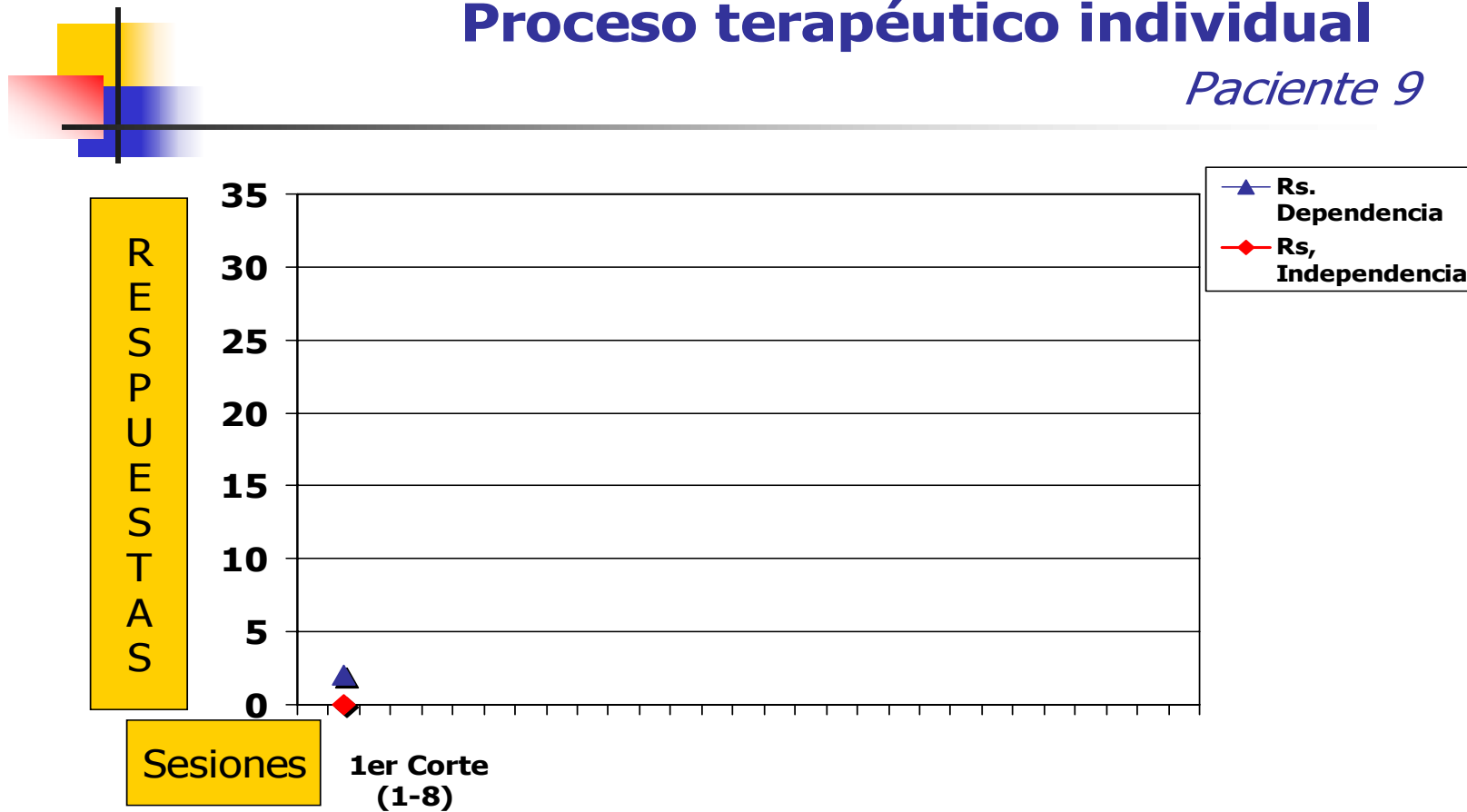
Se presenta en el grupo y comenta que su principal problema es que difiere las cosas y así se le ha pasado el tiempo sin resolver sus asuntos; dice tener pesadillas que son tan malas que hasta le da miedo dormir, mismas que se relacionan con la muerte de su padre hace 4 años.

Menciona que tenía una novia, con quien tenía una relación muy estable pero que terminaron hace poco, pues ella se dio cuenta que el paciente estaba saliendo con otra pareja, ya no le ha querido hacer caso y eso le produce mucha tristeza y depresión. Solamente asiste a la primera sesión y se da de baja del proceso; solamente se puede registra 1 respuesta de dependencia (grafica 11).

Gráfica 10.-

Proceso terapéutico individual

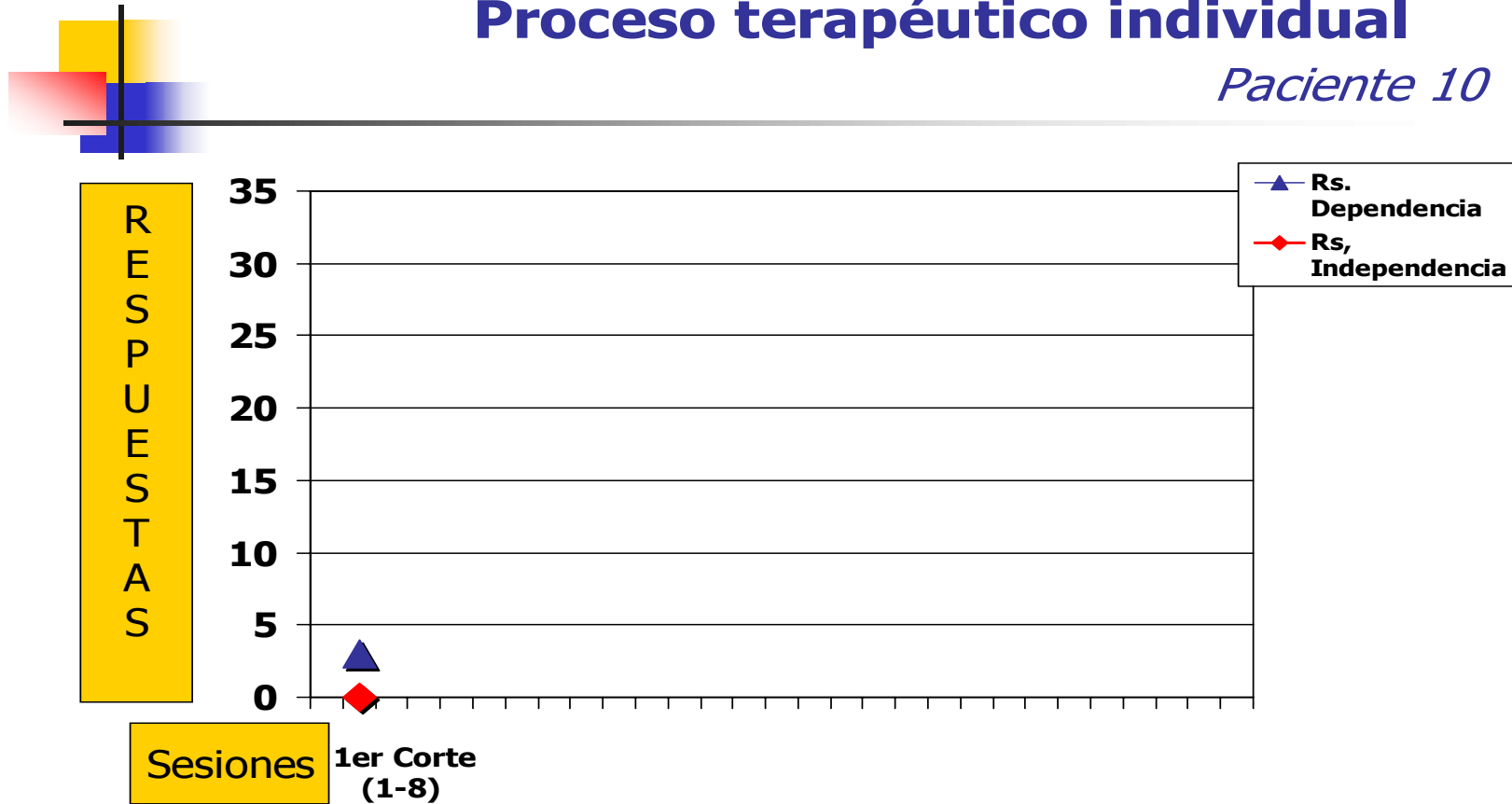
Paciente 9



Gráfica 11.-

Proceso terapéutico individual

Paciente 10



C).- RESULTADOS EN LOS PROCESOS PARALELOS

Con la adopción de este modelo de enseñanza formativa que vincula el aprendizaje con la práctica clínica, se profundiza la relación entre el grupo de pacientes y el grupo terapéutico bajo supervisión, sobre todo porque ambos grupos en su ciclo vital comparten características comunes; si bien el grupo de pacientes se encuentra en la búsqueda de la separación individuación y consolidación de su identidad, el grupo integrados por los alumnos de la especialidad se encuentran a punto de terminarla, es decir, sujetos a un proceso mediato de separación de la Institución y de consolidación de una identidad profesional, en un crecimiento hacia un profesional terapeuta. Esta situación convierte al grupo bajo supervisión en una caja de resonancia de los procesos psicológicos del grupo terapéutico, ya que el foco terapéutico de un grupo se relaciona con el organizador psíquico del otro, apareciendo efectos paralelos como la resonancia psicológica, que se expresa por la similitud en las posiciones y procesos que se registraron en el grupo académico.

Al inicio del proceso se observa un grupo académico con serias dificultades de interacción, mostrando características de celos y agresiones encubiertas entre los integrantes, lo cual no permitía una fluidez en la comunicación y mucho menos la integración y cohesión en el grupo, ante la asignación de tareas se mostró apático, demandante y resistente, pues consideraba que el trabajo era excesivo. Esta posición dependiente se observa en ambos grupos, el grupo de pacientes demandan a las coterapeutas que los guíen en el camino del cambio y que les den consejos para enfrentar con éxito sus problemas, de manera inmediata, sin trabajo, con recetas precisas, como si tuvieran una varita mágica; metáforas que usan los propios pacientes; de la misma forma, el grupo académico asume una posición dependiente con la supervisora, a quién le demanda la enseñanza en las técnicas terapéuticas de manera sencilla, sin esfuerzo, sin comprometerse en el proceso de la intervención, o en el trabajo terapéutico, como si fuera de manera mágica.

Ambos grupos al darse cuenta que sus demandas no serán satisfechas en esos términos, responden con enojo ante la frustración, los pacientes reclaman a las coterapeutas que en otros grupos si se les dan recetas, se les dice como hacer para cambiar, por lo que las descalifican y las atacan, por otro lado, el grupo académico se revela ante las tareas y el trabajo a realizar, como parte del entrenamiento, por lo que expresa su frustración en un ataque a la supervisora y al encuadre, al no encontrar satisfacción a su demanda.

A medida de que avanzan las sesiones, se observa que en el grupo de pacientes comienzan a formarse alianzas y coaliciones, que ocasionan rivalidades y ataques encubiertos entre los integrantes, la fantasía es no demostrar abiertamente los sentimientos hacia los demás por temor a dañarlos o destruirlos, el tema central es que quienes se identifiquen con las características del grupo son aceptados y aquellos que intenten diferenciarse son atacados y rechazados. De igual manera, el grupo académico experimenta en paralelo la formación de subgrupos y ataques encubiertos al interior, se comparte la fantasía de no clarificar los sentimientos negativos con respecto a los compañeros por temor a lastimarlos, por lo que aparecen ataques encubiertos e indirectos que propician una falta de integración y cohesión grupal, el resultado es un estancamiento en el proceso terapéutico, los pacientes no profundizan en sus conflictos y el grupo supervisado se mantiene en la superficie al no metabolizar adecuadamente este proceso.

Como una tendencia general el grupo terapéutico siente que no es comprendido por sus padres, quienes les otorgan mas privilegios a sus hermanos, lo cual les causa celos y envidias, responsabilizan a sus padres por esta incomprensión que provoca una relación agresiva con su familia; un proceso semejante se identifica entre el grupo académico, al interior se experimentan celos y envidias provocados por el procedimiento de insaculación de las coterapeutas, viviéndose como una incomprensión de la profesora al no haber sido privilegiados para conducir la intervención terapéutica.

El grupo académico mantiene relaciones conflictivas, la paradoja es que en la medida en que no se puedan procesar y aclarar los sentimientos negativos al interior del grupo, no se puede trabajar terapéuticamente con los pacientes para que profundicen y aclaren sus propios sentimientos; el temor a la destrucción del otro al expresar los propios sentimientos propician que el grupo académico evite las aclaraciones o confrontaciones con los pacientes ya que los pueden lastimar y provocar su deserción. Ambos grupos continúan aferrados a la superficie, en un acuerdo tácito de no profundizar para continuar con el proceso.

El grupo académico reclama la injusta distribución del trabajo, actúa un enojo hacia a la madre supervisora, por la envidia de no haber sido escogidos como coterapeutas, que se traduce en un ataque al trabajo académico y no aceptación de las responsabilidades individuales, en una posición dependiente y con la dificultad de crecer y asumirse como profesionistas, en resonancia a las dificultades de crecimiento e identidad de los pacientes.

El tema central es la demanda y en ese sentido se percibe un paralelismo en ambos grupos, el grupo académico expresa su temor de no poder satisfacer las demandas del grupo de pacientes, o bien que con sus intervenciones terapéuticas puedan lastimarlos y que se vayan de la terapia, en sintonía al reclamo de los pacientes, que al no sentir satisfecha su demanda de curación tiende a descalificar el proceso o bien amenaza con abandonar la terapia.

Ante el anuncio de una próxima suspensión de terapias por vacaciones, se observa la acentuación de la posición dependiente del grupo terapéutico, actuando sus sentimientos de abandono, como lo comenta uno de los pacientes: *“A mi me va afectar mucho, si de miércoles a miércoles se me hace eterno, ahora 3 semanas, porque me gusta venir con ustedes, son mi sostén, no tengo a donde escaparme y con lo de las vacaciones, me pregunto que va a pasar cuando esto termine, a dónde voy a ir”*. La fantasía de abandono los moviliza hacia una posición pesimista y depresiva, argumentan que solos no podrán enfrentar sus conflictos y que necesitan del acompañamiento del grupo, responsabilizando a las coterapeutas de lo que les pueda suceder; por su parte el grupo académico se angustia ante la posibilidad de un retroceso, responsabilizando a la madre supervisora por no haberles dado el conocimiento suficiente para darles a los pacientes lo que demandan.

Al terminar el período vacacional se identifica en los pacientes una regresión en el proceso, comentan que antes de vacaciones percibían que estaban cambiando, pero que ahora están igual que antes, reclaman de una manera dependiente a las coterapeutas que no les den instrucciones precisas para enfrentar sus problemas, recetas para saber cómo comportarse ante diferentes situaciones. Esta posición tiene resonancia en el grupo académico; los alumnos reclaman de la supervisora que no pueda dar una guía precisa que describa paso por paso las maniobras para la intervención terapéutica.

En la sesión 8 el grupo académico reflexiona y comienza a identificar el paralelismo y las dificultades compartidas en ambos grupos, la consonancia en los procesos de separación individuación y de la consolidación de la propia identidad, los alumnos de la especialidad inmersos en la próxima separación de la Institución, verse de manera individual enfrentando esta identidad cómo profesionistas clínicos; los pacientes atorados en posiciones dependientes para con sus padres y con el medio, que obstaculiza el proceso de individuación y consolidación de su identidad. Así mismo se identifican las dificultad de aclarar y expresar los sentimientos que muchas veces provocan ataques encubiertos, la fantasía de que esos ataques hayan expulsado a otros miembros, los sentimientos de abandono, la falta de integración y participación. La alternativa sugerida es que estas dificultades deben ser trabajadas al interior del grupo académico como una vía para propiciar la comprensión de estos mismos procesos en los pacientes.

El grupo académico a comenzado a tomar conciencia de la resonancia psicológica, se intenta que el grupo avance en su procesamiento, se comienza a trabajar abiertamente en la comprensión del proceso de separación individuación y consolidación de la identidad de sí mismo; la división del grupo y la envidia hacia las coterapeutas designadas, tratando de aclarar sentimientos negativos y agresiones encubiertas; por supuesto en un principio esto genera una mayor discusión y confrontación en el grupo. En la medida de que se entiendan estos elementos, se tendrá un mayor contacto con los procesos psicológicos que operan en el grupo de pacientes y en consecuencia una mayor eficacia en la intervención terapéutica.

La posición de los pacientes expresadas por conductas de inasistencia a la terapia, falta de pago, no profundizar en los temas y los conflictos personales entre sus integrantes, nos conducen a la hipótesis de un ataque al encuadre y sabotaje de la terapia; de manera consonante el grupo académico, continua con sus desacuerdos en cuanto a la distribución del trabajo, falta de cohesión y participación, agresiones y sabotaje a la terapia, lo que también nos lleva hacia la hipótesis de ataque al encuadre por parte del grupo supervisado, a tal grado que en una ocasión una de las coterapeutas comenta que siente que algunos de los compañeros quieren que fracase en su papel.

Enmarcado en la demanda y la dependencia, el grupo de pacientes reclama a las coterapeutas que sus avances han sido muy lentos, porque no les dicen como deben hacer para cambiar y porque no les dan consejos o les dicen si están bien o mal; por su parte, el grupo académico bajo supervisión continúa demandando que la supervisora diga cómo actuar y trabajar para aliviar los problemas de los pacientes, ante el temor de dañarlos por las intervenciones, se continúa en lo anecdótico y la falta de profundidad.

Los pacientes frecuentemente tienen dificultades en los pagos por el servicio, al trabajar sobre el tema se profundiza en el tema de la dependencia económica hacia sus padres, pero también se observa que estos adeudos tiene que ver con la sensación de que los pacientes no reciben lo que quisieran y lo manifiestan con esta resistencia al pago. Esta actitud engancha al grupo académico ya que se siente angustiado por no satisfacer la dependencia y demanda de los pacientes, lo cual se actúa claramente por las coterapeutas, ya que en muchas ocasiones no terminan las sesiones terapéuticas en las horas convenidas, argumentando que quieren dar más tiempo al grupo de pacientes.

La cercanía del término de la terapia y del curso de psicoterapia bajo supervisión moviliza a los grupos, el grupo terapéutico reclama que no se le han satisfecho sus demandas de curación, en consonancia el grupo académico reclama a la supervisora que ya se va a acabar el curso y que no ha satisfecho la demanda, convertir mágicamente al estudiante en terapeuta, confrontándolo con su propio crecimiento profesional. La demanda de ambos grupos es que no habrá tiempo suficiente para alcanzar los objetivos.

Por otro lado los conflictos que se dan en el grupo terapéutico al parecer tiene que ver con esa falta de aclaración de las cosas, no se dicen o no se habla de las cosas por temor a lastimar o ser lastimado, situación que es repetida en el grupo terapéutico donde existe una división y conflictos encubiertos, no se dicen las cosas y las relaciones grupales son rígidamente convencionales para no lastimar y no ser lastimados, lo que se traduce en una desintegración y sabotaje al trabajo, en el sentido de no avanzar y permanecer como si estuviéramos igual que al principio de las clases, en descalificación a la preparación recibida en la especialidad, en clara referencia a lo que nos dice el grupo terapéutico de que las terapias no les han servido de nada ya que siguen igual que al principio.

En el tercer corte del proceso se comienza a preparar el cierre del proceso y se anuncia la próxima terminación de la terapia, originando la acentuación de posiciones dependientes en ambos grupos por el temor al abandono y la confrontación ante el crecimiento; en paralelo, se comienza a percibir en el grupo académico la sensación de un cambio y un avance importante relacionado con un mejoramiento de las interacciones del grupo en particular como consecuencia del trabajo en nuestro espacio terapéutico y apuntalado por este estilo de trabajo clínico bajo esta supervisión vivencial. Se confirma la íntima relación en ambos grupos, una conexión entre los procesos psicológicos presentes en el grupo terapéutico y en el grupo académico, los cuales forman una unidad, de tal manera que a través de la curación de uno se facilita la curación del otro.

Se acentúan las verbalizaciones que nos indican un impulso en las actitudes de separación individuación y consolidación de la identidad psicosexual, catalizada en la aparición de una angustia de crecimiento, una posición de ambivalencia ante la individuación. Se continúan presentando los procesos paralelos relacionados con el temor a lo nuevo, por parte del grupo académico que se siente insatisfecho con lo que se les dio como preparación en la Universidad, similar al reclamo de los pacientes y la otra parte, que vamos a hacer terminada la carrera, cómo vamos enfrentar las nuevas condiciones de la vida profesional, situación que se asemeja con lo que nos menciona los pacientes, en el deseo de ambos grupos de que los procesos continúen, por lo tanto, esto dificulta la terminación-separación.

Se observan las siguientes líneas en los procesos paralelos de ambos grupos:

1).- Se comparte el estado depresivo en ambos grupos ante la próxima terminación, en términos simbólicos una separación; el grupo académico manifiesta que tiene que ver con la terminación de clases, mientras que el grupo de pacientes nos dice: *“Yo también estaba pensando de que ya se va a terminar la terapia, al principio muchísimo, pero ahora, ya se va a terminar”*.

2).- Existe la sensación por parte del grupo académico que no ha sido suficiente el tiempo de la terapia y deberíamos prolongarla para redondear el trabajo terapéutico, por otro lado los pacientes nos dicen: *“Sí, como que ya después, con el transcurso, como que ya no siento nada, pero algo que me pasó hoy y que me di cuenta de algo que no puedo cambiar y me es súper difícil, que me ha costado muchísimo trabajo y por eso me da pesar de que ya va a acabar y no he cambiado esas actitudes, que de plano no he podido cambiar”*.

3).- Existe una sensación entre el grupo bajo supervisión de haber regresado al principio, los pacientes dicen: *“Sobre el principio de la terapia, como que nos estamos regresando, al inicio pensaba que necesitaba ayuda, que todo este tiempo fue que falta mucho y luego va a terminar y apenas lo empecé a decir y ya se acabó”*.

“No sé, es algo muy raro lo que yo estoy sintiendo, antes de entrar a la terapia uno decía, yo necesito ayuda, pero ya fui a pedir ayuda y ya la recibí, y entonces ahora qué haces, ya no te regreses a lo de antes, porque conoces mas cosas, ese es el miedo, ya no me puedo seguir engañando, pero todavía no me siento bien”.

A medida que se acerca la terminación del proceso aumentan las respuestas que indican una disposición al crecimiento y a la consolidación de la identidad en ambos grupos, el grupo académico también experimenta un clima emocional intenso, algunos manifiestan que estuvieron a punto de llorar al igual que los pacientes, también la sensación de logro es compartida, se escuchan proyectos profesionales de formar grupos clínicos, así como el compromiso de los paciente en relación a su crecimiento personal e independencia.

IX).- ASPECTOS FORMATIVOS DE ESTA PRÁCTICA CLÍNICA

Esta sección se integra con las reflexiones de los alumnos que participaron de esta experiencia curricular, por lo que se desarrollaron entrevistas informales no dirigidas con la mayoría del grupo de ex alumnos para conocer sus opiniones con respecto a los impactos que esta práctica clínica haya tenido a nivel grupal, profesional y personal.

A).- Impacto grupal:

El curso de psicoterapia de grupo bajo supervisión, impartido con este particular modelo didáctico, práctico y vivencial; fue un catalizador que permitió la aplicación de conceptos y técnicas que en un plano teórico fueron revisadas durante el proceso de enseñanza aprendizaje de la Especialidad, agregando un aspecto significativo a la enseñanza, ya que se involucró al grupo académico directamente en el manejo de pacientes en un proceso terapéutico grupal.

Estas características nos aportaron un método de trabajo ordenado y coherente, en función de objetivos terapéuticos específicos, en donde cada alumno participó desde la conducción del proceso en la cooterapia o como observadores activos, participando en la planeación, análisis, discusión, valoración y sistematización de la información del proceso, propiciando el enriquecimiento de los conocimientos a través del debate en el grupo académico y la retroalimentación de la supervisora.

La observación directa de los principios estructurales y dinámicos en un grupo terapéutico, el manejo de técnicas y conducción de la intervención y el acompañamiento terapéutico de los pacientes; nos dio la oportunidad de valorar el trabajo clínico desde el diagnóstico y tratamiento. Constatar los logros terapéuticos del proceso, resultado de un esfuerzo compartido de nuestro grupo, contribuyó a que los compañeros sin experiencia en la práctica psicoterapéutica perdieran el temor al manejo de pacientes y, por otro lado, quienes ya tenían esa experiencia, pudieran afinar y mejorar su práctica clínica.

Durante el proceso terapéutico, observamos, experimentamos y analizamos el fenómeno paralelo de resonancia psicológica, consecuencia del trabajo terapéutico con los pacientes, estableciéndose un paralelismo singular con el grupo de alumnos en formación; de tal manera que los elementos trabajados con los pacientes, llegaban a movilizar elementos similares en el grupo académico. De esta manera al igual que los pacientes, identificamos nuestra dificultad de expresar los propios sentimientos por temor a ocasionar daño a los demás, así como la aparición de sentimientos de envidia, competencia, conflictos y ataques encubiertos que profundizaron la división y falta de integración del grupo.

A consecuencia de la supervisión, nuestro grupo comenzó a expresar y aclarar los sentimientos negativos latentes, aunque no de manera profunda ya que la pretensión de la supervisión se enfocaba principalmente a los elementos formativos y no terapéuticos; sin embargo; los objetivos didácticos se cumplieron lo suficiente como para entender y conectarse con los procesos que interferían con la dinámica del grupo terapéutico; de tal manera que esta forma de metabolización impulsó el trabajo clínico para el logro de los objetivos terapéuticos en los pacientes.

B).- IMPACTO PROFESIONAL

En esta reflexión colectiva se coincidió en que el principal impacto profesional fue la confianza y seguridad adquirida, ya que por la naturaleza del trabajo clínico, la mayoría de sus habilidades no pueden ser enseñadas desde el aula de clases, es necesario el trabajo directo supervisado en un ambiente controlado. Esta experiencia permitió que algunos compañeros tomaran el riesgo del trabajo clínico con pacientes, principalmente enfocados a temas educativos, de pareja y familiares, aunque ninguno de nosotros se enfocó específicamente al trabajo en psicoterapia grupal, se coincide en la importancia formativa de este modelo, sobre todo en los aspectos metodológicos y de técnica clínica.

Así mismo, este modelo desarrolló en los alumnos la sensibilidad para entender y ponernos en contacto con nuestros propios afectos, condición básica en el trabajo clínico del terapeuta para estar receptivo a la problemática que plantea el paciente, elemento importante que permite el entendimiento y la conexión empática

Si bien el objetivo terapéutico del proceso fue el de propiciar el proceso de separación individuación y la consolidación de la identidad psicosexual, movilizó al grupo académico en el mismo sentido, toda vez que estábamos en una situación similar; al estar cursando el último año de la Especialidad, nos encontrábamos en un proceso de separación de la Institución, es decir, terminar con los estudios correspondientes e iniciar y acceder a una vida profesional, lo cual implica romper la dependencia con la Institución y los maestros, para asumir responsabilidades de crecimiento y consolidación de una identidad profesional.

Hacia el final del proceso terapéutico, los pacientes comenzaron a evidenciar sus logros en la búsqueda de su individuación, algunos de ellos a punto de terminar la licenciatura, expresaron sus planes profesionales, lo cual llega a movilizar a varios de nosotros, llevándonos a cuestionar nuestra trayectoria profesional, involucrándonos en el proceso de crecimiento para asumirnos como “futuros psicoterapeutas”.

No todos los miembros de aquella generación se convirtieron en psicoterapeutas grupales, algunos se han dedicado a la psicología educativa, a la selección de personal, otros a la práctica clínica individual; sin embargo, a pesar de esta diversidad en las actividades profesionales, se reconocen las aportaciones del modelo en cuestión; principalmente en cuanto conocimiento y la sensibilidad para el manejo grupal, la disciplina en el método de trabajo, la conducción de técnicas y procedimientos terapéuticos, la persistencia en el mantenimiento del foco terapéutico, la comprensión y la conexión empática con los pacientes, así como la confianza en el proceso terapéutico.

C).- IMPACTO PERSONAL

De las reflexiones obtenidas, notamos que el impacto fue mas significativo en este aspecto; la naturaleza vivencial de esta práctica provocó la aparición de procesos paralelos de resonancia psicológica con efectos concretos en cada uno de nosotros, de tal manera que el proceso terapéutico de los pacientes movilizó procesos similares de los alumnos en formación.

En primer lugar, identificamos el surgimiento de sentimientos considerados negativos; la envidia aparentemente desencadenada por el resentimiento de no haber formado parte de la pareja de conductora de la psicoterapia, lo cual desencadenó en el inicio del proceso, un ataque encubierto por la mayoría del grupo dirigido a los coterapeutas. Esta envidia por no haber sido el escogido, tuvo que haber sido reconocida por cada uno de nosotros, para poder ser trabajada en esta parte vivencial, lo cual nos dio la oportunidad de descubrir que este sentimiento forma parte del ser humano, lo importante es reconocerlo, aclararlo y manejarlo adecuadamente.

Los procesos de transferencia de objetos primarios se presentaron en nuestro grupo, en principio no fueron entendidos plenamente, al depositar en los compañeros sentimientos relacionados con otros objetos, muchas veces provocaron agresiones encubiertas, que condujeron a conflictos personales que durante el proceso se fueron reconociendo.

Se detectaron dificultades para relacionarse con personas del sexo opuesto y de socialización para integrarse a un grupo, rigidez y falta de tolerancia, así como el temor para expresar sentimientos por no herir a los demás; su identificación nos dio la posibilidad de trabajarlos bajo supervisión, como una estrategia didáctica para establecer una relación empática y de entendimiento con los pacientes; adicionalmente nos dejó como tarea personal resolver estas situaciones como parte del crecimiento individual.

El trabajo para el reconocimiento y reducción de la dependencia y el fomento de la separación e individuación de los pacientes, provocó en nosotros un cuestionamiento individual alrededor de esta temática, lo cual impulsó un incremento de nuestra autonomía y responsabilidad. Con respecto al otro objetivo terapéutico, relacionado con la consolidación de la identidad psicosexual de los pacientes, desencadenó en muchos compañeros un cuestionamiento acerca de su vida en pareja, sintiéndose identificados con aquellos pacientes que señalaban una profunda dependencia de sus parejas, tan intensa que muchas veces se tornaban tolerantes ante cosas que antes les era inaceptables, esta situación originó en muchos de nosotros una profunda reflexión alrededor del tema.

Si bien ya han transcurrido algunos años de esta experiencia, en la actualidad los compañeros coinciden en que ha contribuido en forma importante al enriquecimiento en su vida personal, ya que a la mayoría nos impulsó a trabajar en relación a los lados ciegos que descubrimos, algunos a través de la autocrítica y la reflexión, otros tantos recurrieron a trabajarlos bajo un proceso psicoterapéutico.

X).- DISCUSIÓN FINAL Y CONCLUSIONES

Los estudios clásicos de Schidler, Slavson Ezriel y Foulkes (cita Grinberg, Langer y Rodrigué, 1961), complementados por las aportaciones de Bión (cita Thopson y Kahn, 1975) en materia de psicoterapia grupal han subrayado la importancia de esta técnica de intervención psicológica. Los individuos se reúnen para formar un grupo que busca el tratamiento para curarse de sus síntomas neuróticos y sus dificultades personales (Zimmermann, 1975), con la posibilidad de establecer un límite de tiempo el proceso terapéutico (Mackenzie, 1984). En estos grupos terapéuticos se puede observar la existencia de un foco o centro en torno al cual giran las asociaciones de los participantes, este foco puede ser cualquiera de los pacientes, el terapeuta, una persona ausente, una institución, el grupo como totalidad, una idea concreta o abstracta, etc., etc.; cuya dinámica se establece a través de la transferencia, según la cual el participante asigna roles a los demás y se comporta en función de los mismos; en otras palabras se trasladan situaciones y pautas a una realidad presente y desconocida y se tiende a configurar ésta última como una situación ya conocida y repetitiva (Bleger, 1985).

Esta posibilidad de tratamiento grupal, adquiere mayor importancia al paso del tiempo, ya que la percepción social sobre el requerimiento de ayuda profesional ha cambiado positivamente, por lo que podemos observar justamente un cambio ascendente en el comportamiento de la demanda de este servicio de atención psicológica; sin embargo, la situación económica de los demandantes y los escasos recursos públicos, determinan un encarecimiento de estos servicios.

La Universidad Autónoma de México, a través de la facultad de Psicología contribuyó en cierta medida a enfrentar el problema, ya que cuando se diseñaron esta clase de prácticas clínica en psicoterapia grupal, se aprovechaban los recursos con que cuenta el Centro de Atención Psicológica de la Facultad, para proporcionar un servicio, responsable y de alta calidad, dirigido a la comunidad estudiantil y a la población abierta.

El papel que desempeñó la materia de Psicoterapia Grupal bajo Supervisión, dentro de la estructura curricular de la Especialidad de Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones, fue de crucial importancia. Si bien en el pasado, los pioneros en la psicoterapia de grupo aprendieron la conducción del grupo de manera bastante fortuita, era indispensable construir un entrenamiento formal que permitiera al clínico desarrollar las habilidades únicas de un terapeuta grupal y aprender la teoría que apoya tales habilidades (Grotjhan, 1975). Por lo que esta estrategia se convirtió en el instrumento didáctico idóneo para la práctica de técnicas y procedimientos clínicos para el entrenamiento de futuros terapeutas grupales, ya que conjuntaba el entrenamiento por observación, el entrenamiento por experiencia y la supervisión, planteado por Alonso (1984).

Como terapeutas grupales en formación abordamos como objetivos terapéuticos la promoción de la individuación y la consolidación de la identidad en adolescentes tardíos, de acuerdo a lo planteado por Blos (1971), ya que el conflicto básico de la adolescencia es la elaboración del vínculo de dependencia simbiótica y la remoción de sus relaciones objetales (Aberaustery, Kalina, Knobel, Lusting y Zak, 1978).

En el primer tercio de las 24 sesiones identificamos a la adolescencia como un período de transición hacia la adultez, cuya característica esencial es la reformulación del sí mismo para abandonar su auto imagen infantil (Knobel, 1988); de tal manera que los pacientes se describían a sí mismos como dependientes y con patrones de comportamientos infantiles, como si no tuvieran control de su conducta, culpando a los demás de sus dificultades ; también mencionaron insistentemente sentirse afectados por las presiones de sus grupos de referencia, ya que sentían que tenían que pensar y comportarse de determinada manera para ser aceptados, lo que concuerda con las observaciones de Dowglas y Bweiner (1998).

En el segundo tercio, observamos cómo los pacientes experimentaron ambivalencia con respecto al crecimiento, sentimientos contradictorios entre el abandono a la protección infantil y las responsabilidades del crecimiento. Expresaron también que sus padres compartían estos sentimientos contradictorios ya que esperaban que fueran adultos responsables, pero los trataban como niños, tal como lo expresa Lutte (1995). La mayoría del grupo mostraba su inconformidad, ya que al ser dependientes económicamente de sus padres se quejaban de no tener autonomía y de que eran tratados como niños y de manera diferente a sus hermanas quienes sí colaboraban económicamente y por lo tanto tenían privilegios; cabe mencionar que en este inicio nunca cuestionaron, a la que Hoffman (1984) llamó dependencia funcional, refiriéndose la incapacidad del joven de mantenerse económicamente y hacerse cargo de los problemas cotidianos, sino a la injusticia que percibían. No obstante lo anterior, gradualmente los pacientes comienzan a identificar que para crecer tienen que empezar por asumir las consecuencias de su conducta y que ellos son los responsables de su comportamiento.

Lutte (1995), menciona que para convertirse en adulto, el adolescente debe volver a fundamentar su personalidad sobre una base de autonomía, renunciando al estatuto dependiente que procedía de la subordinación a sus padres, adultos o grupos de referencia, para conquistar el estatuto de independencia. En esta búsqueda se incluye la formación del auto concepto, que según Sherif y Sherif (1965, cita Knobel, 1988) es el Yo. El autoconcepto se forma a través de la concepción que otros tienen de él y de la asimilación de los valores que lo rodea, así se logra la consolidación de la identidad. Para el último tercio del proceso los pacientes inician este tránsito.

En términos generales, durante el proceso se observó una disminución gradual y significativa de las respuestas que nos indican un comportamiento dependiente, mientras que las respuestas que nos señalan la búsqueda de patrones de comportamiento independiente se incrementan casi en forma directamente proporcional (gráfica 1), lo cual nos indica claramente el impulso positivo para que el grupo supere esta segunda crisis de desimbiotización y consolide su identidad psicosexual en el proceso de separación individuación; contribuyendo a la resolución de la adolescencia tardía, ya que para convertirse en adultos, los jóvenes tienen que elaborar el vínculo de dependencia y lograr la remoción en sus relaciones objetales, para fundamentar su personalidad sobre una base autónoma.

A nivel individual, de los 4 pacientes que concluyeron el proceso terapéutico, se encontró una tendencia similar a la descrita anteriormente, a medida de que avanzaba el proceso, las respuesta indicadores de un comportamiento dependiente disminuían, mientras que las indicadores de un comportamiento encaminado a la búsqueda de la independencia aumentaban progresivamente, tal como se puede observar en las graficas 2, 3, 4 y 5.

El cambio cualitativo en los pacientes fue notorio; al principio del proceso, coincidieron en una posición dependiente, caracterizada por una actitud demandante hacia su familia de origen, a su ambiente, o al terapeuta; posición encaminada a no asumir su responsabilidad en la solución de sus problemas y a culpar a los demás de sus dificultades e infortunios; así mismo destaca la subordinación al grupo de pares y hacia la pareja, de tal manera que su comportamiento se condicionaba al afecto y aprobación de ellos.

A mitad del proceso, de acuerdo a lo que expresaban, se observó el surgimiento del insight que indicaban los comienzos de la búsqueda de patrones de mayor independencia y de la consolidación en su identidad psicosexual. A medida de que se acercaba la terminación del proceso, se percibió en todos los pacientes una reactivación de ansiedades y una regresión a sus patrones conocidos de comportamiento dependiente similares a los que identificados en las sesiones iniciales; sin embargo, aunque reconocían las dificultades que plantea el crecimiento, estaban convencidos que ellos son responsables de su propia vida, planteándose el mejoramiento de sus relaciones con la familia, con sus pares y su pareja, la búsqueda de una independencia económica, asumiendo posiciones de mayor autonomía.

En el contexto académico, esta práctica clínica demostró su importancia en el proceso de enseñanza aprendizaje del futuro psicoterapeuta grupal; la metodología de trabajo, las estrategias de intervención, el manejo terapéutico, la sensibilidad de una conexión empática, la alianza terapéutica y otros tantos elementos que se encuentran involucrados en el tratamiento psicológico, solamente pueden adquirir un significado para el estudiante a través de la práctica, del trabajo de campo con los pacientes.

El fenómeno paralelo de resonancia psicológica que describe Foulkes (1981), se vivió a lo largo del trabajo, toda vez que el foco latente del grupo terapéutico coincidía con el organizador psíquico del grupo en formación académica, por eso los acontecimientos en el grupo de pacientes resonaba en el grupo académico, sobre todo en los roles y/o papeles que se vivían, así como en la movilización de sentimientos en los diferentes momentos de ambos procesos.

El modelo de supervisión aportado por Yussif (1995), convierte al fenómeno de la resonancia psicológica en una fortaleza para el trabajo terapéutico, ya que un objetivo fundamental fue el trabajar estos sentimientos que surgen en resonancia a los pacientes. Estas condiciones posibilitaron la construcción de una conexión empática, a través de hacer conciente el conflicto desde el grupo académico, aclarando esos lados ciegos que no le permitían entender cabalmente la problemática planteada por los pacientes. Tal como sucedió en este proceso, una vez que el grupo académico reconoció esos lados oscuros de perturbación al interior, tuvieron la posibilidad de comprender y entrar en contacto con los pacientes y en consecuencia llegar a cumplir con los objetivos terapéuticos.

BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A., KALINA, E., KNOBEL, M., LUSTING, E Y ZAK, R. (1978).
ADOLESCENCIA. BUENOS AIRES: EDITORIAL KARGIEMAN.
- AGUIRRE, B. A. (1998). LA PSICOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA. BOGOTA:
EDITORIAL
ALFA OMEGA.
- ALONSO, A. Y SWILLER, H. (1995). PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA PRÁCTICA
CLÍNICA. MÉXICO: EDITORIAL. MANUAL MODERNO.
- ANTHONY, J. (1969). DEPRESSION AND HUMAN EXISTENCE. BOSTON: LITTLE
BROWNS COMPANY.
- BACH, G. (1967). PSICOTERAPIA INTENSIVA DE GRUPO. BUENOS AIRES:
EDITORIAL PAIDOS.
- BENEDICK, R. (1993). EL HOMBRE Y LA CULTURA. BUENOS AIRES:
EDITORIAL SUDAMERICANA.
- BLEGER, J. (1968). SIMBIOSIS Y AMBIGÜEDAD. BUENOS AIRES:
EDITORIAL PAIDOS.
- BLEGER, J. (1985). TEMAS DE PSICOLOGÍA. BUENOS AIRES:
EDITORIAL NUEVA VISIÓN.
- BLOS, P. (1971). PSICOANÁLISIS DE LA ADOLESCENCIA. MÉXICO:
EDITORIAL JOAQUÍN MORTIZ.
- BRILL, A. A. (1960). CONTRIBUCIONES DE FREUD A LA PSIQUIATRÍA.
BUENOS AIRES: EDITORIAL LOSADA.
- CRAIG, G. J. (1997). DESARROLLO PSICOLÓGICO. MÉXICO: EDITORIAL
PRENTICE HALL.
- CURTIS, R. (1975). LA NATURALEZA DEL ADOLESCENTE. BARCELONA:
EDITORIAL HERDER.
- DOUGLAS, K. Y BWEINER, I. (1998). LA ADOLESCENCIA; UNA
TRANSICIÓN DEL DESARROLLO. BARCELONA: EDITORIAL ARIEL.
- ERIKSON E. H. (1968). IDENTIDAD, JUVENTUD Y CRISIS. BUENOS
AIRES: EDITORIAL PAIDOS.
- ERIKSON E. H. (1985). EL CICLO VITAL COMPLETADO. BUENOS

- AIRES: EDITORIAL PAIDOS.
- FENICHEL, O. (1969). TEORÍA PSICOANÁLICA DE LA NEUROSIS. MÉXICO: EDITORIAL PAIDOS.
- FOULKES, S. H. Y ANTHONY E. J. (1973). GROUP PSYCHOTERAPY. LONDON: EDITORIAL. PENGUIS BOOK.
- FOULKES, S. H. (1981). PSICOTERAPIA DE GRUPO-ANALÍTICA. BARCELONA: EDITORIAL GEDISA.
- GRINBERG, M., LANGER Y RODRIGUÉ, E. (1961). PSICOTERAPIA DEL GRUPO. BUENOS AIRES: EDITORIAL PAIDOS.
- GRINBERG, L. (1971). IDENTIDAD Y CAMBIO. BUENOS AIRES: EDITORIAL KARGIEMAN.
- GREENSON, R. (1986). TÉCNICA Y PRÁCTICA DEL PSICOANÁLISIS. MÉXICO: EDITORIAL SIGLO XXI.
- GROTHJAHN, M. (1979). EL ARTE Y LA TÉCNICA DE LA TERAPIA GRUPAL ANALÍTICA. BUENOS AIRES: EDITORIAL PAIDOS.
- HARTMAN, H. (1952). PSICOANÁLISIS Y SOCIOLOGÍA. BUENOS AIRES: EDITORIAL PAIDOS.
- HOFFMAN, J. (1984). LA SEPARACIÓN DE LOS ADOLESCENTES TARDÍOS DE SUS PADRES. JOURNAL OF COUSELING PSYCHOLOGY. 31, 170-178.
- HORROCKS, J. E., (1984). PSICOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA. MÉXICO: EDITORIAL TRILLAS.
- JERSIL, A. T. (1957). LA PSICOLOGÍA DEL ADOLESCENTE. MADRID: EDITORIAL AGUILAR.
- KNOBEL, M. (1988). LA ADOLESCENCIA NORMAL: UN ENFOQUE PSICOANALÍTICO. BUENOS AIRES: PAIDOS.
- LEVINSKY, L. (1998). ADOLESCENCIA; REFLEXIONES PSICOANALÍTICAS. ARGENTINA: EDITORIAL LUMEN.
- LIBERMAN, D. (1968). PSICOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO Y DE LA ADICCIÓN A LAS DROGAS. BUENOS AIRES: EDITORIAL PAIDOS.
- LINDZEY, G., HALL, C. Y MANOSEVITZ, M. (1978). TEORÍAS DE LA

- PERSONALIDAD. MÉXICO: EDITORIAL LIMUSA.
- LUTTE, G. (1995). LIBERAR LA ADOLESCENCIA. BARCELONA: EDITORIAL HERDER.
- MACKENZIE K. R. (1984). TEORÍA Y TÉCNICA DE GRUPO CON TIEMPO LIMITADO. MADRID: EDITORIAL BIBLIOTECA NUEVA.
- MAHLER, M. (1968). SIMBIOSIS HUMANA: LAS VISICITUDES DE LA INDIVIDUACIÓN. MÉXICO: EDITORIAL JOAQUÍN MORTIZ.
- MASTERSON, J. (1975). TRATAMIENTO DEL ADOLESCENTE FRONTERIZO. BUENOS AIRES: PAIDOS.
- PINES, M. (1983). SALUD Y ENFERMEDAD. MÉXICO: EDICIONES CULTURALES INTERNACIONALES.
- POTTS, F. (1982). PSICOTERAPIA DE GRUPO. BUENOS AIRES: EDITORIAL PAIDOS.
- RICKMAN, J. (1967). TEORÍA Y TÉCNICA DEL PSICOANÁLISIS. BUENOS AIRES: EDITORIAL PAIDOS.
- SALAMA, H. Y VILLAREAL, R. (1988). EL ENFOQUE GESTAL. MÉXICO: EDITORIAL MANUAL MODERNO.
- SEBAL, H. (1985). ADOLESCENCIA: UN ANÁLISIS SOCIAL Y PSICOLÓGICO. MÉXICO: EDITORIAL PRENTICE HALL.
- SEGAL, H. (1994). INTRODUCCIÓN A LA OBRA DE MELANIE KLEIN. MÉXICO: EDITORIAL PAIDOS.
- THOMPSON, C. (1971). EL PSICOANÁLISIS. MÉXICO: EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.
- THOMPSON, S. Y KHAN, J. H. (1975). EL PROCESO DE GRUPO COMO UNA TÉCNICA DE AYUDA. MÉXICO: EDITORIAL CONTINENTAL.
- WALLON, H. (1965). ESTUDIOS SOBRE LA PSICOLOGÍA GENÉTICA DE LA PERSONALIDAD. BUENOS AIRES: EDITORIAL LAUTARO.
- YALOM, I. (1986). TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO. MÉXICO: EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.
- YUSSIF, D. (1995). MEMORIAS: SESIÓN CIENTÍFICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA. SUPERVISIÓN DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL, UNA EXPERIENCIA FORMATIVA. MÉXICO: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

YUSSIF, D. (1996). SUPERVISIÓN DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL. TRABAJO PRESENTADO EN EL XXXIV CONGRESO NACIONAL DE PSICOANÁLISIS. MÉXICO: ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA MEXICANA. MANUSCRITO NO PUBLICADO.

YUSSIF, D. (1997). LA SUPERVISIÓN, UNA EXPERIENCIA VIVENCIAL EN LA FORMACIÓN DE LOS PSICOTERAPEUTAS DE GRUPO. TRABAJO PRESENTADO EN EL XV ANIVERSARIO DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ZIMMERMANN, D. (1975). ESTUDIOS SOBRE PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO. BUENOS AIRES: EDITORIAL PAIDOS.

APÉNDICE 1. – CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO TERAPÉUTICO

NO.	EDAD	ESTADO CIVIL	SEMESTRE	UNIVERSIDAD		VIVE CON						TRABAJA	
				UNAM	Otra	Padre	Madre	Hmnos.	Pareja	Hijos	Otro	Si	No
1	21	Soltera	7° Sem.	X		X	X	X				X	
2	19	Soltera	2° Sem.	X			X	X					X
3	20	Soltera	6° Sem.	X			X	X					X
4	18	Soltera	1° Sem.	X							Abuela		X
5	19	Soltera	4° Sem.	X		X	X	X					X
6	19	Soltera	2: Sem	X		X	X	X					X
7	19	Soltera	Prepa. Term.	X							X		X
8	21	Soltero	5° Sem.	X		X	X	X					X
9	25	Soltero	4° Sem.	X			X	X				X	
10	28	Soltero	Maestría	X							X		X
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													



(APÉNDICE 2)

INTEGRACIÓN DEL GRUPO TERAPÉUTICO

✚ Sexo	70% femenino 30% masculino
✚ Edad	80% (rango 18 a 21 años) 30% (rango 25 a 28 años)
✚ Edo. Civil	100% solteros
✚ Estudios	14 años en promedio
✚ Instituciones Educativas	90% UNAM 10% Preparatoria

n=10

(APÉNDICE 3)

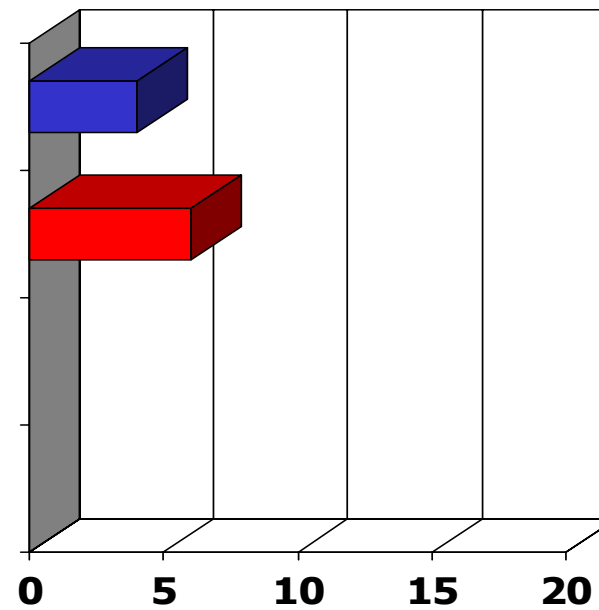
ASISTENCIA DE PACIENTES

✚ 10 PACIENTES INSCRITOS

✚ 4 TERMINARON LA TERAPIA

✚ 6 ABANDONARON LA TERAPIA

n=10



APÉNDICE 4. – DATOS CLÍNICOS

NO.	MOTIVO DE CONSULTA	ENTREVISTA PSICODINÁMICA	PRUEBAS PSICOMÉTRICAS				ÁREAS AFECTADAS						ASISTIÓ A TERAPIA		OBSERVACIONES
			AUTOBIOGR.	BENDER	HTP	MMPI	AM	LA	FA	AC	SE	CO	SI	NO	
1	Problemas en las relaciones de pareja, no sabe si ella hace que se alejen, no sabe demostrar lo que siente.	Inseguridad básica, adecuada fuerza yoica búsqueda de reconocimiento, idealización de la familia y de la pareja, negación ante su problema visual.	No se aplicó	No se aplicó. Por sus características	No se aplicó. Por sus características	Persona defensiva tiende a negar sus impulsos, buena capacidad para resolver problemas, entusiasta y optimista, estable y controlada, personalidad equilibrada.	2	0	3	1	7	2	X		Discapacidad.
2	Depresión, apatía,, expresa deseos de muerte.	Debilidad en las fuerzas del yo, no asume su responsabilidad, tiende a culpar a los demás de sus problemas. Se identifica depresión moderada, apatía, evade sus responsabilidades, pensamientos de suicidio	NO SE APLICÓ	NO HAY DATOS DE DAÑO ORGÁNICO, ES UNA PERSONA ORDENADA, LIMPIA E INTELIGENTE, PRESENTA RASGOS OBSESIVOS.	Timidez, inseguridad, duda de sus propias capacidades, predomina un pensamiento mágico un yo débil y un superyo rígido, expresa temor de relacionarse con los demás y se siente rechazada por su madre.	SE IDENTIFICA DEPRESIÓN, PERSONA INMADURA REBELDE ES ENTUSIASTA, DIFICULTADES PARA RELACIONARSE CON LOS DEMÁS, AUNQUE TRATADÉ CONVIVIR, REALIZA SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS SIN PROBLEMAS Y TIENE CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN.	4	0	6	2	0	6	X		
3	Se siente muy desubicada, se siente sola e incomprendida, dificultades en cuanto a sus relaciones personales y familiares, a veces se siente bien pero siempre recae en lo mismo.	DEBILIDAD DEL YO, SUPERYO RÍGIDO, FUERTES DESCARGAS IMPULSIVAS, ES NARCISISTA, PENSAMIENTO MÁGICO, TIENDE A CULPAR A LOS DEMÁS DE SUS DIFICULTADES Y NO SE RESPONSABILIZA DE SUS ACTOS	NO SE APLICÓ	NO EXISTEN DATOS DE DAÑO ORGÁNICO, ES OPOSICIONISTA, PRESENTA RASGOS OBSESIVOS.	MUESTRA INSEGURIDAD, IDEALIZACIÓN DE LA FAMILIA, PREDOMINA UN PENSAMIENTO MÁGICO, LOGRAR LAS COSAS SIN ESFUERZO, ES MUY SUSCEPTIBLE A LA OPINIÓN DE LOS DEMÁS.	FRANCA, EXPRESA NECESIDAD DE AYUDA, CON CAPACIDADES E RESOLVER SUS CONFLICTOS, DESTACA DEPRESIÓN INTROYERSIÓN Y APATÍA, DIFICULTAD EN SUS RELACIONES, EVASIVA, POCO RELIETA, BÚSQUEDA DE ACEPTACIÓN.	7	9	6	10	5	7	X		

4	Se siente tonta, fea. Todo le afecta, lo que le dicen o lo que piensan de ella. Se siente decepcionada de la carrera y de la gente, le cuesta trabajo relacionarse, ha tenido ideas de suicidio.	Paciente con recursos intelectuales adecuados, se detecta angustia, depresión, baja autoestima y rebeldía. Trastornos en el control de impulsos, cuenta con un yo débil, se siente abandonada por sus padres, muestra gran susceptibilidad a las críticas y opiniones de los demás por lo que muchas veces reacciona con descargas agresivas, después se siente culpable y se deprime.	*Machover Identificación sexual confusa, idealización hacia la figura masculina, percibe, dificultades en relacionarse socialmente, tiende a evadir la realidad, pensamientos místicos, má_ gicos, se siente inadaptada	No existe daño orgánico, opositorista, poco ordenada, rasgos obsesivos.	No se aplicó	Paciente cautelosa desconfiada, solicitud de ayuda, tiende al aislamiento y a la disociación, rasgos obsesivos Actitud de persona amargada, con expresiones de agresión, rasgos antisociales, no se logra adaptar al rol de su sexo. Cuenta con recursos suficientes para superar problemas.	9	10	2	5	10	9	X		
5	Problemas familiares y con su pareja. Se siente presionada por la terminación del semestre, se siente deprimida. Quiere saber lo que le causa conflicto y como los puede resolver, sobre todo la desconfianza para con su pareja.	Limitado control de impulsos, intensa fuerza del ello, debilidades yoicas y un super yo rígido. Es egocéntrica y narcisista, exhibicionista, niega sus problemas y culpa a los demás de sus conflictos. Muestra sentimientos de abandono, en particular reacciona con tristeza ante la noticia de la próxima boda de su hermana a quién es mas cercana.	No se aplicó	Retraimiento y constricción, timidez, es ordenada, flexible, se descarta la posibilidad de daño orgánico.	Idealización de la madre, el papel del padre es menos importante para ella, no encuentra satisfacción en sus relaciones familiares, idealización de su hermana próxima a casarse.	SE MUESTRA DEFENSIVA AL CONTAR CON LA AUTORIDAD, ES EGOCÉNTRICA Y TIENE DIFICULTADES EN SUS RELACIONES FAMILIARES, PRESENTA CARACTERÍSTICAS HISTRIONICAS, ADAPTACIÓN SOCIAL Y VOCACIONAL.	4	6	6	2	8	2	X		Asiste a 12 sesiones y se le da de baja a partir de la sesión 19 de 24.
6	Se describe como insegura, le da miedo relacionarse con la gente, quiere conocerse para tener más seguridad.	Personalidad con rasgos dependientes, sumisa, poco espontánea, muestra un supervo rígido, con un alta fuerza en la represión de sus impulsos, debilidad yoica y alta dependencia. Dificultades para relacionarse, en especial con la figura masculina, percibe a su madre sumisa y dependiente y acepta que ella esta repitiendo ese comportamiento.	NO SE APLICÓ	DEFICIENTE APROVECHAMIENTO DE SUS RECURSOS, ES CUIDADOSA Y LIMPIA EN SU TRABAJO, ORDENADAS Y DESCARTA DAÑO NEUROLÓGICO.	FAMILIA IDEALIZADA, FUERTE PRESENCIA DE LA FIGURA MASCULINA, LA FIGURA FEMENINA ES DEVALUADA, RENUNCIA A DEJARSE VER ANTE LOS DEMÁS, INMADUREZ E INFANTILISMO, MANIFIESTA DEMANDA DE ATENCIÓN Y AFECTO CON SENTIMIENTOS DE AUTO DESPRECIO Y POCO SOCIABLE.	CONSIDERA QUE TIENE MUCHOS PROBLEMAS, NECESITA AYUDA, CARECE DE SEGURIDAD, ES MUY CONTROLADA ATRAVIESA POR UNA FASE DE REBELDÍA HACIA LA FIGURA PATERNA CULPÁNDOLO DE LO QUE LE PASA, BUSCA LA APROBACIÓN, POCO OBJETIVA DEMANDANTE, POCO SOCIABLE.	2	0	8	5	6	6	X		Asiste a 5 sesiones y se le da de baja a partir de la sesión 9 de 24.

7	Coraje con su familia, en especial con su madre porque no la apoya ni la motiva, se siente sola y triste, es apática, inventa historias para que le digan pobrecita.	EXISTE UNA SENSACIÓN DE PÉRDIDA Y RECHAZO DE SUS OBJETOS PRIMARIOS DE AMOR, GENERANDO UNA INSEGURIDAD BÁSICA, RELACIONADA CON UNA BAJA AUTO-ESTIMA, QUE EN LA JUVENTUD BUSCA COMPENSAR A TRAVÉS DE LA ACEPTACIÓN DE LOS DEMÁS.	NO HABLA DEL PASADO, DEFENSIVA. EN SU INFANCIA SINTIÓ RECHAZO, TIENE UNA DISCAPACIDAD AUDITIVA, SE SIENTE INFERIOR, QUIERE SALIR ADELANTE.	NO EXISTEN INDICIOS DE ORGANICIDAD, ES OPOSICIONISTA, SU TRABAJO ES ORDENADO, SE RESISTE A LAS INSTRUCCIONES, AUNQUE LAS TERMINA ACATANDO.	REPRESENTA A LA MADRE FRÍA Y DISTANTE, SE IDENTIFICA CON ELLA, DEFICIENTE JUICIO DE REALIDAD, PENSAMIENTO MÁGICO, SEÑALA UN RESENTIMIENTO CON LA FIGURA PATERNA Y UNA FANTASÍA DE UNIÓN CON SUS PADRES.	RASGOS DEPRESIVOS Y NARCISISTAS, PENSAMIENTOS POCO REALISTAS, TENDENCIA AL AISLAMIENTO, DIFICULTAD EN EL CONTROL DE IMPULSOS Y EN EL ACATAMIENTO DE REGLAS.	9	0	10	10	10	5	X		Asiste solo a 4 sesiones y se le da de baja a partir de la sesión 10 de 24.
8	Señala que desde los 14 años viene arrastrando muchos complejos, siempre ha tenido muchos miedos, hace cuatro meses tuvo una exposición en la escuela y no pudo hablar por miedo, no puede relacionarse con la gente, le da vergüenza lo que piensen de él.	Existe una inseguridad básica, existe gran apego a la madre y miedo a establecer relaciones con las personas, se considera de carácter débil, existe un superyo rígido y un yo débil, se caracteriza por falta de control de impulsos.	NO SE APLICÓ	NO HAY INDICIOS DE ORGANICIDAD, LIMPIEZA Y ORDEN EN EL TRABAJO, BUENA PERCEPCIÓN GESTALTICA.	SE IDENTIFICAN RASGOS DE INTROVERSIÓN, E INTELIGENTIZACIÓN, MARCADAMENTE DEPENDIENTE RELACIONADA CON LA FIGURA MATERNA, DEPRESIÓN, TIMIDEZ, FRAGILIDAD DE LA FUERZA VOICA, DISTANCIAMIENTO DE LA FIGURA PATERNA.	EXISTE INHIBICIÓN Y UN CONCEPTO POBRE DE SÍ MISMO, PERSONALIDAD OBSESIVA Y REACCIONES FÓBICAS, SENTIMIENTOS DEPRESIVOS, TENDENCIA AL AISLAMIENTO PERSONAL, INSEGURIDAD, DEPENDENCIA.	10	10	7	8	4	10	X		Solo asiste a 4 sesiones y se le da de baja a partir de la sesión 7 de 24.
9	Señala que a veces siente una tristeza sin saber porque, siente estallar por dentro y perder fácilmente la calma.	PENSAMIENTO POCO REALISTA, DESCARGAS IMPULSIVAS, DEBILIDAD VOICA Y UN RÍGIDO SUPERYO, INMADUREZ, PROBLEMAS DE IDENTIDAD PSICOSEXUAL, DIFICULTAD EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES.	MACHOYER INFANTILISMO, REGRESIÓN, PENSAMIENTO MÁGICO, INMADUREZ, INFANTILIZA A LA MUJER, LA CONSIDERA PASIVA-SUMISA.	BUENA COORDINACIÓN PSICOMOTORA, ORGANIZADO, LIMPIO; NO HAY ELEMENTOS DE ORGANICIDAD.	TEMOR A PERDER EL CONTACTO CON LA REALIDAD, TIENE UNA FIGURA PATERNA FUERTE, A LA MADRE LA CONSIDERA SUMISA Y DÉBIL.	PROBLEMAS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES, PREOCUPACIÓN POR LA SEXUALIDAD, FANTASIOSO, RÍGIDO, CON PENSAMIENTOS PARANOIDES, BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN.	0	4	9	9	7	4	X		Solo asiste a la primera sesión.
10	Recientemente termina la relación con su novia lo cual le ha generado tristeza, no tiene ganas de hacer nada, se le dificulta terminar su tesis, se siente deprimido y se aísla de las personas.	SE IDENTIFICA UNA INSEGURIDAD BÁSICA, AL PARÉCER RELACIONADA CON UN ABANDONO TEMPRANO PARENTAL, EXISTE UN DUELO NO RESUELTO POR LA MUERTE DEL PADRE, CON QUIEN SE SENTÍA MAS UNIDO, SE OBSERVA UN YO DÉBIL, SUPERYO RÍGIDO, Y DIFICULTAD EN EL CONTROL DE IMPULSOS. DEFENSIVO.	RELATA QUE EN LA INFANCIA FUE POCO ATENDIDO, CAMBIOS CONTINUOS DE ESCUELA, SE IDENTIFICA CON SU PADRE, QUIÉN RECIENTEMENTE MURIÓ, LO CUAL LO DEPRIMIÓ.	NO EXISTE SUGERENCIA DE DAÑO ORGÁNICO, BUENA PERCEPCIÓN DE LA GESTALT, ES ORDENADO Y EN SU TRABAJO, NO EXISTEN DISTORSIONES PERCEPTIVAS.	MADRE GRANDE Y FUERTE, PADRE DÉBIL PERIFÉRICO, FAMILIA IDEALIZADA, SE REPRESENTA DISMINUIDO E INFANTILIZADO, EN LA HISTORIA REFIERE DEPRESIÓN Y APATÍA.	ESPONTÁNEO EN RESPUESTAS, VIVE INTENSAMENTE SUS CONFLICTOS, TIENDE A LA SOMATIZACIÓN, INSEGURIDAD Y AGUDA AUTOCRÍTICA, BÚSQUEDA ACEPTACIÓN, PUEBL DEPENDIENTE. DESCARGAS IMPULSIVAS.	4	4	7	3	6	3	x		Solo asiste a la primera sesión.



(APÉNDICE 5)

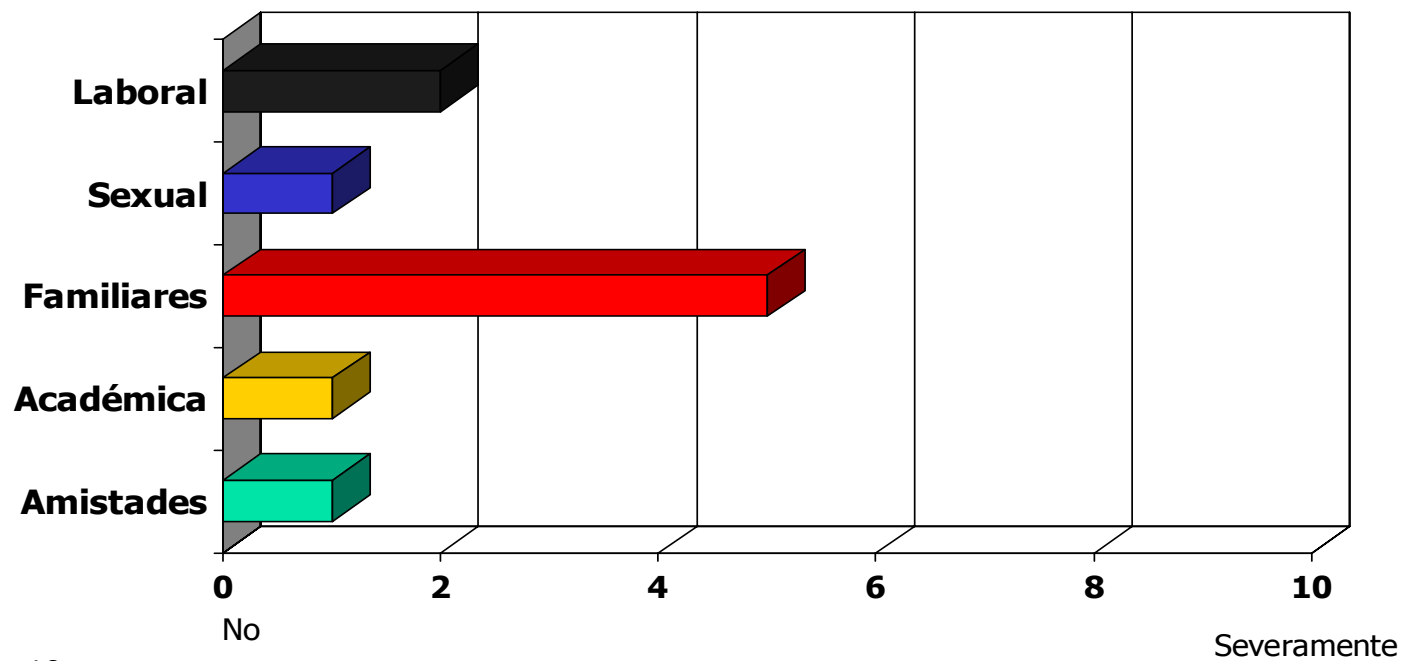
MOTIVO DE CONSULTA

+ DEPRESIÓN	40%
+ Dificultades con la familia y relaciones afectivas	40%
+ Ideación suicida	20%
+ Rechazo infantil	10%
+ Inseguridad	10%

n=10

(APÉNDICE 6)

ÁREAS AFECTADAS



n=10

APÉNDICE 7 - RELACION DE SESIONES, TEMAS Y ASISTENCIA

Sesión No.	No. de pacientes	Temas por sesión	No. estudiantes	Sucesos durante la supervisión
1	9	Por ser la primera sesión, los integrantes del grupo se presentan entre sí, mencionan el motivo de consulta y asumen una posición demandante, solicitándole a los terapeutas que les proporcionen una cura mágica, rápida, sin dolor y sin trabajo, expresan que una parte importante de sus problemas tienen su origen en el abandono que han sufrido por parte de sus padres o por la incompreensión de estos.	7	Pre sesión: Se dieron las instrucciones para el arranque del grupo, las coterapeutas se muestran nerviosas y agitadas, la supervisora les menciona que existe un trabajo sólido que las sustenta y que lo tomen con calma. El grupo de observadores acuerda sobre las actividades de grabación de video y audio, Post sesión: las coterapeutas comentan que poco a poco se fueron asentando; el grupo de observación comenta que en términos generales se condujeron correctamente, se mencionan algunas críticas técnicas, el ambiente es de rivalidad.
2	7	Se están conociendo y describiendo socialmente, en la búsqueda de aceptación y tolerancia, depositando todo lo negativo en el ausente en una proyección grupal, muestran una expectativa demandante hacia el propio grupo, como un sistema de contención.	8	No se encontró registro de las reuniones de supervisión
3	8	Se comienza a hablar de temas profundos, sentimientos y reacciones que los integrantes del grupo experimentan cuando se sienten criticado o humillados por sus pares, relaciones injustas con sus y hermanos, la postura es que son agredidos sin motivo y que su reacción es de víctima ante al medio; no son comprendidos por sus padres y hermanos, se muestran ajenos a la responsabilidad de sus problemas. Se integran más al grupo expresando dependencia al mismo, ya que aquí pueden hablar sobre sus cosas y ser comprendidos.	7	Reunión Pre sesión: Nos ponemos de acuerdo para la grabación del video y del audio, se revisa la temática a tratar; la Maestra menciona a las coterapeutas esperar a que fluya la temática del propio grupo en terapia y les pide que tomen las cosas con calma y que procedan a identificar las formas de enfrentar los problemas de los pacientes, señalándoles que en diferentes contextos hacen lo mismo. Reunión Post sesión: El grupo académico manifiesta su enojo contra las coterapeutas, desde lo técnico se les hacen observaciones que se acercan a la crítica agresiva, también porque no tendrán la obligación de hacer transcripciones, además de ser privilegiadas por su posición en la conducción de la terapia, los integrantes parecen hacer referencia a una pugna con sus hermanos compañeros y la incompreensión de la madre maestra.
4	6	El material que comparten los pacientes es de tipo anecdótico, utilizándolo para evitar tocar temas de mayor profundidad, comienzan a aparecer alianzas y los pacientes se identifican y a diferencian, se habla sobre las relaciones con sus padres y con sus hermanos, manifiestan actitudes de dependencia con relación a sus grupos de amigos, en tanto que atribuyen al carácter de sus padres los problemas que tienen en su vida, la mayoría se sienten incomprendidos y reprimido por ellos. Se habla sobre sus esfuerzos para ser más independientes. En el grupo predominan las mujeres y muestran una oposición a la autoridad, sobre todo con relación a la figura paterna, sintiéndose controladas en exceso. Mencionan la dependencia con sus pares y padres, envidia y celos por no ser populares, queridos o aceptados, manifestando sus dificultades de actuar individualmente, obteniendo del grupo protección y seguridad. Se detectan agresiones entre las pacientes, la rivalidad de la paciente 1 con su madre y su extrema dependencia a través de la idealización de la pareja. La falta de conexión de la paciente 5 con el grupo, los mecanismos de defensa grupal fueron la proyección, la negación y la resistencia, los terapeutas sintieron temor de la desintegración por las agresiones entre el grupo.	7	Reunión Pre Sesión: Mantener focalizado el tema de la separación individuación como objetivo terapéutico, a partir del material que traiga cada paciente en la sesión, favorecer la alianza terapéutica y el insight, utilizando los señalamientos, aclaraciones e interpretaciones. Continúan las discusiones por la elaboración de las transcripciones, se dice que el trabajo no esta distribuido equitativamente. Reunión Post Sesión: Se configuran alianzas, emergen subgrupos y se observa una diferenciación entre el grupo, como decía Jacqueline, los que no encajan en el grupo; se continua haciendo críticas técnicas a las coterpeutas que refieren mas a la envidia encubierta de los demás integrantes por no haber sido elegidos como coterapeutas, celos de los compañeros hermanos porque la maestra madre no los eligió en esa tarea, se continúa discutiendo sobre la carga injusta distribuida inequitativamente, pidiéndole de manera dependiente a la maestra que nos enseñe mágicamente a ser terapeutas sin tener que trabajar.

5	5	<p>Durante la sesión se hablo sobre las próximas vacaciones de diciembre y que las terapias se reanudarían 3 semanas después, las pacientes reaccionaron con enojo, señalando que regresarán peor o que se tendrá que empezar todo de nuevo, argumentando que no tendrán un espacio dónde hablar de sus problemas, en una posición demandante hacia el grupo y las terapeutas, viviéndolo como un abandono de las madres terapeutas. Hablaron de que dentro del grupo se sienten aceptadas pero afuera en la vida real no son escuchadas, el grupo mostró la fantasía de haber corrido a la paciente 5 en un ataque encubierto y estableció la regla de que lo que se habla no es con la intención de hacer mal, “no somos tan malas.”</p> <p>Los temas centrales son la dependencia hacia el grupo y las terapeutas, de sus objetos primarios, la envidia, la búsqueda de la identidad e independencia.</p>	7	<p>Reunión Pre sesión: La supervisora señala que se trabaje con el grupo terapéutico sobre las próximas vacaciones escolares de Diciembre por lo que el Centro será cerrado hasta enero, por lo que las sesiones se reanudarán hasta el 8 de enero del año entrante y dejar que fluya la información, las terapeutas proponen tomar el tema del abandono.</p> <p>Reunión Post sesión: Se propone nuevamente que todo el grupo entre en la elaboración del material y que no se excluya a las coterapeutas de la elaboración de las transcripciones, al parejo del resto, continua la inconformidad en el grupo, con relación a las próximas vacaciones se comenta que pudiera haber un retroceso y que tal vez no alcance el tiempo para terminar adecuadamente. Con respecto a la clase pasada se comenta que el final fue abrupto y que parece que todos nos fuimos peleados, se observan actitudes de envidia por no haber sido elegidos terapeutas. Al parecer existe una actuación de la situación terapéutica, por un lado un grupo académico que no acaba de integrarse, con miembros poco constantes y actuando un enojo y ataque a la madre profesora, por la envidia de no haber sido escogidos como coterapeutas, que se traduce en un ataque al trabajo académico y no aceptación de las responsabilidades individuales; finalmente se diseña una estrategia para recuperar a los pacientes ausentes.</p>
6	4	<p>Predomina el tema del bienestar, la mayoría comenta lo bien que les fue en vacaciones, excepto la paciente 2, quien casi no habla y comenta al final que a ella no le fue nada bien, el tema central fueron los miedos, a la gente, a no sentirse queridos, a que se descubran los secretos o a enfrentar los miedos; por lo que es mas preferible tenerlos ocultos, también se hablo sobre los pagos de las sesiones, la mayoría esta atrasado en ellos, como un reclamo de que no se les ha dado nada y por eso no pagan..</p>	5	<p>Reunión Pre sesión: La supervisora pregunta si se llamo a los pacientes con faltas frecuentes a las sesiones. Se le llamo a la paciente 7 quien manifestó tener problemas en el trabajo, la responsable expresa que la sintió abandonada y deprimida; las coterapeutas mencionan que es un grupo depresivo y que en particular con la paciente 4 se sienten bloqueadas ya que es muy agresiva la supervisora comenta que en esta sesión se trate de rescatar, integrar y continuar construyendo la alianza terapéutica.</p> <p>Reunión postsesión: Se señalo sobre la depresión y agresión de la paciente 4, quien se comporta como una típica adolescente lastimada y confrontativa, en quien el grupo ha depositado su parte negativa, ella es quien asusta y arremete a la paciente 5 y 7, las aterroriza porque ven en ella su parte negativa e inaceptable. En el paciente 8 se observa su gran demanda y ataque constante al encuadre, preguntándole fuera de sesión a las coterapeutas sobre cuestiones técnicas, quiere que le digan paso a paso lo que tiene que hacer para cambiar, dar recetas es acceder a la demanda que el tiene. Las coterapeutas comentan que a veces se enganchan demasiado con los pacientes porque quieren solucionar sus demandas para que no se vayan. Se habla del temor de que los pacientes se vayan.</p>
7	4	<p>El tema central es la dependencia, por un lado sobre las relaciones dependientes en la familia, que le producen coraje a la paciente 2 y 5, ya que actualmente no trabajan y se tienen que ver sometidas a la autoridad de sus hermanas proveedoras y las de sus padres, La paciente 1 nos habla más de una dependencia de tipo emocional con su novio, misma que ante la inseguridad de su relación la mantiene en una sensación de tristeza. La paciente 4 es la emergente que nos habla de su miedo y agresión a la gente, de su inseguridad y su sentimiento desvalorizado, que le producen una reacción de crítica y agresión hacia los demás, de su incapacidad de valorar lo que tiene.</p>	6	<p>Reunión Pre sesión: Las coterapeutas sienten temor a no coordinar bien al grupo de pacientes, que no puedan satisfacer sus demandas, que puedan lastimarlos con sus interpretaciones y que se vayan y no regresen a la terapia. La supervisora les dice que no deben de preocuparse por satisfacer sus demandas, comenta que si se habla de alguien ausente, se les debe comunicar por las coterapeutas, para que la información no les llegue por otra vía.</p> <p>Reunión Post sesión: La maestra plantea la elaboración de un trabajo para evaluación semestral, consistente en una reflexión sobre los avances del grupo terapéutico que incluya objetivos y líneas de trabajo. Así como acelerar el proceso, manteniendo una dirección.</p>

8	2	Solo acuden la paciente 1 y 2, los temas centrales son el abandono, las ausencias y la dependencia. Ambas muestran una fuerte transferencia de dependencia para su contención y curación hacia el grupo, se sienten tristes y extrañan al resto del grupo, cada una comenta las posibles causas por las que piensa que no acuden sus compañeros. Con respecto a sus compañeros que prácticamente no acuden a la terapia, mencionan que lástima que no se dieron la oportunidad de enfrentar sus problemas; de los que asisten regularmente pero que ahora no asistieron, mencionan que cada terapia conforme se profundiza es más dolorosa y mejor optaron por no venir. Hablaron también de su dependencia en relación con sus parejas, colocándolos como salvadores que llegaron a sus vidas y que les han devuelto la seguridad y autoestima a sus vidas. Se habla también de logros y cambios de cada una y de sus relaciones familiares. La paciente 2 continúa sin reconocer su papel en los conflictos familiares. Se comprometen a terminar la terapia y se fortalece la alianza de por sí sólida que existía en ambas.	6	<p>Reunión Pre sesión: Se habla de fortalecer la cohesión del grupo de pacientes y fomentar su participación, ya que son de un mayor peso las intervenciones de los pares, se continúan observando actuaciones en los pacientes de conflictos encubiertos, parece que existe un problema para traducir de lo manifiesto a lo latente, por el temor de que se vayan los pacientes al sentirse lastimados. Así también se menciona la similitud que existe entre el grupo de pacientes y el grupo supervisado, se comenta dentro del grupo bajo supervisión que no somos un grupo participativo que nos cuesta interactuar y que no estamos cohesionados, también se habla sobre la envidia hacia las coterapeutas y la sensación de que unos hacen la talacha.</p> <p>Reunión Post sesión: Se comenta sobre la actitud demandante de las dos pacientes y el esfuerzo por las terapeutas por satisfacer las demandas, expresado principalmente en la dificultad por no terminar a tiempo las sesiones, lo cual se ha vuelto una situación repetitiva. Llama la atención el papel de la paciente 1, quien generalmente después del cierre de las coterapeutas, realiza su propio cierre. La supervisora indica que nos falta profundizar en los temas recurrentes, como que existe una fantasía de destrucción si se tocan esos temas, el temor a destruir a los pacientes o a nosotros mismos. Todo que da a nivel encubierto al igual que en nuestro grupo.</p>
9	6	El regreso de los ausentes, existe una sensación de bienestar, quienes han asistido regularmente expresan su aprobación por los que regresan y se menciona que en cada terapia se profundiza más. Por eso existe el riesgo de no asistir, por miedo a enfrentar los problemas. Los pacientes ratifican que el grupo terapéutico es el único lugar donde pueden ser ellos mismos y no aparentar, pueden hablar de sus problemas, ya que afuera se podrían arriesgar, expresando una marcada dependencia hacia el propio grupo. Destaca el deseo manifiesto de dejar de sufrir y se comprometen a buscar la manera.	6	<p>Reunión Presesión: Se dan los reportes sobre las llamadas telefónicas a los pacientes que se han ausentado de la terapia, acordamos los elementos a trabajar: Trabajar con las ausencias como resistencias, dejarlos interactuar, hacer integrativa la sesión, regresar cosas.</p> <p>Reunión Postsesión: La maestra anuncia que ya ha puesto las calificaciones correspondientes al semestre. En cuanto al grupo terapéutico se coincide que es un grupo defensivo, poco cooperativo, donde existe la agresión encubierta y envidia entre los participantes, que no profundizan y que se enfrascan en lo anecdótico; cuyos mecanismos de defensa son la proyección, negación, racionalización y desplazamiento. Existe una deficiencia en cuanto a la integración y la cohesión del grupo, con el cual aún no se consolida la alianza terapéutica, existen objetivos poco claros y procesos de abandono constante por sus integrantes. El grupo está dividido entre los optimistas y los pesimistas, es altamente demandante con respecto al medio que lo rodea, al propio grupo, a sus padres y a los terapeutas,</p>
10	5	Los temas centrales fueron el abandono parental, las relaciones conflictivas con sus padres, quienes son responsabilizados por los problemas actuales de los pacientes. Durante la sesión hablaron de su autoestima y la dependencia que guardan con respecto a las personas que los rodean, quienes pueden aumentar su seguridad o disminuirla. Las terapeutas señalaron que al sentirse rechazadas o abandonadas por sus padres, se pusieron un caparazón que no permite que entre ni salga nada que se relacione con sus emociones, los mecanismos de defensa identificados fueron la negación, la racionalización, la proyección, la agresión vuelta contra sí mismo, la identificación con el agresor y el desplazamiento.	7	<p>Reunión Pre sesión: el grupo se organiza para realizar las tareas pendientes; en esta reunión se habla sobre la sesión pasada, en particular el significado de que los pacientes tienen muchos adeudos en el pago de las sesiones, se plantea un oposicionismo, ataque al encuadre y una posición dependiente grupal, en donde los pacientes no sienten que se les a dado lo que han demandado por lo que no pagan; para la de hoy: trabajar sobre los pagos y su significado, las ausencias y propiciar la integración y profundización de los temas tratados en el grupo.</p> <p>Reunión Post sesión: Se comenta la necesidad de utilizar con mayor frecuencia los señalamientos del afecto de los sentimientos y las aclaraciones precisamente sobre los sentimientos para poner más en contacto a los pacientes con sus afectos. Se comenta sobre la dinámica del grupo terapéutico señalando aspectos técnicos que deberían ser tomados en cuenta en la conducción.</p>

11	5	<p>La sesión comienza con el tema sobre las relaciones entre los padres e hijos, en general se menciona la dificultad de acercarse con el padre, ya sea por ser un padre ausente o por su incomprensión hacia las actividades de las jóvenes, por ese camino se llega al tema de la dependencia. El grupo manifiesta su temor a crecer y ser independientes, tomar sus propias decisiones y manejar su vida desde lo emocional hasta lo económico; se manifiesta una posición acentuada de dependencia a través del reclamo a las terapeutas de que el proceso ha sido lento y que a veces se avanza pero después se retrocede. Se menciona que en otros grupos de autoayuda es más rápido el cambio y que en este grupo de terapia, las terapeutas no les dicen si están bien o mal, o como deben hacerle para cambiar. Se les demanda que den recetas para cambiar y mejorar.</p>	6	<p>Reunión Pre sesión: se comenta de que se percibe una rivalidad entre hermanos en el grupo terapéutico, la cual encuentra resonancia en el grupo bajo supervisión, ya que se continúa rivalizando por la designación de coterapeutas. El grupo terapéutico ha tratado el tema del abandono de los seres queridos, los padres, las madres, los novios. La maestra menciona que esa intensificación puede ser reflejo del abandono que vivieron los pacientes por parte de la coterapeutas el pasado día festivo que no hubo terapia, conectándose con sus sentimientos. Se comenta el tema de la falta del pago como una respuesta que tienen los pacientes, ante la fantasía de no recibir nada a cambio, esa cura mágica y demandante que esperan. La supervisora señala que es necesario trabajar de manera más profunda los temas de abandono, rechazo, individuación, crecimiento, ya que los pacientes están enganchados en algo para no crecer, lo que implicaría dolor y muchas responsabilidades.</p> <p>Reuniones Post sesión: Se comenta que en esta sesión se logra un contacto más claro con los pacientes, en particular con sus miedos al crecimiento y al responsabilizarse de su propia vida, instalándose en la dependencia con respecto a sus familia y al medio que las rodea. El grupo se mostró totalmente demandante, las paciente mencionan que sienten que no avanzan, necesitan y demandan que las terapeutas les digan como hacer las cosas, "como una receta". Al parecer las coterapeutas se enganchan en la posición y mencionan que les hubiera gustado que todas se fueran contentas.</p>
12	5	<p>En el grupo se habla sobre enojo y envidia por no ser bonitas como las primas o las otras, se identifica las preocupaciones por la imagen que cada uno de los integrantes proyecta hacia las personas que las rodean, lo relacionan primero con el tema del sobre peso donde relacionan la demanda de afecto, aceptación y cariño con el comer en exceso, no están conformes con su figura, con su forma de ser. Hablan de su enojo cuando no les cumplen sus demandas. Así también observamos que el proceso terapéutico los conduce a tener algunas posiciones de independencia, en cuanto a la necesidad de una auto aceptación y de que sean aceptados por lo que son y no depender de las expectativas de los demás.</p>	5	<p>Reunión Pre sesión: El grupo académico se pone de acuerdo sobre las tareas que cada integrante debe realizar con respecto a la organización de la información, las coterapeutas expresan su sospecha de que la paciente 4 se ira del grupo, posiblemente para integrarse a terapia individual; la profesora les señala que pueden preguntarle directamente.</p> <p>Reunión Post sesión: aparece el temor a que la paciente 4 abandone el grupo, en el grupo académico se sigue dificultando la integración. Se continúa con las discusiones por la distribución inequitativa del trabajo. Por su parte las coterapeutas se sienten poco o apoyadas y consideran que ya falta muy poco tiempo y quizá no puedan ser curados los pacientes; aspectos de envidia, celos y la sensación de boicoteo del trabajo terapéutico aparece.</p>
13	4	<p>La paciente 3 esta deprimida y angustiada, en una posición dependiente reclama a las coterapeutas que la terapia no le ha servido de nada y confiesa que ya no le importa cambiar, no le han satisfecho sus demandas. Esta posición moviliza al grupo hacia una posición de independencia el las que van asumiendo que el cambio es responsabilidad de cada uno, inclusive la paciente 3 lo comienza a ver de esta manera.</p>	6	<p>Reunión Presesión: Se comenta sobre los intentos de acercamiento de las pacientes con sus padres, al parecer comienzan a aceptar la parte de su responsabilidad en el conflicto, empiezan a integrar el objeto y a asumir sus responsabilidades; se da la indicación de comenzar a trabajar sobre la proximidad de la terminación de la terapia en mayo.</p> <p>Reunión Postsesión: Se comenta sobre la sensación del grupo de querer y no poder cambiar, de que se sienten como estancadas, especialmente que será muy difícil lograr un cambio en la paciente 2 y 3. Ellas piensan que vienen de familias jodidas y ese es su destino, es un pretexto para no crecer. Aparece una demanda del grupo de pacientes y del grupo académico lo limitado del tiempo, no es suficiente. La otra parte es que se sigue sin tocar a los pacientes por el temor a que se vayan y existe una colusión entre los dos grupos; los pacientes que no quieren ser tocados y los terapeutas que no profundizan para no lastimar a los pacientes. Se habla también de los procesos paralelos en los dos grupos, las dificultades para profundizar en la terapia del</p>

14	5	<p>El clima del grupo fue al inicio optimista, algunas pacientes expresan que no tienen temor por la interrupción de la terapia por las vacaciones ni por su terminación en mayo próximo, otras se muestran dependientes y expresan si pueden continuar en un proceso individual.</p> <p>La paciente 3 llega tarde y se acentúa su posición demandante, siendo la portavoz expresa sus temores y miedos por la terminación del proceso, dice estar casi igual que al principio y que no sabe que hacer cuando esto se termine, pues no habrá ya nadie que le diga que hacer.</p> <p>El tema central es el temor al crecimiento. Los mecanismos de defensa identificados en la sesión fueron la negación, la proyección y la resistencia.</p> <p>En la contra transferencia las coterapéutas se bloquearon ante las palabras de la paciente 4, cuando les dijo que les había caído gordas ya que se sintió regañada por una intervención.</p>	7	<p>propio grupo académico, la evitación o la resistencia para ser tocado.</p> <p>Reunión Pre sesión: Al parecer los pacientes se perciben dañados y ven que su destino es oscuro, por eso permanecen en la oposición y la pelea, porque no tienen control sobre él. Existe una parte depresiva que se asocia con el fracaso del no poder, como decir lo que ustedes me dan no es suficiente y sigo igual, una parte de desafío, como diciendo ven y muéveme porque yo sola no puedo. La otra parte lo ve todo positivo, idealizando las cosas, las relaciones, esta pendiente integrar la gestalt. Se recomienda enfocarse hacia el crecimiento, el desarrollo, evitando el trabajo a través de la transferencia central, en todo caso hacerlo con la transferencia lateral.</p> <p>Se señala el papel de la paciente 1, ya que en sus intervenciones frecuentemente actúa de manera homeostática siempre trata de tranquilizar al grupo, cuando surge algo movilizador.</p> <p>Reunión Post sesión: Se comenta que en la sesión el grupo terapéutico manifestó que le cuesta trabajo crecer, las coterapéutas mencionan también que la paciente 1 les causo ternura, porque la vieron al término de la sesión pasada, estaba sola y le preguntaron qué estaba haciendo, a lo que les respondió que estaba esperando a que vinieran sus papas por ella. Otra situación que se aborda es el aspecto en que la paciente 4 se siente regañada por las coterapéutas y por eso le caen gordas, ante lo cual no pueden aclarar la situación y se va enojada de la sesión. Se observa que el grupo terapéutico continúa desintegrado, con conflictos encubiertos.</p>
15	4	<p>El grupo retoma el tema de sentirse regañado, las coterapéutas se convierten en regañonas al no aceptar la demanda del grupo de ser apapachado; se trata la importancia de expresar los sentimientos, hablar de los enojos, de mostrar los desacuerdos a los demás, y que no pasa nada, del temor que al hacerlo no seremos aceptados por los demás o en la fantasía de destruirlos con las palabras.</p> <p>Otra parte del grupo habla sobre sus discapacidades físicas, de las injusticias por la que han pasado, de su enojo y resentimiento ante esas injusticias, colocándose en una posición de que sus destinos tienen que ver con estar jodidas y que no pueden cambiarlo.</p> <p>Sin embargo, las pacientes comienzan a asumir que ellas mismas tienen responsabilidad en los problemas que los aquejan.</p> <p>Los temas centrales son: la injusticia, la expresión de sentimientos y opiniones, los logros. La demanda por la terminación de la terapia se percibió disminuida. Los mecanismos defensivos fueron la proyección, la negación, la resistencia.</p>	7	<p>Reunión Pre sesión: Comentarios sobre la sesión anterior, las demandas del grupo terapéutico de ser apapachados para no sentirse regañados, de no terminar la terapia por temor a que se caigan nuevamente, como decir no me dejen o que no les intereso, ante intervenciones terapéuticas confrontativas, el grupo de pacientes se siente regañado.</p> <p>Reunión Post sesión: Se menciona que la sesión fue muy cansada, depresiva por el anuncio de las próximas vacaciones y la próxima terminación de la terapia, el grupo se siente temeroso por el abandono, al parecer prefiere un tratamiento interminable.</p> <p>Lo que se percibió en el ambiente, hablar sobre las injusticias, lo que duele mucho aceptar o reconocer, por ejemplo o las propias responsabilidades.</p> <p>Aunque la paciente 4 continúa culpando a sus padres de su situación, es una sesión donde se habla de cambios, se observa una posición menos demandante del grupo y más encaminada hacia pensamientos de crecimiento e independencia.</p> <p>Ante los cambios que se observan algunos miembros del grupo académico expresan que se siente como mamás orgullosas por los avances de sus entrevistados, otros se sienten fracasados por la deserción de los pacientes a quienes entrevistaron.</p> <p>Se habla sobre las dificultades de las coterapéutas para el cierre, se sugiere tomar tiempo para su preparación, para evitar hacerlo de manera abrupta.</p>

16	4	<p>La primera sesión después de vacaciones, una sesión depresiva; el grupo reclama el abandono y parece que hay un retroceso en el proceso, seguimos igual. Surgen los temas del abandono, las injusticias, las envidias, la dificultad del crecimiento, la culpabilización de los padres, la visión infantil que tienen de sí mismos los propios pacientes, la demanda de que nunca terminen las sesiones.</p>	7	<p>Reunión Pre sesión: Una parte del grupo manifiesta enojo por la asignación de las calificaciones del curso, diciendo que existe cansancio y agotamiento, esta decepción del grupo académico aparece en paralelo en que el grupo terapéutico nos dice que está atascado y que tiene un destino negro por lo que mejor no hace nada. Se habla sobre los avisos de que la terapia va a terminar en mayo próximo, observando que el grupo terapéutico adopta una posición demandante. Se sugiere a las coterapéutas mantenerse en su rol y no como satisfactores de la demanda.</p> <p>Se analiza las condiciones que en la estructura y dinámica de grupo académico obstaculizan el trabajo clínico con los pacientes, así como los fenómenos paralelos entre el grupo académico y el terapéutico, en temas de la apatía, la inmovilidad, conflictos encubiertos la dependencia, las dificultades del crecimiento y la continuación en el grupo interminable.</p> <p>Reunión Post sesión: Se comenta que en los primeros semestres de la Especialidad no se nos dieron elementos sólidos para el trabajo clínico, en consecuencia se siente frustración por el trabajo terapéutico que se está desarrollando actualmente, sobre todo también que la especialidad ya va a terminar coincidentemente el próximo mes de mayo al igual que la terapia; entonces la cuestión es sobre la responsabilidad que se viene encima al futuro terapeuta que no siente haber recibido enseñanzas sólidas. Se comenta que fue una sesión depresiva, de mucha tristeza, donde se manifiesta una "impotencia de lo que no podemos hacer".</p>
17	4	<p>El grupo manifiesta sus esfuerzos para ser aceptados y queridos por quienes los rodean, al grado de tratar de comportarse diferente a como son, inclusive no mostrarse por temor al rechazo. El anuncio de la próxima terminación de la terapia hace que el grupo mantenga una postura demandante, se sienten que no pueden y que se desmoronan. El grupo muestra mayor cohesión y cooperatividad, nos habla también de su ambivalencia hacia la figura masculina. Los mecanismos de defensa son identificación, proyección y desplazamiento.</p>	7	<p>Reunión Pre sesión: Se habla sobre la sesión pasada, que deja una sensación de tristeza cuando se toca la terminación de la terapia que se enlaza con la terminación de la especialidad que origina tristeza en el grupo académico; en la postura de que ya vamos a terminar y no hemos recibido suficiente para ser buenos terapeutas. Al parecer es un reclamo similar, los pacientes dicen: cómo nos vamos a ir si aún no estamos curados.; en ambos el temor a asumir la responsabilidad del crecimiento. Se comenta en relación al trabajo clínico bajo una supervisión vivencial, cuyo proceso propicia la aparición de fenómenos paralelos como la resonancia, que en estas reuniones hemos visto con mayor claridad. Una conexión entre los procesos psicológicos presentes en el grupo terapéutico y en el grupo académico, los cuales forman una unidad, de tal manera que a través de la curación de uno se facilita la curación del otro.</p> <p>Reunión Post sesión: Se comenta que es una buena sesión, se comienzan a abrir cosas importantes, se toca directamente la discapacidad de la paciente 11 y su sentimiento de ser rechazada por su padre, se comienzan a verbalizar y expresar de manera más frecuente los sentimientos de los pacientes, en general una comunicación más abierta. Este aparente avance tiene que ver con un mejoramiento en las relaciones del grupo académico, en particular como consecuencia del trabajo en nuestro espacio terapéutico y apuntalado por este estilo de trabajo clínico bajo una supervisión vivencial. En la medida en que se ha tendido esa parte demandante del grupo académico de reclamo hacia los maestros porque no nos han dado lo suficiente, nos hemos conectado a la parte demandante de los pacientes y con mayor fluidez se pueden devolver en las intervenciones terapéuticas. Se plantea lo interesante y enriquecedor que la</p>

18	5	<p>Los integrantes del grupo mencionan que se sienten cansados porque están en período de exámenes; La paciente 1 habla de los conflictos entre sus padres y que se siente triste porque su mamá no puede expresarle lo que siente a su papá, ella trata siempre de intervenir para tranquilizarlos, situación que repite continuamente en el grupo terapéutico, cada vez que aparece dolor por la profundización en algún tema. El grupo manifiesta con mayor fuerza su deseo de independencia, sobre todo en el aspecto económico, sin embargo también expresan su temor a lo desconocido, a buscar trabajo. Otra parte del grupo menciona que ya ha trabajado pero que ya no lo han hecho pues prefieren no asumir sus responsabilidades y lo que implica el crecer.</p>	7	<p>pareja de coterapeutas fuese formada por hombre mujer en próximos trabajos.</p> <p>Reunión Presesión: Se menciona que se ha tenido un mejor trabajo con los pacientes, que ha sido un reflejo del entendimiento en el grupo académico, ya que ahora existe una mayor disposición a hablar sobre los temas que nos incomodan, sin ese temor a la destrucción del otro.</p> <p>Se comenta que el grupo de pacientes esta expresando su disposición a la acción y al crecimiento, aunque manifiestan dificultades al llevarlo a la práctica. También se habla sobre esa ansiedad de separación que muestran los pacientes por la próxima terminación de la terapia, misma que se traduce en una posición depresiva, dependiente y regresiva, que puede ser actuada como una re edición de los abandonos de los pacientes.</p> <p>El grupo académico reconoce un proceso paralelo en cuanto a la angustia de crecimiento, separación y reclamo., frustración por lo que se cree que los maestros no dieron para ser una buena terapeuta, durante la especialidad.</p> <p>Se acuerdan líneas de trabajo, sobre todo en cuanto a la tristeza por la próxima terminación, que se dificulta por los procesos paralelos en ambos grupos, sacar a los pacientes de esa parte regresiva y hacerla progresiva.</p> <p>Reunión Post sesión: Se comenta sobre la sesión, los pacientes plantean sus logros y sus planes producto de este proceso, pero también de las defensas que aparecen ante la angustia de separación, donde una parte del grupo confiesa su incapacidad para crecer. Se comenta que fue una sesión fluida y bonita con una buena conexión entre pacientes y coterapeutas.</p> <p>Se profundizan las diferencias entre el grupo y la paciente 5, quien no se integra ya que siempre expresa que no tiene problemas comunes a los del grupo.</p> <p>Se argumenta de esa incapacidad de afrontar esas diferencias para aclararlas dentro del grupo de pacientes, se evita esa situación de enfrentamiento y conflicto, como que la mamá no permite que las hijas se agarren del chongo, mejor tranquilizamos. Como estar mas conectados con la culpa o con el temor de que algo vaya a pasar, quizá que se vayan</p>
19	4	<p>La sesión trata sobre el abandono, la competencia por atender atención, las dificultades para hablar con sus padres sobre los sentimientos por temor a herirlos, por lo que es mejor encubrir los sentimientos, también se trato el rechazo de los padres, ya que los pacientes no cumplieron las expectativas paternas. Resalta que el grupo deposita proyecciones sobre la paciente 5, quien represente la parte negadora del grupo, ella niega sus conflictos y asume que sus problemas son diferentes; el grupo la percibe como superficial y proyectan en ella agresión, resistencia y hostilidad. El clima es de tristeza en un principio, cuando se habla de los abandonos y el rechazo, posteriormente cuando se toca el tema de Jacqueline, se expresa coraje, envidia y enojo.</p>	7	<p>Reunión Pre sesión: Los argumentos en cada paciente se repiten y se definen claramente, por lo que se marcan como líneas generales trabajar sobre los abandonos, relacionándolo con la terminación, el dolor por la separación, que hace que los pacientes reaccionen intensificando sus demandas, diciéndonos que no se les ha dado nada, que están como empezaron y por lo tanto no debemos dejarlos o van a estar peor. Impulsar que se verbalizen los sentimientos y que se puedan aclarar por principio en el grupo, tratar de romper con la fantasía de que al hablar sobre los sentimientos podemos destruir o dañar al otro. Provocar una mayor participación de los pacientes,</p> <p>Reunión Post sesión: En la sesión las coterapeutas se conectan con los temas de la dificultad del acercamiento y del abandono, y la dificultad de tocar directamente por lastimar a los pacientes; la supervisora nos señala que la terapia no es una plática de café donde se platica con amigos sobre los problemas, al contrario esto es un trabajo. En ese sentido repetimos lo mismo que les pasa a los pacientes, el miedo a tocar, a decir las cosas, porque algo terrible puede suceder. Salieron las cosas que se tenían planeadas; respecto a la situación que se dio con la paciente 5, hay que ver cuál es la parte disociada del grupo que es depositada y proyectada en ella, la parte que cada una de las</p>

20	4	<p>Durante la sesión se comentan 3 sueños, en su significado encontramos un enojo del grupo porque no fueron llevados de la mano a través del laberinto del cambio, el miedo a las profundidades porque se pueden ahogar, la dificultad del crecimiento y la consecuente inmovilidad sin esfuerzo. También se habla sobre la identidad sexual de los pacientes, sus primeras experiencias sexuales y sus deseos para cumplir a la pareja masculina a pesar de su disposición y satisfacción. Es una sesión que pasa de por diferentes estados de ánimo, del jugueteo al dolor. Hablaron del temor a la separación y a enfrentar lo nuevo, sobre todo por la próxima terminación de la terapia. También mencionaron logros terapéuticos, aunque al principio sentían que las terapeutas no les daban nada, sobre todo que no las llevaban de la mano, finalmente manifiestan que si las han guiado. El clima fue ambivalente, se identificaron reclamos, coraje, inquietud, entusiasmo, llanto y depresión.</p>	6	<p>pacientes deposita en ella, que lo reconozcan y que lo puedan hablar .</p> <p>Reunión Pre sesión: Nos ponemos de acuerdo sobre el trabajo para la sesión 20, en especial la separación individuación, con relación a la próxima terminación de la terapia, continuar con el trabajo sobre los sentimientos que el grupo a depositado en la paciente 5. Se confunde que esta sesión es la 19, otra parte del grupo menciona que es como querer que se prolonguen mas las sesiones, se menciona con apuro que ya son pocas las sesiones que faltan.</p> <p>Reunión Post sesión: La paciente 5 sigue sin presentarse. A principio de la sesión se intensifica el reclamo por la próxima terminación de la terapia que es vivida como un abandono por parte de los terapeutas hacia los pacientes, para lo cual recurren al enojo porque no fueron llevados de la mano en el cambio y les queda poco tiempo, por lo que quieren hablar y participar. Se dice que lo pacientes están como en cuenta regresiva, quieren aprovechar al máximo, empezaron en cámara lenta y ahora están a toda velocidad. Se comenta sobre los sueños relatados, se coincide que es el reclamo grupal de no haberlos llevado de la mano, el querer seguir siendo vistas como niñas, la dificultad de crecer y la inmovilidad; con respecto a los sentimientos depositados en Jacqueline, el grupo puede ver como también cada uno de los pacientes tiene algo similar a ella, se comentan logros terapéuticos.</p>
21	4	<p>La paciente 5 sigue sin asistir y el grupo no puede trabajar sobre los sentimientos que les despertó, el rechazo, la envidia y los conflictos encubiertos; sin embargo en su ausencia continuaron en este proceso. El clima fue de tristeza, las defensas del grupo han disminuido; el grupo habla sobre su sexualidad.</p> <p>Nos hablan del deseo de ser aceptadas por sus parejas y de acceder a tener relaciones solo por complacerlas, pero que ahora les queda claro que no deben hacerlo como una forma de dependencia a la pareja, para no perderlo. La paciente 1 nos habla de lo contrario, de una primera experiencia sexual plena.</p> <p>También se habla de la próxima terminación, que hay que seguir creciendo toda la vida y que no tendrían que estar en terapia toda la vida para enfrentar sus problemas, cada quién debe resolverlos. El grupo habla de sus logros.</p>	7	<p>Reunión Pre sesión: Se habla sobre la necesidad de trabajar los sentimientos que el grupo depositó en la paciente 5, la envidia, la superficialidad y el conflicto encubierto. Sobre todo por que el grupo puede actuar con la culpa de haberla corrido, ya que se le llegó a confrontar por no tratar temas de profundidad; de tal manera que ella se convirtió en depositaria del grupo y cuando se va se lleva toda esa carga de chica superficial, fresa y nunca se le confronta por lo que queda en el nivel de que ella no necesita ayuda. También es necesario trabajar con la paciente 3 esa tendencia a idealizar a la pareja y a la vez criticar, lo que no es amado es odiado, entonces nunca puede integrar al objeto.</p> <p>En cuanto a la paciente 2 se señala su situación en la familia, los celos y envidia que tiene hacia su hermana quien tiene una función parental en la familia y donde se identifica una disociación en donde la madre ve todo lo bueno en la hermana mayor y lo malo es depositado en Marcela.</p> <p>Reunión Post sesión: Fue una buena sesión, resaltan los logros de los pacientes, la paciente 1 en sus sueños ya no necesita que la lleven de la mano, se comenta que sería bueno releer las 3 sesiones anteriores para identificar esos logros de los pacientes y devolvérselos. También la paciente 2 nos dice que siempre seguiremos creciendo y que no consiste en estar toda la vida en terapia, los problemas los tienen que resolver ellas mismas; también se destaca que al hablar de su sexualidad con tanta naturalidad es un avance.</p> <p>Se toca el tema de la terminación, sobre todo cómo lo esta viviendo el grupo académico; se habla de depresión general, de tristeza e inclusive de llanto de una compañera cuando estaba haciendo una transcripción de una sesión. De las confusiones sobre el número de sesiones que faltan para terminar, siempre calculando que faltan mas que las que en realidad faltan, cómo ese deseo de</p>

22	3	<p>Solo asisten 3 pacientes, el efecto de la próxima terminación de la terapia, se hablan de logros, a pesar de lo cual el grupo manifiesta que no han sido suficiente que necesitan mas tiempo, unos hablan de que es como regresar al principio que no han cambiado y que les cuesta mucho trabajo; sin embargo reconocen que ya no culpan a los demás por lo que les pasa. En el caso de la paciente 3 quién continúa con una contradicción entre el crecer o permanecer pasiva, por lo menos ya lo plantea desde la conciencia. Los temas principales fueron la terminación y la demanda de no quererse ir.</p> <p>El clima de la sesión fue depresivo, hay tristeza por la terminación, hay sentimientos de tristeza relacionados con la terminación del grupo y con la enfermedad de la mamá de la paciente 1; se identificaron los mecanismos de defensa de negación, la proyección y la resistencia.</p>	7	<p>que se alargue mas este curso.</p> <p>Reunión Presesión: Se da lectura a algunos trabajos finales consistentes en una reflexión sobre el tratamiento terapéutico en el grupo y en cada paciente. Se llamo a la paciente 5, dijo que vendría a la sesión, por lo que se plantea trabajar con el grupo sobre la parte que cada integrante depositó en ella de manera proyectiva, aclarar esas emociones para que no se continué la fantasía grupal de destrucción, que ellas la corrieron de la terapia. Una de las cosas que pasan en la terminación es que el proceso se acelera, pueden salir cosas importantes, de todas formas trabajarlo pero con el foco en la terminación.</p> <p>Reunión Post sesión: Se comenta que desde la reunión antes de la sesión se percibió un ambiente muy pesado, depresivo, el grupo académico argumenta que es por la terminación, lo mismo pasó durante la sesión con los pacientes. Se habla de que la ausencia de la paciente 5 que coincide cuando ella se siente confrontada y prefiere huir. Se resaltan los procesos paralelos de ambos grupos por la terminación; el grupo académico también esta cerrando el semestre. Parte del grupo académico señala que falta mas tiempo para redondear el trabajo terapéutico, todavía no es suficiente. Se habla de envidia, las coterapéutas dicen que es como que nos van a dar el gusto de fracasar; es decir, mencionan que una parte del grupo en nuestra terapia grupal dijo que les tenían envidia y otro más menciona que en la fantasía esperaba que fracasaran como terapeutas, lo cual les causo tristeza y decepción. Se trabaja sobre la envidia del grupo académico. De pronto se comienzan a revelar los secretos del grupo que sirven para obstaculizar el trabajo. El grupo menciona que el conflicto parece como un retroceso hacia el principio, que ocasiona nuevamente unas dificultad para el acercamiento, estamos igual que al principio, agresión, envidias, toda esa historia del principio. Por eso no nos podemos ir habrá que resolver.</p>
23	4	<p>Se comenta sobre los logros de cada uno de los pacientes y lo que les falta por solucionar, en el caso de las pacientes 2 y 3 se percibe una ambivalencia entre el irse y crecer y querer quedarse por miedo a retroceder en su cambio, aunque ambas verbalizan la importancia de enfrentar el crecimiento.</p> <p>En ese sentido aparecen muchas posiciones de dependencia que expresan su temor a la terminación de la terapia, pero también su disposición a actuar de manera más independiente. El clima es de tristeza, la paciente 4 no habla mas que un par de monosílabos, existe depresión y reclamo a las coterapéutas por su próximo abandono.</p> <p>El tema central fue de que todavía no se pueden ir porque les falta cosas por lograr y porque se sienten casi igual que al principio, sin embargo ocurrieron durante la sesión importantes insights en los pacientes.</p>	7	<p>Reunión Pre Sesión: se indica trabajar sobre la integración del objeto en cada uno de los pacientes, así como con las identificaciones proyectivas y preparar el cierre del proceso terapéutico para la próxima sesión; en el temor de los pacientes por la terminación que los lleva a una parálisis y el supuesto retroceso que sienten. Empezar a hablar de los logros, basados en el tema de separación individuación y consolidación de la identidad psicosexual, en lo individual, en lo grupal y en lo lateral. Hablamos de los trabajos finales, destaca la confusión sobre los tiempos de entrega y los criterios de elaboración, se tratan de alargar las fechas de entrega, aun tenemos dificultades para terminar.</p> <p>Reunión Post Sesión: Se comenta sobre lo depresivo de la sesión y de la dificultad de conexión de las coterapéutas con el afecto de la paciente 4, por lo que no pudieron devolverle nada, quizá en la sensación de que ya nos vamos a ir y resulta que la paciente esta deprimida. Parece que ella actúa la regresión y el retroceso, las coterapéutas se enojan pues parece que no han logrado nada.; se comenta una dificultad de compromiso a involucrarse a tocar desde el afecto, a esta constante del grupo que no ha permitido la cercanía, siempre a la distancia, el alejamiento, el temor a comprometerse, a tocar y ser tocado; también se habla sobre la sensación de idealización y de coraje en el grupo, de que nos llevamos mucho o como que no ha sido suficiente y no nos llevamos nada. Los pacientes asumen con dificultad sus logros el grupo académico también tiene dificultades para asumir sus logros en el trabajo terapéutico.</p>

24	4	<p>El clima es de tristeza ante la terminación de las terapias, aunque para el final se plantean proyectos de crecimiento y para enfrentar el mundo sin el apoyo del grupo, destaca el caso de la paciente 3, quien súbitamente menciona una serie de cuestiones que ha entendido, por ejemplo, que cada quien es responsable de su vida y no hay que culpar a los demás,. Que antes que todo tiene que aceptarse a sí misma. En el caso de la paciente 2 aunque experimenta estar atorada nos dice que ahí va, poco a poco. Conforme se acerca la hora del final se incrementa el afecto, hay llanto y abrazos al final, reconocen sus recursos y la necesidad de seguir creciendo.</p>	7 <p><u>Reunión Pre sesión:</u> Se entregan los trabajos pendientes, se comenta sobre la sesión pasada, la desesperación de los pacientes cuando se les recordó la terminación, primero la negación y después una regresión, una de las coterapeutas menciona que es difícil que salgan curados, se le menciona que esto no es como una vacuna, pero les da la posibilidad de enfrentar sus problemas. La dificultad de los pacientes para reconocer sus propios logros y el dolor por dejar este grupo. Se indica que para el trabajo terapéutico la sesión 24 se trabaje esta separación de los pacientes, que han logrado el objetivo terapéutico y que tienen los recursos de afrontar los problemas, pero si quieren profundizar pueden acudir al centro.</p> <p><u>Reunión Post sesión:</u> Se dan instrucciones sobre el trabajo de integración del proceso terapéutico, que deberá elaborar el grupo académico como trabajo final en la materia. Se comenta sobre lo emocional de la sesión, clima que invadió al grupo académico, aunque a los pacientes no se les dio un espacio de expresión de sus emociones, nuevamente la dificultad en la conexión afectiva, seguir el plan establecido inflexiblemente, con todas sus partes, checando el tiempo, la distancia, no involucrarse. Se comenta que la sesión fue muy bonita y sobre la importancia de trabajar estos temas en los pacientes y su repercusión en el equipo detrás de la cámara, porque se trabajan como simultáneamente y eso hace que sea mas intenso. Se habla de los cambios en los pacientes, como resultado del trabajo del equipo terapéutico. Se comenta de la rigidez de la paciente 1, inclusive cuando abraza en la despedida, otros terapeutas del equipo hablan de su rigidez ante los pacientes, equivalente quizá al contener las emociones, así como ha pasado en la historia de este grupo bajo supervisión. Alguien menciona que la terminación de la terapia es como la entrega de reconocimientos por haber terminado con éxito. Se comenta sobre los logros y nuestros logros, se habla también de proyectos profesionales, alguien nos dice que esta por abrir un grupo de adictos que no se había atrevido a hacerlo, se comenta la importancia de una estrecha supervisión.</p>
----	---	--	---

