



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTEGRACIÓN
PSICOTERAPÉUTICA EN EL TRABAJO CON
GRUPOS: UNA ALTERNATIVA INSTITUCIONAL.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

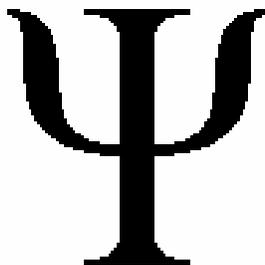
SANDOVAL GARCÍA AMALIA ISABEL

**DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARIA ASUNCIÓN
VALENZUELA COTA**

**REVISORA DE TESIS: LIC. LETICIA
ECHEVERRÍA SAN VICENTE**

**SINODALES
LIC. ROSARIO MUÑOZ
MTRA. ANGELINA GUERRERO
MTRO. CELSO SERRA**

MÉXICO, D. F. OCTUBRE DE 2008





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Apolinar y Ofelia gracias por darme la vida, cuidarme y apoyarme siempre en todos mis sueños y proyectos. Gracias a ustedes he logrado realizar mis metas y ser quien soy ahora. Los quiero y admiro mucho.

A mis hermanos: José, Mariana y Alberto gracias por las risas, los abrazos, las peleas y por enseñarme que hay muchas cosas que se pueden hacer en esta vida, los quiero mucho.

A mi tía Raquel por estar siempre cerca de nosotros, la quiero mucho.

A Alejandro por compartir conmigo momentos inolvidables, por tu apoyo y confianza. Gracias por formar parte de mi vida.

A Rafael por su calidad como ser humano y por ser un extraordinario amigo. Gracias por tu valiosa amistad.

A Bertha por escucharme y apoyarme siempre, eres increíble.

Deseo dar gracias a todas aquellas personas que formaron parte de éste trabajo:

A una gran profesora, directora de tesis, supervisora de servicio social y tutora, quien además ha sido una extraordinaria persona conmigo y me ha permitido aprender de ella, no solo en lo profesional sino también en lo personal. Quien más podrías ser, sino la mtra. Asunción Valenzuela. Gracias por todo su apoyo, sin duda alguna, estoy en deuda con usted.

A mi revisora de tesis Lic. Leticia Echeverría, gracias por haberme orientado en la realización de este trabajo y darme la oportunidad de laborar con usted.

A mis sinodales Mtra. Rosario Muñoz, Mtra. Angelina Guerrero y Mtro. Celso Serra gracias por haber colaborado en este proyecto con sus observaciones y consejos.

También agradezco a todas mis amigas y amigos que han estado conmigo, que me han apoyado y aconsejado. Por las risas y lágrimas compartidas, los aprecio profundamente.

Gracias al Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" por abrirme sus puertas y darme la oportunidad de realizar mi servicio social.

A mis amigos y compañeros de Servicio Social: Rafael, Sandra, Cecilia y Griselda, saben de sobra que los quiero y admiro mucho.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme tener una formación profesional de calidad, gracias por la oportunidad.

Agradezco de corazón a aquellas personas que han creído en mí, han confiado y me han permitido entrar en sus vidas. **MIL GRACIAS POR TODO!!!**

ÍNDICE

PROPUESTA DE INTEGRACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN EL TRABAJO CON GRUPOS: UNA ALTERNATIVA INSTITUCIONAL.

Resumen.....	8
Introducción.....	9
Metodología	14
Planteamiento del Problema.....	14
Preguntas a responder son:	14
Hipótesis conceptual.....	15
Objetivos de la investigación	15
General.....	15
Específicos.....	15
Tipo de estudio	16
Procedimiento	16
CAPÍTULO 1. INTEGRACIÓN PSICOTERAPÉUTICA: SU ABORDAJE TEÓRICO	17
1.1 Prevención.....	18
1.2 Antecedentes de la Integración	24
1.2.1 Factores que Propician la Integración	28
1.2.2 Eclecticismo vs. Integración	29
1.2.3 Objetivo de la Integración	30
1.2.4. Ventajas de la Integración.....	33

CAPÍTULO 2. TERAPIA, GRUPO Y TERAPIA DE GRUPO DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA. 35

2.1 Definición de Terapia35

2.1.1 Antecedentes de la Terapia..... 36

2.1.2 Papel del Terapeuta 37

2.1.3 Papel del Paciente39

2.1.4 Relación Terapéutica 39

2.1.5 Alianza Terapéutica y Vínculo 40

2.1.6 Supervisión.....42

2.1.7 Clasificación de las Terapias44

2.1.8 Propósitos de la Psicoterapia44

2.2 ¿Qué es un Grupo?..... 47

2.2.1 Clasificación de los Grupos..... 48

2.2.2 Propiedades de los Grupos 50

2.2.3 Definición de Grupo Terapéutico52

2.3 Terapia de Grupo de Orientación Psicoanalítica..... 53

2.3.1 Historia 54

2.3.1.1 Definición56

2.3.2 La Situación Grupoanalítica 58

2.3.3 Tipos de Grupos.....59

2.3.4 Características de los Grupos Terapéuticos de Orientación Psicoanalítica62

2.3.5 Grupos Terapéuticos vs. No Terapéuticos..... 63

2.3.6 Criterios de Selección de los Pacientes 65

2.3.7 Elementos del Grupo 68

2.3.8 Papel del Terapeuta71

2.4 Investigación en Psicoterapia de Grupo. 73

2.5 Servicios Institucionales Psicoterapéuticos77

CAPÍTULO 3. PSICOTERAPIA BREVE DE GRUPO..... 79

3.1 Definición de Terapia Breve de Grupo	80
3.2 Historia de la Psicoterapia Breve de Grupo	82
3.3 Terapia Breve VS Terapia Focal	85
3.4 Objetivos de la Psicoterapia Breve.....	86
3.5 Manejo de Tiempo	89
3.6 Selección de Pacientes en la Psicoterapia Breve de Grupo	91
3.7 Papel del Terapeuta.....	93
3.8 Terapia Breve en las Instituciones	96
3.9 La Terapia Breve en Grupo. Una Propuesta Institucional de CIJ.	98

CAPÍTULO 4. PSICODRAMA 100

4.1 Origen del Psicodrama	100
4.2 ¿Qué es el Psicodrama?	101
4.3 Conceptos Básicos del Psicodrama	105
4.3.1 Espontaneidad y Creatividad	105
4.3.2 Rol	105
4.3.3 Tele y Transferencia	106
4.3.4 Átomo Social.....	107
4.4 Estructuras del Psicodrama	108
4.4.1 Calentamiento.....	108
4.4.2 Acción.....	109
4.4.3 Participación.....	111
4.4.4 Compartir o Sharing.....	111
4.5 Agentes dinámicos del Psicodrama	112

4.5.1 El Director.....	112
4.5.2 El Protagonista.....	113
4.5.3 El Yo auxiliar	114
4.5.3.1 Funciones del Yo Auxiliar.....	114
4.5.3.2 Selección del Yo Auxiliar	115
4.5.4 El Público	115
4.5.5 El Escenario	116
4.6 Técnicas Psicodramáticas	117
4.6.1 Selección de Técnicas	119
4.6.2 Técnicas.....	120
4.7 Intervención Institucional con Psicodrama.....	126

CAPITULO 5. HACIA UNA PROPUESTA DE INTEGRACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN EL TRABAJO CON GRUPOS: UNA ALTERNATIVA INSTITUCIONAL.128

Importancia de la Integración	130
Ventajas de la Integración	131
Intervención Psicoterapéutica en Instituciones	132
Propuesta Grupal.....	134
Tipo de Grupo	135
Orientación Teórica del Grupo y Participación de los Miembros:	136
Intervención Breve	137
Integración de Técnicas Psicodramáticas.....	138
Rol y Función del Terapeuta	142
Intervención Preventiva	144

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... 147

ALCANCES Y LIMITACIONES 152

REFERENCIAS..... 154

RESUMEN

Se llevó a cabo una revisión e integración teórica de los elementos básicos de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama en la búsqueda de una nueva alternativa de trabajo psicoterapéutico que sea útil, práctica, rápida y efectiva en la resolución a las demandas de diferentes conflictos dentro del trabajo clínico con grupos en instituciones. Es una investigación de corte cualitativo que se realizó a partir del uso de técnicas de investigación del material disponible sobre el tema, realizando una revisión documental exhaustiva a través de la consulta de material bibliográfico tales como: textos de libros, artículos, tesis, páginas de Internet. El análisis de la información se llevó a cabo a partir de los objetivos y las preguntas de investigación de la presente tesis. Este trabajo se ha dividido en cinco capítulos en los cuales se estudiaron los aspectos generales de integración terapéutica, psicoterapia, grupo, psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, psicoterapia breve, psicodrama, y sus posibilidades de integración psicoterapéutica.

Palabras Clave: Terapia grupal, Terapia Breve, Psicodrama, Integración Terapéutica.

Introducción

Los problemas que hoy día enfrenta la sociedad, han provocado el aumento de la demanda de atención psicoterapéutica que requiere tanto de recursos humanos como de procedimientos terapéuticos que no siempre pueden ser cubiertos en los servicios de consulta privada ni en la institucional. Por otra parte, muchos problemas de salud mental demandan de una atención rápida y oportuna que por lo general no se puede brindar debido a la carencia de personal capacitado y de nuevos modelos que satisfagan las necesidades de intervención acertada y dirigida a la solución de diversas problemáticas. En la actualidad se sigue trabajando con modelos tradicionales (psicoanalíticos, conductuales, humanistas, etc.) que sin duda han probado su eficacia, pero no solucionan del todo la queja actual de los pacientes ni los requerimientos institucionales, por lo que cada día se requiere de nuevos recursos que faciliten una intervención útil, efectiva y a tiempo limitado que posibilite la funcionalidad de los individuos, como miembros de una familia, como integrantes de grupos y dentro de la sociedad.

Independientemente de que han surgido propuestas psicoterapéuticas, se requiere de propuestas de intervención que permitan comprender, apoyar y lograr soluciones a problemas que así lo requieran, considerando que en la psicología clínica la intervención requiere modalidades menos exclusivas, que integren aquello que ha demostrado su valor desde el punto de vista tanto teórico como metodológico en el campo profesional, permitiendo así el subsecuente análisis y evaluación de nuevas modalidades terapéuticas para intervenir en diversos problemas sociales, es decir, que permitan el trabajo en comunidades de bajos recursos, extender la atención a un gran número de personas, así como incluir el abordaje de diferentes problemáticas tanto clínicas como psicosociales.

El interés por realizar este trabajo surge después de haber colaborado como prestadora de Servicio Social en el programa "De Fortalecimiento Al Trabajo Comunitario" en el **Centro Comunitario De Atención Psicológica "LOS VOLCANES"**. Este centro fue inaugurado el 26 de noviembre del 2004 a partir de un convenio establecido por parte de la Facultad de Psicología

de la UNAM y el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur A.C., a raíz del interés de este último por los problemas que rodean a su comunidad y la preocupación por el desarrollo de sus diversos grupos sociales. El alto nivel de marginalidad de la zona, la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia, el desempleo, la desigualdad de derechos, el gran número de madres solteras y embarazos adolescentes, así como la elevada prevalencia de problemas relacionados con la salud mental, constituyen un escenario que requiere de alternativas de trabajo que permitan satisfacer las necesidades de atención y solución de problemas psicológicos en el ámbito clínico comunitario. Por tal motivo es evidente la urgente necesidad de atender desde el punto de vista de la psicología clínica a la población de manera rápida y oportuna pues sin duda enfrentan graves dificultades, constituyendo la población infantil el grupo que más solicita el servicio aunque también acuden en gran número adolescentes, adultos y adultos mayores (Valenzuela, 2005).

Por lo anterior se torna indispensable la formulación de nuevos modelos de intervención psicoterapéutica para la atención de pacientes, que contengan alternativas que sean flexibles pues deben adecuarse a las necesidades particulares de la comunidad que suele acudir a solicitar atención psicológica en el centro comunitario y a sus problemáticas con la intención de ofrecer un mejor servicio día con día. Feixas y Miró (1993), exponen que una alternativa supone buscar soluciones más abarcadoras y evolucionadas, que procuren integrar distintos enfoques en un intento por avanzar un paso más allá de los modelos existentes. Tales modelos deben además ayudar a las personas que no cuenten con suficientes recursos. En el caso de la comunidad "Los Volcanes", un buen número de personas comparten una problemática común: violencia intrafamiliar, problemas de vínculo con los hijos, con la pareja, la familia de origen, que pueden integrarse a un grupo terapéutico donde podrán aprender sobre sí mismas a partir de sus problemas y de los demás. El trabajo grupal breve permite de este modo un ahorro económico, el empleo más eficiente de los recursos psicoterapéuticos y la atención oportuna a los pacientes mejorando no sólo los síntomas, sino proporcionando una mejor calidad de vida.

Por tal motivo con este trabajo se pretende hacer una revisión e integración teórica de los elementos básicos de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama como una opción alternativa de trabajo que sea útil, práctica, rápida y efectiva en la resolución a las demandas de diferentes conflictos emocionales, conductuales, cognitivos, somáticos y/o interpersonales, dentro del trabajo con grupos en instituciones. Estos tres enfoques terapéuticos constituyen el marco teórico en el que se sustenta este trabajo.

Es un hecho que el trabajo desde la perspectiva de grupo con orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama han dado buenos resultados en la solución de conflictos. ¿Por qué no pensar ahora en un análisis de estos tres modelos terapéuticos y a partir de ello hacer una propuesta de integración que permita el trabajo con grupos dentro de las instituciones? ¿Por qué no pensar en la necesidad de más alternativas de intervención en el amplio campo de los problemas emocionales?

La psicoterapia de grupo se emplea en un gran número de escenarios clínicos con probado grado de eficacia. De hecho, el poder de la terapia de grupo reside en su capacidad de adaptación: es un modo flexible y eficiente de psicoterapia que puede acomodarse a una amplia gama de escenarios, objetivos y pacientes (Vinogradov y Yalom, 1996).

La terapia grupal ha sido utilizada con mucho éxito durante los últimos años, con diferentes enfoques teóricos-técnicos y en distintos ámbitos institucionales y privados, por su capacidad de movilizar suficientes elementos de la personalidad de cada individuo y así permitirle al paciente cambios afectivos, conductuales y de actitud (Vinogradov y Yalom, 1996).

González Núñez (1999), menciona que entre las ventajas de la terapia de grupo están: el permitir que el individuo se sienta identificado, lograr que se exprese abiertamente sin tabúes sociales; facilitar la obtención de modelos de identificación; explorar una serie de problemas para generar soluciones posibles en un ambiente real; establecer múltiples transferencias; y brindar al psicoterapeuta la oportunidad de utilizar este tipo de terapia en conjunción de otras.

Por otra parte, Moreno definió al psicodrama como un método para sondear a fondo la verdad del alma a través de la acción (Bello y Winkler, 1997).

Para Moreno su centro de trabajo lo realizó en grupo pues sostenía que todos los hombres viven en grupo y están inmersos en éste, además su objetivo era desarrollar la espontaneidad y creatividad de los individuos. Moreno consideraba que el grupo es el lugar, que "da lugar" a que se produzcan diversos encuentros entre sus miembros y, a través del trabajo dramático, que cada miembro se "encuentre" consigo mismo (Bello y Winkler, 1997).

Sin duda alguna, de forma reciente la terapia breve ha ido cobrando un mayor auge y difusión entre los terapeutas y pacientes. En gran medida, por el hecho de que la mayoría de los contactos psicoterapéuticos ambulatorios son breves, ya sea por planificación o por abandono prematuro, con menos de seis sesiones (Garfield, 1986 en Klein, R. 1996).

Así pues, dentro de los principales factores que han impulsado a la búsqueda de métodos breves que sean efectivos han sido, por mencionar algunos: la numerosa cantidad de personas que día con día van reconociendo la necesidad de recibir tratamiento, otro factor que ha influido es la economía, y el papel preventivo ante situaciones menores, agudas e inclusive crónicas (Bellak, 1993).

En esta investigación se considera necesario realizar una revisión teórica para lograr una alternativa de integración. Para ello habrá que empezar con revisar conceptos, teorías y metodologías para así establecer dirección a ciertos referentes teóricos, de modo que puedan hacerse comparaciones, análisis y propuestas, e incluso determinar sus aplicaciones terapéuticas en grupos como una alternativa institucional. Si bien se han planteado varias alternativas para el trabajo con grupos, poco se conoce acerca de propuestas que incluyan en sí mismas a la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama en lo concerniente tanto a consideraciones teóricas como técnicas en su abordaje psicoterapéutico.

La importancia social de esta investigación es la de lograr que un mayor número de personas sean beneficiadas con una atención rápida, pertinente y de forma eficaz ante conflictos que les aquejan, considerando que la propuesta de integración de la psicoterapia de grupo con orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama es una alternativa de solución de conflictos emocionales.

Por otro lado se busca que el profesional de la salud mental cuente con diversos recursos técnicos que le permitan intervenir en la atención con pacientes, dirigiendo su atención a nuevas propuestas de trabajo que amplíen el desempeño terapéutico.

Otro aspecto de este trabajo es el de constituir una revisión bibliográfica en el estudio de la psicoterapia de grupo, la psicoterapia breve y el psicodrama, aportando información actualizada sobre dichas propuestas terapéuticas.

Esta investigación se ha dividido en cinco capítulos: en el primero se revisará la trascendencia y relevancia de la integración terapéutica. En el segundo capítulo se analizarán los aspectos generales sobre psicoterapia, grupo y psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica de acuerdo con varios autores, también se hace referencia a su proceso y principales procedimientos, así como sus desarrollos a nivel de investigación. En el tercero se revisará el origen de la psicoterapia breve así como los elementos que puedan aplicarse a la psicoterapia de grupo, además de su desarrollo teórico y de investigación. En el cuarto se revisará el origen, la historia, desarrollo teórico y de investigación del psicodrama así como el uso de algunas técnicas psicodramáticas. En el quinto se hará la propuesta de integración psicoterapéutica para el trabajo con grupos, así como sus principales aplicaciones para el trabajo institucional. Por último también se abordarán los resultados y conclusiones obtenidas a partir del análisis realizado.

Propuesta de Integración Psicoterapéutica en el Trabajo con Grupos: una Alternativa Institucional.

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe poca evidencia de alternativas de integración en la literatura psicoterapéutica grupal (Feixas y Miró, 1993), por tanto, se considera la importancia de hacer una revisión de las modalidades terapéuticas que permitan el reconocimiento de los elementos teóricos, así como de algunas técnicas que suelen emplear, sus alcances y las posibilidades de integración psicoterapéutica.

Puede considerarse entonces que el problema central, en este trabajo, es el hacer un análisis de tres aproximaciones terapéuticas como la psicoterapia de grupo con orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama, y a partir de ello hacer una propuesta de integración que permita el trabajo con grupos en instituciones.

LAS PREGUNTAS A RESPONDER SON:

¿Cuáles son los elementos de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama que permiten ser integrados en una propuesta de intervención clínica en grupo como alternativa institucional? así como, ¿Cuáles serían sus posibles aplicaciones y limitaciones? Y ¿Que ventajas tiene el hacer nuevas propuestas de intervención psicoterapéutica con elementos de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama?

HIPÓTESIS CONCEPTUAL

- Existen elementos tanto teóricos como técnicos de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama que permiten ser integrados en una propuesta de intervención psicoterapéutica para el trabajo clínico institucional en la atención a problemas emocionales, conductuales e interpersonales.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

GENERAL

El objetivo principal de esta investigación es analizar e integrar los elementos de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama en una propuesta terapéutica, de modo que éstos puedan proporcionar elementos para una alternativa de intervención clínica institucional en población adulta y dirigida al tratamiento de diversas problemáticas de tipo interpersonal, emocional, conductual y/o psicossomático.

ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar los antecedentes históricos de las tres propuestas psicoterapéuticas.
- ✓ Identificar y analizar sus principales elementos teóricos y metodológicos.
- ✓ Investigar el estado actual sobre integración en el campo de la psicoterapia grupal, la psicoterapia breve y el psicodrama en el tratamiento de problemas emocionales, interpersonales, psicossomáticos y de conducta.
- ✓ Plantear una propuesta de intervención psicoterapéutica con elementos de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama, como una alternativa institucional.

TIPO DE ESTUDIO

La presente es una investigación documental, descriptiva, de comparación y análisis crítico sobre tres propuestas psicoterapéuticas para evaluar los elementos que puedan ser integrados en el trabajo con grupos clínicos. Se trata de una investigación de corte cualitativo que será realizada a partir del uso de técnicas de investigación del material disponible sobre el tema, sin emplear ningún instrumento de medición ni realizar análisis estadístico alguno.

Se empleará el método deductivo, el cual a partir de la investigación documental realizada hará posible inferir y utilizar elementos que permitan hacer la propuesta de intervención.

PROCEDIMIENTO

Se realizará una revisión documental exhaustiva a través de la consulta de material bibliográfico tales como: textos de libros, artículos, tesis, páginas de Internet. Además de la consulta de diversas publicaciones nacionales e internacionales sobre el tema de investigación. A la par se utilizará la base de datos de la Facultad de Psicología de la UNAM, tales como: PsicoInfo, Mental Health Abstracts, SIPAL; también se realizarán visitas a bibliotecas: Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), Instituto de Psicodrama, Facultad de Psicología en Licenciatura y Posgrado, así como la Biblioteca Central de la UNAM, Biblioteca de la UAM.

En dicha revisión se realizarán fichas de trabajo, así como resúmenes de la información permitiendo así una mayor comprensión de los temas. Además el análisis de la información se llevará a cabo tomando en cuenta los objetivos y preguntas de investigación del presente trabajo.

CAPÍTULO 1. INTEGRACIÓN PSICOTERAPÉUTICA: SU ABORDAJE TEÓRICO

*Para llegar donde no has llegado,
debes caminar por los caminos
que no has andado
San Juan de la Cruz.*

Sin duda, las ofertas de servicios de salud en psicología dirigida a sectores populares se han visto incrementadas durante los últimos años, sin embargo esta continúa siendo insuficiente (Contreras, Winkler, Martínez y Aretio, 1997). En nuestro país el desarrollo de la psicología comunitaria está vinculado con programas de promoción social llevados a cabo por organismos oficiales, por organizaciones no gubernamentales, y por instituciones de educación superior (Carranza y Almeida, 1995).

Tal es el caso del **Centro Comunitario De Atención Psicológica “LOS VOLCANES”** donde su equipo de trabajo esta conformado por voluntarios, personal académico de la Facultad de Psicología de la UNAM, y prestadores de servicio social en su mayoría. Así, el interés por realizar este trabajo surge después de haber colaborado como prestadora de Servicio Social en el programa “De Fortalecimiento Al Trabajo Comunitario” donde me percate de las necesidades de la comunidad, del alto nivel de marginalidad de la zona, la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia, el desempleo, la desigualdad de derechos, el gran número de madres solteras y embarazos de adolescentes, así como la elevada prevalencia de problemas relacionados con la salud mental, constituyendo un escenario que requiere de alternativas de trabajo que permitan satisfacer las necesidades de atención y solución de problemas psicológicos en el ámbito clínico comunitario.

El enfoque clínico de la Psicología comunitaria consiste en la aproximación a la comunidad que tiene como objetivos el desarrollo y atención a la Salud Mental, que toma en cuenta tanto las necesidades por cubrir, como las expectativas a lograr y los recursos por desarrollar, en un esfuerzo cada vez más preventivo y social y menos curativo e individual (Valenzuela, 1995).

Por lo tanto, la práctica profesional de una disciplina se ve distorsionada cuando esta no corresponde o no satisface las necesidades sociales (Covarrubias y Tavera, 1989 en Vilori y Barajas, 1993). Si la profesión o disciplina no ofrece soluciones factibles para la problemática real y concreta del contexto social en el que se ubica, entonces sobreviene una decadencia social. Por lo que, la búsqueda de alternativas para comprender las necesidades de los diversos grupos marginados de nuestro país, es una preocupación central para algunos psicólogos en la actualidad. Algunos ejemplos han sido: Gómez del Campo (1984) en la Formación de Centros de Asistencia y Desarrollo Comunitario; Cueli y Biro (1975) en sus trabajos de Psicocomunidad y Rodríguez (1985) y su labor de "Acción Comunitaria". Uno de los aspectos más relevante de esta búsqueda, tiene que ver con la formación del psicólogo con una perspectiva social y/o comunitaria (Vilori y Barajas, 1993).

1.1 PREVENCIÓN

El trabajo comunitario juega un papel preponderante en el sector salud y gubernamental ya que se maximiza la prevención y promoción adecuada de estilos saludables de vida y se minimizan los costos económicos y sociales que los problemas de salud representan (Montero, 1989).

La prevención en el campo de la salud mental puede considerarse con toda propiedad como un área integrativa que puede fundir nuestro conocimiento sobre la etiología de los desordenes mentales, las relaciones familiares y la psicodinámica individual, por una parte, y por otras las fuerzas y presiones sociales que se conjugan para producir la desorganización individual y colectiva que llamamos trastorno emocional (Joffe, Albee & Nelly, 1984; en Hernández y Sánchez, 1991). Sin salud mental no puede haber bienestar individual o familiar, educación ni producción. Los problemas emocionales y adaptativos, en el mejor de

los casos, permean y perturban toda actividad humana y, en el peor, la destruyen. Así, los problemas de salud mental tienen un alto costo en términos de salud pública, bienestar, productividad y recursos económicos. Una gran porción de los problemas de salud mental no se asocia directamente con un solo factor que los desencadena, es decir, es una multiplicidad de factores los que rompen con el equilibrio de la salud, como son: la pobreza, la discriminación, los vecindarios que se deterioran, la falta de oportunidades, la educación deficiente. Además del rápido cambio social resultante del desarrollo económico, la industrialización y la urbanización, ha afectado profundamente la estructura de las comunidades, el funcionamiento de las familias, y el bienestar psicológico del individuo, así como el devastador problema del abuso del alcohol y las drogas, que dañan seriamente la salud y reducen la productividad socio-económica de los individuos, las comunidades y las naciones (Hernández y Sánchez, 1991). Asimismo, el estrés contribuye a la aparición de una serie de comportamientos disfuncionales, tales como estados de ansiedad, depresión y trastornos psicósomáticos (Holtzman, 1988). Y otros tantos factores de este tipo, estando todos íntimamente relacionados con la mala adaptación y con la salud mental, indicando que si se busca lograr una verdadera solución, hay que eliminar las principales causas y las condiciones predisponentes.

La OMS ha definido como metas de la salud mental: prevenir las enfermedades y los desordenes mentales; fomentar la salud mental por medio de la educación y el saneamiento del medio psicosocial, y organizar los servicios y programas para la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación, acciones todas en las que ha de buscarse la anticipación activa de la colectividad (De la Fuente, Medina y Caraveo 1997).

Gordón (De la Fuente, Medina y Caraveo 1997) propuso un modelo basado en el concepto costo-beneficio, según el cual el riesgo de que un individuo desarrolle una condición debería ser valorado frente al costo y los problemas secundarios derivados de la intervención preventiva. Propuso tres categorías de intervención: a) universales, de bajo costo, deseables para toda la población y por lo general de gran aceptación y con pocos riesgos secundarios; b)

selectivas, aplicables sólo a aquellas personas cuyo riesgo de desarrollar la enfermedad está por encima del promedio, se recomienda cuando el costo no excede un nivel moderado y los efectos negativos de las medidas no existen o son mínimos, y c) indicadas, dirigidas a personas que presentan una condición clínicamente anormal.

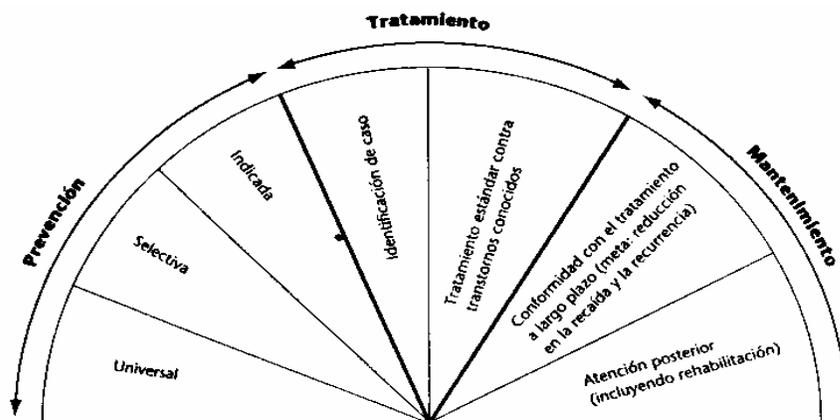


Figura 1. La prevención en un continuo de servicios que abordan las necesidades de la salud mental.

Fuente: IOM (1994). Summary: Reducing risks for mental disorders. Washington, DC: National Academy Press, p.8 en Trull y Phares, 2003.

No podemos olvidar tampoco que las terapias breves desempeñan un papel preventivo o limitador tanto para las situaciones menores como para las agudas e inclusive crónicas (Bellak, 1993). Por otra parte, una alternativa al paradigma de atención a la enfermedad individual, es el de detección temprana y atención breve en la salud comunitaria (Ayala y Vázquez en Vázquez Pineda, 2006). Aunque se ha escrito mucho sobre el papel de la prevención y la promoción de la salud, en nuestro país existe poca evidencia sobre modelos efectivos y costo-beneficios para lograr niveles aceptables de prevención de la salud. Según Roussos y Fawcett (en Vázquez Pineda, 2006) una intervención preventiva para mejorar la salud en la comunidad involucra seis componentes principales: 1) Evaluación de la comunidad, 2) Promoción del interés y participación en las iniciativas, 3) Análisis de problemas de la comunidad, 4) Diseño y

adaptación de intervenciones, 5) Aplicaciones y evaluación del programa y de las iniciativas, 6) Mantenimiento de la calidad y recompensa por los logros.

Las actividades preventivas serán más eficientes y efectivas que el tratamiento individual administrado después del inicio de las enfermedades o problemas (Falner, Jason, Moritsugu y Farber, 1983 en Phares y Trull, 2003).

Un cambio dentro de una comunidad significa el desarrollo de nuevos programas, o bien la modificación de los ya existentes, realizando cambios en las políticas o ajustando las practicas relacionadas a la misión del grupo (Phares y Trull, 2003).

Actualmente el tema de la prevención en el campo psicológico ocupa un lugar de interés dado que las intervenciones breves pueden jugar un papel de gran valor social, especialmente en las situaciones previsibles de crisis y tensiones propias de la vida de los individuos (como bien puede ser, divorcios, duelos, adolescencia, tercera edad, etc.) que producen una demanda urgente de intervención rápida, así como el estar preparados para las inevitables amenazas de catástrofes súbitas que suelen suscitarse, exigiendo así, el disponer de medios de asistencia rápida y efectiva para tales circunstancias. Estas y tantas otras formas de intervención posibles son los objetivos peculiares de la terapia "breve", y particularmente de la realizada en pequeños grupos. No cabe duda, entonces, que las psicoterapias breves constituyen, un factor primario para la obtención de una higiene mental válida (Marilla, M. 1990).

Bellak (1993) detalla tres tipos de influencias preventivas que se pueden ejercer mediante la psicoterapia breve, las cuales consisten en:

- Prevención primaria: la cual evita que problemas menores y temporarios se transformen en incapacidades mayores u organizadas. La tarea de la prevención primaria, es la de favorecer la adquisición por parte de los individuos de conductas saludables y modificar aquellas otras que, suponen un riesgo para la salud (Flores, 2005). En primer lugar, una

prevención primaria se dedica a la remoción de las causas que pudieran originar una enfermedad, favoreciendo así la acción terapéutica sobre las condiciones detonantes del trastorno. Como es obvio, la prevención primaria comprende a profesionales de diversas ramas. Basta considerar el ejemplo de la prevención de la drogodependencia, que involucra a políticos, psicólogos, médicos, sociólogos, jueces, etc. Por, lo que el psicoterapeuta puede asumir un papel de primer plano en la prevención de los trastornos mentales interviniendo precozmente (y solicitando a lo largo de su tarea la eventual intervención de otros especialistas) a fin de reducir el riesgo psicopatológico. Este tipo de prevención encuentra particular eco en los centros de salud mental que operan sobre la base de rastrear las posibles situaciones alteradas con el propósito de corregirlas a tiempo y evitar así que se deriven en trastornos psiquiátricos graves (Marilla, M. 1990). Ejemplo: la detección y prevención de alteraciones emocionales en poblaciones de jóvenes y adolescentes que ha sido y sigue siendo una prioridad para los profesionales de la salud, en el sentido de detectar a tiempo problemáticas que pueden llevar a los individuos a incrementar o desarrollar trastornos y problemáticas más severas en los siguientes etapas de la vida, con efectos importantes tanto a nivel personal como social y económico. La etapa de desarrollo adolescente ha sido identificada como crucial para el inicio de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y sustancias, el inicio de experiencias sexuales y la ocurrencia de eventos estresantes que pueden generar depresión, ansiedad y problemas importantes en el grupo familiar y en la escuela. En el campo de la salud mental, las acciones educativas tanto las dirigidas a la población en general como a grupos específicos, son eficaces en el grado en que los principios son asimilados, generan actitudes saludables y son incorporados por la cultura (De la Fuente, Medina y Caraveo 1997).

- Prevención secundaria: esta suele atenuar y reducir al mínimo los efectos de desordenes ya desarrollados, esta actividad permite el tratamiento oportuno de los conflictos. Y el tratamiento pertinente permite resolver situaciones que de no ser oportunamente atendidas, determinarán una problemática psicopatológica creciente (Calderón, 1984). La

idea básica de la prevención secundaria es atacar los problemas mientras todavía son manejables, antes de que se vuelvan resistentes a la intervención (Caplan, 1961; Sanford, 1965 en Trull y Phares, 2003). Por lo que este nivel de atención se dirige a disminuir la prevalencia de la enfermedad, reduce la evolución y la duración del padecimiento a través del seguimiento y vigilancia de los grupos de riesgo y de individuos. (OMS, 1978; San Martín, 1989 en Flores, 2005). Ejemplo: trastornos esquizofrénicos, en donde la psicoterapia ayuda a aplazar un proceso degenerativo, apoyando al paciente a conservar su contacto con la realidad. Con la cual se pretende retardar síntomas existentes.

- Prevención terciaria: esta tiende a circunscribir y limitar las consecuencias de las incapacidades crónicas. La meta de la prevención terciaria es la reducción de los efectos residuales que se presentan después de que los trastornos mentales han terminado, por lo que se puede considerar que la función de este nivel es la de disminuir la prevalencia de la incapacidades crónicas en una población a través del tratamiento y la rehabilitación (OMS, 1978; San Martín, 1989 en Flores, 2005). Ésta implica el papel crucial de los servicios de rehabilitación, los cuales permiten al ex paciente funcionar a su máxima capacidad lo más pronto posible después de ser dado de alta. Esta atención tiende a evitar recaídas y nuevos internamientos (Calderón, 1984). En este sentido, la psicoterapia breve enfocada en la situación específica presentada por el paciente crónico o bien en la situación socio-ambiental en la que éste vive tiene grandes probabilidades de evitar o, al menos, limitar las recaídas y favorecer la estabilización del cuadro psicopatológico (Marilla, M. 1990).

Como se mencionó anteriormente, las ofertas de servicios de salud en psicología dirigida a sectores populares se han visto incrementadas durante los últimos años, sin embargo esta continúa siendo insuficiente (Contreras, Winkler, Martínez y Aretio 1997). Pues uno de los principales problemas que se presentan son la marcada escasez de personal humano profesionales en el campo de la salud mental, al considerar la enorme desproporción marcada que hay entre estos y el gran número de personas que requieren de servicios de salud mental. Todo esto

evidencia la desigualdad que hay de los recursos, así como las necesidades de cambio y de nuevos programas.

Si lo que se busca es satisfacer las necesidades de la población, una solución acordada de los problemas de salud mental y de adaptación personal tiene que incluir algo más que sólo un aumento en el número de practicantes, pues se necesita, en primer lugar, la investigación oportuna acerca de las posibles causas de tal perturbación, y luego se necesitan programas para una prevención eficaz. Pues sin duda, las necesidades más urgentes de las poblaciones o grupos locales son las que deben determinar el orden de las prioridades en el programa, y deben también determinar las características de las instalaciones. (Garfield, 1979).

El hospital es actualmente un tipo de institución cuya actividad está centrada en la asistencia sanitaria, la docencia y la investigación (Riesgo en Aguirre y Rodríguez, 1993).

1.2 ANTECEDENTES DE LA INTEGRACIÓN

Dicho lo anterior se torna indispensable la formulación de nuevos modelos de intervención psicoterapéutica para la atención de pacientes, que contengan alternativas que sean flexibles pues deben adecuarse a las necesidades particulares de la comunidad que suele acudir a solicitar atención psicológica y a sus problemáticas con la intención de ofrecer un mejor servicio día con día. Fernández-Álvarez, (1992) expone que una alternativa supone buscar soluciones más abarcadoras y evolucionadas, que procuren integrar distintos enfoques en un intento por avanzar un paso más allá de los modelos existentes. Dado que, no existe un solo enfoque que pueda considerarse clínicamente adecuado para todos los problemas, pacientes y situaciones. De hecho, el motor que ha generado el surgimiento de tantos nuevos enfoques es la insatisfacción con los modelos existentes, la conciencia sobre su inadecuación para determinados casos (Feixas y Miró, 1993).

Casas (1994) refiere que el trabajo en salud mental dentro del campo de la Asistencia Pública, no puede hacerse desde un único modelo epistemológico. En definitiva, no parece posible, ni siquiera ético, el que un servicio público de psiquiatría adopte de manera exclusiva un determinado modelo epistemológico, ya que ello supondría fragmentar el territorio de acuerdo con la ideología de los profesionales, y no de acuerdo con las necesidades y características de los usuarios.

Es necesario comprender el conjunto de características y necesidades institucionales, las demandas de la población que se atiende y la respuesta psicológica asociada a los problemas abordados en la institución con el propósito de que la intervención se considere efectiva y consecuente con sus objetivos y técnicas (Pimentel Nieto y Morales Carmona, 2006).

Uno de los fracasos técnicos del psicólogo en las instituciones ha sido el de trasladar técnicas del trabajo privado al trabajo institucional, evidente porque obviamente las prácticas psicoterapéuticas tradicionales no son fácilmente aplicables a las instituciones por razones de encuadre, y por lo general se carece de suficiente sustento teórico para la elección de una práctica psicoterapéutica ya que rara vez se reflexiona sobre las metas y objetivos institucionales (Pimentel Nieto y Morales Carmona, 2006).

Por lo que se considera que una adecuada práctica psicoterapéutica justificada desde la comprensión profunda del quehacer institucional, conlleva no solo su contribución en una efectiva y verdadera atención multidisciplinaria para la población sino también repercute favorablemente en la relación costo-beneficio. El trabajo multidisciplinario y el ahorro tanto de la institución como de los pacientes son hechos en sí mismos importantes para la valoración de la participación de la psicología en el ámbito institucional (Pimentel Nieto y Morales Carmona, 2006).

La integración de la psicoterapia es hoy una realidad concreta en diferentes niveles y se expresa a través de numerosas propuestas y modelos que abarcan un espectro muy variado. En alguna

medida puede afirmarse que la integración de la psicoterapia es algo ya consolidado. Lo pone de manifiesto la elevada frecuencia de terapeutas que reconocen utilizar alguna forma de integración en sus prácticas cotidianas, la aceptación de que todas las psicoterapias comparten elementos comunes y la disposición al diálogo vigente hoy en día entre los terapeutas de distintas orientaciones. Las aplicaciones resultantes ofrecen combinaciones teórico-técnicas de gran diversidad como los tratamientos breves de orientación psicodinámica, las terapias comportamentales de grupo o las intervenciones individuales basadas en los modelos sistémicos (Fernández y Opazo, 2004).

Seis Enfoques de la Integración en Psicoterapia

ENFOQUE	EJEMPLOS	VENTAJAS	LIMITACIONES
1. Eclecticismo técnico. a) Eclecticismo intuitivo b) Eclecticismo sistemático	Whitaker E. Keith (1981). Lazarus (1987) Beutler, et al. (1991).	Flexibilidad, adaptable a cada caso. Selección de las intervenciones en base a una evaluación cuidadosa de los clientes.	Ateórico, selección espúrea de técnicas. Uso precipitado de técnicas derivadas de modelos incompatibles.
2. Factores comunes	Goldfried (1991)	Identificación de los ingredientes activos de todos los enfoques.	Reducción de las terapias multifacéticos a un "mínimo denominador común".
3. Integración teórica.	Wachtel (1977, 1991)	Combinación conceptual a la vez que técnica de los diferentes enfoques.	Incoherencia teórica y metateórica en la combinación de modelos divergentes.
4. integración metadisciplinaria	Horowitz (1991)	Acceso a desarrollos conceptuales en áreas más amplias de la investigación.	Confusión en cuanto a qué desarrollos hay que integrar o considerar autoritativos.

5. Lenguaje común	Driscoll (1987) Strong (1987)	Trascendencia de la jerga que deriva de las diferentes teorías.	Simplificación de discursos teóricamente ricos, pérdida de precisión.
6. Integración teóricamente progresiva.	Neimeyer (1988) Neimeyer & Feixas (1990)	Coherencia teórica y claridad conceptual; elección directa de los modelos a combinar.	Producción de una teoría más integradora pero, aún así, limitada.

Modalidades De Integración Psicoterapéutica Según Neimeyer (1992 en Gimeno-Bayón y Rosal, 2001) p. 60

Freud anticipó las necesidades y los requisitos de la sociedad, que hasta hoy siguen en permanente aumento (Balint, Ornstein y Balint, 1986). Pues ya había reconocido la necesidad de realizar cambios en la forma de trabajo, "Nos aproximamos ahora a la intelección de que la técnica analítica tiene que experimentar ciertas modificaciones de acuerdo con la forma de enfermedad y las pulsiones que predominen en el paciente" (*Obras completas de Freud, Tomo XI, pág. 140*). Ya que sabía que las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden atenderse mediante una misma técnica.

Ahora supongamos que una organización cualquiera nos permitiese multiplicar nuestro número hasta el punto de poder tratar grandes masas de hombres. Por otro lado, puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Y que la neurosis no constituyen menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por tanto, lo mismo que a esta, no se las pueda dejar libradas al impotente cuidado del individuo, pertenecientes a las filas del pueblo. Se crearan entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se asignaran médicos de formación psicoanalítica, quienes, aplicando el análisis, volverán más capaces de resistencia y más productivos a hombres que de otro modo se entregarían a la bebida, a mujeres que corren peligro de caer quebrantadas

bajo la carga de las provocaciones, a niños a quienes sólo les aguarda la opción entre el embrutecimiento o la neurosis. Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes de que el estado sienta como obligatorio estos deberes. Y las circunstancias del presente acaso difieran todavía más ese momento; así, es probable que sea la beneficencia privada la que inicie tales institutos. De todos modos, alguna vez ocurrirá. Cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones (Obras completas de Freud, Tomo XVII, pág. 162).

1.2.1 FACTORES QUE PROPICIAN LA INTEGRACIÓN

Algunos otros factores que han propiciado el fenómeno de la integración en psicoterapia, según Norcross (1986 en Feixas y Miró, 1993) son:

1. La proliferación de enfoques psicoterapéuticos.
2. Una forma de psicoterapia no puede ser adecuada para todos.
3. La ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias.
4. El reconocimiento de la existencia de factores comunes a las distintas psicoterapias.
5. El énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principales ingredientes del cambio.
6. Los factores sociopolíticos y económicos.

Por otra parte, Fernández y Opazo (2004) consideran que el movimiento hacia la integración obedeció a dos premisas fundamentales: al descubrir, dentro de tal diversidad, nexos conceptuales que permitan la articulación de síntesis teóricas y además identificar modos de intervención que otorguen mayor efectividad a los tratamientos.

1.2.2 ECLECTICISMO VS. INTEGRACIÓN

Se han hecho numerosos intentos de combinar teorías y técnicas en terapia. A pesar de ciertas similitudes compartidas entre eclecticismo e integración no son sinónimos ni pueden intercambiarse unos por otros. Al principio el eclecticismo y la integración se asociaban a ineptitud y desorganización, autores recientes ligan el fenómeno con psicoterapeutas muy capacitados y expertos y reconocen las diferencias entre eclecticismo e integración. Ya que, son abordajes separados con diferentes propuestas teóricas (Fernández y Opazo, 2004).

¿QUÉ ES ECLECTICISMO?

Desde un punto de vista etimológico, eclecticismo significa selección. Selección de conceptos, métodos y estrategias que proceden de una amplia variedad de teorías. De ahí que en términos amplios, se entienda como la mezcla de teorías y/o técnicas diversas, (Zarzosa Escobedo, 1991).

Los eclécticos consideran valioso combinar estrategias o técnicas tomadas de distintos modelos terapéuticos.	ALEATORIO: es el uso indiscriminado de técnicas sin atender a como encajan teóricamente unas con otras. Cualquier combinación de técnicas o estrategias terapéuticas pueden ser ejemplo de eclecticismo aleatorio, en tanto que el terapeuta carece de un planteamiento explicativo de viraje hacia una u otra estrategia.
	SISTEMÁTICO: es la combinación, al margen de teorías, de técnicas o métodos clínicos que da lugar a protocolos de tratamiento empíricamente determinados dirigidos a problemas específicos.

(Reid, Jr. y Reid, Ph. en Kaplan y Sadock, 1996).

1.2.3 OBJETIVO DE LA INTEGRACIÓN

El objetivo del integracionismo, de acuerdo con Goldfried; Marmar y Woods y Watchel (en Gavino, A. 2004), no es “pegar” técnicas, sino intentar, a partir del análisis de los elementos de las distintas psicoterapias, construir o establecer unas directrices comunes. Estas directrices se traducirán en estrategias establecidas y sustentadas en un marco teórico e investigación consistente.

Por lo tanto, los interesados en la integración de terapias mezclan ideas a un nivel abstracto intentando crear una metateoría de soporte (Gavino, A. 2004).

El enfoque integrativo se nutre de las partes válidas –es decir, explicativas y predictivas- de las teorías existentes, pero las “re-encuadra” en un marco teórico más amplio, formando un todo a partir de partes diferentes (Fernández y Opazo, 2004).

El enfoque integrativo justifica su existencia si nos ayuda a superar los problemas derivados de los enfoques “tradicionales” y si logra ubicarnos más allá del eclecticismo (Fernández y Opazo, 2004).

La analogía de David Bohm (en Reid, Jr. y Reid, Ph. en Kaplan y Sadock, 1996) sobre el imán describe como se construye cualquier modelo integrativo. Uno suele pensar que un imán está compuesto por dos partes, un polo norte y un polo sur; Bohm señala que ambos polos no están realmente separados: uno no podría existir sin el otro. Juntos crean un campo magnético, que es inseparable de los polos. Igual ocurre con los modelos integrativos de terapia, pero no con los abordajes eclécticos. Por lo que se podría decir, que la solución no es el eclecticismo, sino más bien se necesita ser congruente y sistemático (Sorín, M. 1994).

A partir de 1980, el movimiento integrador cobro vigor y se proyectó en una gran variedad de propuestas. La integración de la psicoterapia es hoy una realidad concreta en diferentes niveles y

se expresa a través de numerosas propuestas y modelos que abarcan un espectro muy variado. Las aplicaciones resultantes ofrecen combinaciones teórico-técnicas de gran diversidad como los tratamientos breves de orientación psicodinámica, las terapias comportamentales de grupo o las intervenciones individuales basadas en modelos sistémicos. Ningún enfoque alcanzó, hasta el momento, el poder de una explicación totalizadora compartida en este campo. Y al mismo tiempo, se ha diseminado la creencia de que, en el futuro próximo, puede esperarse que coexistan varios modelos. En alguna medida puede afirmarse que la integración de la psicoterapia es algo ya consolidado. Lo pone de manifiesto la elevada frecuencia de terapeutas que reconocen utilizar alguna forma de integración en sus prácticas cotidianas, la aceptación de que todas las psicoterapias comparten elementos comunes y la disposición al diálogo vigente hoy en día entre los terapeutas de distintas orientaciones (Fernández- Álvarez y Opazo, 2004).

La integración de las teorías y las técnicas psicoterapéuticas es en la actualidad un fenómeno muy difundido. Los clínicos de todas las disciplinas han tomado conciencia de las limitaciones inherentes a cualquier abordaje único. Norcross (en Gavino, 2004) sugirió que la comunidad psicoterapéutica ha ido evolucionando de un simplismo absolutista y dogmático: Mi enfoque es el mejor por definición y los demás están equivocados, hacia el relativismo: cada enfoque funciona según el caso, con la esperanza de llegar al compromiso ético con un enfoque desde el que evoluciona de forma no dogmática. Es decir, la adhesión a un modelo se debería fundamentar en una elección personal y comprometida con su perfeccionamiento, en lugar del dogmatismo. Así, el espíritu integrador pretende sustituir este clima por la cooperación entre escuelas y el esfuerzo común por hacer madurar nuestro campo no necesariamente hacia una psicoterapia unificada, pero sí hacia una experiencia acumulada durante décadas por los practicantes de las distintas orientaciones (Feixas y Miró, 1993). Podemos deducir, que ningún abordaje psicoterapéutico por sí solo ha demostrado ser superior, pero las terapias bien estructuradas y bien administradas de forma competente han mostrado repetidamente que mejoran el funcionamiento de los pacientes (Jerald, 2002).

Casas (1994) refiere que el trabajo en salud mental dentro del campo de la asistencia Pública, no puede hacerse desde un único modelo epistemológico. En definitiva, no parece posible, ni siquiera ético, el que un servicio público de psiquiatría adopte de manera exclusiva un determinado modelo epistemológico, ya que ello supondría fragmentar el territorio de acuerdo con la ideología de los profesionales, y no de acuerdo con las necesidades y características de los usuarios. Pues, existen ciertas situaciones clínicas que requieren especialmente la aplicación de principios integradores de psicoterapia (Fernández- Álvarez y Opazo, 2004), tales como:

- Demandas complejas, donde el paciente se presenta a la consulta manifestando una pluralidad de síntomas y problemas que lo aquejan.
- Los trastornos de personalidad, entidades crónicas y con elevada comorbilidad que afectan a muchas áreas de la vida del paciente.
- Los trastornos adictivos, que exigen una máxima potencia en la intervención. En estos niveles no es posible renunciar a fuerzas de cambio alguno que le pueda resultar útil al paciente.
- Las opciones de desarrollo personal. Un marco integrativo amplio y multifacético posibilita a su vez trabajar el desarrollo personal en relación con diferentes caminos y diferentes niveles.
- Las consultas que afectan a varios sistemas y que exigen intervenciones multinivel, es decir, que requieren abordajes individuales, grupales y/o familiares.

Por lo que debe quedar claro, que no se pretende proponer una nueva escuela, sino más bien plantear una actitud terapéutica integradora. Lo cual dependerá de la riqueza de la formación, de la experiencia, de la ideología y del área de trabajo del terapeuta (Pundik, 1976). Es decir, el terapeuta que adopta una postura integradora busca articular ideas y recursos con el afán de

mejorar su dispositivo, pero no persigue cerrar el sistema alcanzando una verdad absoluta, sino que trabaja con la perspectiva de que el conocimiento es abierto y está sometido a una evolución permanente. Pretende descubrir la convergencia entre los modelos, pero no rehuye poner a prueba la efectividad relativa de cada aplicación. En ese sentido, es un ferviente defensor de la investigación, tanto de procesos como de resultados (Fernández- Álvarez y Opazo, 2004). El encerrarse estrictamente a un método terapéutico limita las necesidades y las posibilidades tanto del paciente como del terapeuta (Pundik, 1976).

El psicoterapeuta integrativo es capaz de privilegiar al paciente por encima de sus compromisos con su propio enfoque. Más que buscar demostrar que la propia teoría y técnica son las mejores, el psicoterapeuta integrativo se nutre de la mejor investigación para enriquecer su teoría y para perfeccionar su técnica (Fernández y Opazo, 2004).

1.2.4. VENTAJAS DE LA INTEGRACIÓN

Ventajas de la integración según Fernández y Opazo, 2004.

- a) Beneficio para el paciente
- b) Promoción del desarrollo científico
- c) Ventajas para la sociedad

Además de facilitar un enfoque más amplio, la flexibilidad de un enfoque integrativo permite que el terapeuta puede disponer de mayor cantidad de recursos técnicos para aplicar en el curso de las sesiones. Ello incrementa la capacidad para luchar contra la resistencia y promover procesos de cambio (Fernández y Opazo, 2004).

El movimiento integrativo está atento a incorporar los progresos metodológicos que otorguen un mayor rigor y confiabilidad a la investigación científica. En los últimos tiempos el consumo de la psicoterapia se ha incrementado notablemente. Una ventaja todavía más evidente es que los

servicios de salud se pueden beneficiar con un enfoque integrativo, pues éste favorece una buena conexión de la psicoterapia con otras intervenciones. La psicoterapia integrativa aumenta la probabilidad de un resultado eficiente en un tiempo menor (Fernández y Opazo, 2004).

CAPÍTULO 2. TERAPIA, GRUPO Y TERAPIA DE GRUPO DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.

*La psicoterapia se consagra a la búsqueda de la verdad
y a desenmascarar ilusiones.
Sigmund Freud.*

2.1 DEFINICIÓN DE TERAPIA

Dupont (2000) define a la psicoterapia como un proceso bilateral que hace uso de la palabra como instrumento de curación, buscando el entendimiento de lo irracional, para que así las manifestaciones de los conflictos puedan modificarse mediante la relación y el vínculo del paciente con el terapeuta.

Para Strupp, (en Ávila y Poch, 1994) el campo llamado psicoterapia comprende a una persona que ha reconocido que necesita ayuda, a un experto que ha consentido en proporcionar esa ayuda y a una serie de interacciones humanas, cuyo carácter suele ser sumamente intrincado, sutil y prolongado, y tiene por objeto producir cambios beneficiosos en los sentimientos y la conducta del paciente, cambios que la sociedad, genéricamente, considerará como terapéuticos.

Psicoterapia para Wolberg (1977), consiste en el tratamiento por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objetivo de suprimir, modificar o retardar los síntomas existentes; intervenir en las pautas distorsionadas de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad. La palabra "terapéutica" significa "asistir" o "ayudar", por lo que Wolberg plantea a la psicoterapia como un tratamiento, teniendo un objetivo claro en la búsqueda de la salud, y una técnica terapéutica que se ocupa de los conflictos del aparato psíquico y sus alteraciones, que se manifiestan en sentimientos, pensamientos, o conductas que causan angustia o sufrimiento, por lo que se pretende ayudar al paciente a lograr un adecuado funcionamiento del aparato psíquico del sujeto.

Por lo que podrían ser consideradas como psicoterapia solo aquellos tipos de influencia caracterizados por: una persona que cura, es decir, un profesional capacitado y socialmente autorizada; por una persona que sufre, es decir que presenta un problema que no ha sido capaz de resolver por sí misma; y por una serie de contactos circunscritos, más o menos estructurados, que intenta producir ciertos cambios en el estado emocional, las actitudes y la conducta del que sufre (paciente), (Frank, 1961 en Feixas y Miró, 1993).

2.1.1 ANTECEDENTES DE LA TERAPIA

Los problemas, la desesperación, la angustia y el sufrimiento tanto físico como emocional son algunas de las causas que llevan a las personas a buscar ayuda psicoterapéutica (Dupont, 2000).

Por lo que la psicoterapia surge ante la necesidad de ayudar al ser humano en sus aspectos emocionales, anímicos o intelectuales en conflicto, pues todo lo que el ser humano experimenta como perturbador es enfermedad y necesita del apoyo de un tratamiento (Knobel, 1987).

Los comienzos de la psicoterapia profesional se suele tomar como fecha de referencia la aparición de la primera obra de Sigmund Freud. La interpretación de los sueños, o la publicación de Freud y Breuer acerca del famoso caso de Anna O. Acerca del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, 1893, o el año 1895, que corresponde a estudios sobre la histeria, donde se expone aquel caso junto con otras observaciones. Estos escritos son el acta de nacimiento de un abordaje psicoterapéutico que pronto habría de difundirse con el nombre de "psicoanálisis", tanto que en las primeras décadas de este siglo "psicoterapia" y "psicoanálisis" Freudiano se solían considerar idénticos. Así, podría decirse que la doctrina de Freud ha ejercido y ejerce un poderoso influjo sobre el desarrollo de la psicoterapia en general (Kriz, 1990).

El desarrollo de las ciencias psicológicas se inicia en el laboratorio, en la observación y en la experimentación. Para muchos autores, la psicoterapia aparece como una secuencia natural y lógica del psicoanálisis, gracias a la contribución de Franz Alexander y Thomas M. French (en Knobel, 1987) quienes empiezan a hablar de una “terapia psicoanalítica” como algo diferente del psicoanálisis.

La psicoterapia tiene su origen en un punto de vista psicoanalítico que considera tanto a la patología como a la incapacidad para alcanzar el propio potencial como fracasos en la comprensión del pasado. A través de la terapia se puede tratar de aprender esto (Phares, 1996).

Por lo que se podría decir que la psicoterapia es una herramienta que ofrece el marco de trabajo adecuado para acercarse a problemas y resolverlos (Dupont, 2000). Claro está que un parámetro de importancia fundamental es el de restablecer el equilibrio psíquico, en el grado en que las diversas circunstancias de edad, modalidades del aparato psíquico, gravedad de la patología y particularidades situacionales lo permitan (Aisenson, 1986).

Por lo consiguiente la situación terapéutica se caracteriza por estar dentro del contexto de una relación profesional, frecuentemente en el marco de una situación de intervención clínica o comunitaria. Inciden en su especificación las características peculiares de la institución (finalidad y estructura, clases de intervención que ofrece, orientación teórica de las mismas, etc.), del paciente (características sociodemográficas, tipo y gravedad del trastorno, rasgos de personalidad y aptitudes, actitudes y motivación hacia la terapia y el terapeuta), y del terapeuta (características sociodemográficas, personalidad orientación teórica, experiencias, etc.), (Ávila y Poch, 1994).

2.1.2 PAPEL DEL TERAPEUTA

Wolber (en Knobel, 1987) señala que en este tratamiento participan: el terapeuta y el paciente.

El terapeuta, a diferencia de un amigo o un consejero, proporciona un espacio seguro, neutro y confiable, en el cual lo íntimo, lo desconocido y lo personal se explora de una manera tal, que el paciente es cada vez más capaz de verse a sí mismo, ubicando también la manera en que los otros lo ven. El individuo puede hablar de sus miedos, inseguridades, defectos y cualidades, con la garantía de que no serán revelados a alguien más y de que el terapeuta no antepondrá ningún juicio de valor al escucharlo, ni el paciente perderá o ganará su afecto al hablar de ellos (Dupont, 2000).

El **terapeuta** debe ser una persona entrenada, es decir que para practicar la psicoterapia una persona debe estudiar, aprender, formarse dentro de un marco referencial teórico y adquirir una experiencia práctica y supervisada (Knobel, 1987). Por lo que, para poder desempeñar su labor, los psicoterapeutas necesitan poseer conocimientos específicos sobre los procesos de aprendizaje, la dinámica de la personalidad, los procedimientos y técnicas de la evaluación psicológica, la psicopatología, los principios de la interacción social, los procesos cognitivos y emocionales, el desarrollo durante el ciclo vital, etc. (Feixas y Miró, 1993). Además debe tener la habilidad de captar las diferencias individuales y respetar las diversas personalidades, es decir, debe mostrar tolerancia para los demás. Desde el punto de vista psicoanalítico se considera imprescindible la realización de un psicoanálisis personal y didáctico antes de que el futuro terapeuta pueda ejercer como tal, pues no debe tener dificultades emocionales serias, dado que le llevarían a verse envuelto en las dificultades del paciente, a desaprobarlo, a obligarlo a elegir direcciones erróneas o a mostrarse ciego ante sus defectos. Pues se considera la tarea del terapeuta el descubrir cual es la dirección que el paciente tiende naturalmente a seguir, y luego ayudarlo a avanzar por ese camino con mayor eficacia (Maslow, et al 1965). Ya que, el proceso de la terapia se diseña no para cambiar a los pacientes sino para ayudar a los pacientes a que se cambien a sí mismos (Strupp y Butler, en Feixas y Miró, 1993). Para ello se requiere de una actitud permisiva por parte del terapeuta, es decir, una escucha de todo sin condenar, censurar o escandalizarse. Tal actitud proporciona al paciente la seguridad y confianza de que puede decir lo que desee sin que se le reprenda o pierda el respeto o el afecto

por parte del terapeuta (Feixas y Miró, 1993). Por otra parte, la característica más relevante del papel de terapeuta es que intenta ayudar al paciente. En un sentido general, es obvio que todo terapeuta tiene que formular alguna hipótesis acerca del problema del cliente y tomar decisiones acerca de qué hay que hacer primero y qué hay que hacer después, por lo que el terapeuta necesita funcionar a partir de algún modelo terapéutico (Feixas y Miró, 1993). No podemos olvidar que toda psicoterapia está basada en una teoría y en una técnica (Dupont, 2000).

2.1.3 PAPEL DEL PACIENTE

La otra persona es el **paciente**, o sea, quien busca la ayuda. Tomando en cuenta de que sólo se puede ayudar a quien quiere ser ayudado, aunque esto sea temporariamente inconsciente. Asumir un papel real de persona enferma es el primer paso para poder aceptar un tratamiento de manera eficaz. Se debe respetar a esa persona, y ello se logra a través de la aceptación de su sí-mismo, de su totalidad y de su sufrimiento (Knobel, 1987). El paciente solicita la ayuda del terapeuta, y lo considera superior porque es él, y no el terapeuta, quien está enfermo (Maslow, et al 1965). Por lo que el paciente es cualquier persona que siente la necesidad de realizar cambios en su forma de relacionarse consigo mismo y con el mundo; cambios que no puede realizar por sí mismo, ni recurriendo a las fuentes naturales de ayuda existentes en la comunidad, y que requieren la ayuda de una persona especialmente preparada (Feixas y Miró, 1993).

2.1.4 RELACIÓN TERAPÉUTICA

En psicoterapia, se da la **relación terapéutica**, que aun cuando tenga un profundo contenido humano, no puede dejar de ser esencialmente profesional, donde no debe de existir ningún otro tipo de relación, ya sea comercial, profesional o personal, fuera de las sesiones terapéuticas (Knobel, 1987). Así pues, la relación que se da entre paciente y terapeuta es profesional pues el

terapeuta se interesa genuinamente por el paciente, pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas; es asimétrica, porque se inicia a partir de la demanda del cliente y se centra en sus necesidades. Además, se le retribuye al terapeuta por su trabajo. Asimismo, al ser una relación profesional, la relación terapéutica requiere una estructuración específica, se habla entonces de un **encuadre** terapéutico para hacer referencia al conjunto de reglas fijadas por el terapeuta para hacer viable la psicoterapia. Es decir, se refiere a los acuerdos compartidos y no coercitivos, formales o informales, entre el terapeuta y los pacientes (Díaz Portillo, 2000). Estas incluyen los honorarios, la duración y frecuencia de las sesiones, el lugar donde se realizan, las vacaciones, así como cualquier otro detalle que afecte el desarrollo de la psicoterapia (Feixas y Miró, 1993).

Anzieu (1978) resume los elementos del contrato y encuadre en cinco reglas: 1) verbalización; 2) del aquí y ahora; 3) de abstinencia; 4) de restitución y 5) de discreción.

2.1.5 ALIANZA TERAPÉUTICA Y VÍNCULO

Bordin (en Feixas y Miró, 1993), afirma que una adecuada **alianza terapéutica** es un factor de cambio esencial en todas las formas de psicoterapia. Un primer componente de esta alianza es el **vínculo** establecido entre cliente y terapeuta. La calidad de este vínculo determina el tono emocional de la vivencia que el cliente tiene del terapeuta, que influye en su colaboración en el proceso terapéutico.

La calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos es una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico y, de hecho, la investigación en psicoterapia indica que resulta ser un aspecto determinante de la eficacia de la terapia (Corbella y Botella, 2003).

El propio Freud, en su trabajo de 1912 *The Dynamics of Transference*, planteó la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para

permitir que la parte más saludable de este estableciera una relación positiva con el analista (Corbella y Botella, 2003).

Zetzel (1956 en Corbella y Botella, 2003) distinguió entre transferencia y alianza sugiriendo que la alianza era la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el *insight* y el uso de las interpretaciones del terapeuta para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta.

Dentro del marco Psicodinámico, Hartley (en Corbella y Botella, 2003) definió la alianza psicoterapéutica como una relación compuesta por la “relación real” y la “alianza de trabajo”. La relación real se refiere al vínculo entre cliente y terapeuta mientras que la alianza de trabajo se refiere a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente hacia los objetivos previstos.

Ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente eran las tres características fundamentales que debía tener el terapeuta según Rogers (en Corbella y Botella, 2003) para establecer una relación terapéutica efectiva con el cliente.

Desde la modificación de conducta clásica se planteaba la terapia como un proceso en el que el paciente aprende o modifica ciertas conductas o hábitos, por lo que se postulaba que la calidad técnica de las intervenciones del terapeuta era el elemento esencial (Corbella y Botella, 2003)

De este modo se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modula la relación (Corbella y Botella, 2003).

Los **objetivos** de la terapia, se presentan cuando el paciente y el terapeuta orientan sus esfuerzos en la misma dirección. A veces, el cliente presenta un síntoma y está más interesado

en resolverlo que en entender sus orígenes y causas. Si la meta del terapeuta es un análisis profundo del problema y sus orígenes, probablemente la alianza terapéutica no será muy buena (Feixas y Miró, 1993).

El vínculo, el acuerdo en los objetivos y en las tareas, se influyen mutuamente. Si el terapeuta concuerda con el paciente acerca de los fines de la psicoterapia y con los medios de alcanzarlos, es mucho más probable que sienta que el terapeuta puede serle de ayuda y le comprende (Feixas y Miró, 1993).

Cuando se habla de **procesos terapéuticos** en sentido amplio, se hace referencia al conjunto de procesos psicosociales que tienen lugar desde el inicio al fin de la psicoterapia. La concepción del proceso terapéutico depende, en gran medida, del modelo psicoterapéutico que se adopte (Feixas y Miró, 1993).

2.1.6 SUPERVISIÓN

La **supervisión** del trabajo terapéutico consiste en una consulta de un caso a un terapeuta considerado más experto, sea por su mayor experiencia, prestigio, o simplemente por la distancia en la que se sitúa al no estar implicado directamente en el caso. Se distinguen dos tipos de supervisión, la directa en la que el supervisor observa desde un monitor o espejo unidireccional el trabajo del terapeuta, y la supervisión indirecta, opción mucho más frecuente donde la consulta de supervisión la realiza con posterioridad y parte del relato del terapeuta (Feixas y Miró, 1993).

De acuerdo al Diccionario de la Lengua Española, en su Vigésima segunda edición (en Yussif, 2007), "**supervisión**" es la acción y efecto de supervisar; supervisar significa ejercer la inspección superior en trabajos realizados por otros.

Para Ginberg (en Yussif, 2007), el principal objetivo de la supervisión es lograr que el estudiante adquiera los conocimientos y la destreza necesarios para que se desempeñe lo más adecuadamente posible en su labor como psicoterapeuta y considera que, lo primordial será que aprenda a escuchar a su paciente, a tener la capacidad de observar lo que ocurre en la sesión, a comprender y a sacar conclusiones, así como a formular interpretaciones valiéndose de su equipo propio.

El conocimiento se transmite a través de la supervisión, el análisis personal y los seminarios teóricos. Ya que, para hacer psicoterapia no basta con estudiar o asistir a cursos, sino que es también necesaria la práctica supervisada (González de Rivera, 1994). Diversos autores mencionan que supervisar es un requisito formativo para el futuro psicoterapeuta y un privilegio para el experto (Yussif et al 2006).

Existen dos tipos de supervisión (Yussif et al 2006): la individual y la grupal. En esta última se presentan uno o varios casos clínicos para estudiar su proceso, la estructura psicodinámica del caso, la técnica, las posibles intervenciones, los obstáculos, las resistencias y los bloques derivados de la transferencia y de la contratransferencia. Durante el proceso de la supervisión, se enriquece y privilegia tanto, al que observa, como el que presenta su material clínico.

Es importante señalar que el espacio de supervisión no tiene fines terapéuticos, no se promueve la regresión en el supervisado, la interacción se da en un nivel adulto entre colegas (Yussif et al 2006).

El trabajo de supervisión propicia la adquisición de habilidades estratégicas para el psicólogo clínico, como son: la atención de los procesos inconscientes, el incremento de su capacidad de insight, la percepción de la ansiedad, así como la detección de la respuesta contratransferencial (Yussif et al 2006).

2.1.7 CLASIFICACIÓN DE LAS TERAPIAS

Korchin (en Ávila y Poch 1994) ha insinuado que hay tantas psicoterapias como psicoterapeutas. Wolberg (1965), en su revisión de la técnica de la psicoterapia reúne 27 definiciones para la psicoterapia. Reisman (en Wolberg 1977), clasifica las definiciones de psicoterapia en cuatro ejes:

- ❖ **Objetivos** En la cual la psicoterapia es vista como un método de tratamiento que intenta aliviar los trastornos de naturaleza psicológica.
- ❖ **Procedimientos** En esta se trata de describir la psicoterapia como una serie de procedimientos psicológicos, generalmente estructurados en torno a la comunicación verbal como método para la modificación de los desajustes de personalidad.
A través de un entrenamiento y experiencia tiene una preparación para ayudar a que el paciente supere la molestia que ha motivado el deseo de tratamiento. Para ello, el terapeuta deberá contar con ciertas habilidades que le permitan comprender la perturbación del cliente y luego interactuar con él de tal forma que aprenda a manejar sus problemas actuales de una manera más eficiente y útil.
- ❖ **Profesionales**
- ❖ **Clase de relación** Es considerada una “clase especial de relación interpersonal” en la que se dan experiencias únicas de aprendizaje social.

2.1.8 PROPÓSITOS DE LA PSICOTERAPIA

Estos son algunos propósitos básicos de la psicoterapia que proponen Sundberg y Tyler (en Ávila y Poch, 1994) , entre los que se incluyen los siguientes: fortalecer la motivación del paciente para hacer las cosas “correctamente”; reducir la presión emocional, facilitar la

expresión de sentimientos; liberar el potencial de crecimiento; cambiar hábitos de conducta; modificar la estructura cognitivo personal; obtener un mayor conocimiento de sí mismo; facilitar la comunicación y las relaciones interpersonales; lograr un mayor conocimiento que facilite la toma de decisiones; alterar estados corporales disfuncionales; modificar estados de conciencia, y cambiar el entorno social. Así como, hablar de un aumento de los sentimientos de autoestimación y de seguridad en el paciente; la liberación de ciertos impulsos hasta entonces reprimidos; favorecer el insight; así como una mayor autoaceptación, la cual consiste en aprender a aceptarse a sí mismo tal y como se es; y finalmente una mayor integración y tendencias a metas positivas (Maslow, et al 1965).

Slavson (1976) considera como elementos comunes a toda psicoterapia los siguientes: 1) relación (transferencia); 2) catarsis; 3) *insight*; 4) prueba de realidad, y 5) sublimación.

2.1.9 CLASIFICACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS SEGÚN SU MODALIDAD

- | | | |
|------|--------------------------------------|---|
| I. | según el ciclo vital de los sujetos: | <ul style="list-style-type: none">- niños/as- adolescentes- adultos- ancianos |
| II. | según el nivel de agrupación: | <ul style="list-style-type: none">- individual- pareja- familia- grupo- institución |
| III. | según la duración: | <ul style="list-style-type: none">- Psicoterapias breves- Psicoterapia de duración definida.- Psicoterapia de duración media.- Psicoterapia de larga duración. |
| IV. | según la finalidad: | <ul style="list-style-type: none">- Intervención en crisis- Psicoterapia focal- Psicoterapia de apoyo. |

Ávila y Poch, (1994) p. 24

Existen tres tipos de psicoterapias Wolpe, (en González 1999).

- Terapia de soporte o de apoyo. Cuyos objetivos son el reforzamiento de defensas existentes, la elaboración de nuevos y mejores mecanismos de control y la restauración de un equilibrio adaptativo.
- Terapia reeducativa. Sus objetivos son hacer insight de conflictos conscientes, realizando deliberados esfuerzos de reajuste y modificar las metas de manera objetiva para vivir de acuerdo con los potenciales creativos existentes.
- Terapia reconstructiva. Es lograr el insight de conflictos inconscientes mediante esfuerzos para extinguir alteraciones estructurales del carácter, y desarrollar y expandir tanto la personalidad como nuevas potencialidades de adaptación.

Una característica principal para diferenciar a la psicoterapia de apoyo, la reeducativa y la constructiva, es el grado de *insight* al que es llevado el paciente. En la terapia de apoyo, la cantidad de *insight* es mínima. En la terapia reeducativa esto es más extenso, pero enfocado a problemas relativamente conscientes y actuales. En la terapia reconstructiva, el *insight* intenta hacer consciente al individuo de sus conflictos inconscientes y sus derivados, los cuales le producen dificultades en sus relaciones interpersonales y un abatimiento de defensas y modos de ajuste; para modificar a estos últimos, haciéndolos más adaptativos y satisfactorios a la personalidad del paciente.

Modalidades y finalidades de la psicoterapia.

Finalidades de la Psicoterapia.	Psicoterapia
Conocer y resolver conflictos inconscientes	Tratamiento psicoanalítico
Ayudar a la auto aceptación	Terapia no directiva
Integrar sentimientos en conflicto	Terapia Gestalt
Dar significado a la existencia	Terapia existencial
Eliminar ideas irracionales	Terapia cognitiva
Aprendizaje de técnicas de afrontamiento de situaciones de estrés.	Terapia racional-emotiva
	Terapia de conducta

Elaborado a partir de Kendall y Norton-Ford 1982 en Ávila y Poch, 1994. p. 20

Se ha mencionado en los cuadros anteriores que hay diferentes tipos de psicoterapias tales como: la terapia individual, de pareja, familiar y de grupo. Para dicha investigación la terapia de grupo es de interés por lo cual empezaremos diciendo que los seres humanos somos seres sociales, por lo que crecemos y nos desarrollamos en distintos tipos de grupos como la familia, la escuela, los amigos, el trabajo, etc. Por lo que la psicoterapia de grupo aporta la presencia social de los "otros" y permiten que aparezcan más fácilmente los problemas interpersonales en un ámbito de tratamiento donde no sólo causan sufrimiento y conflicto, sino que pueden empezar a entenderse y resolverse. Por lo que unirse a un grupo es útil al proveer la oportunidad de aprender, con y de los otros; entender nuestros propios patrones de sentimientos, pensamientos y conductas y los de otros, y percibir cómo cada uno de los miembros de los grupos reaccionan ante los demás (Bello y Winkler, 1997).

2.2 ¿QUÉ ES UN GRUPO?

Ahora bien, ¿Qué es un grupo? Un grupo según Moliner, M. (en Díaz Portillo, 2000) es un conjunto de cosas o personas, pluralidad de seres o cosas que conforman un conjunto.

Albion Small (en Díaz Portillo, 2000), considera que: el termino grupo es una designación sociológica conveniente para indicar cualquier número de personas, grande o pequeño, entre las cuales se han establecido tales relaciones que sólo se puede imaginar a aquellas como un conjunto; un número de personas cuyas relaciones mutuas son tan importantes como para que demanden nuestra atención.

Kadis, A. et al., (1969), encuentra en los grupos relaciones interaccionales, interpersonales, afectivas y un propósito común, que en el grupo terapéutico es la cura.

A lo largo del proceso de crecimiento normal, en nuestra cultura el individuo cae bajo la influencia de ocho tipos de grupos básicos. Donde cada uno de ellos hace aportes específicos a la formación de la personalidad (Slavson, S. R. 1976).

Las relaciones grupales según Slavson (1976) son un requisito fundamental de una personalidad sana que indica un psique bien equilibrada, pues mediante las relaciones grupales pueden los individuos obtener un mayor beneficio y satisfacción.

El grupo natural primario internalizado es la familia (Ayala, et al. 1986). De ahí, cuando el individuo entra al mundo extrafamiliar, su actitud depende de la capacidad de adaptación adquirida en el hogar. Si las relaciones interpersonales que estableció en la familia concuerdan con las normas existentes, su adaptación se facilitara (González Núñez, 1999).

PRINCIPALES CONTRIBUCIONES DE LOS DIVERSOS GRUPOS AL
DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD (Slavson, S. R. 1976).

Orden	Grupo	Principal contribución
1	Familia	Aceptación, amor incondicional.
2	Grupo de Juego	experimentación social (socialización)
3	Escuela	Expresión creadora y dinámica
4	Del Mismo Sexo	Identificación (socialización), afirmación sexual.
5	Heterosexual	Adaptación heterosexual.
6	Ocupacional	Adecuación social, seguridad económica.
7	Voluntario Adulto	aceptación social (socialización)
8	Familia	Apareamiento, paternidad, autoperpetuación.

2.2.1 CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS

- Primarios = los miembros están ligados por lazos emocionales cálidos, íntimos y personales, tienen contactos directos y espontáneos, además son vitalmente interdependientes, satisfacen las necesidades básicas. Y tienen la función de ofrecer entrenamiento, sostén y oportunidad para lograr intimidad y respuesta emocional (González Núñez, 1999).

- Secundarios = las relaciones entre los miembros son impersonales, racionales, establecidos, formales. A este tipo pertenecen las asociaciones profesionales, los grupos sociales, equipos de trabajo, las organizaciones burocráticas y el estado (González Núñez, 1999).

Según su organización pueden ser considerados grupos:

- estructurados y
- no estructurados.

Kissen (en González Núñez 1999) sostiene cuatro postulados acerca de la existencia de los grupos:

1. Los grupos existen y existirán dada la propia naturaleza del hombre. Éste es un ser social que gusta de convivir, vivir, divertirse, trabajar, descansar y muchas otras actividades grupales.
2. Cuando las personas se reúnen en grupos, movilizan fuerzas que poseen gran importancia y repercusión para los individuos que los conforman.
3. Los grupos pueden ejercer una influencia positiva sobre los individuos, sobre todo aquéllos en los que hay amor y cultura, pues las personas reunidas siempre salen beneficiadas. Sin embargo, existen grupos que pueden estancar o resultar negativos en alguna forma y son aquéllos en los que no existe ni amor ni cultura sino que predomina la agresión o la maldad de alguno de los miembros.
4. La dinámica de los grupos, bien llevada, favorece el desarrollo ideal del yo, pues no solo ayuda a fortalecer al yo y al superyó sino que también le da forma y contenido a los valores, a los ideales y a las aspiraciones sublimatorias más nobles del ser humano.

2.2.2 PROPIEDADES DE LOS GRUPOS

Además de características, los grupos poseen propiedades referidas a los factores que éstos puedan o no tener, González Núñez (1992) menciona las siguientes propiedades:

- Los antecedentes individuales de los miembros del grupo. Se refiere a los factores que el grupo puede o no tener. Los antecedentes favorecen la tarea diagnóstica.
- *Atmósfera*. Puede concebirse como la disposición de ánimo, tono afectivo o sentimiento que está presente en los integrantes del grupo que, a su vez, conforman la atmósfera grupal. El tipo de atmósfera que proporciona el grupo puede ser cálida, permisiva, democrática, etc.
- *Esquema o patrón de participación*. Se determina por la dirección de las relaciones existentes dentro del grupo y por el grado de participación de los miembros en los asuntos grupales. Puede ser unidireccional, si la participación va del coordinador hacia los demás integrantes del grupo. O, bidireccional, si el coordinador dirige a los participantes y éstos a su vez se comunican con él. Es multidireccional cuando los miembros del grupo se comunican unos con otros, a la vez que se comunican con el coordinador.
- *Capacidad de autodirección*. Se refiere a la disposición que tiene el grupo para regularse a sí mismo y dirigirse hacia la meta, para lo cual es necesario que los miembros hayan incorporado los principios del grupo y adoptado actitudes democráticas.

- Interestimulación. Fenómeno de activación recíproca que se presenta entre las personas que tienen un objetivo en común y luchan juntos para alcanzarlo mediante sus conductas, pensamientos y actitudes.
- Inducción mutua. Se enfatiza especialmente en los factores de índole emocional. Los miembros del grupo se inducen, ya sea de forma consciente o inconsciente, de forma verbal o preverbal.
- Asimilación. Es una tendencia de los grupos que favorece la socialización. El grupo va a controlar y apropiarse de las características personales del individuo, formándose así un grupo sumamente cohesivo.
- Polaridad. Es una manifestación dinámica de un grupo. Casi todos los grupos están polarizados en torno de una persona, una idea, un problema o bien una meta.
- Voluntad y beneplácito. La eficiencia de un grupo se basa en la voluntad y beneplácito de los miembros por pertenecer a él.
- Identificación. Las identificaciones se dan en todos los grupos; pueden ser positivas o negativas, dependiendo de las características emocionales de los participantes. El aspecto físico, los antecedentes personales, experiencias, forma de pensar, de actuar, etc., son factores que favorecen las identificaciones. La identificación es inconsciente.
- Cohesión. La cohesión de un grupo puede definirse como la cantidad de presión ejercida sobre los miembros del mismo para que estos permanezcan en él. Es la resultante de las fuerzas que actúan sobre sus miembros para que éstos muestren un sentido de pertenencia y contribuyan a la existencia del mismo.

- Meta común. Para que un grupo se reúna, se da por sentado que hay una meta común. La meta común capta y mantiene la conducta respetando las metas individuales de cada uno de los miembros del grupo.

- Tamaño y función. La función del grupo y su tamaño se encuentran estrechamente relacionadas, ya que al aumentar o disminuir el número de participantes se ven afectados los patrones de participación y la interacción. De acuerdo con su tamaño, los grupos pueden clasificarse de la siguiente manera:
 1. Díada (grupo de dos).
 2. Triada (grupo de tres).
 3. Cuaterna (grupo de cuatro) y así sucesivamente hasta llegar a ocho miembros.
 4. grupos mayores de ocho miembros
 5. la masa

2.2.3 DEFINICIÓN DE GRUPO TERAPÉUTICO

¿QUÉ ES UN GRUPO TERAPÉUTICO?

O'Donnell, P. (en Díaz Portillo, 2000) caracteriza al grupo terapéutico como una organización microsocial objetivamente descriptible; reunión de personas organizadas y en un tiempo y espacios determinados, que tienen como objetivo la revelación y transformación de las conductas inadecuadas de sus integrantes y el descubrimiento y afirmación de conductas sanas. Es la sumatoria de los grupos internos de sus integrantes. El grupo psicoterapéutico (microgrupo), reproduce las características del contexto socioeconómico (microgrupo). Es un sistema abierto que permite el estudio de la psicología social psicoanalítica. Sus normas son producto de las reglas familiares y sociales. Los dinamismos grupales no pueden entenderse sólo mediante los

conceptos psicoanalíticos. Se requiere de los enfoques interaccionales, comunicacionales, psicodramáticos, etc.

Grinberg, Langer y Rodrigué, (en González Núñez, 1992) definen como psicoterapia de grupo al conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de común acuerdo entre terapeuta y pacientes y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común, la curación. Los miembros del grupo desempeñan inconscientemente determinados roles o funciones en estrecha relación de interdependencia. Mientras sus roles están sujetos a cambios continuos, el terapeuta desempeña el papel del líder formal del grupo. Esto no impide que simultáneamente el grupo adjudique, tanto a él como a los observadores, las más diversas funciones y roles.

De acuerdo con Slavson (1976), el objetivo de la verdadera psicoterapia grupal es lograr un cambio intrapsíquico relativamente permanente, más que tan sólo aliviar los síntomas o mejorar la conducta.

2.3 TERAPIA DE GRUPO DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Ahora bien, se pondrá mayor énfasis a la **Terapia De Grupo De Orientación Psicoanalítica**, dado que es de interés para este trabajo. Abordando que no se puede dudar de la influencia que tiene en nuestras vivencias el complejo entorno al que pertenecemos, sea este familiar, social o cultural. La psicoterapia de grupo se basa en la premisa de que los problemas originados en grupo también pueden tratarse eficazmente en grupos. En consecuencia, los grupos pueden operar como artífices y moldear a las personas en sus fantasías más arcaicas, sus patrones primitivos de respuesta y su forma de ser (Palacios, 1975).

Foulkes (1981) creía que el ambiente del grupo permitía que el paciente se pusiera de acuerdo con su propia naturaleza, lo cual suponía un desafío y la oportunidad de descubrir y transformar su propia naturaleza a medida que el mismo grupo, lentamente, transformaba su propia

naturaleza por efecto de la maduración de la matrix grupal. Entendía que la enfermedad mental y emocional tiene una base social que surge a partir de las experiencias tempranas del individuo en su familia, la cual, a su vez, está inmersa en su propia historia generacional e imbricada en la matrix de la sociedad en su sentido más amplio.

La utilización eficaz de los principios psicoanalíticos en la terapia de grupo se centran en: la transferencia generada en el ámbito multipersonal del grupo y la oportunidad para el estudio de temáticas individuales en el encuadre grupal. Hoy en día, se acepta que la transferencia si se da en el marco del grupo, aunque de forma diferente a la terapia individual. La transferencia dirigida a los pares se instala más rápidamente y con más intensidad que las transferencias hacia la figura del terapeuta (Pichon-Rivier, 1975). Aunque es cierto que en el grupo no se dispone de mucho tiempo para la exploración intensiva de las historias individuales, no es menos cierto que el grupo ofrece muchas más oportunidades para comparar y contrastar las percepciones presentes con las experiencias pasadas. En general, los principios psicoanalíticos son aplicables a la terapia de grupo, pero con algunas variaciones respecto de la terapia de orientación psicoanalítica individual y el psicoanálisis propiamente dicho (Scout, 1996).

2.3.1 HISTORIA

Aristóteles presto mucha atención a la naturaleza de los seres humanos como animales sociales. No obstante, no fue sino hasta comienzos del siglo XX cuando los psicólogos sociales empezaron a tomar en cuenta el poder de los grupos (Scout, 1996).

El estudio analítico de los grupos se inicio con la psicología de las masas y el análisis del yo de Freud, quien afirma que la vida mental del individuo incluye invariablemente al otro como modelo, objeto ayuda u oponente (Díaz Portillo, 2000). También Freud postuló que el grupo se forma a partir de la adopción del líder como yo ideal. Además, indicó que para que un grupo se

forme hace falta un propósito y la emergencia de un líder neto, para lo cual planteó la hipótesis de que los miembros del grupo establecen vínculos libidinales con el líder (Ayala, et al. 1986).

La historia del grupo propiamente dicha se inicia con Joseph Pratt, un internista que reunía a grupos de pacientes tuberculosos para economizar tiempo. Este método era educativo, basado principalmente en seminarios de lecturas, pero pronto fue reconocida como intervención de factores emocionales (Hans, 1968). Edward Lazell, adoptó el método grupal de Pratt para trabajar con esquizofrénicos en el hospital de St. Elizabeth de Washintong, el cual se basaba en discusiones de grupo con orientación psicoanalítica además de lecturas de apoyo (Scheidlinger, en Kaplan y Sadock, 1996). Trigant Burrow (en Scout, 1996) quien trataba a pacientes neuróticos en grupo, fue el primero en utilizar el término "análisis de grupo".

Alfred Adler (en Portuondo, 1982) introdujo el método de los grupos en su clínica de conducta de Viena. Julios Metzger, es pionero del trabajo grupal con pacientes alcohólicos en 1927, y Jacob L. Moreno, es quien fundo la escuela de psicodrama y reconoció que "un individuo se convierte en agente terapéutico de otro" (Hans, 1968).

Paul Schilder (en Scheidlinger, 1996) aplicó los principios psicoanalíticos a la terapia de grupo debido a su sistemática interpretación tanto de la transferencia como de los sueños en su trabajo con pacientes ambulatorios en el departamento de Bellevue Hospital de Nueva York. Por otra parte, Louis Wender (1936) se inició en el contexto de pacientes ingresados, combinando conceptos Freudianos sobre la psicología de grupos con interpretaciones de la transferencia como de los sueños.

En 1937 S. R. Slavson (en Portuondo, 1982) comienza sus experiencias con grupos al poner en marcha la terapia de actividad grupal que se orienta a la expresión de la fantasía y sentimientos mediante acción y juego.

Alexander Wolf y Emanuel Schwartz, que en 1962 publicaron psicoanálisis en grupos. Wolf desarrolló en la década de 1930 un abordaje freudiano para terapia de grupo con adultos, para lo cual hacía uso de un derivado de la asociación libre, incluyendo el análisis de la transferencia, la resistencia y los sueños. Wolf y Schwartz subrayaban la importancia de centrarse en los individuos dentro de la terapia de grupo (Scheidlinger, en Kaplan y Sadock, 1996).

Se puede decir ahora, que hace más de 30 años la psicoterapia de grupo ha ido invadiendo los continentes entre los que sobresalen Norteamérica, Canadá, Inglaterra, Francia y Argentina (Scout, 1996).

2.3.1.1 DEFINICIÓN DE LA TERAPIA DE GRUPO DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

La psicoterapia de grupo es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes (Yalom y Vinogradov, 1996).

S. R. Slavson (en Stern, 1965) dice que la psicoterapia de grupo es un método clínico para el tratamiento de los trastornos intrapsíquicos de las personas que padecen dificultades afectivas, adaptación social deficiente y enfermedades psíquicas.

El grupo terapéutico está conceptualizado como una totalidad. Por su tamaño es un grupo primario (Coderch, 1987), cara a cara. Por su duración es un grupo transitorio, pues aunque sea un grupo abierto en el que entra y salen pacientes, ya sea porque dan por terminada su psicoterapia o porque la abandonan, y a pesar del horario mantenido por el psicoterapeuta por muchos años, cada que sale o entra un paciente al grupo se conforma uno nuevo. Por su formación es un grupo artificial, los miembros del grupo fueron puestos ahí por el terapeuta, no como la familia que es un grupo natural porque ahí nacen sus miembros. En cuanto a sus metas es un grupo de crecimiento y desarrollo personal. Es terapéutico porque ayuda a quitar, detener o descubrir

síntomas, principalmente problemas de índole emocional, y pueden ser útiles para trabajar con niños, adolescentes y adultos utilizando diversos estilos de diagnóstico (González Núñez, 2002).

Los principios fundamentales de la teoría psicoanalítica se han mantenido constantes desde las primeras hipótesis de Freud. Por lo tanto, la teoría psicoanalítica postula que:

- a) Existe un determinismo psicológico,
- b) Hay procesos inconscientes,
- c) La conducta humana es dinámica y orientada hacia un fin,
- d) El desarrollo humano es epigenético y
- e) Las funciones mentales están en acción en todo momento.

En la terapia de grupo, tanto la interacción paciente-paciente como la interacción paciente-terapeuta, se utilizan para efectuar cambios en cada uno de los miembros del grupo. El grupo mismo, así como la aplicación de técnicas específicas y la realización de intervenciones por parte del terapeuta cualificado, sirve como instrumento de cambio (Yalom y Vinogradov, 1996).

Las técnicas fundamentales del psicoanálisis se aplican por igual al tratamiento individual y de grupo (Alonso y Swiller, 1995). Las técnicas surgen siempre a partir de la teoría (Scout, 1996).

En general, se puede decir que aquí el psicoanalista intenta ayudar a sus pacientes a ganar conciencia sobre aspectos de sí mismo de los que no sólo son inconscientes sino que también intenta, no concientizar, porque estos le provocarían dolor. De tal manera que es de vital importancia sentar una buena alianza de trabajo con el paciente (Greenson en Scout, 1996).

El arte del psicoanálisis radica en un adecuado uso de técnicas que permiten acceder al inconsciente tales como: la asociación libre, los lapsus linguae y el análisis de la transferencia, de los sueños y del carácter (Scout, 1996). Además, la psicoterapia de grupo, como toda

psicoterapia de orientación psicoanalítica, comprende seis procesos dinámicos: actitudes de transferencia, catarsis, auto-comprensión, fortalecimiento del yo, examen de la realidad y sublimación.

2.3.2 LA SITUACIÓN GRUPOANALÍTICA (Slavson, S. R., 1976).

1) Condiciones impuestas. Se trata de las condiciones con que el paciente se encuentra, sobre las cuales no puede influir ni es consultado. Debería estar preparado o al menos informado de ellas antes de unirse al grupo, son:

- encuentro con extraños
- la forma específica del grupo
- el carácter de la habitación y la disposición de los asientos
- el círculo
- la posición
- la cantidad de miembros del grupo
- la duración y frecuencia de las sesiones.

2) Normas de conductas requeridas. Se refieren a la conducta que se espera del paciente.

- Regularidad
- Puntualidad
- Discreción
- Abstinencia
- Abstención de contactos externos.
- Abstención de decisiones vitales durante el tratamiento.

2.3.3 TIPOS DE GRUPOS (Portuondo, 1982; Foulkes, 1981; Kadis, 1982).

- a) Cerrados: una vez comenzado el tratamiento no se admiten nuevos miembros, debe comenzar y terminar al mismo tiempo para todos sus miembros. Se distinguen tres tipos de grupos cerrados: grupo de afiliación constante, de prototipo familiar y ocasionalmente re-abiertos. Su principal meta terapéutica es generalmente la resolución de un conflicto común específico o la comprensión de un problema o enfermedad común.

- b) Abiertos: aunque están funcionando se admiten nuevos miembros. Además presentan ciertas características específicas con ciertas ventajas y desventajas: tales grupos pueden perpetuarse indefinidamente, a aquellos miembros que completan su tratamiento y dejan el grupo son reemplazados y se pueden hacer cambios para lograr una composición que facilite el movimiento terapéutico; se pueden iniciar grupos con unos cuantos pacientes, añadiendo otros cuando se desea llenar las necesidades del momento.

Pueden existir distintos tipos de grupos: de neuróticos, de niños problemas, de padres, de trastornos psicosomáticos, de leves alteraciones de la personalidad, de selección de personal, de drogadicción, etc., (Portuondo, 1982).

También existen grupos homogéneos (edad, cultura, nivel social, nivel económico, inteligencia, problemas afectivos, diagnóstico nosológico, raza, etc.) y grupos heterogéneos (Portuondo, 1982).

En el grupo, el paciente puede tener sentimientos de transferencia hacia el terapeuta como sustitutivo de los padres, y al mismo tiempo sentimientos de transferencia hacia uno o más miembros, que corresponden a los sentimientos originariamente orientados hacia sus hermanos. Por lo tanto, la aceptación por parte del grupo significa para el individuo la

aceptación por parte de la familia o de los padres (terapeuta) como ser humano digno de atención y respeto (Stern, 1965). Pues según Slavson, considera que en el grupo el terapeuta representa al padre, el paciente a la madre y el resto de los pacientes a los hermanos (Portuondo, 1982).

Actualmente los clínicos aceptan que la transferencia se da, no sólo verticalmente (por ejemplo, en relación con la autoridad y las figuras parentales), sino también horizontalmente (con los pares) Foulkes y Anthony (en Portuondo, 1982) dice que se desarrolla en el plano actual y personal. Estas transferencias sólo le son accesibles al terapeuta de grupo (Scout, 1996).

Un rasgo esencial de la psicoterapia de orientación analítica consiste en que el paciente tiene la libertad de descargar sus sentimientos de hostilidad acumulados hacia el terapeuta, sin necesidad de temer amenaza y castigo, como ocurría con los padres y demás personas autoritarias (Stern, 1965).

Son seis los temas mínimos que deben ventilarse en toda psicoterapia de grupo: sexualidad (incluyendo el incesto), agresividad, familia, (padres, esposa, hermanos, etc.), culpa, miedo (incluyendo la muerte) y homosexualidad. No es que el psicoterapeuta los imponga, por lo regular ellos son espontáneamente planteados, pero de no ser así, entonces el terapeuta podrá estimular indirectamente su ventilación (Castanedo, 2000).

Foco de atención. La teoría psicoanalítica lleva a una serie de estereotipos relativos al foco de atención del terapeuta (Scout, 1996).

- Pasado-aquí y ahora-futuro. Es cierto que la terapia psicoanalítica mira hacia el pasado para explicar las problemáticas distorsionadas en el aquí y ahora e intenta resolver los problemas de aquí y ahora mediante la resolución de los conflictos inconscientes arcaicos, cuyas raíces se hunden en el pasado.

- Grupo como un todo-relaciones interpersonales-individuos. Se centra en los individuos que constituyen el grupo. Esto no significa que no se tome en cuenta las relaciones interpersonales y el grupo como un conjunto. Sin embargo los terapeutas de grupo con orientación psicoanalítica conectan siempre el comportamiento de cada individuo dentro del grupo con su propia historia personal.
- Relaciones fuera del grupo. No se limita a analizar exclusivamente las relaciones dentro del grupo; aunque éstas son las fundamentales, las otras relaciones (por ejemplo, con los padres, la pareja y los amigos) son útiles para analizar a los miembros constitutivos del grupo.
- Afecto-conocimiento intelectual. También los afectos como las facultades cognitivas son importantes focos de atención para el terapeuta analítico, pero los afectos son primordiales. La comprensión se alcanza después de la plena expresión de los afectos cuando éstos se han colocado en una perspectiva psicológica e histórica. Para que el *insight* sea útil debe darse la integración del afecto y el conocimiento intelectual.
- Proceso-contenido. Se busca centrarse en el proceso antes que en el contenido. El proceso grupal es el corolario de la asociación libre en la relación psicoanalítica diádica.
- Comprensión-experiencia emocional correctora. La oportunidad de estar en un grupo donde uno se siente aceptado, escuchado y valorado es de por sí correctora. Sin embargo, en la terapia psicoanalítica se considera que la comprensión (*insight*) es lo que genera los cambios más estables y duraderos. Los afectos son el vehículo para la comprensión del conflicto subyacente. Lo

cognitivo es importante para establecer vínculos entre las emociones presentes y las pasadas.

2.3.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

El grupo terapéutico dentro de un encuadre psicoanalíticamente orientado es un grupo no estructurado, lo cual indica una ausencia de papeles claramente definidos para el líder o los participantes. Siendo así el encuadre la suma de los elementos de la estructura y dinámica del grupo terapéutico. El cual consta de una serie de normas verbales y no verbales que regulan los encuentros, por lo que el encuadre sostiene y organiza al grupo (Díaz Portillo, 2000).

En el grupo terapéutico la admisión se establece en función de una deficiencia reconocida y admitida. Los miembros no tienen un objetivo común. Puede decirse que la motivación es la misma, mejorar; pero este no es un propósito común. Los pacientes se mantienen ligados por la ansiedad y el conflicto interpersonal, no por una participación que produzca placer. La cohesión grupal obstruye en ocasiones el avance de los pacientes y del grupo, convirtiéndose en una resistencia a analizar. Las interacciones son espontáneas. Se favorece la catarsis. Se interpreta la tensión que surge de la exploración y develación de los significados latentes. La realidad es condicionada, planificada y estructurada por el terapeuta y los encuentros extragrupalos son objeto de exploración e interpretación. No existe un líder. La transferencia es ambivalente, múltiple y objeto de interpretación. La diferencia esencial entre un grupo terapéutico y otro que no lo es, radica en la intervención del terapeuta que descubre lo latente (Díaz Portillo, 2000).

2.3.5 CRITERIOS PARA DIFERENCIAR LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS DE AQUELLOS NO TERAPÉUTICOS

En los grupos terapéuticos el terapeuta no puede servir como la tercera persona implicada en la red emocional grupal; por lo tanto se requiere un mínimo de tres miembros. Los miembros de un grupo terapéutico no tienen un propósito común; no se reúnen para cumplir una función específica de la comunidad, impulsar una causa o promover un interés que todos comparten; ni se reúnen tampoco con miras al placer que surge de las relaciones sociales de entretenimiento. El motivo que los lleva a reunirse es el de lograr alivio para sus sufrimientos y superar las deficiencias que les impiden gozar de la vida y las relaciones humanas, o que al menos interfieren con este propósito. Cada uno de los componentes del grupo se ve así impulsado a lo que, con frecuencia, es una presencia colectiva incómoda, pero aceptada como un medio en su búsqueda de alivio ante la infelicidad, la tensión, el temor y la ansiedad. Puede decirse que los motivos para la concurrencia a los grupos terapéuticos pueden ser los mismos en todos o la mayoría de los participantes, a saber, el de mejorar; pero debido a que cada uno busca su propia salvación, ese motivo no tiene la naturaleza de un motivo común en el sentido sociológico o educacional de esta expresión. Cada uno busca alcanzar su objetivo como individuo, con miras a sus propios fines individuales, y no con miras al beneficio o ventaja del grupo como unidad ni para alcanzar una meta grupal común. Los pacientes tienen efectivamente el mismo propósito común. Este factor, más que ningún otro, impide el surgimiento de la "dinámica de grupo" usual, así como de la cohesión (Slavson, S. R., 1976).

Los grupos terapéuticos se nutren del conflicto interpersonal y de la expresión abierta de hostilidad entre sus miembros, que se hallan en relaciones transferenciales positivas, negativas y ambivalentes entre sí y que constituyen objetos mutuos de proyecciones. Esencialmente, en los grupos terapéuticos, los pacientes se mantienen ligados por la ansiedad y no por una participación que les produzca placer. La

necesidad de cada paciente es la de lograr alivio de esa ansiedad mediante la conversación, el *acting out* y el *insight*. Dado que la psicoterapia se ocupa fundamentalmente de los elementos irracionales o conativos de la psique humana, pues una de las tareas de la psicoterapia es liberar o desencajar la libido de los focos con sobrecatexia, ya se hallen éstos dentro de la persona o en un objeto, de modo que pueda establecerse un equilibrio entre la relación del yo y el objeto; asimismo el fortalecimiento del yo y el establecimiento de defensas adecuadas del mismo; también, el de corregir al superyó, así como el mejorar la autoimagen y la eliminación o la reducción de las ansiedades excesivas, tanto manifiestas como encubiertas, además la situación terapéutica proporciona canales que permiten la libre descarga de los sentimientos negativos sin generar culpa. Esto sólo se asegura cuando tanto el terapeuta como el grupo aceptan y comprenden al paciente (Slavson, S. R., 1976).

Siendo el objetivo expreso de los grupos de terapia, la reparación de la personalidad. La psicoterapia analítica no apunta directamente a descubrir el talento; más bien, puede esto resultar de la liberación de las potencias del yo y del aumento de la autoestima y de la auto-confianza que puede lograrse mediante la psicoterapia (Slavson, S. R., 1976).

Los elementos operativos de la psicoterapia grupal son la transferencia, la catarsis, el insight, la prueba de realidad y la sublimación (Slavson, S. R., 1976).

El grupo terapéutico, no obstante, es una realidad condicionada, planificada y estructurada por el terapeuta, con miras a un objetivo terapéutico y teniendo en cuenta la conveniencia de ese grupo para los participantes. Esto forma parte del "sistema cerrado" de los grupos terapéuticos (Vives, 1991).

Ese condicionamiento no es esencial en los grupos sociales y educativos o de acción, en lo que la incorporación depende de la propia elección sobre la base de algún elemento de homogeneidad (Slavson, S. R., 1976).

La diferencia central en el funcionamiento de los grupos psicoterapéuticos y corrientes se encuentra en el hecho de que en éstos las dinámicas grupales siguen siendo los instrumentos operativos de la sinergia del grupo. En grupos terapéuticos, en cambio, las reacciones individuales se exploran e interpretan en función de los determinantes intrapsíquicos de cada paciente (Slavson, S. R., 1976).

2.3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PACIENTES

De suma importancia para el éxito de la terapéutica de grupo es la selección de los pacientes apropiados para esta clase de tratamiento, y su agrupación de modo que permite un influjo terapéutico entre ellos (Stern, 1965).

Palacios (1975) coincide con los criterios de selección para pacientes que propuso Zimmermann.

- ✓ Estructura de la personalidad. Se evalúa si el paciente puede ser analizado en la situación grupal; resultan idóneos los pacientes con neurosis mientras que se descartan aquellos con paranoia, sociopatía, depresión mayor y las personas que sufren trastornos psicopatológicos muy agudos en ese momento.
- ✓ Relaciones objetales. Se consideran mejores pacientes para grupo aquellos que establecen relaciones objetales cercanas a las totales; es perjudicial agrupar a varios individuos que poseen elementos familiares destruidos, pues aniquilarían todo tipo de integración.

- ✓ Factores externos. Son aquellos que se derivan de los aspectos prácticos y concretos del terapeuta, como ubicación geográfica, honorarios e idioma, entre otros; pero también se evalúan los factores externos al paciente, pues estos lo vuelven apto o no para la técnica psicoanalítica, como su condición socioeconómica, nivel de educación, cultura, insight, inteligencia, etc.
- ✓ Factores contratransferenciales. La contratransferencia no sólo es un aspecto central en la selección de pacientes sino también en la formulación de una interpretación.
- ✓ Factores de grupo. La valoración clínica incluye una evaluación de la capacidad del paciente para integrarse razonablemente a grupos como la familia, escuela, medio laboral, ambiente social, grupos políticos o religiosos, etc.
- ✓ Capacidad de frustración y tolerancia a la frustración. Es un requisito mínimo que ha de tener todo paciente analítico, razón por la cual no son adecuados para el trabajo de grupo los pacientes con psicosis o sociopatías.
- ✓ Capacidad para mantener secretos. Es una característica que hay que evaluar, ya que existen pacientes que tienen la necesidad de contar todo lo que se les platica.

Otros criterios de inclusión que se pueden mencionar son los siguientes:

1. Contacto con la realidad (Kaes, 1993).
2. La flexibilidad suficiente para aumentar o reducir las tensiones dentro del grupo (Stern, 1965).
3. Capacidad de realizar las tareas del grupo (Yalom y Vinogradov 1996).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Incapacidad de tolerar el escenario de grupo (Yalom y Vinogradov 1996).
2. Agitación extrema (Stern, 1965).

ALGUNAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN ADULTOS Y ADOLESCENTES (Stern, 1965)

Indicaciones	Contraindicaciones
<p>clínicas</p> <p>ciertas psiconeurosis</p> <p>trastornos del carácter</p> <p>Algunos casos marginales de esquizofrenia que deben tratarse ambulatoriamente.</p> <p>Personalidad esquizoide.</p> <p>Masoquismo psíquico.</p>	<p>clínicas</p> <p>neurosis de angustia</p> <p>estados compulsivos y obsesivos</p> <p>psicópatas</p> <p>personalidades ciclotímicas</p> <p>psicóticos activos</p> <p>paranoicos</p> <p>depresivos</p> <p>perversos</p> <p>homosexuales activos</p> <p>hipocondríacos</p> <p>auténticos histéricos</p>
<p>caracterológicas</p> <p>proyección defensiva</p> <p>resistencia del carácter</p> <p>identificaciones confusas</p> <p>Relaciones defectuosas con los hermanos.</p> <p>hijos únicos</p> <p>Intentos de provocar la derrota del terapeuta.</p>	<p>caracterológicas</p> <p>relaciones primarias insuficientes</p> <p>insuficiente desarrollo del yo</p> <p>insuficiente desarrollo del súper-yo</p> <p>trastornos sexuales intensos</p> <p>carácter infantil regresivo</p> <p>Narcisismo muy acentuado.</p>

2.3.7 ELEMENTOS DEL GRUPO

Algunos de los principales elementos que parecen ayudar más eficazmente a la curación en la psicoterapia de grupo:

1. La **catarsis** de los conflictos emocionales. a través de ella se expulsa, por así decirlo, toda una serie de desagradables vivencias tornándose conscientes algunas de ella. La catarsis puede manifestarse en palabras o en actos o en una combinación de ambos (Yalom y Vinogradov 1996). Se distinguen catarsis verbal, catarsis activa y catarsis activo-verbal. Estos tres tipos de catarsis aparece en las siguientes formas: 1) asociaciones libres; 2) pensamiento y acción asociativa; 3) catarsis dirigida; 4) catarsis inducida; 5) catarsis impuesta y 6) catarsis de forma sustitutiva (Stern, 1965).
2. La **comunicación** a cualquier nivel, especialmente el verbal, facilita la comprensión de los estados emocionales conflictivos (Yalom y Vinogradov 1996).
3. La **solidaridad** de unos miembros con otros dentro de un grupo bien integrado y productivo produce una saludable situación de mutuo apoyo emocional (que no es dependencia). La solidaridad del grupo disminuye la soledad y los sentimientos de inseguridad e inferioridad de sus miembros (Yalom y Vinogradov 1996).
4. La **universalización**, a través de la cual cada paciente comprende y vivencia que su problema no es el único sino casi universal y que, además, es compartido por el grupo. Esto hace que su desesperación, confusión y sentimiento de culpa se vean grandemente disminuidos (Yalom y Vinogradov 1996).
5. Las **interpretaciones**. Las interpretaciones bien logradas, a la vez de eliminar resistencias producen una mayor comprensión de la vida emocional, produciendo

todo esto el enriquecimiento y el progreso hacia la madurez del grupo (Sadock en Kaplan y Sadock, 1996).

6. La **socialización** no es más que el efecto producido por todo lo anteriormente dicho, pero que una vez lograda facilitara entonces, por sí misma, el desarrollo armonioso de la personalidad de los miembros del grupo (Yalom y Vinogradov 1996).
7. El **aprendizaje interpersonal** es un factor curativo muy amplio y complejo. Representa en la terapia grupal el análogo del *insight*, elaboración a través de la transferencia, experiencia emocional correctiva y proceso técnico del encuadre del grupo (Yalom y Vinogradov 1996).
8. **Instalación de esperanza.** Esta es la fase en el tratamiento, necesaria para mantener al paciente en terapia. Las curas por fe y la terapia placebo actúan exclusivamente a través de la esperanza y convicción (Yalom y Vinogradov 1996).
9. **Altruismo,** es el olvido de sí mismo para absorberse en algo o alguien más, proporciona un alivio al aislamiento, disminuye la devaluación y aumenta la autoestima (Yalom y Vinogradov 1996).
10. **Factores existenciales,** actitud ante la vida, incluyen el reconocimiento de que: a) la vida es a veces injusta, caprichosa; b) que no puede escaparse de algunos dolores de la muerte, de un cierto grado de soledad básica; y c) la aceptación de la responsabilidad sobre la forma de conducir la propia vida (Yalom y Vinogradov 1996).
11. **Recapitulación correctiva** del grupo familiar primario. Lo importante no es que se recapitulen los tempranos conflictos familiares, sino que se comprendan, rectifiquen y reconstituyan. El pasado es importante en cuanto explica la realidad actual del

paciente en su relación con otros miembros del grupo. Esta comprensión facilita el logro de una mejor adaptación a la realidad. El reconocimiento de lo que se transfiere del pasado al presente permite la diferenciación del objeto interno del externo, así como el reconocimiento de lo inapropiado que resulta depositarle afectos que no le corresponden. Una vez que se rectifican los imagos arcaicos, las modificaciones en la relación con el mundo externo pueden ser dramáticas. Pero resulta difícil comprender y rectificar los tempranos conflictos familiares sin reconocer que la conducta actual es una reedición, más o menos corregida y aumentada, de la actitud defensiva que se adoptó en la infancia (Yalom y Vinogradov 1996).

12. Asociación libre es la verbalización de pensamientos, recuerdos y sentimientos tal como surgen en la consciencia del paciente. No tiene necesariamente un orden lógico ni un tema bien definido. Puede consistir en recuerdos y/o ideas que se mueven desde el presente hacia el pasado; incluye sueños y manifestaciones afectivas. La asociación libre del grupo es, para Grotjahn, M. (en Díaz Portillo, I. 2000) la interacción libre, empática y espontánea. Con frecuencia está más focalizada en el grupo que en el análisis individual, ya que, en cierta forma, constituye una respuesta a las comunicaciones de los otros miembros. Para Foulkes y Anthony, (en Díaz Portillo, 2000) el equivalente grupal de las asociaciones libres es la libre discusión flotante. La situación analítica de grupo fomenta un grado óptimo de libertad de expresión.

13. Fenómenos condensadores. Foulkes y Anthony; Slavson (en Díaz Portillo, 2000), es la súbita descarga de material profundo y primitivo, consecuencia de la acumulación de asociación de ideas, sueños, temores o fantasías grupales.

14. **Fenómeno de cadena** (de ideas y sentimientos), surgen en los miembros como respuesta a la comunicación o actuación de uno de ellos, en virtud de inducción mutua, identificación o empatía (Foulkes y Anthony en Portuondo, 1982).
15. **Fenómeno de resonancia** es el efecto de los acontecimientos grupales sobre los miembros, que responden de acuerdo con su nivel de fijación o regresión (Foulkes y Anthony en Portuondo, 1982).
16. **Insight** es un concepto que presupone una especie de introspección; implica una toma de contacto, intelectual y afectiva con vivencias que hasta ese momento habían permanecido inconscientes. La integración cognitivo-afectiva es lo que genera el insight (Sadock en Kaplan y Sadock, 1996).

2.3.8 PAPEL DEL TERAPEUTA

El terapeuta debe estar dispuesto para “la escucha analítica” del grupo, que para Bejarano, A. (en Díaz Portillo, 2000) consiste en considerar el discurso y la acción manifiestos del grupo, como expresión y a la vez ocultamiento de su discurso latente.

Puget, J. (en Díaz Portillo, I. 2000), señala que el terapeuta desempeña una función analítica, que se basa en la capacidad de escuchar mensajes latentes, describir las relaciones causales de las pautas de conducta y crear una nueva semántica de comunicación intrapsíquica e intersubjetiva con los objetos externos o personajes reales integrantes del grupo, que permite observar y elaborar hipótesis esclarecedoras.

Las características del terapeuta (carácter, actitud, objetividad, honestidad, espontaneidad, responsabilidad, serenidad, sensibilidad) tienen al menos tanta importancia como lo que hace;

pues los pacientes tienden a imitarlo y a adoptar sus actitudes y valores en el proceso de fortalecimiento del yo y del reajuste del superyó (Díaz Portillo, I. 2000).

Gordón, (en Portuondo, 1982) dice que todo psicoterapeuta maduro evita el uso de la autoridad y la transfiere democráticamente a la opinión del grupo, esto hace que a la larga sus miembros se vuelvan más libre, responsables e independientes, o sea, más maduros.

El terapeuta-analista, es el administrador responsable, tarea que ha de cumplir de un modo flexible, dinámico y creador, ya que su personalidad y su método constituyen los factores individuales más importantes en este procedimiento (Foulkes, S. H. 1981).

El psicoanalista tiene gran responsabilidad de la marcha del grupo. Debe estar capacitado para vivir toda clase de roles conscientes e inconscientes (González Ch. 1988).

Para Scout, (1996) todo terapeuta de grupo debe optar entre una serie de roles a asumir, tales como:

- **Actividad-inactividad.** Típicamente, el terapeuta analítico es más inactivo que activo, tanto en lo verbal como en los movimientos. Idealmente, el terapeuta debe estar activo internamente: escuchando, haciendo hipótesis, empalizando. El terapeuta psicoanalítico espera que el paciente inicie la sesión, no hace una planificación previa de temas para terapia.
- **Transparencia-opacidad.** Propiamente, el terapeuta psicoanalítico no expone mucho de su propia vida ni de sus reacciones. Ello se debe a la convicción de que el mejor regalo que puede hacerse a los pacientes es brindarles la oportunidad de examinar sus propias proyecciones y convicciones internas.
- **Gratificación-frustración.** La teoría psicoanalítica sostiene que es más fácil que haya cambios como resultado de experimentar los afectos arcaicos; así, el terapeuta no adopta un rol gratificador. La frustración conduce a la regresión,

que permite que accedan a la conciencia los afectos primitivos ocultos del tipo maladaptativos. Tales afectos son formaciones de compromiso con respuestas emocionales defensivas auténticas.

Cuando se forma un grupo con el fin específico de tratamiento, se reúnen pacientes que no tienen en la vida contacto alguno. Además no deberían desarrollar tal contacto durante el tratamiento, ni tampoco después. En estos grupos se opera con personas extrañas entre sí, que comparten únicamente la situación terapéutica (Foulkes, S. H. 1981).

2.4 INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO: PERSPECTIVA GENERAL Y APLICACIONES CLÍNICAS.

El campo de estudio hoy en día, todavía es considerado como limitado. En cuanto a la eficacia global de la psicoterapia de grupo, algunos estudios muestran que la psicoterapia grupal es más eficaz que la ausencia de tratamiento y que el placebo (McRoberts, Bulingame y Hoag, en Guimón, 2003).

En los trastornos afectivos, por ejemplo, un abordaje de terapia interpersonal de grupo demostró su eficacia tanto a corto como a largo plazo en la reducción de la sintomatología depresiva en el tratamiento de la depresión puerperal (Kleir, Muzik, Rosenblum y Lenz, en Guimón, 2003).

También la terapia psicoanalítica de grupo ha sido objeto de numerosos estudios en los últimos años (Burnand, 1990; Dies, 1990; Tillitsky, 1990; Scout Ph. D. en Kaplan y Sadock, 1996). Tales estudios documentan la eficacia de la terapia psicodinámica de grupo como modalidad terapéutica eficaz pues tiene una aplicabilidad mucho más amplia, ya que los miembros disponen del sostén que proporciona el medio grupal y las relaciones de apoyo que surgen en el mismo, para llevar a cabo el arduo proceso terapéutico

La modalidad terapéutica de grupo ha demostrado ser tan eficaz como la psicoterapia individual, a condición de que los profesionales que la apliquen estén debidamente entrenados (McKenzie en Bello y Winkler, 1997).

Otras investigaciones han reportado que el uso de la terapia grupal ha dado resultados efectivos, tales como:

En los últimos 20 años la comprensión de las adicciones y su tratamiento ha sufrido grandes modificaciones, como la inclusión de la terapia grupal en el programa terapéutico de las personas que sufren trastornos de alcoholismo y con abuso de sustancias psicoactivas (Flores, Ph. D. en Kaplan y Sadock, 1996).

Los grupos de consumidores tienen una gran importancia en el incremento de la demanda de tratamientos focalizados y activos, incluyendo la terapia grupal (Bernard, Ph. D. en Kaplan y Sadock, 1996).

Aunque la terapia de grupo de adolescentes está ampliamente difundida, existen pocos estudios empíricos en la literatura especializada; la mayoría de los informes son observaciones y anécdotas. De los estudios orientados a los resultados, pocos cumplen criterios aceptables de investigación (Azima, Dies, en Kaplan y Sadock, 1996).

Paulina kernberg y S. F. Chazan (en Kaplan y Sadock, 1996) opinan que los que pueden beneficiarse de la experiencia grupal son los adolescentes con conductas maladaptativas centradas en las relaciones con sus compañeros, los pacientes en terapia individual en fase de impasse, los que tienen problemas con la autoridad y no pueden hacer terapia individual, los carentes de habilidades sociales y los que no disponen de medios económicos para costearse otro tipo de tratamiento. En el caso del adolescente distinto del resto de miembros, que puede convertirse en un chivo expiatorio, una práctica útil es incluir en el grupo a dos o más miembros con características similares. El grupo ayuda al adolescente a mejorar sus relaciones con los pares, a aumentar la autonomía y adquirir información para mejorar sus logros académicos.

En la tecnología actual de la terapia de grupo con adolescentes se han integrado conceptos procedentes del psicoanálisis, el rol-playing, el feedback directo, la teoría general de sistemas, la sugestión hipnótica y las sesiones maratón (Scheidlinger, en Kaplan y Sadock, 1996).

Terapia grupal para mujeres maltratadas es eficaz cuando forma parte de un programa global que proporciona asistencia médica, ayuda de emergencia, consejo legal, acceso a guarderías y terapia ocupacional. Se ha visto que un grupo homogéneo de mujeres maltratadas proporciona un excelente medio de apoyo para aquellas mujeres que ya han decidido dejar a sus maridos o reestructurar el violento marco doméstico y que deben moverse en un complejo sistema legal, de presiones sociales tendentes a mantener el matrimonio y, mientras encuentran un empleo, lograr ayudas públicas, (Sadock, M. D. en Kaplan y Sadock, 1996).

También se propone la terapia de grupo como una alternativa útil y viable para el manejo psicoterapéutico de los trastornos de la alimentación. A partir de una revisión teórica y un análisis producto de la experiencia de trabajo con grupos terapéuticos, se menciona como una alternativa particularmente efectiva. A finales de los años 70 los pacientes con anorexia o bulimia eran tratados como cualquier otro paciente psiquiátrico; afortunadamente los métodos cambiaron hacia un tratamiento más directo hacia la conducta alimentaria. Holtz, y Tena-Suck (1995) enfatizan la necesidad que existe de trabajar en un grupo más especializado, en donde los pacientes hablen el mismo lenguaje y se sientan acompañados en lo que antes pensaban que era una "locura" personal.

Los pacientes con bulimia nerviosa se benefician de los grupos. Los pacientes con anorexia nerviosa pueden necesitar terapia individual hasta lograr cierta estabilización en su conducta, después de lo cual la terapia de grupo puede ser útil. A la vista de la naturaleza pluridimensional de la anorexia y la bulimia nerviosas, el tratamiento de estos síndromes también debe ser multifacético e integrador. Se pueden tomar elementos de diversas orientaciones teóricas y adaptarlos a las necesidades individuales del paciente. Los grupos de tratamiento especializado para trastornos de la ingesta incluyen grupos psicoeducativos, grupos cognitivo-conductuales,

grupos de apoyo, grupos interpersonales intensivos, grupos en programas de hospitales de día, grupos con pacientes internos y grupos de atención continúa (Harper-Giuffre y Mackenzie, en Kaplan y Sadock, 1996).

Por otra parte, la terapia grupal resulta ser el tratamiento más aceptado para los trastornos de la personalidad, especialmente cuando los pacientes que sufren esos trastornos no son conscientes de la desadaptación de sus conductas e ignoran la irritación y distanciamiento que provocan en los demás (Cramer Azima, Ph. D. en Kaplan y Sadock, 1996).

Los grupos a largo plazo permiten un período mayor de vinculación empática, los grupos a corto plazo facilitan la clarificación y confrontación inmediata de los aspectos clave de la perturbación. Se recomiendan vivamente las estrategias cognitivas y educativas para las intervenciones iniciales con pacientes que presentan perturbaciones de personalidad esquizoide, dependientes y pasivas junto con trastornos en la alimentación, adicciones o que hayan sufrido traumas sexuales (Perry, Frances, Clarkin, en Cramer Azima, Ph. D. en Kaplan y Sadock, 1996).

Hay muy pocas investigaciones sobre grupos con trastornos de la personalidad. Un grupo McGill ha informado de mejorías en niños con trastorno límite (Azima, La Roche, Engelsman, Azima, 1989 en Cramer Azima, Ph. D. en Kaplan y Sadock, 1996). Biagini, Torruco y Carrasco (2005) consideran que el tratamiento de elección para los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es la psicoterapia, complementada con farmacoterapia. Utilizando un encuadre psicoanalítico e individual se ha encontrado que, a pesar de las diferencias en la orientación teórica y los niveles de experiencia de los terapeutas, las manifestaciones del trastorno disminuye y que esta disminución sigue un patrón de cambios en el que primero disminuye la impulsividad y luego la inestabilidad afectiva, mientras que la alteración de la identidad se modifica muy poco con los tratamientos hasta de dos años de duración. Los estudios sobre los cambios en los pacientes con psicopatología del trastorno limítrofe de la personalidad (LTP) tratados con psicoterapia psicodinámica son muy escasos en el resto del mundo, y en México este es el primer trabajo del que se tiene noticia (Cuevas, et al. 2000).

2.5 ALGUNOS EJEMPLOS DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES PSICOTERAPÉUTICOS

En un hospital pediátrico de tercer nivel en la ciudad de México el trabajo del equipo de salud mental se organizó a partir de la terapia familiar como primera opción terapéutica y la única para la mayoría de los casos. La excepción eran los niños y adolescentes con problemas emocionales severos que se atendían en grupo psicoanalítico de duración intermedia y grupo de padres paralelo. Los casos de amenaza o intentos de suicidio, así como de autismo, eran los únicos que se atendían en psicoterapia individual paralela a la terapia familiar (Campuzano, 2006).

En la práctica pública generada por la clínica psicoanalítica de la AMPAG se fue dando un modelo de recepción en forma grupal a los pacientes de primera vez (grupo de admisión o grupo RED, por las siglas de sus objetivos: recepción, evaluación y derivación) con tres sesiones espaciadas semanalmente de 1 ½ a 2 horas de duración para diagnóstico, atención de las ansiedades iniciales y derivación. Las derivaciones son a grupos terapéuticos de tiempo limitado, de 8 a 10 miembros, planteados a dos años de duración con posibilidad de repetir en otro grupo a aquellos pacientes que lo requieran. Estos grupos de tiempo limitado son manejados con técnica de focalización, propia de la terapia breve psicoanalítica, para lograr beneficios terapéuticos en el tiempo establecido. Muchos de estos grupos sirven a propósitos de enseñanza, otros a la investigación y algunos sólo a propósitos asistenciales. En el transcurso de estos dos años suelen realizarse una o dos sesiones largas (de 8 horas de duración) e intensivas, con propósitos de movilización, y con predominio de uso de técnicas psicodramáticas; en estas sesiones se conserva también el criterio de focalización y ahí se profundiza, elabora o amplía el foco o focos establecidos para cada paciente (Campuzano, 2006). Los adolescentes y niños se reciben en forma individual, junto con sus padres, y después son canalizados a grupos terapéuticos de un año de duración con sesiones periódicas paralelas con el grupo de padres. Las solicitudes de terapia de pareja y de familia son atendidas desde el principio como tales. Hay algunas escasísimas terapias individuales para pacientes analizables de difícil agrupación (Bello y Winkler, 1997).

En México se desarrolló el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, que incluye los principios básicos de las teorías del aprendizaje social, el cual tiene como objetivo indicar sobre el patrón de consumo de sustancias por los adolescentes, y los problemas relacionados con el consumo. El programa tiene una duración de cuatro sesiones y está dirigido a jóvenes estudiantes de nivel medio y superior entre los 14 y 18 años de edad, cuyo consumo de alcohol o drogas se encuentre en un periodo no mayor de los dos años, en forma de abuso temprano o abuso en algunas situaciones (Winters, 2001), sin ser precisamente dependientes a la sustancia (de acuerdo a los criterios del DSM-IV), y que presenten problemas relacionados con ese consumo. El programa de intervención breve para adolescentes está diseñado para implementarse dentro de escuelas secundarias y bachillerato, a través de cinco etapas: 1) detección de casos, 2) evaluación, 3) inducción al tratamiento, 4) tratamiento de cuatro sesiones y 5) seguimiento al mes, tres y seis meses de concluido el programa (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz, & Barrientos, 2005).

Continuará siendo un reto para los futuros investigadores el hecho de distinguir que tipo de terapia de grupo, implementada para algún tipo de problemas personales, proporcionará el mejor resultado (Cullarí, 2001).

Convendría prestar renovada atención a la creciente necesidad de técnicas grupales para niños, adolescentes, ancianos, pacientes orgánicos y consumidores de drogas. Probablemente irán ganando popularidad las modalidades de terapia de grupo con objetivos a corto plazo, orientados a las crisis y fundamentalmente de apoyo, frente al modelo inicial de terapia reconstructiva de larga duración (Scheidlinger, Ph. D. en Kaplan y Sadock, 1996).

El movimiento a favor de las terapias de duración limitada tiene muchas ventajas. Facilita el acceso a la terapia, haciéndola menos elitista y más igualitaria que en el pasado. Apuesta por la resolución de problemas y la orientación hacia objetivos específicos y aboga más por la adaptación y la salud, más que por la patología. Los grupos terapéuticos de duración limitada serán una herramienta importante dentro del registro de intervenciones de los terapeutas en los próximos años (Bernard, Ph. D. en Kaplan y Sadock, 1996).

CAPÍTULO 3. PSICOTERAPIA BREVE DE GRUPO

*La vida no es lo que uno vivió, sino la
que uno recuerda y cómo la recuerda
para contarla.
Gabriel García Márquez (2002)*

Sin duda alguna, de forma reciente la terapia breve ha ido cobrando un mayor auge y difusión entre los terapeutas y pacientes. Ya que es evidente el crecimiento de la intervención terapéutica tanto en ámbitos institucionales como en la asistencia privada (Fiorini y Peyrú, 1978). De ahí que hoy en día la terapia breve se haya ido desarrollando de forma rápida, cada día hay más demanda de atención psicológica, pues la psicoterapia surge ante la necesidad de ayudar al ser humano en sus aspectos emocionales, anímicos o intelectuales en conflicto (Knobel, 1987). De hecho, frente a demandas ya creadas, las instituciones se ven obligadas a instrumentar terapias breves (Fiorini y Peyrú, 1978). En gran medida, por el hecho de que la mayoría de los contactos psicoterapéuticos ambulatorios son breves, ya sea por planificación o por abandono prematuro, con menos de seis sesiones (Garfield, en Klein 1996).

Los factores que contribuyen al creciente interés (Klein 1983; Salvendy, 1991; en Klein, R. 1996) por la terapia breve son el elevado costo de la terapia y la atención de salud mental en general; la presión de las compañías de seguros médicos y de la administración sanitaria pública por abaratar los costos; la enorme demanda de servicios y la limitada oferta profesional; el aumento de la demanda de tratamientos cortos por reticencia o incapacidad para comprometerse en un tratamiento a largo plazo; el uso cada vez más difundido del hospital como refugio pasajero, unido a la proliferación de posibilidades de crédito para asistencia transitoria; y el cambio en la filosofía sobre los pacientes ingresados, lejos ya de los ingresos de larga duración.

Así pues, dentro de los principales factores que han impulsado a la búsqueda de métodos breves que sean efectivos han sido, por mencionar algunos: La numerosa cantidad de personas que día con día van reconociendo la necesidad de recibir tratamiento psicológico pues sin duda alguna, el estrés, los conflictos de pareja, familiares, así como ansiedad, etc., han alterado la estructura de personalidad de cada individuo influyendo en su buen funcionamiento, lo cual les causa alteraciones que no les permiten seguir con su vida de manera funcional. Otro factor que ha influido es la economía, dado que muchas personas que requieren de atención psicológica, no pueden costear, la mayoría de las veces, honorarios

elevados de psicoterapias a largo plazo, así como tampoco el perder horas de trabajo y tiempo en atención familiar (Phares, 1996).

3.1 DEFINICIÓN DE TERAPIA BREVE DE GRUPO

Las sesiones suelen variar desde una a más de 50, distribuidas a lo largo de un año (Imber, Lewis y Loiselle 1979; Budman, Gurman, 1988; en Klein, R. 1996) para tratamientos individuales breves, el número medio de sesiones suele ser de 25; para la terapia breve de grupo, la media suele ser la misma, pero con tendencia menor, entre 12 y 15 sesiones. Algunos autores han sugerido que no es el número de sesiones o la duración del tratamiento en su conjunto lo que define a esta modalidad de terapia, sino que el tratamiento sea parco, se utilice el tiempo previsto de la forma más eficaz posible y racionada. Revisando la literatura encontramos que hay quienes, como Bellak y Small (1981), proponen un modelo de 5 sesiones; quien, como Castelnuovo Tudesco, considera "breve" una psicoterapia de más de 10 y menos de 25 consultas; Sifneos habla de 10 a 18; Davanloo ronda las 20; Alenxander y French, de 1 a 5; Wolpe menciona sin rodeos casos en los que el tratamiento ocupó desde un mínimo de 4 hasta un máximo de 217 sesiones (Marilla Malugani, 1990). Portuondo (1982) dice que para hablar de psicoterapia de corta duración (o breve) no debe ésta pasar de 100 sesiones. Mientras que Bello y Campuzano (2004) dicen que el tiempo limitado puede variar según las necesidades, en terapia breve puede ser de uno a tres meses de duración, es decir, de 12 a 24 sesiones. Por lo que la psicoterapia breve abarca pocas sesiones, ni una más de las necesarias, para obtener una solución, además se hace énfasis en el aquí y ahora, siendo la meta el desarrollar un plan práctico para ser funcionales de nuevo.

La duración de los grupos terapéuticos depende de la naturaleza y extensión de los problemas del consultante y de la amplitud o limitación de sus metas terapéuticas. También depende del ámbito en que se brinde el tratamiento. Pues las instituciones públicas para no verse saturadas y bloqueadas para atender a la nueva demanda, suelen funcionar con modalidades de psicoterapia de tiempo limitado (Campuzano y Bello, 2004).

En general, se puede hablar de que la mayoría de las sesiones de grupo duran de 45 a 90 minutos, con una frecuencia semanal y una gama de diversas orientaciones teóricas: psicoanalítica, cognitiva, interpersonal y conductista (Portuondo, 1982)

De hecho, una psicoterapia breve se caracteriza por una intervención basada en los síntomas que se pretende eliminar o, al menos, contener, de modo que puedan restablecerse las condiciones psicodinámicas del paciente y así, en palabras de Small (1986), permitir a la naturaleza que proceda a la curación. Es ésta la línea adoptada por casi todos los autores que se han ocupado de la psicoterapia breve: desde Grinker y Spiegel, que la entienden como descarga de tensiones, sin fines de reestructuración de la personalidad, hasta Coleman y Zwerling, que subrayan la capacidad de reconstrucción de las defensas preexistentes, pasando por Rosenbaum, que habla de persistencia del síntoma pero con modificación de su importancia para el paciente; Lewin, que se ve en la psicoterapia breve de reversión del proceso regresivo de supuestas satisfacciones infantiles; Wolberg, que destaca como objetivos principales la acción sobre el síntoma por un lado y el restablecimiento de las condiciones previas a la crisis por el otro; Malan, propone una programación directa hacia un fin circunscrito, etc., (Marilla, M. 1990).

Hay una serie de características compartidas por la mayoría de las terapias breves, ya sean individuales o de grupo (Butcher y Koss, en Klein, R. 1996). Entre ellas cabe citar:

- 1) El manejo terapéutico de las limitaciones temporales;
- 2) La limitación de los objetivos terapéuticos;
- 3) Centrar en el presente el contenido de la terapia;
- 4) Manejo directivo de las sesiones por el terapeuta;
- 5) Valoración rápida;
- 6) Prontitud en la intervención;
- 7) Flexibilidad por parte del terapeuta;
- 8) Ventilación o catarsis como parte importante del proceso;
- 9) Establecimiento rápido de una relación interpersonal a partir de la cual obtener influencia terapéutica;
- 10) Adecuada selección de pacientes, ya que no todos pueden beneficiarse de un contacto terapéutico breve.

3.2 HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA BREVE DE GRUPO

Ferenczi fue uno de los principales terapeutas, y quizás el primero a parte de Freud, que experimentó con nuevos enfoques para solucionar problemas técnicos en la terapia, que comenzaban a descubrirse, (Balint, Ornstein y Balint, 1986).

Freud consideró que un proceso terapéutico menos prolongado, tan necesario y conveniente, podría también hacer uso de dichas "actividades" para que se pudiera ofrecer la terapia psicoanalítica en gran escala y en forma gratuita en clínicas de pacientes externos asistidas por el gobierno. Freud anticipó así las necesidades y los requisitos de la sociedad, que hasta hoy siguen en permanente aumento (Balint, Ornstein y Balint, 1986). Sigmund Freud (Braier, 1984) registró varios tratamientos breves, tales como el caso de Gustav Mahler, con resultados satisfactorios, durante algo más de cuatro horas, la mayor parte de las cuales transcurrieron mientras ambos paseaban por Leyden. Otro tratamiento celebre, fue el del hombre de las ratas, que tan sólo duró once meses.

Mas tarde (1925) Ferenczi y Rank publicaron un estudio descriptivo critico actualizado de los procesos psicoanalíticos terapéuticos. Pensaban que una vez que los conflictos pasados se repetían en la transferencia y se les comprendía en forma cabal, incluso sin relacionarlos con los hechos genéticos, el analista podía fijar una fecha para la terminación del análisis (Balint, Ornstein y Balint, 1986).

Alexander y French (en Balint, 1986), del Chicago Institute For Psicoanálisis, retomaron el trabajo allí donde los experimentos de Ferenczi habían fracasado y donde Ferenczi y Rank (1925) los habían abandonado. Ellos hicieron hincapié en la importancia fundamental de la experiencia emocional en el análisis y en la necesidad de una integración intelectual. Subrayaron que la segunda resulta ineficaz sin la primera y colocaron la "experiencia emocional correctiva" en el eje terapéutico de todo tipo de psicoterapia, por lo que la experiencia emocional correctiva es el resultado de la diferencia entre la respuesta original de los padres y la del analista durante el análisis. El paciente, en sus inevitables reacciones transferenciales espera del analista las mismas actitudes parentales que moldearon el

repertorio adaptativo-defensivo de su conducta. El hecho de que las actitudes del analista difieren de la de los padres le proporciona al paciente una oportunidad para corregir sus distorsiones. La experiencia emocional en la transferencia confiere convicción al insight y constituye un sostén necesario. Una vez alcanzado cierta estabilidad, dicho insight permite encontrar soluciones nuevas, más actualizadas y realistas, para viejos conflictos. Según Alexander, éste era el factor terapéutico clave en el procedimiento estándar, implícito en las formulaciones de Freud. Él sólo lo desarrolló y lo llamó "experiencia emocional correctiva".

French, en su esfuerzo por desarrollar un método sistemático y sencillo de encarar los datos clínicos psicoanalíticos y por obtener pautas para las actividades interpretativas del clínico, introdujo el concepto de "conflicto focal" y "conflicto nuclear". Para French, el conflicto focal es preconscious, el más cercano a la "superficie" en un momento dado, y explica la mayor parte del material clínico de una sesión terapéutica determinada. En el conflicto focal, los impulsos se condensan en un único conflicto y luego se descarga en las verbalizaciones y las producciones del paciente. La estructura esquemática de un conflicto focal es la siguiente: un "motivo perturbador" (un impulso o un deseo) está en conflicto con un "motivo reactivo" (una respuesta del superyó o del yo), lo cual crea la necesidad de encontrar una "solución" (una fórmula de transacción adaptativa o defensiva). Los conflictos focales derivan de conflictos nucleares más profundos y tempranos. Es probable que estos conflictos nucleares se originen durante períodos cruciales del desarrollo al comienzo de la vida. Estos permanecen en su mayoría latentes, reprimidos o resueltos; uno de ellos se activa (o ha permanecido activado) y constantemente parece estar subyacente a la conducta con el aspecto de conflictos focales, que se pueden identificar como variaciones sobre un mismo tema. Desde este modo, la técnica terapéutica de French involucra un constante esfuerzo por interpretar los conflictos focales, al tiempo que permite el surgimiento de otros derivados de los conflictos nucleares patógenos a medida que la terapia progresa (Ornstein y Kalthoff, en Balint, Ornstein y Balint, 1986).

David H. Malan (en Martorell, 1996) es considerado padre de la "psicoterapia focal", analiza cuidadosamente el pasaje de una psicoterapia analítica a una psicoterapia focal y contribuye fuertemente a encarar el problema de la evaluación de los resultados psicoterapéuticos, especialmente para la psicoterapia breve, que para él es también sinónimo de "psicoterapia focal" (Knobel, 1987).

Un factor diferenciador de sus propuestas consiste en la adecuada selección de paciente para establecer las motivaciones de la demanda de terapia y la estructura de su personalidad. A partir de esto se trata de establecer el foco terapéutico, bien porque emerge en las primeras sesiones, o bien porque lo establece el terapeuta a partir de lo no dicho. En general, el foco terapéutico es una formulación amplia e integradora de los problemas del paciente, conteniendo tanto los síntomas como los componentes psicodinámicos. El cambio terapéutico, según Malan, vendría producido fundamentalmente a través de la interpretación activa de los sueños, la fantasía y la transferencia, especialmente el nexo transferencial con los padres.

Peter Sifneos (en Martorell, 1996), su modelo es conocido como psicoterapia evocadora de ansiedad de corta duración, y está basada en la introducción del conflicto central desde la primera sesión. El paciente es presionado a admitir que sus síntomas son manifestaciones de un proceso central. Esta maniobra es muy provocativa y desencadena la ansiedad. La intervención básica es la continua interpretación de las relaciones negativas del paciente hacia el terapeuta y de la resistencia a abordar el conflicto central. La aplicación de este modelo requiere una cuidadosa evaluación previa de los pacientes para descartar a aquellos que no puedan tolerar un nivel creciente de ansiedad.

Habib Davanloo (en Martorell, 1996), ha desarrollado lo que llama psicoterapia dinámica de corta duración y que parece ser aplicable a un abanico más amplio de pacientes. El papel del terapeuta de este modelo es descubrir temas que molestan al paciente y que activan sus resistencias. Una vez descubiertas el terapeuta debe retar estas resistencias, lo que provocará la ira del paciente. Éste manejará su ira de acuerdo a sus pautas habituales, manejo y pautas que serán sistemáticamente interpretadas por el terapeuta tratando de establecer el nexo entre la transferencia en la terapia y el comportamiento con figuras significativas del pasado y del presente del paciente.

L. Pinkus (en Martorell, 1996), él denomina a su enfoque psicoterapia analítica breve, es una técnica de exploración de la personalidad, fundada en la teoría psicoanalítica, que tiene por meta la modificación del sistema de personalidad para transformarlo de "cerrado" en "abierto" y el reestablecimiento de un equilibrio emocional homeostático dentro de un periodo de tiempo determinado.

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de L. Bellack, unas cinco o seis sesiones una vez por semana, más una sesión de seguimiento un mes después. Esta propuesta se desarrolló en el contexto de la psiquiatría y salud mental comunitaria y se basa en las necesidades de esta última, siguiendo el concepto de medicina de urgencia como paradigma. Su práctica requiere, una habilidad y experiencia específicas. En este enfoque se seleccionan objetivos y problemas en lugar de seleccionar pacientes, y se considera esencial una conceptualización aproximada (Bellack, 1993).

Héctor J. Fiorini, es maestro y precursor de la psicoterapia focal en Argentina y en Brasil, él estudia un diagnóstico de la situación histórica y bio-temporo-espacial y propone abordajes terapéuticos adecuados a esos diagnósticos (Knobel, 1987).

3.3 TERAPIA BREVE VS. TERAPIA FOCAL

La terapia focal intenta resolver el malestar del paciente a un conflicto predominante, es decir, trata de localizar una determinada situación conflictiva, que sería la determinante del síntoma o del malestar del paciente; mientras que la terapia breve, trata de ayudar a encarar los diversos conflictos que presionan angustiosamente, determinando diversos cuadros de una psicopatología psicodinámica, es decir, en la psicoterapia breve se puede tratar de esclarecer focos, o sea, varios conflictos que han de ser predominantes y accesibles (Chillemi, 2007).

Por otra parte, algunos autores que han trabajado en psicoterapia breve dan a conocer su forma de tratamiento, tal es el caso de Bellak (1993) quien habla de seis rubros del proceso dinámico de la psicoterapia breve los cuales consisten en:

1. Identificación del problema presente.
2. Reconstrucción de la historia, esto se logra a través de una búsqueda de datos que nos permiten esclarecer las experiencias personales del paciente, permitiendo de este modo, un diagnóstico.

3. Determinación de las relaciones causales.
4. Elección de la intervención a adoptar: es decir, una vez identificados los síntomas a través de una previa evaluación, la intervención podría ser verbal o alguna otra medida adicional se puede agregar.
5. Elaboración del problema: Extinción de las formas neuróticas de adaptación y el aprendizaje de una nueva conducta.
6. Finalización del tratamiento: la toma de medidas para asegurarse de que el paciente abandona definitivamente el consultorio en posesión de una transferencia positiva, y con la clara comprensión de que será bienvenido en cualquier momento que decida regresar.

La psicoterapia breve es un método de tratamiento para síntomas y problemas que requieren alivio lo más rápido posible, debido a que por su naturaleza ponen en riesgo la estabilidad y bienestar del individuo, (Martorell, 1996).

3.4 OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA BREVE

Los objetivos de la psicoterapia breve propuestas por Klein, R. (1996) consisten en:

1. Aliviar el estrés (esto es, reducir las molestias sintomáticas).
2. Reestablecer lo antes posible el equilibrio psíquico del paciente.
3. Favorecer la utilización eficaz de los recursos del paciente (por ejemplo: aumentar la sensación de ser dueño de sí mismo, favorecer la adaptación, facilitar la reestructuración de los aspectos cognitivos y promover cambios de conducta, autoayuda y eficacia en el entorno social).

4. Incrementar la comprensión del paciente acerca de sus trastornos actuales y la habilidad para manejarse en el futuro.

Así, Fiorini (1992) menciona que una psicoterapia breve puede lograr, mediante el esclarecimiento de aspectos básicos de la situación del paciente, un fortalecimiento en su capacidad de adaptación realista, de discriminación y rectificación en grado variable de significaciones vividas. Freud expreso: que los esfuerzos por fortalecer el yo debilitado parten de la ampliación de su autoconocimiento. Y reconocía que esto no era todo, pero si era el primer pasó.

Por otro lado, Imber, Lewis y Loiselle (en Robert H. Klein, R. 1996) han señalado que la terapia breve puede ser útil para seleccionar y preparar a los pacientes para una terapia a largo plazo, permite el diagnóstico y la observación, puede ser una solución en el ínterin de la lista de espera y puede servir como instrucción para los estudiantes. Tal y como hacen referencia Bello y Campuzano (2004), quienes consideran 8 funciones principales que cumplen los Grupos De Intervención Breve, tales como son:

- 1) Liberación del malestar agudo a partir de proporcionar atención experta rápida.
- 2) Intervención en crisis, debido a que muchas de las crisis son precipitadas de estrés del medio ambiente y pueden ser resueltas mediante enfoques breves.
- 3) Exploración de recursos (del paciente y de la comunidad) y resolución de problemas. Esto es importante, al decir de los autores, ya que el reconocimiento de los problemas personales y de los recursos terapéuticos factibles para enfrentarlos son fuente de un sentido de control del paciente sobre ellos, un paso fundamental en la dirección del cambio.
- 4) Preparación para grupos convencionales. Lograda a partir de los eventos vividos durante las seis sesiones donde el paciente adquiere experiencia y anticipación de lo que ocurrirá en un grupo de largo término, incluyendo el conocimiento de las funciones de pacientes, de terapeuta, así como del proceso del grupo.

- 5) Observación diagnóstica. Este grupo provee una excelente oportunidad al clínico para formular un diagnóstico y un plan de tratamiento a partir de datos derivados de la acción interpersonal que usualmente no son tan claramente visibles en las entrevistas individuales.
- 6) Selección de pacientes más eficiente debido a que es hecha a partir del comportamiento en el grupo actual (de intervención breve), el cual es el más seguro medio de predicción de su conducta grupal subsecuente.
- 7) Grupo de espera, en caso necesario, para un número limitado de pacientes.
- 8) Instrucción de estudiantes. Las seis sesiones del grupo pueden permitir a los estudiantes examinar con cuidado el desarrollo completo de una experiencia de grupo en un momento de tiempo adecuado a las necesidades de muchos de ellos.

La mayoría de los terapeutas que utilizan abordajes a corto plazo subrayan que los objetivos deben ser limitados, específicos, explícitos y estar de acuerdo con ellos tanto el terapeuta como los participantes en el grupo. En la medida de lo posible, los objetivos deben formularse en lenguaje interpersonal, usando el contexto grupal para tratar aquí y ahora los temas que surjan. Además, los objetivos previstos, sean cuales sean, deben estar en consonancia con el tamaño del grupo, el número, duración y frecuencia de las sesiones; la disponibilidad de tiempo para llevar a cabo la terapia; los costes económicos; y el grado de experiencia del terapeuta y su capacidad para trabajar orientando esos objetivos. Sin embargo, quizás el factor más importante sea la congruencia entre los fines de la terapia y el nivel de funcionamiento yoico y las motivaciones de los pacientes para lograrlos. El terapeuta debe plantearse objetivos realistas y proponer tareas alcanzables. Para que el desenlace de cualquier terapia sea fructífero los objetivos del grupo y las tareas a desarrollar deben coincidir con las necesidades y recursos de los miembros del grupo. Así, el terapeuta debe clarificar el enfoque y los objetivos del grupo para adoptar las decisiones oportunas respecto a los criterios de selección, la estructura del grupo y la preparación de los pacientes (Klein, R. 1996).

3.5 MANEJO DE TIEMPO

Una planificación adecuada de un grupo breve requiere que el terapeuta no sólo clarifique los objetivos y defina un foco de trabajo para el grupo, sino que también adopte decisiones respecto a los límites temporales (Kaplan y Sadock 1996).

Mann y Goldman (en Kaplan y Sadock 1996), indicaron en 1982 que adherirse a un calendario rígidamente ayuda a los pacientes a renunciar a la creencia infantil e irrealista de que la vida es eterna, que las oportunidades son limitadas y de que algo o alguien mágico resolverán sus problemas. Fijar unos límites temporales reduce al mínimo la regresión y da idea a los pacientes de que su futuro depende de ellos, no de los demás. Lo cual promueve el sentimiento de responsabilidad personal respecto al cambio y alienta la separación y la independencia.

Portuondo, J. (1982), manifiesta que las sesiones pueden ser espaciadas o aumentadas en frecuencia según sea el estado emocional del paciente. También el tratamiento puede ser interrumpido por varias semanas o meses para continuarlo luego.

H. S. Budman y A. S. Guardan (1988 en Marilla, M. 1990) sugirieron una evolución general con cinco fases:

- 1) **Comienzo del grupo**, cuando los miembros tratan de clarificar su posición dentro y fuera, expresan sus inquietudes respecto a la seguridad, comienzan a determinar la forma en que va a trabajar el grupo y prestan mínima atención a los aspectos relacionados con el tiempo. Aquí el terapeuta puede plantear tareas, discute los límites temporales, clarifica los temas focales, ilustra sobre las similitudes entre los miembros y promueve la cohesión; también aquí, hay una identificación del síntoma principal, la determinación de la estructura del yo, así como la alianza terapéutica.
- 2) **Terapia temprana**, cuando los miembros del grupo muestran signos de mejoría o empeoramiento iniciales, el final del grupo todavía se ve en un futuro lejano y los miembros se muestran esperanzados y confían en recibir ayuda, a menudo ofreciendo sus propios consejos a

los demás. El terapeuta ayuda a los miembros a detectar como está presente el tema focal en sus vidas y como deben manejarlo, a la vez que continúa favoreciendo la cohesión por medio de animar a escuchar, dar e implicarse empáticamente.

- 3) **Fase intermedia del grupo:** en que suele haber un período de frustración y decepción, que frecuentemente incluye el cuestionamiento de la eficacia del terapeuta según va pasando el tiempo y el grupo se da cuenta de que están a la mitad, pero que todavía queda mucho trabajo por hacer. El terapeuta debe manejar la crisis de confianza dejando a un lado temporalmente los temas focales; en esta fase, la tarea del terapeuta consiste en dedicar todo su esfuerzo a la movilización de las partes sanas del paciente, es decir, de sus energías latentes y de las potencialidades escondidas.
- 4) **Terapia avanzada:** período de intenso trabajo en el grupo, en que los miembros se sienten íntimamente implicados, toman conciencia de que el grupo se disolverá pronto y se sienten motivados por la limitación del tiempo para perseguir sus objetivos pero a la vez luchan contra la tendencia emocional a abandonar. El terapeuta alienta la exploración de los temas focales en profundidad y utiliza la cohesión del grupo para mejorar el aprendizaje y el apoyo.
- 5) **Terminación:** en que el grupo se caracteriza por emociones intensas cuando los miembros experimentan junto con el final del grupo la reactivación de viejas pérdidas e intenta consolidar lo que han aprendido y lo que puedan llevarse consigo. El terapeuta intenta ayudar a los miembros a conservar su compromiso y cohesión aun cuando el grupo está acabando, se centra en la terminación y evita modificar la fecha límite, a pesar de las presiones para hacerlo. La conclusión de la terapia breve va íntimamente ligada, por un lado, al resultado obtenido en el plano del refuerzo del yo y, por el otro lado, al hecho de que el paciente haya logrado adquirir los medios psicológicos que le permitan afrontar por sí mismo su situación alterada. La conclusión del vínculo no debe interrumpirse de forma brusca sino gradual y por medio del paulatino espaciamiento temporal de los encuentros.

3.6 SELECCIÓN DE PACIENTES EN LA PSICOTERAPIA BREVE DE GRUPO

La regla general dice que la psicoterapia ni es para todos ni de todos (Marilla, M. 1990). Los datos de investigación sobre aquellos pacientes que se beneficiarían más de una terapia breve o de otra prolongada, ya fuera individual o de grupo, son escasos. Pero dentro de los criterios de exclusión que se pueden considerar se encuentran aquellos propuestos por M. Woods y J. Melnick quienes han resumido tres grupos de criterios de exclusión: 1) **contraindicaciones interpersonales**, por ejemplo: miedo a mostrarse, incompatibilidad individual con la terapia de grupo, somatización frecuente de los conflictos e intensa tendencia a la negación como mecanismo defensivo. 2) **contraindicaciones motivacionales**, por ejemplo: centrarse injustificadamente en los hechos externos asociados a las dificultades de los pacientes, antes que en los factores interpersonales o intrapsíquicos, pacientes remitidos a un grupo como vía de terminar la terapia individual, quizás debido a problemas contratransferenciales, y pacientes con escasa motivación para el cambio. 3) **contraindicaciones diagnósticas tradicionales**, por ejemplo: pacientes con psicosis aguda y reiterada esquizoide grave, homicidas o suicidas, consumidores de drogas en forma abusiva, pacientes con síndromes mentales de origen orgánico y sociópatas.

En términos generales, se ha encontrado que los abandonos prematuros en grupo de pacientes ambulatorios se deben a menudo al sentimiento de estrés intenso en el medio habitual o a la tendencia a ocupar roles de trabajo inadecuados. Tales pacientes suelen describirse como carentes de complejidad psicológica, con poca sensibilidad interpersonal y poco motivado o con poca capacidad introspectiva; no logran integrarse en el funcionamiento del grupo e impiden que este marche. Estos pacientes se sienten ansiosos dentro del grupo, son valorados negativamente por los demás miembros, no son accesibles a la influencia del grupo y generalmente obtienen pocos beneficios de su experiencia terapéutica. En las entrevistas iniciales estos pacientes tienden a mostrarse muy negadores, con escasa capacidad para analizar los factores interpersonales o intrapsíquicos que influyen en sus dificultades y una tendencia a manifestar sus problemas por vía de la somatización o la externalización. Formular los problemas del paciente en términos interpersonales resulta difícil, por no decir imposible. Además, en las sesiones de grupo estos pacientes tienen problemas con la intimidad, miedo del contagio emocional e incapacidad para compartir al terapeuta; con frecuencia son los primeros provocadores. A menudo

estos pacientes están poco preparados para el trabajo a desarrollar en la terapia de grupo. De forma que, cabe excluir a los pacientes que pensamos improbable que participen en el proceso activo de verbalización y escucha, parte esencial de cualquier grupo, y también a aquellos otros cuyo estilo de carácter les impide soportar el trabajo psicológico del grupo (por ejemplo: quienes fundamentalmente utilizan el acting out como mecanismo defensivo; los pacientes con graves trastornos de control de sus impulsos o con problemas de abuso de drogas; aquéllos cuyas defensas bloquean, más que promueven, el acceso a los procesos psicológicos; y los pacientes profundamente negativistas o rígidos). Además, MacKenzie (en Kaplan y Sadock, 1996) sugirió excluir a los pacientes que requieren otro tipo de tratamiento con prioridad, como los casos de depresión mayor o los ataques de pánico. Marilla, M. (1990), dice que la psicoterapia breve no puede proponerse en aquellos casos que exijan un intento de reestructuración de la personalidad, tales casos como, la psicosis, psicopatías, estados fóbicos-obsesivos o formas psiconeuróticas en las que el acting-out juega un papel relevante.

Por otra parte, están los criterios de inclusión donde Woods y Melnick, señalan los siguientes parámetros: 1) cierto nivel mínimo deseable de capacidades personales, 2) un grado razonable de motivación para hacer terapia y cambiar <es decir, la voluntad de explorar, intentar alternativas, tolerar sacrificios y establecer un compromiso económico> 3) ansiedad y displacer psicológicos actuales, y 4) expectativas de mejorar con la terapia. A esta lista deben añadirse los siguientes factores: los pacientes definen sus problemas como interpersonales, enfatizan los aspectos interpersonales de los problemas, o por lo menos, permiten que el terapeuta reformule su presentación en términos interpersonales; los pacientes puede identificar áreas de problemas específicos en que es deseable un cambio, en lugar de describir una mera y vaga sensación de displacer; tienen voluntad de dejarse influir por el grupo (es decir, el paciente es moderadamente dependiente de la aprobación, no rígidamente independiente o indiferente a la influencia de los demás o a las opiniones ajenas); los pacientes tienen la voluntad de comunicar al grupo sus experiencias subjetivas de beneficio por participar en el grupo (es decir, no esperan la confirmación de que la ayuda del grupo supone admitir la debilidad del paciente) y los pacientes desean servir de ayuda a otros en el encuadre del grupo (Marilla, 1990).

La literatura sobre el tema sugiere que, además las personas más susceptibles de beneficiarse de la terapia breve, ya sea individual o de grupo, tienen ciertas características adicionales:

En general, las personas más susceptibles de beneficiarse de la terapia breve son aquellas que poseen ciertas características, tales como: un motivo de consulta circunscrito; síntomas de comienzo repentino; antecedentes premórbidos de buena adaptación; historial de relaciones significativas con al menos una persona en la vida; un factor indicativo de la capacidad para confiar, la posibilidad de comprometerse en los procesos de dar y recibir de la terapia y la potencialidad para establecer una relación transferencial positiva; capacidad de relación flexible con el terapeuta y acceso a reacciones emocionales durante la entrevista diagnóstica, alto grado de motivación (por ejemplo, voluntad para participar en las tareas del tratamiento, para intentar nuevas formas de relación y para hacer los necesarios sacrificios de tiempo, dinero y esfuerzo) asociados a flexibilidad frente a los cambios en las condiciones de intensidad emocional que caracterizan a la terapia de grupo; sofisticación psicológica por encima de la media, inteligencia y capacidad de introspección; un trabajo reciente apunta a la importancia de la conciencia sobre los temas psicológicos; expectativas realistas acerca del proceso de tratamiento y las esperanzas de cambio, es decir, la capacidad de formular en términos realistas los objetivos alcanzables con el tratamiento; capacidad para trabajar eficazmente con hipótesis interpretativas, lo que puede evaluarse observando las respuestas del paciente a los comentarios con que el entrevistador intenta ligar la conducta del paciente con posibles motivaciones internas o establecer paralelos entre relaciones interpersonales maladaptativas; muestras de fortaleza adaptativa como consistencia educativa y laboral, estabilidad social y ausencia de períodos de grave compensación psicológica (MacKenzie en Klein, R. 1996); así, como un yo fuerte, capacidad de colaboración y un objetivo identificable (Marilla, m. 1990).

3.7 PAPEL DEL TERAPEUTA

En los grupos breves el terapeuta debe ser activo, directivo y flexible. Debe mantener un enfoque consecuente tanto con los límites del grupo como con los objetivos del mismo. Como director del grupo, el terapeuta debe orientarse hacia los aspectos comunes de los pacientes que dan coherencia al grupo y a los puntos en común que caracterizan el proceso colectivo (Piper, en Klein, 1996).

Es evidente que corresponde al terapeuta la elección de la técnica más adecuada a cada circunstancia, así como la tarea de precisar su papel; un papel que, al contrario de la pasividad

propia de la relación psicoanalítica, se caracteriza en psicoterapia breve por la actividad (Marilla, M. 1990).

Hay que ayudar a los pacientes a identificar sus objetivos en el tratamiento lo antes posible, a encauzar sus quejas hacia objetivos realistas alcanzables en las sesiones conforme se tiene lugar el progreso del grupo (Yalom y Vinogradov, 1996).

El terapeuta es mucho más activo y desarrolla cierto tipo de actividades en el manejo del caso que están prohibidas en el análisis ortodoxo. Por ejemplo, en esta técnica, el terapeuta puede interrumpir al paciente, puede señalarle ideas o situaciones para que asocie sobre ellas, puede hacer preguntas sobre determinados aspectos de la vida del paciente, puede aconsejar activamente, etc., (Portuondo, 1982).

El papel del terapeuta según Portuondo (1982) en la mayoría de los grupos breves debe incluir los siguientes elementos:

- 1) El terapeuta debe establecer relación rápidamente con cada uno de los pacientes para comprometerle y promover el desarrollo de una alianza terapéutica útil a través de la transferencia positiva.
- 2) La evaluación, selección y preparación de los pacientes deben hacerse con prontitud.
- 3) El terapeuta debe procurar sobre todo construir un grupo de composición homogénea.
- 4) Conviene establecer un contrato preciso y claro, sobre la base de un acuerdo común respecto a objetivos limitados, realistas y posibles en un breve plazo de tiempo y que, siempre que sea posible, implique el enfoque interpersonal de los problemas.
- 5) El terapeuta debe desmitificar la terapia, incidiendo en el hecho de que los pacientes son responsables de su propio trabajo durante el tratamiento y del logro de sus objetivos terapéuticos, proporcionando, en consecuencia, a los miembros del grupo la sensación de

que ellos son los que controlan el proceso terapéutico y alentándoles a comprometerse en el mismo.

- 6) Hay que mantener un abordaje coherente, activo, dirigido a los fines prefijados, con una evaluación y preservación activas de los límites de las tareas del grupo.
- 7) El terapeuta debe estimular la cohesión y la universalización, centrándose en los aspectos comunes de todos los pacientes.
- 8) El terapeuta debe salvaguardar las limitaciones estructurales inherentes al grupo y cronometrar el tiempo, estimulando a los pacientes a trabajar dentro de los plazos establecidos.
- 9) Se debe mantener una perspectiva ajena a lo histórico, centrada en el aquí y ahora del grupo, que atienda a los problemas de la vida actual.
- 10) El terapeuta debe alentar a los pacientes a encarar y concluir los asuntos, en lugar de eludirlos, negarlos o posponer su solución.
- 11) En el trabajo con el grupo breve con orientación de apoyo, el terapeuta se centrará en los fenómenos conscientes y preconscientes, atendiendo sobre todo al funcionamiento yoico, estando alerta para prevenir exposiciones personales prematuras, expresiones emocionales extremas y evitando el examen improductivo de material profundamente arcaico, preedípico o psicótico; aplicará técnicas que refuercen el yo, induzcan el crecimiento del paciente y su capacidad de manejar sus propios asuntos, y fortalezcan las defensas saludables del paciente antes que intentar desmontarlas. Sólo en condiciones especiales rastreará aspectos transferenciales profundos, que frecuentemente provocan una ansiedad desaconsejable. Es útil incorporar en el proceso grupal elementos cognitivos y didácticos (por ejemplo, explicaciones sobre cómo surgen los síntomas) que proporcione a los pacientes una experiencia estructurante y de sostén; se pueden aplicar técnicas de apoyo basadas en mostrar modelos, dar sugerencias, presentar nuevas formas de resolver

problemas, asignar tareas domésticas y alentar a los pacientes a practicar nuevos comportamientos tanto dentro como fuera del grupo. Igualmente, hay que ayudar a los pacientes a que identifiquen y utilicen los recursos socioambientales de que disponen, así como sus propias capacidades internas.

12) Si se dirige un grupo orientado hacia el *insight*, el terapeuta hará interpretaciones focales; cuanto más sanos están los pacientes y más cohesivo es el grupo, más facilidad tendrá el terapeuta para adoptar una actitud interpretativa, pero en los grupos breves, la oportunidad para elaborar está muy limitada por el tiempo, aunque cabe esperar que los pacientes continúen el proceso después de las sesiones.

3.8 TERAPIA BREVE EN LAS INSTITUCIONES

Fiorini, H. J. (1984) hace referencia sobre el papel de la **terapia breve en las instituciones** dice, que se puede ofrecer al paciente un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos, regulados, que favorezcan la catarsis de sus fantasías, temores, deseos, censurados en un medio habitual; En ese marco, adecuado para una experiencia "emocional correctiva", favorecer el aprendizaje de la autoevaluación, objetivación y crítica de sus conductas habituales, tanto en su interacción familiar como institucional; Alentar al paciente en la asunción de roles que fortalezcan, por el ejercicio, su capacidad de discriminación y ajuste realista; Ayudarle en la elaboración de un proyecto personal, con metas que impliquen adquisición de cierto bienestar y autoestima. (Esto significa dirigir el esfuerzo no sólo hacia el incremento de la conciencia de enfermedad, sino también hacia una más clara conciencia de perspectivas personales.); Ejercer alguna influencia sobre las pautas de interacción familiar, favoreciendo su comprensión del sentido de la enfermedad, de los síntomas, orientándolo hacia un manejo más controlado de sus ansiedades y hacia la elaboración grupal de nuevos modos de ajuste interpersonal.

La máxima eficacia de una terapéutica breve depende de la elaboración por un equipo asistencial, de un programa unitario de tratamiento que coordine estas diversas técnicas en una acción total, hilvanada según una línea psicodinámica coherente. Así constituidas, en las diversas instituciones asistenciales se ha ido modelando un estilo psicoterapéutico que combina, de modo variable,

instrumentos técnicos correspondientes originariamente a diferentes estrategias: apoyo, esclarecimiento, transferencial. Pues, básicamente son los urgentes problemas prácticos creados a las instituciones los que refuerzan un replanteo sobre los métodos actuales del tratamiento y la búsqueda de nuevos métodos (Fiorini, 1987).

Aunque hay pocos estudios experimentales rigurosos diseñados para calibrar la eficacia de la terapia breve de grupo (McCallum, Piper, en Klein, R. 1996), los estudios comparativos entre terapias breves y terapias de tiempo ilimitado, ya fuesen individuales o de grupo, no muestran resultados esencialmente diferentes (Marilla, M. 1990).

La evaluación de la eficacia terapéutica del tratamiento breve individual vs. el tratamiento grupal, por lo general no ha mostrado diferencias significativas atribuibles a la modalidad escogida R. W. Toseland y M. Siporin (en Klein, R. 1996), que revisaron 32 estudios controlados comparando el tratamiento individual vs. el grupal, informaron que la terapia de grupo resultó eficaz en el 75% de los estudios y más útil que el tratamiento individual en el 25% de los registros, aunque los problemas metodológicos señalados por los autores hacen difícil la evaluación precisa de los resultados.

El campo de la terapia breve de grupo sigue expandiéndose rápidamente. Cada vez es mayor el número de pacientes tratados con esta modalidad terapéutica. Los resultados parecen indicar que es idónea y eficaz para una amplia gama de pacientes con muy diversos objetivos. Recientes informes sugieren la aplicación clínica adicional de terapia grupal breve a grupos de minorías desatendidas y de bajo nivel socioeconómica, para quienes la terapia de larga duración puede estar menos indicada por una serie de razones culturales y económicas (Klein, R. 1996).

Sin embargo, a pesar de esta evolución, hace falta seguir trabajando a muchos niveles. A nivel conceptual, los terapeutas deben definir y clarificar los límites de la terapia grupal breve e integrar dichos desarrollos con la teoría y la investigación en disciplinas asociadas. La terapia breve debe conceptualizarse como algo que no es simplemente una versión abreviada de la terapia de grupo a largo plazo. Además, la viabilidad de adoptar un estilo interpretativo de orientación psicoanalítica

en los grupos breves plantea algunos dilemas conceptuales no resueltos (Mccallam, Piper, en Klein, R. 1996).

3.9 LA TERAPIA BREVE EN GRUPO. UNA PROPUESTA INSTITUCIONAL DE CIJ.

La psicoterapia en Grupo resulta notablemente favorable para el fármacodependiente, no sólo por el bajo autoconcepto que tiene de su persona, sino también por su mínima confianza en sí mismo y en sus capacidades; en tanto es una alternativa más de tratamiento, también el espacio donde se puede modificar las formas de relación con los otros al ofrecer un vínculo diferente (Quijano, 2002).

Evidentemente, la psicoterapia en grupo es una modalidad adecuada para que se utilice a nivel ambulatorio o en espacios terapéuticos hospitalarios con usuarios de sustancias, debido a los beneficios que otorga a los pacientes que participan en ella (Quijano, 2002).

La experiencia terapéutica de otros países sobre el tratamiento de la condición adictiva, junto con la situación que hoy se vive en nuestro país a raíz de los cambios epidemiológicos de los últimos 10 años, ponen en la mira la pertinencia de hacer óptimas las condiciones de tratamiento a través de modelos cuya efectividad haya sido probada debidamente. De ellos deriva, por un lado, la necesidad de dirigir la atención terapéutica a objetivos más precisos y alcanzables, y por otro, el interés de ir adelante aprovechando el conocimiento generado en otras latitudes, en beneficio de los consumidores (Quijano, 2002).

La mayor parte de los especialistas que laboran en el campo de las adicciones concuerdan en que la terapia grupal es esencial en el tratamiento. Se han visto beneficios muy particulares que tienen que ver con: la abstinencia que se logran con el apoyo de los otros pacientes; el aprendizaje de que no es el único que lucha contra la adicción; la comprensión de sus actitudes y la negación que hace sobre el uso de sustancias al confrontarse con actitudes similares y defensas de otros consumidores; y la concientización de estilos caracterológicos patológicos que, siendo típicos, le impiden entrar en

contacto íntimo con otros y contribuyen a repetir la historia de las relaciones interpersonales disfuncionales (Flores y Mahun, en Quijano, 2002).

El trabajo grupal es una aproximación que provee beneficios clínicos que van más allá de las razones prácticas y económicas que originariamente prevalecieron ante la creciente demanda de servicios asistenciales (CIJ, 2002).

Evaluación de los Efectos de la Psicoterapia Grupal Breve de Corte Psicoanalítico Utilizando el MMPI. El objetivo de este trabajo fue el investigar los efectos de la psicoterapia grupal breve psicoanalíticamente orientada sobre la personalidad de los pacientes, mediante el inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), con las escalas básicas. Se evaluaron 21 pacientes cuyas edades fluctuaron entre 19 y 27 años, canalizados a terapia breve de grupo de corte psicoanalítico durante 30 sesiones, una vez por semana, durante 6 meses en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se les aplicó el MMPI antes y después de su participación en el grupo terapéutico. Las aplicaciones se evaluaron mediante un método automatizado para la calificación del MMPI. Se encontraron diferencias significativas en los puntajes antes-después en las escalas: F, K, Hs, D, Hi, PI, e Is. Los resultados indican que la angustia, la depresión y los síntomas somáticos disminuyeron, así como las relaciones interpersonales de los pacientes en términos de demanda de afecto, tolerancia y socialización. Asimismo, se presume una mejor adaptación, comprensión de su problemática y capacidad percibida para resolver los problemas (Acevedo; Benavides y Zarabozo, 1995).

CAPÍTULO 4. PSICODRAMA

*El mundo entero es un escenario, y todos los
hombres y las mujeres, meros actores.
W. SHESKPEARE*

El psicodrama es aplicable a una amplia gama de pacientes, incluyendo a aquellos considerados limitados intelectualmente, los pacientes intelectualmente regresivos, los que están impedidos evolutivamente para expresar sus sentimientos a través del lenguaje y los intelectualizadores que no pueden conectar sus sentimientos con el lenguaje. El psicodrama resulta ser poco eficaz con aquellos pacientes que son histriónicos, que explotan la técnica para la gratificación exhibicionista (Sacks, en Klein 1996). Así, podemos comprender que el psicodrama, contribuye a la evolución y a la elaboración de las situaciones (Kaes, et al. 2001).

4.1 ORIGEN DEL PSICODRAMA

Algunos dicen que la primera sesión psicodramática tuvo lugar durante el cuarto año de vida de Moreno, cuando estaba jugando con un grupo de niños en el sótano de la casa de sus padres. Otros dicen que el psicodrama tuvo sus comienzos en 1908, cuando Moreno, de 16 años, estudiante de filosofía en la Universidad de Viena empezó a reunirse con niños en los parques de su ciudad para contarles cuentos y alentarlos a representar sus fantasías (Paz y Pimentel, 1998). Para otros, el psicodrama y la psicoterapia de grupo nacieron algunos años después, cuando Moreno, entonces estudiante de Medicina, comenzó a organizar a grupos de prostitutas en reuniones semanales, en el distrito Vianés de Amspittelberg, para realizar debates con el fin de promover su desarrollo personal e impedir que fueran explotadas por otras personas. Ha escrito que en esas reuniones le llamaron la atención cuatro hechos básicos que se convertirían en pilares de la psicoterapia de grupo: la autonomía del grupo, la existencia de una estructura de grupo, el problema de la colectividad y el problema del anonimato. Y están aquellos que sostienen que el

psicodrama se inició en 1921 cuando organizó su teatro de la espontaneidad en Viena. El lugar fue un teatro, el Comedían Haus, y los únicos elementos escenográficos empleados fueron un gran sillón semejante a un trono y una corona dorada. En 1929 comenzó el primer programa regular de psicodrama “abierto” en gran escala en los Estados Unidos: el grupo de teatro improvisado en el Carnegie Hall, donde se efectuaron sesiones tres veces por semana. Durante este periodo hubo considerables progresos en la sociometría (Greenberg, 1977).

Para 1932 se empezó a difundir la idea de la potencialidad del grupo como agente terapéutico. A esto llamó terapia de grupo y después de la Segunda Guerra Mundial se convirtió en una rama respetable y difundida de la psicoterapia (Ramírez, 1997).

El sanatorio de Beacon Hill, cede de la academia de Moreno y del centro mundial para el psicodrama, la sociometría y la psicoterapia de grupo, siendo difundida en 1934 (Greenberg, 1977). En 1942 se fundó la Sociedad de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo (Espina, 1995).

4.2 ¿QUÉ ES EL PSICODRAMA?

Se puede considerar psicodrama cualquier terapia en la que los pacientes representan temas relacionados con sus problemas en forma de drama improvisado, generalmente con la ayuda de otros que representan el papel de otras personas significativas (Sacks, en Klein 1996).

El psicodrama es una técnica dentro de la psicoterapia de grupo creada por el Dr. Jacobo Levy Moreno alrededor de 1920, quien definió al psicodrama como un método para sondear a fondo la verdad del alma a través de la acción (Bello y Winkler, 1997).

Siendo así, el psicodrama un método que sirve para coordinar grupos a través de la acción, creado a partir de y para los grupos humanos por la simple y sencilla razón de que todo hombre vive en grupo, lo cual quiere decir, que para el psicodrama las relaciones humanas no están comprendidas desde un yo que se relaciona con otros, sino desde el encuentro entre dos o más personas (Bello y Winkler, 1997). Moreno (1995) consideraba que un hombre es el agente terapéutico de otro y un grupo era el agente terapéutico de otro.

El psicodrama ayuda a una persona a representar su problema, en lugar de sólo hablar de él (Weitz, 1980). Por lo que el uso de métodos psicodramáticos puede complementar a métodos verbales, facilitando así el análisis de muchas y diferentes dimensiones de la solución de problemas emocionales, pues la representación ayuda a pasar de la discusión abstracta a sentimientos más profundos relacionados con el problema. Los métodos derivados del psicodrama pueden aplicarse y modificarse en una gran cantidad de situaciones (Howard A. Blatner M. D. 1980).

Por lo que se plantea que el psicodrama, es un método que permite escenificar los problemas y conflictos no resueltos, como serían traumas, situaciones infantiles vividas por el paciente tanto en su realidad como en su fantasía (Portuondo, 1982).

Asimismo, integra modalidades del análisis cognoscitivo con las dimensiones de inclusión participatoria y experimental. No sólo comparte las ventajas de la terapia de grupo, sino que su uso de movimiento físico llama la atención a las claves no verbales del componente. Esto es de especial importancia, no sólo para los que tienen una capacidad reducida en la exploración verbal e intelectual (por ejemplo: niños, psicóticos, delincuentes, etc.), sino también para aquellas que tienden a sobreintelectualizar sus experiencias. Sin embargo, la ventaja más importante del psicodrama es que convierte la urgencia del participante de "actuar" en un canal constructivo de "actuación" que lleva a su comprensión (Howard A. Blatner M. D. 1980).

El psicodrama es un instrumento terapéutico más sofisticado y profundo, donde la dramatización impone un libre intercambio de papeles (Sánchez, 2006).

Ramírez (1997) afirma que el psicodrama es una modalidad educativa práctica además de una forma de promover, encauzar y desarrollar el crecimiento personal; es finalmente un método terapéutico, aplicable a niños, adolescentes, jóvenes y adultos ya sea que presenten o no una patología.

Considerando así como principales finalidades del psicodrama las siguientes (Portuondo, 1982):

La catarsis, la cual se logra mediante la expresión de contenidos reprimidos a través de una liberación de su carga emocional; el revivir situaciones infantiles por medio de un desplazamiento de la infancia a la realidad actual del psicodrama, con ayuda del director y de los yo auxiliares, es decir, la reminiscencia transferencial, lo cual es benéfica pues se vive con mayor conciencia sus conflictos, por el hecho que ahora la reacción de los personajes hacia él será distinta (mejor) que como lo fue en su infancia (ahora todo está bajo control del terapeuta-director); así como la objetivación, la cual se produce a través de la "inversión de papeles", con el fin básico de tratar que el paciente logre una imagen más objetiva de sí mismo y de todos los ángulos posibles de su conflicto; además de ser una experiencia emocional correctiva, la cual consiste en integrar las nuevas y más reales vivencias dentro de la personalidad del sujeto en el "aquí y ahora" de la situación psicodramática.

Moreno, Z. (1974) considera así, que el psicodrama contiene todas las características beneficiosas de todos los otros tipos de psicoterapia.

Para Moreno la psicoterapia puede establecerse en tres niveles, pues abarca desde el monólogo cuando un paciente por sí mismo expresa o escenifica sus impulsos, logrando

así la catarsis; el diálogo es la situación convencional de un paciente a un terapeuta; y finalmente, el psicodrama que esta conformado por un grupo de pacientes bajo la dirección de un terapeuta en una forma de psicoterapia de grupo (Portuondo, 1982).

Considerando al psicodrama como el método más completo que permite la catarsis, la transferencia, la reminiscencia, la experiencia emocional correctiva, la re-educación (Portuondo, 1982). Además de ser el psicodrama una técnica global que integra al cuerpo, las emociones y el pensamiento (Ramírez, 1997).

Por lo que la dramatización consiste en la reconstrucción de la escena representada con las percepciones, fantasías y sentimientos de los personajes y del resto del grupo, se hacen señalamientos, construcciones e interpretaciones (Carrillo, J. 1975).

Por lo que se puede considerar como el principal reto básico en la psicoterapia o psicodrama el de ayudar al protagonista a encontrar la forma de examinar aquellos sentimientos internos que están amenazando su sentimiento de dominio o autoestima. (Howard A. Blatner M. D. 1980).

Moreno mantenía una visión "totalista" de los grupos, concibiendo su estructura de manera sociométrica y alejándose considerablemente de las interpretaciones individualistas (Portuondo, 1982)

En psicodrama, predomina la necesidad de mantener intacto al yo ideal (Lemoine, 1979).

Moreno sostiene un origen social de los disturbios emocionales y, al igual que Freud, afirma que se inicia en la infancia, precisamente antes de la formación y desarrollo del lenguaje (Ramírez, 1997).

4.3 CONCEPTOS BÁSICOS DEL PSICODRAMA

4.3.1 ESPONTANEIDAD Y CREATIVIDAD

La espontaneidad es creadora y plástica, considerada como el mejor instrumento de productividad y de adaptación al medio ambiente (Portuondo, J. 1982)

Para Moreno el niño que nace es un genio en potencia, a quien muchas veces la sociedad limita luego en su desarrollo. Por lo tanto la espontaneidad consiste en dar una respuesta adecuada ante una situación nueva o una respuesta nueva ante un acontecimiento ya conocido. Ante ello, Moreno consideraba que si no había espontaneidad como consecuencia no habría creatividad. Pues consideraba a la espontaneidad como el catalizador de la creatividad. Son también la base de la simplísima concepción psicopatológica de Moreno la cual manifiesta que: un hombre espontáneo y creativo es un hombre sano (Bello y Winkler, 1997).

Cuando esta afectada nuestra espontaneidad, nuestros roles se vuelven rígidos o estereotipados y limitados. Al desarrollarse nuestra espontaneidad, esto nos va a permitir desempeñar nuevos roles, o "creativizar" nuestros roles sociales (Portuondo, 1982)

Por esto, Moreno establece que el psicodrama tiene que ser muy espontáneo, pero al mismo tiempo bajo un cierto plan, porque sino la espontaneidad puede llegar a producir una gran liberación de impulsos disgregados que no tienen valor terapéutico de ninguna clase (Portuondo, 1982)

4.3.2 ROL

- Descripción o definición de rol

Moreno definió el concepto de rol como: la más pequeña unidad de conducta (Bello y Winkler, 1997).

También es considerado como el medio a través del cual la persona asume su propio drama y situaciones sociales relacionadas con él (Portuondo, 1982).

Para Moreno el Yo surge de los roles y no al revés. Los primeros roles están ligados a las funciones fisiológicas (roles psicósomáticos): rol de ingeridor, defecador, fingidor, contactador, etc. (Bello y Winkler, 1997).

Se consideran dos tipos básicos de roles: los primeros son los "roles fijos o defensivos" los cuales se caracterizan por su rigidez y estereotipia. Siendo fundamentalmente defensivos, lo cual señala una capacidad limitada de representaciones; y los aquellos "roles expresivos" es aquí donde surge la verdadera espontaneidad y creatividad. Además, es aquí donde el Yo realiza un verdadero aprendizaje (Portuondo, 1982).

Para Moreno el ser humano sufre fundamentalmente por no poder realizar todos los roles que podría presentar, provocándole angustia sobre él los roles no empleados. Por lo que al lograr actuar diferentes roles se irán venciendo las resistencias permitiendo así, que el sujeto actúe cada vez más de acuerdo a como realmente es (Portuondo, 1982).

4.3.3 TELE Y TRANSFERENCIA

Los seres humanos vivimos permanentemente eligiéndonos de acuerdo al cumplimiento de ciertos criterios, según consideró Moreno. Los criterios pueden ser tareas tan sencillas y comunes como trabajar juntos, estar con personas y platicar o pasar un momento divertido con los demás, hasta otras más complejas como la de establecer una relación sentimental o el formar una familia. Las elecciones pueden tener tres signos posibles: positivo, negativo y neutro, pero si son elecciones mutuas (mutualidades), siempre tienen el carácter de encuentro. El rechazo mutuo para un criterio dado, es desde el punto de vista Moreniano, un encuentro (Bello y Winkler, 1997).

La diferencia fundamental entre el concepto moreniano de transferencia y el concepto psicoanalítico, radica en que Moreno no limita la transferencia a la situación terapéutica y que niega la existencia de la contratransferencia. La transferencia del terapeuta, es para Moreno transferencia, no Contratransferencia. No ve él porqué tiene que tener un valor diferente. (Bello y Winkler, 1997).

En el trabajo terapéutico, uno de los objetivos es siempre reestablecer el factor tele igual que en psicoanálisis, para esto es necesario analizar la transferencia. Sólo que en psicodrama se hace a través de la acción (Bello y Winkler, 1997).

Desde el punto de vista sociométrico pueden presentarse tres tipos de relaciones en los grupos las cuales consisten en: relaciones reales, que son las responsables del grado de cohesión, objetividad y cooperación de los grupos. Estas pertenecen al fenómeno de la "tele" y de ellas dependen la durabilidad y la solidez de las relaciones entre los miembros de un grupo; las relaciones fantásticas o irreales, las cuales pertenecen al fenómeno de la transferencia y juegan un papel en el aspecto psicoterapéutico; y las relaciones estéticas, que forman parte del fenómeno de empatía (Portuondo, 1982)

Moreno sostiene que en la medida en que va disminuyendo el fenómeno de la transferencia (en sentido psicoanalítico) y en su lugar aumenta la "tele", el grupo progresa y mejora (Portuondo, 1982).

4.3.4 ÁTOMO SOCIAL

Moreno explica que en un grupo el individuo proyecta sus "emociones" hacia los restantes miembros que lo rodean y, a su vez, dichos miembros la proyectan hacia él, lo cual hace que se establezca un complejo patrón de relaciones, compuesto por atracciones y repulsiones, a causa del choque entre las emociones provenientes de los distintos sujetos.

Es precisamente en este patrón de fuerzas sociodinámicas donde Moreno ve a sus miembros interactuando y los denomina "átomo social" (Portuondo, 1982).

4.4 ESTRUCTURAS DEL PSICODRAMA

Al hacer referencia a las estructuras del psicodrama se habla de aquellos momentos que posee una sesión psicodramática, las cuales han sido divididas en tres fases principales (González, 1999); constituyen el procedimiento secuencial del psicodrama como método. Dan el orden temporal de la acción. La secuencia consiste en: prepararse para la acción, actuar, en el sentido de vivenciar algo, o sea actuar dentro del marco del "como sí", dramatizar, poner en palabras los sentimientos, emociones o recuerdos despertados por la acción dramatiza y luego elaborar conceptualmente (Portuondo, 1982).

4.4.1 CALENTAMIENTO

- DEFINICIÓN
- FINALIDADES

El calentamiento es el momento de preparación para la acción. Dado que el psicodrama se inspira en la vida, reproduce en la acción dramática algo que se da también en la vida: para cualquier acción que vayamos a realizar, se necesita una preparación previa. De alguna manera nos preparamos física y anímicamente para todas las acciones, hasta las más simples. Si no lo hacemos, la acción puede bloquearse o resultar impulsiva (Bello y Winkler, 1997).

Una de las finalidades de esta fase es activar la espontaneidad y creatividad, tanto individuales como grupales, pero sin olvidar el motivo de la sesión (González, 1999). Para lograrlo en el psicodrama el calentamiento puede realizarse a través de muy variados recursos y técnicas: juegos dramáticos, psicodrama interno (fantasías dirigidas), recursos auxiliares como la música o la expresión corporal y hasta puede ser verbal. (Bello y

Winkler, 1997). En esta etapa se debe promover la confianza y la cohesión del grupo, el calentamiento termina cuando se ha seleccionado al protagonista (González, 1999).

4.4.2 ACCIÓN

La acción dramática puede estar centrada en el grupo, en un individuo, o en varios.

En psicoterapia, la dramatización centrada en protagonista es el recurso por excelencia (Bello y Winkler, 1997).

Cuando se selecciona al protagonista, este es llevado al escenario y se le alienta a discutir su situación. Conforme el director discute el problema del protagonista se busca un ejemplo específico. Entonces si el protagonista comienza a narrar una situación, el director lo alienta a presentar la escena, más que hablar respecto a lo que sucedió (Howard y Blatner, 1980).

Conforme el protagonista describe la escena, el director le pide que señale el mobiliario y comente sobre la textura de los materiales, los colores, el clima, todas las sensaciones concretas que lo sumerjan más aún en la representación. El crear un ambiente en el escenario es para beneficio del protagonista y no del público (Howard y Blatner, 1980).

Con frecuencia el protagonista puede estar listo para comenzar una representación, pero el conflicto "central" aún está enterrado bajo explicaciones y descripciones de las circunstancias, por lo que es común que el problema que se presentó es un principio y con frecuencia no sea la raíz de la preocupación emocional del protagonista. Esta "resistencia" no sólo permite, sino que se utiliza en el establecimiento de la escena preeliminar. Uno de los enfoques más útiles para aclarar el problema del protagonista es el énfasis en la presentación explícita de las comunicaciones no verbales involucradas. En el psicodrama el

protagonista no sólo presenta lo que sucedió en realidad, sino que, más importante, lo que tal vez nunca ocurrió salvo en su fantasía. Uno de los puntos importantes del psicodrama es que lleva al escenario las esperanzas, temores, resentimientos reprimidos, proyecciones, internalizaciones y actitudes de juicio del protagonista. Además se ayuda al protagonista a que ventile sus sentimientos y viva éstos en forma simbólica. Moreno llama al psicodrama “el teatro de la verdad” porque lo que se representa es para el protagonista la verdad más importante, el rango de sus propias realidades psicológicas (Howard A. Blatner M. D. 1980).

Un reto básico en la psicoterapia o psicodrama es el de ayudar al protagonista a encontrar la forma de examinar aquellos sentimientos internos que están amenazando su sentimiento de dominio o autoestima (Martínez; Moccio y Pavlosky, 1991).

Existen dos tipos de psicodrama según Levy (1992):

- Vertical: en el cual se empieza por la escenificación del conflicto presente, luego se regresa al pasado buscando aquellas respuestas inadecuadas que tengan origen en la niñez, después se vuelve al presente implementando alternativas adaptativas, para finalizar con una proyección hacia el futuro.
- Horizontal: aquí se exploran distintas escenas del presente, en sesiones breves con fines más didácticos que terapéuticos. Se busca resaltar la conducta o respuesta por parte del protagonista con el objetivo de cambiar aquellas que son incorrectas ante una situación conflictiva.

Para terminar la sesión hay que reintegrar todos los elementos que en ella aparecieron, ya que tanto el protagonista como los miembros del grupo deben salir con menor ansiedad y mayor seguridad de su actuación en la vida que al inicio de la sesión. Por lo que la última fase de la acción deberá ayudar al protagonista a integrar los distintos aspectos de su

personalidad con todas las experiencias que ha tenido de gozo o dolor y que ha revivido en su sesión psicodramática (González, 1999).

4.4.3 PARTICIPACIÓN

Sus objetivos son integrar al protagonista al grupo y promover la catarsis grupal.

La participación es verbal, aunque por lo general va acompañada de expresiones no verbales, y su importancia no radica en las palabras como tales, sino en la liga que se establece fuertemente con el grupo (González, 1999).

4.4.4 COMPARTIR O *SHARING*

Es el momento de poner en palabras los sentimientos y recuerdos que ha evocado cada uno durante la acción dramática. Para el protagonista es el momento de recibir, para el grupo de adquirir nivel protagonizo. Después se llega al procesamiento, que consiste en revisar lo trabajado vivencialmente a la luz de los conceptos teóricos del psicodrama, y de la teoría de la técnica (Bello y Winkler, 1997).

Al compartir el director busca la retroalimentación que da un apoyo adicional y más abertura por parte de los miembros del grupo. Es muy importante tanto para los miembros del grupo como para los protagonistas tener tiempo para compartir. Esto no sólo proporciona apoyo mutuo, sino que los malentendidos que pudieron haber surgido durante la sesión pueden aclararse ante la oportunidad de preguntas y retroalimentación. Siendo así, el período para compartir una oportunidad para que todos los participantes del psicodrama ventilen sus sentimientos. Los miembros del grupo necesitan esto tanto como el protagonista. Entonces puede expandirse, reexperimentarse la catarsis en el drama

y eliminarla cuando el grupo se da cuenta de su lazo común de sentimientos humanos (Howard A. Blatner M. D. 1980).

4.5 AGENTES DINÁMICOS DEL PSICODRAMA

4.5.1 EL DIRECTOR

Normalmente esta función la desempeñan el psicoterapeuta o el coordinador de grupo que son a su vez psicodramatistas, a la hora de comenzar una dramatización. El director es el que lleva la secuencia dramática, implementa las técnicas y los recursos del psicodrama, hace de nexo entre el grupo y el protagonista y coordina el espacio de compartir o sharing. (Bello y Winkler, 1997). Así como el ser, capaz de modelar la “espontaneidad” (Leventon, E. 1977). De esta manera el director puede ayudar al protagonista a explorar su problema (Howard A. Blatner M. D. 1980).

Por lo que se puede considerar que el director tiene tres funciones principales que son (Castanedo, 2000):

1. Es un productor.
2. Es el terapeuta principal.
3. Es un analista social.

El rol del terapeuta es activo pues opina, estimula, pregunta, señala, comenta, traduce, dobla alguno de los personajes o a varios, interpreta en relación a la escena, a los personajes, al grupo o algún paciente en especial (interpretaciones transferenciales o extratransferenciales). El rol del terapeuta es más comprometido que en el encuadre verbal ya que expone su cuerpo y sus afectos, comunica lo que percibió, sintió y fantaseo (Carrillo, J. 1975).

4.5.2 EL PROTAGONISTA

Es aquel sobre el que se centra la acción dramática. En un grupo, el protagonista es aquél en que se da el entrecruzamiento entre la temática grupal y la propia historia. Es el portavoz dramático. Es capaz por eso de representar, a través de las escenas de su vida, algo que involucra a todos, (Bello y Winkler, 1997).

Existen varias formas para elegir a un protagonista dentro del proceso del grupo. Unas de las formas son: cuando el protagonista se ofrece de forma voluntaria y tal vez el director prefiera que el grupo vote sobre quién será, si hubieran varios voluntarios, o bien puede elegir en forma arbitraria el orden en que serán protagonistas o la otra forma; otra forma es cuando el terapeuta selecciona al protagonista, el director puede ir caminando y conversar con las diferentes personas del grupo hasta que encuentre a alguien que este listo para ser el protagonista; o el protagonista puede surgir del proceso natural del desarrollo del grupo (Howard y Blatner, 1980).

Sus características como agente terapéutico son:

- ✓ Ser un agente dinámico por representar a todo el grupo.
- ✓ Ser un agente dinámico por la naturaleza misma del método psicodramático, pues este consiste en una representación espontánea y vivencial de una realidad concreta interpersonal o intrapsíquica del protagonista.
- ✓ Influir sobre el grupo debido a la eficiencia de la acción.
- ✓ El protagonista y el grupo se influyen de manera mutua por su máxima involucración en el problema actuado.
- ✓ La eficiencia dinámica de esta técnica además de la influencia terapéutica del protagonista y del grupo, se deben a que en el psicodrama tanto el grupo como el protagonista se enfrentan a la realidad de la vida.

- ✓ En el psicodrama el individuo, el terapeuta y el medio del tratamiento terapéutico es el grupo.

4.5.3 EL YO AUXILIAR

Los “yo auxiliares” ayudan a que el paciente viva objetivamente sus problemas y otras veces actúan en su lugar para que el paciente se vea a sí mismo, podría decirse que sin yo auxiliares no existiría un verdadero psicodrama (Portuondo, 1982).

El tipo de papeles que puede desempeñar el yo auxiliar, puede ser el papel de otra persona de importancia, alguien en el átomo social, la parte de alguien más distante, el papel de una figura de fantasía, así como el de un objeto inanimado con el que se relaciona el protagonista y el papel de un concepto abstracto o un estereotipo colectivo, por ejemplo “ellos”, “sociedad”, etc. (Howard y Blatner, 1980).

4.5.3.1 FUNCIONES DEL YO AUXILIAR

El ego auxiliar ayuda al protagonista a explorar su situación, actuando hacia él en el papel asignado: el empleador que se comporta de una forma “llamado al orden”, la madre que se preocupa o infantiliza, el cónyuge que discute pero no escucha, el desempeño de este papel debe ser esencialmente similar a la conducta de la persona que está representando, sin que necesite ser exactamente igual (Howard y Blatner, 1980).

El drama sin yo auxiliar se llama autodrama o monograma. El protagonista puede cambiar lugares utilizando una o dos de las sillas vacías y así encontrarse con las diferentes partes de sí mismo o con su proyección de alguien con quien está en conflicto (Howard y Blatner, 1980).

4.5.3.2 SELECCIÓN DEL YO AUXILIAR

Por lo general el papel del yo auxiliar lo juega uno de los miembros del grupo o un yo auxiliar profesional. Con frecuencia el auxiliar capacitado o profesional se encuentra en situaciones donde hay un programa continuo de psicodrama. Puede ser un director de psicodrama en capacitación, una enfermera en una sala de pacientes internos, un coterapeuta o sencillamente otro miembro del personal que tiene experiencia en el uso de los métodos psicodramáticos. Desde el momento en que se elige al auxiliar, se le debe alentar a adentrarse en su papel, actuando en el aquí y ahora (Howard y Blatner, 1980).

4.5.4 EL PÚBLICO

Es simplemente la parte del grupo que no está participando directamente durante una dramatización (Bello y Winkler, 1997). A diferencia del público convencional, el público en el psicodrama con frecuencia tiene un papel activo con la participación en la exploración de sus sentimientos por parte del protagonista (Howard A. Blatner M. D. 1980).

EL DOBLE

El doble es una persona que se para detrás del protagonista y actúa otro aspecto de su dilema. Por lo general actuará algo implícito en la situación, pero no disponible para el protagonista (Leventon, E. 1977).

El doblaje es un método de comunicación único para indicar la naturaleza del conflicto. También es una de las vías más eficaces para expresar empatía. Doblar es “ponerse uno mismo en los zapatos de otro” (Leventon, E. 1977).

El doble es la voz interior. La voz del conflicto, de la ironía, de la compasión por uno mismo. El doble es el cobarde dentro del héroe, el santo dentro del pecador, el niño necesitado en el excéntrico solitario. El doble acepta la oportunidad de perder el control aumentando la posibilidad de lágrimas, ira, ternura. El doble puede elevar la voz. El doble puede reír (Leventon, E. 1977).

Dentro de las principales funciones del doble podrían considerarse las siguientes: En términos generales el propósito del doble es estimular la integración facilitando el retrato de la experiencia Psicológica del protagonista en su gama más amplia; así como el proporcionar apoyo al protagonista, lo que le ayuda a tomar más riesgos y tener una interacción más completa; además de servir de vehículo para proporcionar interpretaciones y sugerencias más efectivas al protagonista (Howard A. Blatner M. D. 1980).

4.5.5 EL ESCENARIO

El escenario es el área en la que se realiza la representación. El escenario puede ser una plataforma formal para el psicodrama; puede ser el área en el centro de un grupo, o el lugar real del conflicto in situ (Howard y Blatner, 1980).

El teatro psicodramático esta compuesto de tres plataformas concéntricas, pero a distintos niveles, teniendo un balcón por encima de las plataformas que permite visualizarlas perfectamente. En este balcón se puede situar a veces el director del psicodrama. Más allá de las plataformas quedan las sillas para los espectadores. Las tres plataformas y el balcón representan niveles de liberación de la espontaneidad (Portuondo, 1982)

En escena se pueden tener algunos objetos de apoyo: unas sillas ligeras y una mesa sencilla que es lo que se utiliza con frecuencia. Almohadas, un colchón y una variedad de otros artículos de apoyo pueden también ser útiles. La silla no es sólo para sentarse, pero

cuando está vacía puede tener cualquier figura proyectada o de fantasía. También puede convertirse en barricada, plataforma o indicador de altura, autoridad o condición. La mesa puede convertirse en el techo de un edificio, un escritorio, asiento de un juez, mesa del desayunador o una cueva en la que se puede esconder. Las almohadas y los palos de hule espuma pueden utilizarse para peleas, golpes, protección o tal vez para ser sostenidos como si fuera un bebé (Howard y Blatner, 1980). Moreno utilizaba la iluminación para que con sus cambios de luz adecuados contribuyera a aumentar y mantener la carga emocional de las distintas situaciones que se iban dramatizando (Portuondo, 1982)

La flexibilidad lo es todo. Si los miembros del grupo pueden sentarse donde quieran, moverse cuando lo necesitan, entonces aumentan la espontaneidad. Si el escenario puede estar en cualquier parte, ello es un reto a la imaginación y al pánico escénico que con frecuencia es una reacción al estilo de foco dramático de la atención inherente a un escenario real y que puede relegarse a un lugar menos importante (Leventon, E. 1977).

4.6 TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS

- Definición
- Selección de técnicas

Se entiende por técnica psicodramática aquellos medios de que se vale el director de psicodrama para integrar a todos los miembros del grupo y movilizarlos hacia una mayor participación, actuaciones en los problemas personales, las técnicas pueden ser visuales, auditivas, activas (Ramírez, 1987).

El tipo de técnicas Psicodramáticas que existen son muy variadas. Moreno introdujo un cierto número de técnicas básicas y otras muchas han sido por otros diferentes terapeutas (Sacks en Klein 1996). En este trabajo sólo se mencionaran algunas de las técnicas más conocidas. En algunas ocasiones los terapeutas se ven forzados a modificar algunas

técnicas para hacer frente a una situación complicada de la sesión esto según la espontaneidad y creatividad de cada director, así como la cultura y problemática, entre otros factores más (Badillo y Esponzoa, 1991).

El psicodrama hoy día puede concebirse como una técnica psicoterapéutica, como un método de investigación y como un medio de aprendizaje (Portuondo, 1982).

Cuando moreno inicio su trabajo de psicodrama tenía diez y siete técnicas Psicodramáticas. Estas han sido modificadas pues depende del lugar en que son utilizadas, así como el director, el grupo y los conflictos que se presenten (Badillo y Espinoza, 1991). Estas técnicas pueden utilizarse para lograr una diversidad de metas, por ejemplo: Para poder aclarar los sentimientos del protagonista, se utilizan las técnicas del doble soliloquio, "yo" múltiple y monograma; mientras que para aumentar y facilitar la expresión de emoción, el director puede utilizar amplificación, aparte y las exageraciones de las comunicaciones no verbales, junto con exageraciones de las dimensiones de alto, espacio y posición; así también, se puede ayudar al protagonista a comprender su conducta propia (autoconfrontación) por medio del uso de técnicas como: reproducción de videotape, inversión de papeles, a tus espaldas, retroalimentación del público, coros y ejercicios de interacción no verbal; además, los objetivos y valores pueden aclararse por medio del uso de la tienda mágica o las técnicas de proyección del futuro; por otra parte, el apoyo puede darse con técnicas de construcción del ego, compartir, y el uso juicioso de contacto físico como abrazos y apoyo; Los temas del proceso de grupo pueden aclararse por medio de las técnicas de espectrograma y sociometría; y Finalmente hay muchas técnicas especiales que pueden utilizarse junto con el psicodrama, como la hipnosis y fantasía guiada. A través de las técnicas el director puede ayudar al protagonista a representar el rango de sus experiencias: escenas de la vida diaria, así como sueños, recuerdos, desilusiones, temores, fantasías. (Howard A. Blatner M. D. 1980).

Las técnicas psicodramáticas se desarrollan en varios niveles:

1. El primer nivel es el del pasado – presente- futuro: o sea, que la situación dramatizada por o para el paciente puede pertenecer a hechos y situaciones tanto del pasado como del presente, así como de acuerdo a lo que él imagina que será en el futuro.
2. El segundo nivel es el de lo imaginario, de lo simbólico y de lo real: aunque Moreno, por lo regular, prefiere que los pacientes representen escenas de su vida real, a veces propone la improvisación espontánea de roles ficticios a fin de descubrir el rol o los roles que el sujeto habría deseado tener en la vida y que nunca ha podido realizar.
3. El tercer nivel es el del modo de acción, directo o indirecto: unas veces, el paciente dramatiza él mismo sus problemas en la escena, pero otras veces esto se hace a través de otra persona a la que el sujeto está fuertemente ligado (novia, pariente, padre, amigo, etc.). Si esto último no es posible, entonces el terapeuta tratará previamente de ligarlo emocionalmente a algún Yo auxiliar para que éste pueda realizar la dramatización.
4. El cuarto nivel es el del número de pacientes: aquí puede tratarse a un solo paciente, sea como actor o como espectador. También un pequeño número de sujetos implicados en un mismo conflicto pueden presentar simultánea o sucesivamente el dicho conflicto. Por último, un gran número de sujetos pueden ser tratados conjuntamente, pero como espectadores y la representación la realizan los Yo auxiliares exclusivamente.

4.6.1 SELECCIÓN DE TÉCNICAS

Para la selección de técnicas Ramírez (1997) propone cuatro puntos a tomar en consideración:

- En primer lugar el director debe tomar en cuenta su estado emocional y su personalidad, a fin de que las técnicas empleadas vayan de acuerdo a su modo de trabajo.
- En segundo lugar, las técnicas que se emplean deben ser apropiadas al grupo con que se trabaja, ser adecuadas a la edad, educación, cultura y problemas generales.
- En tercer lugar, las técnicas empleadas deben corresponder a la situación emocional y problemática del protagonista y del grupo.
- Por ultimo, las técnicas utilizadas en psicodrama deben ayudar al protagonista a darse cuenta de su problemática, el psicodrama activa todo el cuerpo e intensifica todas sus emociones. Es importante mencionar que en el psicodrama el *insight* viene de la acción dramática y de la espontaneidad, tanto del protagonista como del grupo.

En una sesión psicodramática, las técnicas que se pongan en práctica estarán de acuerdo al caldeamiento, a la acción y al cierre de la sesión (Portuondo, 1982).

4.6.2 TÉCNICAS

La finalidad del caldeamiento es preparar al director, al grupo y al protagonista para realizar una presentación de sus problemas.

- Presentación de sí mismos. Esta técnica se utiliza sobre todo cuando el grupo se acaba de integrar. Es una técnica que ayuda a quitar tensiones y a conocer a todos los miembros del grupo. El director invita a todos y a cada uno a presentarse dando su nombre, diciendo algo de lo que hacen y de los

problemas que quisieran tratar en la sesión. Si el grupo es reservado, el director puede servir como modelo para los demás miembros del grupo (Badillo y Espinoza, 1991).

- Presentación tomando el lugar de un familiar o amigo. Esta técnica se utiliza para que haya mayor libertad de preguntar a una persona extraña sobre el miembro del grupo y además para que se conozca la opinión que tiene otra persona del presentado. Aquí se pide a cada uno que piense en un familiar o amigo que le conozca bien y que se presente como lo haría ese familiar o amigo; andando, hablando y usando mesmerismos de la persona representada. El grupo podrá hacer preguntas acerca del presentado, de la relación que tiene con él y de que cosas le gustan o disgusta de su persona. El director se fijara quien es la persona elegida para esta presentación y empezara definiendo a las personas importantes del átomo social de cada uno, de las personas del grupo (Badillo y Espinoza, 1991).
- Presentación por un miembro del grupo. Ayuda a que exista una mayor comunicación entre los miembros del grupo, en la primera parte del ejercicio se realiza de manera paraverbal y en la otra parte de forma verbal y directa. Se le pide al grupo que se ponga de pie y camine en silencio haciendo contacto visual y/o de manos con diversos miembros del grupo, y que tomen consciencia de cómo se sienten al hacer el contacto con otros y quienes les inspiran más confianza y a quienes quisieran conocer mejor. Después el director pedirá a cada uno que escoja a la persona que más confianza les inspire o a quien quieran conocer más personalmente. Así quedaran formados muchos pares. En cada par cada uno hablara de sí mismo en un tiempo determinado el compañero lo escuchara sin hacer preguntas, comentarios, ni moralizaciones de ninguna clase. Después el otro hablara de sí mismo bajo las mismas condiciones. Cuando hayan terminado todos los pares de hablar. Se

reunirán en un mismo sitio formando un grupo total y cada uno se presentara con el nombre y ademanes del compañero, repitiendo en primera persona algo de lo que hallo. Aquí se notara la facilidad o dificultad que tienen todos para oír empáticamente y ahora ponerse en los zapatos del otro sin hacer evaluaciones, juicios, ni interpretaciones. La persona representada se vera como en un espejo y podrá también corregir errores o distorsiones que haya cometido el que lo presentó. Esta prestación sirve para relajar a todo el grupo, siempre que se haga con respeto (Badillo y Espinoza, 1991).

- Soliloquio: consiste en un monólogo del protagonista in situ (López y Población, 1997), es decir, habla en voz alta de sus sentimientos con el acuerdo tácito de que los otros protagonistas no pueden oírle.
- Auto representación: el protagonista se presenta a través de la representación de un ser significativo para él, actuando todos los roles él mismo, en forma completamente subjetiva, pues es según él los vive y percibe (Badillo y Espinoza, 1991).
- Auto realización: aquí el protagonista pone en escena, con la ayuda de algunos yo-auxiliares, el plan de su vida sin tomar en cuenta cuán remoto pueda estar de su situación actual (Badillo y Espinoza, 1991).
- Psicodrama alucinatorio: consiste, en que el paciente ponga en escena las alucinaciones e ilusiones que experimenta, con la ayuda de los yo-auxiliares quienes son los encargados de representar los diversos fenómenos expresados por el paciente, para comprometerlo, así a la interacción con ellos y someterlos a un test de realidad (Badillo y Espinoza, 1991).

- Doble: el paciente actúa su propio rol, en tanto se solicita a un yo-auxiliar que también actúe como el paciente “para establecer identidad con él”, para moverse, actuar y comportarse como el paciente (Badillo y Espinoza, 1991).

- Doble múltiple: el protagonista está en escena con varios dobles de sí mismo, cada uno presentando partes de él; uno como él es, otro tal como era hace 5 años, un tercero tal como era cuando tenía 3 años de edad y otro de cómo podría ser 20 años después, etc. Todas las representaciones del paciente se presentan simultáneamente y actúan en secuencia, cada uno de ellos a continuación del momento en que el anterior termina (Badillo y Espinoza, 1991).

- Espejo: hay ocasiones en que el paciente no es capaz de representarse así mismo, a través de la actuación o de la palabra, por lo que se coloca a un yo-auxiliar en el lugar de la acción del escenario psicodramático. Mientras tanto, el paciente o pacientes permanecen sentados como público. Por lo tanto, el yo-auxiliar pone en escena al paciente, copiando su conducta y tratando de expresar sus sentimientos en palabras y actos, tratando de mostrar al paciente o los pacientes tal como en un espejo, la forma en que los demás los viven. El espejo puede ser exagerado, llegando incluso a utilizar técnicas deliberadas para que el paciente se levante y cambie de espectador pasivo a participante activo, como actor, para corregir lo que él considere no es correcto en la actuación y representación de sí mismo (Badillo y Espinoza, 1991).

- Inversión de roles: el paciente se coloca en el lugar de otro y en tanto la otra persona significativa se coloca en el lugar del paciente. De este modo, las distorsiones de la percepción interpersonal pueden ser así señaladas, investigadas y corregidas durante la acción (Leventon, E. 1977).

- Proyección futura: en esta el paciente muestra con la acción como piensa será su futuro. El determina la época o recibe la ayuda del director para hacerlo, el lugar y la gente, que se suponen estén involucrados en esa época (Badillo y Espinoza, 1991).
- Presentación de un sueño: el paciente se encarga de poner en escena un sueño, en vez de contarlo. Adoptando la posición en que generalmente duerme. Se le pide al paciente una vez acostado, que respire profunda y tranquilamente, tal como hace cuando duerme, que se mueva en la cama como lo hace generalmente mientras duerme y finalmente que se relaje y se deje llevar. Las instrucciones finales del director son: "trate, sin decirme nada, de visualizar en su mente el comienzo, la mitad y el final de su sueño. ¿Lo ve? Conteste solamente si o no (Badillo y Espinoza, 1991).
- Elaboración del sueño: esta es la contribución exclusiva del psicodrama a la terapia de los sueños. Actuarlos e ir más allá de los sueños reales, incluyendo el material manifiesto y el latente, y más aún, reparar al paciente, más que interpretar. La interpretación se da en el acto mismo (Badillo y Espinoza, 1991).
- El sociograma, esta técnica, deriva de las ciencias sociales, es de inmenso uso para familiarizarse al terapeuta con su terreno: las importantes relaciones de un individuo con su familia, su situación laboral, sus amigos, cualquier grupo que tenga importancia en su vida. Un sociograma es una representación pictórica de un individuo en relación con su grupo. Por supuesto que los usos del sociograma son muchos y muy variados (Leventon, E. 1977).
- La silla vacía, esta técnica fue desarrollada por Fritz Perls, fundador de la terapia Gestalt, como una herramienta básica en la dramatización y solución de

conflictos internos. La silla vacía puede utilizarse como una forma para introducir a los miembros del grupo a nuevos personajes de un drama individual, proporciona una experiencia directa en una forma más sencilla y económica. Cuando un personaje ya no está vivo o ausente de la escena de alguna otra forma, parece adquirir mucha importancia emocional y se puede utilizar la silla vacía para representar a dicha persona. Esta estrategia ofrece la oportunidad de estudiar situaciones de dolor no terminadas -situaciones en que la muerte o separación aparecen repentinamente o en la que los miembros restantes inhibieron sus sentimientos- permitiendo la expresión de dolor, enojo o amor reprimido hasta ese momento (Leventon, E. 1977).

- La tienda mágica es una tienda muy especial. Donde se puede obtener todo tipo de cosas, con todo tipo de precios. Los tenderos de la tienda mágica no están interesados en dinero, en forma alguna. Lo único que hacen son trueques. Una característica humana por otra (enojo, ambición, amabilidad, sentido del humor, servilidad) siempre que se este dispuesto a pagar el precio (Leventon, E. 1977).
- Hipnodrama, el paciente se presenta en estado hipnótico (González, 1999).
- Fantasías, aquí el paciente cierra los ojos para crear una fantasía, luego pasa al escenario para representarla con ayuda de los yo auxiliares (González, 1999).
- Mundo auxiliar: los yo auxiliares representan en el escenario todo el mundo que rodea al paciente en su vida real (González, 1999).
- Diagnóstico: consiste en utilizar las situaciones psicodramáticas para hacer el diagnóstico de uno o varios pacientes (González, 1999).

- Didáctica: esta es útil para entrenar a futuros y auxiliares y psicoterapeutas en formación psicodramática (González, 1999).

Algunos profesionales de la salud mental sugieren que las técnicas del psicodrama pueden ser útiles con individuos que tienen dificultad en expresarse o comunicarse. Algunas variaciones de estas técnicas se han utilizado en otras terapias de grupo con orientaciones distintas. El role-playing o actuación han sido utilizados en la terapia de familia, en la terapia de grupo, en algunos grupos de encuentro, e incluso en la terapia Gestalt (Zsydlo y Beristan, 2005).

4.7 INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL CON PSICODRAMA

El área más común en la que se aplican los métodos psicodramáticos es en el campo de la salud mental. En hospitales, clínicas, centros de atención externa, unidad de crisis, programas antialcohólicos y antidrogas, comunidades terapéuticas y muchos otros ambientes, donde todo tipo de profesionales pueden encontrar un papel para los métodos psicodramáticos en su armamento terapéutico. Algunas veces el psicodrama mismo se usa como programa específico o como parte de un tratamiento adjunto. Con frecuencia los métodos y técnicas del psicodrama se integran en el proceso de terapia individual, familiar y de grupo (Blatner M. D. 2005).

En estos casos, el psicodrama, por tratarse de un método vivencial de aprendizaje, tiene la posibilidad de adaptarse, dando respuesta a la demanda manifiesta de “un curso” y a la demanda latente de análisis e intervención (Bello y Campuzano, 2004).

Siguiendo a Freud en Psicología de las masas, describe tres componentes en el grupo social o institucional en sentido morfológico (Bello y Campuzano, 2004):

- La estructura libidinal: ilusión de la presencia de un jefe que ama por igual a todos, que garantiza el prestigio de los líderes y la identificación de los individuos entre sí.
- La organización: (coercitiva) que permite controlar ingreso y salida.
- La ideología: que contribuye a la cohesión, venciendo la heterogeneidad.

1. Las instituciones encargadas de la salud (prevención secundaria)

- a. La institución "curadora".
- b. La institución "enseñante".
- c. La institución "del orden".

2. Las instituciones de la comunidad en las que se desenvuelve la vida del paciente (prevención primaria y terciaria).

- a. La familia
- b. La escuela
- c. Las instituciones laborales
- d. Las instituciones de esparcimiento
- e. Las instituciones "del orden": policía, cárcel, justicia, iglesia.

Bases teóricas del uso de métodos psicodramáticos Se utilizan tres vías principales de razonamiento: 1) que los métodos psicodramáticos pueden, ser útiles en el proceso de solución de problemas emocionales; 2) que el sentido del "yo" puedan reforzarse en forma efectiva construyendo un mayor repertorio de papeles utilizando los métodos psicodramáticos, y 3) que los métodos psicodramáticos son consistentes y capaces de integrarse a otros métodos psicoterapéuticos. (Blatner M. D. 2005).

CAPITULO 5. HACIA UNA PROPUESTA DE INTEGRACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN EL TRABAJO CON GRUPOS: UNA ALTERNATIVA INSTITUCIONAL.

De la investigación documental realizada deriva la concretización de los elementos y conocimientos adquiridos a lo largo del proceso de elaboración de tesis reflejadas en una Propuesta de Integración Psicoterapéutica. Así, el objetivo del presente capítulo es el desarrollo de dicha propuesta de integración teórica de los elementos básicos de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama como una opción de trabajo que sea útil, practica, rápida y efectiva en la resolución a las demandas de diferentes conflictos, siendo posible el ofrecer una alternativa terapéutica para el trabajo en las Instituciones, para hacer frente a la gran demanda de atención en las instituciones públicas las que, no por ser masivas en su concurrencia, y contar con escasos recursos, económicos y profesionales, signifique una limitante en cuanto al descubrimiento científico. Durante los últimos años, hemos sido testigos de la dificultad para cumplir las demandas en instituciones de salud tanto gubernamentales como privadas, las que no han podido satisfacer muchos de los ámbitos de la vida comunitaria de sus enfermos (García, Díaz y Rodríguez, 1994).

La práctica profesional de una disciplina se ve distorsionada cuando ésta no corresponde o no satisface las necesidades sociales determinadas históricamente (Covarrubias y Tavera, en Vilori y Barajas, 1993). Sin duda se ha tomado conciencia del hecho de que no puede aplicarse un enfoque único a todos los problemas y que los resultados de las diferentes técnicas son comparables. Ello ha llevado a la búsqueda de componentes comunes y a la puesta en evidencia de la importancia básica, en todas las técnicas, de las características del paciente y de la relación terapéutica que se establece (Guimón, 2003). Por lo que, la búsqueda de alternativas para comprender las necesidades de los diversos grupos marginados de nuestro país, es una preocupación central para algunos psicólogos en la actualidad. Algunos ejemplos han sido: Gómez del Campo (1984) en la Formación de Centros de Asistencia y Desarrollo Comunitario; Cueli y Biro (1975) en sus trabajos de

Psicocomunidad y Rodríguez (1985) y su labor de "Acción Comunitaria". Uno de los aspectos más relevante de esta búsqueda, tiene que ver con la formación del psicólogo con una perspectiva social y/o comunitaria (Vilori y Barajas, 1993).

Casas (1994) refiere que el trabajo en salud mental dentro del campo de la Asistencia Pública, no puede hacerse desde un único modelo epistemológico. En definitiva, no parece posible, ni siquiera ético, el que un servicio público de psiquiatría adopte de manera exclusiva un determinado modelo epistemológico, ya que ello supondría fragmentar el territorio de acuerdo con la ideología de los profesionales, y no de acuerdo con las necesidades y características de los pacientes.

Siendo necesario comprender el conjunto de características y necesidades institucionales, las demandas de la población que se atiende y la respuesta psicológica asociada a los problemas abordados en la institución con el propósito de que la intervención se considere efectiva y consecuente con sus objetivos y técnicas. Uno de los fracasos técnicos del psicólogo en las instituciones ha sido el de trasladar técnicas del trabajo privado al trabajo institucional, evidente porque obviamente las prácticas psicoterapéuticas tradicionales no son fácilmente aplicables a las instituciones por razones de encuadre, y por lo general se carece de suficiente sustento teórico para la elección de una práctica psicoterapéutica ya que rara vez se reflexiona sobre las metas y objetivos institucionales. Por lo que se considera que una adecuada práctica psicoterapéutica justificada desde la comprensión profunda del quehacer institucional, conlleva no solo su contribución en una efectiva y verdadera atención multidisciplinaria para la población sino también repercute favorablemente en la relación costo-beneficio. El trabajo multidisciplinario y el ahorro tanto de la institución como de los pacientes son hechos en sí mismos importantes para la valoración de la participación de la psicología en el ámbito institucional (Pimentel Nieto y Morales Carmona, 2006).

IMPORTANCIA DE LA INTEGRACIÓN

La integración de la psicoterapia es hoy una realidad concreta en diferentes niveles y se expresa a través de numerosas propuestas y modelos que abarcan un espectro muy variado. En alguna medida puede afirmarse que la integración de la psicoterapia es algo ya consolidado. Lo pone de manifiesto la elevada frecuencia de terapeutas que reconocen utilizar alguna forma de integración en sus prácticas cotidianas, la aceptación de que todas las psicoterapias comparten elementos comunes y la disposición al diálogo vigente hoy en día entre los terapeutas de distintas orientaciones (Fernández y Opazo, 2004).

Freud, (en Balint 1986) consideró que un proceso terapéutico menos prolongado, tan necesario y conveniente, podría también hacer uso de dichas actividades para que se pudiera ofrecer la terapia psicoanalítica en gran escala y en forma gratuita en clínicas de pacientes externos asistidos por el gobierno. Anticipándose así, a las necesidades y los requisitos de la sociedad, que hasta hoy siguen en permanente aumento. Pues ya había reconocido la necesidad de realizar cambios en la forma de trabajo, “Nos aproximamos ahora a la intelección de que la técnica analítica tiene que experimentar ciertas modificaciones de acuerdo con la forma de enfermedad y las pulsiones que predominen en el paciente” (*Obras completas de Freud Tomo XI, pág. 140*). Ya que sabía que las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden tramitarse mediante una misma técnica.

Es importante hacer notar que existen desde Fernández y Opazo, (2004) ciertas situaciones clínicas que requieren especialmente la aplicación de principios integradores de psicoterapia:

- ❖ Demandas complejas, donde el paciente se presenta a la consulta manifestando una pluralidad de síntomas y problemas que lo aquejan.
- ❖ Los trastornos de personalidad, entidades crónicas y con elevada comorbilidad que afectan a muchas áreas de la vida del paciente.

- ❖ Los trastornos adictivos, que exigen una máxima potencia en la intervención. En estos niveles no es posible renunciar a fuerzas de cambio alguno que le pueda resultar útil al paciente.
- ❖ Las opciones de desarrollo personal. Un marco integrativo amplio y multifacético posibilita a su vez trabajar el desarrollo personal en relación con diferentes caminos y diferentes niveles.
- ❖ Las consultas que afectan a varios sistemas y que exigen intervenciones multinivel, es decir, que requieren abordajes individuales, grupales y/o familiares.

VENTAJAS DE LA INTEGRACIÓN

Señalan además algunas ventajas de la Integración como las siguientes:

- ❖ Beneficio para el paciente,
- ❖ Promoción del desarrollo científico y
- ❖ Ventajas para la sociedad.
- ❖ No se requiere proponer una nueva escuela, sino más bien plantear una actitud terapéutica integradora.
- ❖ La integración depende de la riqueza de la formación, de la experiencia, de la ideología y del área de trabajo del terapeuta.
- ❖ Más que buscar demostrar que la propia teoría y técnica son las mejores, el psicoterapeuta integrativo se nutre de la mejor investigación para enriquecer su teoría y para perfeccionar su técnica.

- ❖ Además de facilitar un enfoque más amplio, la flexibilidad de un enfoque integrativo permite que el terapeuta puede disponer de mayor cantidad de recursos técnicos para aplicar en el curso de las sesiones.
- ❖ La psicoterapia integrativa aumenta la probabilidad de un resultado eficiente en un tiempo menor.

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN INSTITUCIONES

La intervención psicológica en instituciones se lleva a cabo con individuos que no han podido resolver por sí mismos sus problemas pues son sus conflictos, la desesperación, la angustia y el sufrimiento tanto físico como emocional algunas de las causas que llevan a las personas a buscar ayuda psicoterapéutica (Dupont, 2000). Para responder a tales necesidades de ayuda psicoterapéutica, nos orientamos teóricamente en una comprensión psicoterapéutica que no se enfoque a recapitular los conflictos tempranos, sino que en el momento actual se comprendan, rectifiquen y reconstituyan (Portuondo, 1982). Con la idea de liberar la capacidad del yo, es decir, traducirla en una mejora de la autoestima, la auto-confianza y autoconcepto que puede lograrse mediante la psicoterapia (Slavson, S. R., 1976).

Es así, que siguiendo a Knobel (1987) toda psicoterapia (tanto individual como grupal) se aboca a la necesidad de ayudar al ser humano en sus aspectos emocionales, anímicos o intelectuales en conflicto, pues todo lo que el ser humano experimenta como perturbador es enfermedad y necesita del apoyo de un tratamiento.

Propósitos que se buscan lograr con la intervención psicoterapéutica de acuerdo a Sundberg y Tyler (en Ávila y Poch, 1994):

- ✓ Fortalecer la motivación del paciente para hacer las cosas “correctamente”;
- ✓ Reducir la presión emocional,
- ✓ Facilitar la expresión de sentimientos;
- ✓ Liberar el potencial de crecimiento;
- ✓ Cambiar hábitos de conducta;
- ✓ Modificar la estructura cognitivo personal;
- ✓ Obtener un mayor conocimiento de sí mismo;
- ✓ Facilitar la comunicación y las relaciones interpersonales; lograr un mayor conocimiento que facilite la toma de decisiones;
- ✓ Modificar estados corporales disfuncionales;
- ✓ Modificar estados de conciencia,
- ✓ Cambiar el entorno social
- ✓ Hablar de un aumento de los sentimientos de autoestimación y de seguridad en el paciente;
- ✓ La liberación de ciertos impulsos hasta entonces reprimidos;
- ✓ Favorecer el insight;
- ✓ Autoaceptación,
- ✓ Mayor integración y tendencias a metas positivas

Con base en lo anterior y para la práctica en el ámbito institucional y/o comunitario se considera en primera instancia la modalidad de psicoterapia grupal debido, por una parte, a factores de orden económico pues de acuerdo con Bello y Winkler (1997) posibilita una mayor cobertura de la demanda (del gran número de personas que día con día van reconociendo la necesidad de recibir tratamiento psicológico. (El estrés, los conflictos de pareja, familiares, así como ansiedad, etc., han alterado la estructura de personalidad de cada individuo influyendo en su buen funcionamiento, lo cual les causa alteraciones que no les permiten seguir con su vida de manera funcional). Ello permite la asistencia psicológica de la población de bajos recursos con un menor empleo de recursos humanos; por otra parte,

los seres humanos somos seres sociales que crecemos y nos desarrollamos en distintos tipos de grupos como la familia, la escuela, los amigos, el trabajo, entre otras.

La psicoterapia de grupo aporta la presencia social de los "otros" y permite que aparezcan más fácilmente los problemas interpersonales en un ámbito de tratamiento donde no sólo se expresa el sufrimiento y conflicto, sino que pueden empezar a entenderse y resolverse. Además, unirse a un grupo es útil al proveer la oportunidad de aprender, con y de los otros; entender los propios patrones de sentimientos, pensamientos y conductas y los de otros, y percibir cómo cada uno de los miembros de los grupos reacciona ante los demás (Bello y Winkler, 1997). De acuerdo con Slavson (en González Núñez, 1992), el objetivo de la psicoterapia grupal es lograr un cambio intrapsíquico relativamente permanente, más que tan sólo aliviar los síntomas o mejorar la conducta.

Por otra parte, se suman otros elementos que pueden ser desarrollados en el plano de las instituciones por la facilidad de su operacionalización.

PROPUESTA GRUPAL:

CONTEXTO Y ENCUADRE

1) Condiciones del grupo según (Foulkes, S.H. 1981).

El paciente necesita estar preparado o al menos informado de las condiciones antes de unirse al grupo, son:

- Implicaciones de encuentro con extraños
- Forma específica del grupo
- Lugar donde se llevaran a cabo las sesiones (espacio)
- Disposición de los asientos

- Distribución en círculo
- Cantidad de miembros que participaran en el grupo
- Duración y frecuencia de las sesiones.

2) Normas de conductas requeridas según Anzieu (en Díaz Portillo, 2000).

Se refieren a la conducta que se esperan por parte de los pacientes y como es que se espera su participación.

- Libre, voluntaria y siempre con el objetivo de ser analizada.
- Comunicación espontánea.
- Regularidad
- Puntualidad
- Discreción
- Abstención de decisiones vitales durante el tratamiento (a menos que sean analizadas dentro del grupo por ejemplo: matrimonio, divorcio, cambios de profesión, etc.)
- Abstención de contactos externos.

TIPO DE GRUPO

- El grupo será de tipo cerrado donde una vez comenzado el tratamiento no se admiten nuevos miembros, debe comenzar y terminar al mismo tiempo para todos los miembros.
- Se propone un grupo de constitución homogénea donde los miembros compartan síntomas o conflictos específicos (edad, cultura, nivel social, nivel económico, aspecto intelectual, problemas afectivos, diagnóstico nosológico, etc.). Como

menciona Portuondo, (1982) por ejemplo: grupos de neuróticos, de niños problemas, de padres, de trastornos psicósomáticos, de leves alteraciones de la personalidad, de selección de personal o de drogadicción, etc., Además, consideramos que los grupos homogéneos comparten un sentimiento de comunidad que ofrece a sus miembros un considerable apoyo y refuerza su autoestima.

Algunas ventajas del trabajo en un grupo homogéneo y cerrado son:

- Ocurren más de prisa,
- Se facilita y logra una mayor cohesión
- Proporcionan una identificación grupal más inmediata,
- Propiciar un mayor nivel de asistencia,
- Ofrecen más apoyo y, generalmente,
- Se logra un mayor alivio de los síntomas.
- Se mantienen más en los aspectos compartidos que los grupos heterogéneos (Valenzuela, 2008) y,
- Ofrecen mejores oportunidades de resolver las transferencias múltiples e implicarse en una prueba de realidad amplia, y compartida (Yalom y Vinogradov, 1996).

ORIENTACIÓN TEÓRICA DEL GRUPO Y PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS:

ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

- 1) Esta orientación es el eje central para la comprensión, rectificación y reconstitución de la conflictiva.

- 2) Se espera que comuniquen todas sus ideas, vivencias y/o sentimiento para ser analizado, más no se permiten agresiones físicas.
- 3) El objetivo debe ser la comprensión y el logro de *insight* a través de la confrontación, esclarecimiento, señalamiento e interpretación.
- 4) Las aportaciones de cada miembro sirven y apoyan su propio tratamiento y el de los demás.
- 5) Papel del terapeuta: el terapeuta debe tener experiencia en el trabajo con grupos clínicos con orientación psicoanalítica. Se espera que no sólo tenga conocimientos teóricos sino haber supervisado sus intervenciones grupales contando además con conocimiento del manejo teórico y técnico del psicodrama.

INTERVENCIÓN BREVE

En segundo lugar, se considera la intervención breve las que, sin duda alguna, recientemente ha ido cobrando un mayor auge y difusión entre los terapeutas y pacientes, ya que es evidente el aumento de las necesidades de intervención terapéutica de corta duración tanto en ámbitos institucionales como en la asistencia privada (Fiorini, 1978). Entre los factores de interés que contribuyen al uso de la terapia breve están: el aumento de la demanda de tratamientos cortos por reticencia o incapacidad para comprometerse en un tratamiento a largo plazo; el uso cada vez más difundido del hospital de día y el cambio en la filosofía sobre los pacientes ingresados, lejos ya de los ingresos de larga duración.

La intervención breve que se plantea para el ámbito comunitario e institucional es:

- ✓ 20- 24 sesiones
- ✓ Cada una con una duración de 90 minutos,

- ✓ La frecuencia es de una vez por semana y,
- ✓ Será breve de orientación teórica psicoanalítica y
- ✓ El eje central será el psicoanalítico.

Las características que se requieren para la intervención terapéutica breve grupal de orientación psicoanalítica son según Butcher y Koss, (en Klein, R. 1996):

- 1) Focalización de los objetivos terapéuticos
- 2) Centrar en el presente el contenido de la terapia
- 3) Prontitud en la intervención
- 4) Evaluación oportuna de la problemática
- 5) El terapeuta es más participativo a diferencia de la no directividad psicoanalítica
- 6) Mayor flexibilidad por parte del terapeuta en sus intervenciones
- 7) Importancia de la adecuada selección de pacientes, ya que no todos pueden beneficiarse de un contacto terapéutico breve

INTEGRACIÓN DE TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS

En tercer lugar, en la propuesta de intervención breve grupal de orientación psicoanalítica se busca manejar un formato flexible e integrador en las sesiones, manteniendo y propiciando la participación activa con el uso de diferentes técnicas como las psicodramáticas que permitan expresar y aprender de los conflictos.

El psicodrama es un método que sirve para coordinar grupos a través de la acción, creado a partir de y para los grupos humanos por la simple y sencilla razón de que todo ser humano vive en grupo, lo cual quiere decir que, para el psicodrama las relaciones humanas no están comprendidas desde un yo que se relaciona con otros, sino desde el encuentro entre dos o más personas (Bello y Winkler, 1997).

Moreno (1995) consideraba que un hombre es el agente terapéutico de otro así como un grupo es el agente terapéutico de otro grupo. El psicodrama ayuda a una persona a representar su problema, en lugar de sólo hablar de él. Por lo que el uso de métodos psicodramáticos puede complementar métodos verbales, facilitando así el análisis de muchas y diferentes dimensiones de la solución de problemas emocionales, pues la representación ayuda a pasar de la discusión y verbalización de sentimientos más profundos relacionados con el problema. Los métodos derivados del psicodrama pueden aplicarse y modificarse en una gran cantidad de situaciones (Blatner M. D. 1980).

Para Portuondo (1982) el psicodrama, es un método que permite escenificar los problemas y conflictos no resueltos, como serían traumas, situaciones infantiles vividas por el paciente tanto en su realidad como en su fantasía

El psicodrama ayuda a una persona a representar su problema, en lugar de sólo hablar de él. Por lo que el uso de métodos psicodramáticos puede complementar a métodos verbales, facilitando así el análisis de muchas y diferentes dimensiones de la solución de problemas emocionales, pues la representación ayuda a pasar de la discusión abstracta a sentimientos más profundos relacionados con el problema. Los métodos derivados del psicodrama pueden aplicarse y modificarse en una gran cantidad de situaciones (Howard A. Blatner M. D. 1980). El psicodrama es una técnica global que integra al cuerpo, las emociones y el pensamiento (Ramírez, 1997).

Ramírez (1997) afirma que el psicodrama es una modalidad educativa práctica además de una forma de promover, encauzar y desarrollar el crecimiento personal; es finalmente un método terapéutico, aplicable a niños, adolescentes, jóvenes y adultos ya sea que presenten o no una patología. Se puede agregar que puede utilizarse además en el trabajo individual y grupal con pacientes.

En cuanto a esta propuesta y siguiendo a Blatner (1980) se puede invitar al paciente a narrar una situación donde el director lo alienta a presentar la escena, más que hablar respecto a lo que sucedió pero, además se puede invitar al grupo a proponer temas manifiestos comunes o el terapeuta proponer este trabajo con temas latentes grupales.

En el psicodrama el protagonista no sólo presenta lo que sucedió en realidad, sino que, más importante, lo que tal vez nunca ocurrió salvo en su fantasía. Uno de los puntos importantes del psicodrama es que lleva al escenario las esperanzas, temores, resentimientos reprimidos, proyecciones, internalizaciones y actitudes de juicio del protagonista. Además se ayuda al protagonista a que ventile sus sentimientos y viva éstos en forma simbólica, (Blatner, 1980).

En este sentido, dentro de esta propuesta el empleo de técnicas psicodramáticas puede ser modificado dependiendo de la situación o del lugar en que vayan a ser utilizadas, así como si la propuesta proviene del terapeuta o del grupo y los conflictos que se presenten.

Estas técnicas pueden utilizarse para lograr una diversidad de metas, por ejemplo: Para aclarar los sentimientos del protagonista y/o del grupo, se utilizan las técnicas del doble soliloquio, "yo" múltiple y monograma; mientras que para aumentar y facilitar la expresión de emociones, el director puede utilizar amplificación, aparte y las exageraciones de las comunicaciones no verbales, junto con exageraciones de las dimensiones de espacio y posición también, se puede ayudar al protagonista a comprender su conducta propia (autoconfrontación) por medio del uso de técnicas como: reproducción de videotape,

inversión de papeles, a tus espaldas, retroalimentación del público, coros y ejercicios de interacción no verbal; además, los objetivos y valores pueden aclararse por medio del uso de la tienda mágica o las técnicas de proyección del futuro; por otra parte, el apoyo puede darse con técnicas de construcción del ego, compartir, y el uso juicioso de contacto físico como abrazos y apoyo.

Los temas del proceso de grupo pueden aclararse por medio de las técnicas de espectrograma y sociometría; y Finalmente hay muchas técnicas especiales que pueden utilizarse junto con el psicodrama, como la hipnosis y fantasía guiada. A través de las técnicas el terapeuta-director puede ayudar al protagonista y al grupo a representar el rango de sus experiencias: escenas de la vida diaria, así como sueños, recuerdos, desilusiones, temores y fantasías.

Para la selección de técnicas psicodramáticas en esta propuesta y de acuerdo con Ramírez (1997) se proponen cuatro puntos a considerar:

- En primer lugar el terapeuta-director debe tomar en cuenta su estado emocional, su personalidad y su experiencia, a fin de que las técnicas empleadas vayan de acuerdo a su modo de trabajo.
- En segundo lugar, las técnicas que se emplean deben ser apropiadas al grupo con el que se trabaja, ser adecuadas a la edad, educación, cultura y problemas generales.
- En tercer lugar, las técnicas empleadas deben corresponder a la situación emocional y problemática del protagonista y del grupo.
- Por ultimo, las técnicas utilizadas en psicodrama deben ayudar al protagonista y al grupo a darse cuenta de su problemática, el psicodrama activa todo el cuerpo e intensifica todas sus emociones. Es importante mencionar que en el psicodrama el

insight viene de la acción dramática y de la espontaneidad, tanto del protagonista como del grupo.

Según Ramírez (1997) el psicodrama, por tratarse de un método vivencial de aprendizaje, tiene la posibilidad de adaptarse, dando respuesta a la demanda manifiesta de “un curso” y a la demanda latente de análisis e intervención y pueden ser útiles en individuos que tienen dificultad en expresarse o comunicarse.

Para este autor, el psicodrama puede considerarse como una técnica psicoterapéutica, como un método de investigación y como una vía de aprendizaje y puede compartirse con varias aproximaciones psicoterapéuticas. El área más común en la que se aplican los métodos psicodramáticos es en el campo de la salud mental son: los hospitales, las clínicas, los centros de atención externa, unidad de crisis, programas antialcohólicos y antidrogas, comunidades terapéuticas y muchos otros ambientes. Los métodos psicodramáticos son útiles en la solución de problemas emocionales. Los métodos psicodramáticos son consistentes con y capaces de integrarse a otros métodos psicoterapéuticos.

ROL Y FUNCIÓN DEL TERAPEUTA

En cuanto al terapeuta de terapia grupal breve de orientación psicoanalítica con técnicas psicodramáticas (TGBOPTD), se espera que asuma un rol activo tanto en lo verbal como en su lenguaje corporal. Idealmente, el terapeuta debe estar activo internamente: escuchando, haciendo hipótesis, y debe estar dispuesto para “la escucha analítica” del grupo. Las características que se esperan por parte del terapeuta (actitud abierta, objetividad, honestidad, espontaneidad, responsabilidad, serenidad, sensibilidad, empatía) tienen al menos tanta importancia como lo que hace; pues los pacientes pueden tender a imitarlo e identificarse con sus actitudes y valores en el proceso de fortalecimiento del yo y del reajuste del superyó, como lo menciona Scout, (1996).

El terapeuta-analista-director, será el administrador responsable en cuanto al empleo de técnicas de orientación analítica e integración psicodramática, tarea que ha de cumplir:

- De un modo flexible, dinámico, creativo y participativo (Portuondo, 1982).
- Eligiendo la técnica más adecuada a cada circunstancia (Ramírez, 1997).
- Ayudando a los pacientes a identificar sus objetivos en el tratamiento lo antes posible (Vinogradov y Yalom, 1996).
- Encauzando sus quejas hacia objetivos realistas alcanzables en las sesiones conforme tiene lugar el progreso del grupo y encauzar sus quejas (Vinogradov y Yalom, 1996).

Puede además:

- Señalar ideas o situaciones para que asocie sobre ellas (Portuondo, 1982).
- Hacer preguntas (Portuondo, 1982).
- Aconsejar activamente cuando sea necesario (Portuondo, 1982).
- En el grupo puede opinar, estimular, confrontar, esclarecer e interpretar (Bellak, 1993).
- Doblar alguno de los personajes o a varios según se requiera (Carrillo, J. 1975).
- Interpretar en relación a: la escena, los personajes, al grupo o algún paciente en especial (interpretaciones transferenciales o extratransferenciales) (Carrillo, J. 1975).
- Ya que el terapeuta expone su cuerpo y sus afectos puede comunicar lo que percibió, sintió y/o fantaseó (Carrillo, J. 1975).

Es importante agregar que en esta propuesta se sugiere la coterapia como recurso terapéutico eficaz para aumentar el adecuado manejo grupal. Donde la Coterapia es una práctica especial de la terapia en la que dos o más terapeutas tratan a uno o más pacientes en grupo. En el cual según Dugo y Beck, se crea un formato; se forma una identidad; se construye un equipo; se desarrolla un acercamiento; se integran y realizan cambios; y se cierra. Practicar la Coterapia en el contexto de la terapia de grupo brinda beneficios para los pacientes y los terapeutas. Algunos beneficios de la Coterapia, son el compartir esfuerzos y costes del mantenimiento de un grupo de terapia, y cubrir las ausencias durante las vacaciones o cuando alguien falta, beneficia el avance del curso del tratamiento y produce la satisfacción al terapeuta y favorece su cuidado (Rollery N. en Kaplan y Sadock, 1996).

INTERVENCIÓN PREVENTIVA

La prevención en el campo de la salud mental puede considerarse con toda propiedad como un área integrativa que puede fundir nuestro conocimiento sobre la etiología de los desordenes mentales, las relaciones familiares y la psicodinámica individual, por una parte, y por otras las fuerzas y presiones sociales que se conjugan para producir la desorganización individual y colectiva que llamamos trastorno emocional Joffe, Albee & Nelly, (en Hernández y Sánchez, 1991).

Una alternativa al paradigma de atención a la enfermedad individual, es el de detección temprana y atención breve en la salud comunitaria (Ayala y Vázquez, 2002). Aunque se ha escrito mucho sobre el papel de la prevención y la promoción de la salud, en nuestro país existe poca evidencia sobre modelos efectivos y costo-beneficios para lograr niveles aceptables de prevención de la salud. Según Roussos y Fawcett (en Vázquez Pineda, 2006), una intervención preventiva para mejorar la salud en la comunidad involucra seis componentes principales: 1) Evaluación de la comunidad, 2) Promoción del interés y

participación en las iniciativas 3) Análisis de problemas de la comunidad, 4) Diseño y adaptación de intervenciones, 5) Aplicaciones y evaluación del programa y de las iniciativas, 6) Mantenimiento de la calidad y recompensa por los logros.

En cuanto al tratamiento breve grupal de orientación analítica posibilita atender a un gran número de pacientes permitiendo construir diferentes niveles de intervención siguiendo los objetivos de prevención y atención de salud mental:

- **Primaria.** Para evitar que problemas menores y temporales se transformen en incapacidades mayores y organizados (Flores, 2005). Si bien, cuando se habla de intervención primaria se habla de evitar la incidencia de problemas, en este caso la intervención terapéutica sería para evitar que problemas menores y temporales en poblaciones en riesgo y vulnerables desarrollen incapacidades mayores. Ejemplo: la detección y prevención de alteraciones emocionales en poblaciones de jóvenes y adolescentes, en el sentido de detectar a tiempo problemáticas que pueden llevar a los individuos a incrementar o desarrollar trastornos y problemáticas más severas en los siguientes etapas de la vida, con efectos importantes tanto a nivel personal como social y económico. La etapa de desarrollo adolescente ha sido identificada como crucial para el inicio de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y sustancias, el inicio de experiencias sexuales y la ocurrencia de eventos estresantes que pueden generar depresión, ansiedad y problemas importantes en el grupo familiar y en la escuela.
- **Atención Secundaria,** para atenuar y reducir al mínimo los efectos de desordenes ya desarrollados; esta actividad permite el tratamiento oportuno de los conflictos. Esto permite resolver situaciones que de no ser oportunamente atendidas, determinarán una problemática psicopatológica creciente (Calderón, 1984). La idea básica de la prevención secundaria es atacar los problemas mientras todavía son manejables, antes de que se vuelvan resistentes a la intervención (Caplan, 1961;

Sanford, 1965 en Trull y Phares, 2003). En este caso la intervención terapéutica sería para atenuar y reducir al mínimo los efectos de desordenes ya desarrollados. Ejemplo: dentro del trabajo, en el grupo terapéutico breve de orientación analítica, se podrá detectar y diagnosticar, interviniendo de forma oportuna para disminuir la prevalencia de la enfermedad, reduciendo su evolución y duración de la misma.

- Atención Terciaria, para circunscribir y limitar las consecuencias de las incapacidades crónicas. La meta de la intervención terapéutica sería la reducción de los efectos residuales que se presentan después de que los trastornos mentales han terminado. Ésta implica el papel crucial de los servicios de rehabilitación, los cuales permiten al ex paciente funcionar a su máxima capacidad lo más pronto posible después de ser dado de alta. Esta atención tiende a evitar recaídas y nuevos internamientos (Calderón, 1984). La rehabilitación es un proceso activo, programado, mediante el cual se intenta revertir en el grado posible las incapacidades resultantes de la enfermedad o bien compensarlas mediante el desarrollo de otras habilidades. Si las metas que se fijan son realistas y si se es perseverante, se puede obtener una mejoría apreciable en la calidad de vida de los enfermos (De la Fuente, Medina y Caraveo 1997). En este sentido, la psicoterapia breve grupal es encauzada a la situación específica presentada por el paciente crónico o bien en la situación socio-ambiental en la que éste vive, para evitar o, al menos, limitar las recaídas y favorecer la estabilización del cuadro psicopatológico. A través de acciones y recursos de recuperación (valoración, tratamiento y evaluación) por medio de técnicas de rehabilitación.

El considerar estos niveles dentro de la propuesta allana el camino para plantear criterios de selección de pacientes, tanto de aceptación como de elección terapéutica y diferencias objetivas a alcanzar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A través de esta revisión se hace evidente la necesidad de la formulación de nuevos modelos de intervención psicoterapéutica para la atención de pacientes, que contengan alternativas que sean flexibles pues deberán adecuarse a las necesidades particulares de la institución y/o comunidad donde se da la solicitud de atención psicológica y a sus problemáticas con la intención de ofrecer un mejor servicio (Feixas y Miró, 1993).

Es importante convencerse que no hay ningún método psicoterapéutico de aplicación universal, ni en la terapia individual ni en la grupal. Son las diferencias individuales y las necesidades de cada paciente (en instituciones o comunidades) las que demandan tratamientos diferentes, de acuerdo a los diferentes requerimientos y posibilidades de intervención, lo que hace necesario buscar alternativas de distintos métodos de intervención terapéutica si se requiere tener éxito. Ya que, de acuerdo con Stern y colob. (1965), sólo podremos esperar resultados productivos cuando el tratamiento se adapte al paciente, institución y/o comunidad que acude a solicitar apoyo psicológico.

Por lo tanto, es necesario comprender el conjunto de características y necesidades institucionales, las demandas de la población que se atiende y la respuesta psicológica asociada a los problemas abordados con el propósito de que la intervención se considere efectiva y consecuente con sus objetivos y técnicas. Lo anterior conlleva no solo su contribución en una efectiva y verdadera atención multidisciplinaria para la población sino también repercute favorablemente en la relación costo-beneficio (Pimentel Nieto y Morales Carmona, 2006).

La situación actual de las instituciones de salud mental está cambiando por el incremento de demandas complejas de atención, haciéndose evidente la necesidad de formar profesionales que respondan a estos cambios de una manera efectiva Para analizar, detectar y resolver problemas de salud de forma preventiva. Casas (1994) refiere que el trabajo en salud mental dentro del campo de la asistencia pública, no puede hacerse desde un único modelo epistemológico, ya que

ello supondría fragmentar el territorio de acuerdo con la ideología de los profesionales, y no de acuerdo con las necesidades y características de los pacientes. Ningún abordaje psicoterapéutico por sí solo ha demostrado ser superior, pero las terapias bien administradas de forma competente han mostrado repetidamente que mejoran el funcionamiento de los pacientes (Feixas y Miró, 1993).

El terapeuta debe ser flexible y comprometido en el desarrollo de sus habilidades, así como creativo y sensible para conocer las dimensiones psicológicas de la vida del paciente e intentar trabajar con ellas, de manera que se satisfaga la demanda solicitada. Dado que la actitud ortodoxa por parte de los terapeutas, la cual parte de la hipótesis de que sólo existe un camino para la atención de los pacientes, excluye toda otra alternativa de intervención. Por lo se que se pretende flexibilidad por parte de los terapeutas para el uso de modelos integrativos.

La terapia breve grupal de orientación psicoanalítica con técnicas psicodramáticas es una opción de tratamiento para aquellas personas que padecen dificultades afectivas, adaptación social deficiente, enfermedades psíquicas, problemas de salud crónicas (cáncer, diabetes), en concordancia con la atención psiquiátrica cuando el caso lo requiera. Así como, en violencia social, familiar, personas con dificultades en manejo de relaciones interpersonales y comunicación, adicciones, trastornos alimenticios, trastornos de la personalidad, ansiedad, y psicosomáticos.

Se tienen que diseñar estrategias de intervención institucional y/o comunitaria que permita una mejor atención a los pacientes. Siendo las clínicas e instituciones donde la elección de tratamiento y la integración terapéutica requiere comprensión de los problemas de cada paciente y/o comunidad en cuestión. Esto es, debe adaptarse a los objetivos que se pretendan alcanzar, a los recursos técnicos y materiales disponibles, así como a la población atendida (González de Rivera, 1982). Requiriendo las instituciones públicas de técnicas de cobertura amplia para no verse saturadas y bloqueadas por la demanda de servicios y caer en la inoperancia de la lista de espera (Campuzano, 1997).

Es importante señalar que se deben hacer intervenciones preventivas que fomenten la educación para la salud. Donde la responsabilidad de los profesionales de la salud mental no debe limitarse a aquellas personas que tienen un problema, sino que incluya a la población sana, en la que se intente aumentar la salud mental y detectar cualquier signo de anomalía que pueda alertar sobre la existencia de alguna enfermedad (Guimón, 2003). Esto se puede llevar a cabo con campañas de prevención para reducir, retrasar o impedir el consumo de sustancias adictivas, mejorar hábitos higiénicos, aumentar la detección de fases precoces de algunos trastornos y disminuir actitudes negativas hacia los enfermos y tratamientos psiquiátricos. Llevándose a cabo a través de grupos. Incrementando esfuerzos en materia de prevención en el trabajo de atención para la sociedad, no despreciando la complejidad de los seres humanos, André Green (2007).

Si bien se argumenta que dentro de la psicoterapia en Grupo cada integrante sirve como espejo a los demás, porque en ellos pueden verse aspectos negativos para modificarlos y positivos que al permanecer ocultos para los pacientes les impide valorizarse a ellos mismos, esta propuesta de trabajo puede resultar muy favorable.

Como ventaja adicional, el que cada uno de los integrantes se beneficie con el trabajo terapéutico de todos los demás, propicia que aun los individuos que poco participan o hablan dentro de su tratamiento, al escuchar, interactuar y/o participar en la dramatización puede recibir beneficios de los otros, y lograr cambios psicoterapéuticos a través de sus demás compañeros.

Otro punto a resaltar, es la función que tienen los integrantes de un grupo terapéutico, al favorecer la confrontación y el señalamiento a los demás miembros, acelerando el proceso de darse cuenta o *insight*. Además, el trabajar en un grupo terapéutico disminuye los sentimientos de aislamiento y soledad, así como las dificultades del cambio terapéutico, debido al apoyo genuino de los otros. Se trata de una alternativa más de tratamiento, donde también en el espacio grupal se pueden modificar las formas de relación con los otros al ofrecer un vínculo diferente.

Por lo tanto, la psicoterapia breve de grupo de orientación psicoanalítica con técnicas psicodramáticas se considera una alternativa más a ofrecer al paciente para abordar sus conflictivas y problemáticas a partir de los beneficios que se contemplan en este tipo de intervención. Entre éstos: la universalidad, la puesta en juego y desarrollo de la capacidad empática, el soporte grupal, la confrontación, la interpretación.

En este sentido las técnicas psicodramáticas pueden ser eficazmente usadas en una amplia variedad de contextos (en hospitales, clínicas, unidades de consulta externa, instituciones que combaten el alcoholismo y la drogadicción, comunidades terapéuticas, etc.) e integrado a procesos de terapia individual, grupal y familiar. Desde luego que cada terapeuta debe modificar esta técnica para satisfacer las necesidades de su estilo y capacidad, para brindar una atención de acuerdo a las necesidades de la comunidad que requiera del tratamiento. El psicodrama es un método de acción que puede ser utilizado no sólo con pacientes de limitada capacidad para la exploración intelectual y verbal (niños, psicóticos y delincuentes), sino también con quienes tienden a sobreintelectualizar sus conflictos (Blatner, A. 2005)

El proponer una intervención terapéutica integrativa no es tarea fácil, ya que se ven implicados un sin número de elementos que tendrán que ser tomados en consideración. Sin embargo, se espera poder sensibilizar de la necesidad de tener una actitud integradora y flexibilidad por parte de los terapeutas.

En una propuesta de intervención terapéutica integrativa se busca favorecer las acciones de detección temprana e intervención grupal breve.

La carencia de salud afecta la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y origina un mayor consumo de servicios sociales y de salud de alto costo.

Finalmente se considera que los elementos señalados para una propuesta de intervención breve promueve tanto en el trabajo institucional como comunitario de atención a la salud mental, una

relación de trabajo interdisciplinario, que a su vez responde tanto a las necesidades institucionales y de la población que busca ser asistida en la especificidad de su conflicto y además proporcione los elementos para alcanzar un bienestar psicológico que a la vez contribuya a su salud integral.

La idealización de cualquier perspectiva es peligrosa, por tanto no se pretende idealizar ésta propuesta o ninguna otra, porque está oculta las limitaciones propias o los valores de otras propuestas.

Debe quedar claro, que no se pretende proponer teorías nuevas, sino más bien plantear una actitud terapéutica integradora. La capacidad de integración depende de la riqueza de la formación, de la experiencia, de la ideología y el área de trabajo de cada terapeuta. Es decir, el terapeuta que adopta una postura integradora busca articular ideas y recursos con el afán de mejorar su dispositivo, pero no persigue cerrar el sistema alcanzando una verdad absoluta. Solís Pontón, (2007) habló de la integración de la psicoterapia en las instituciones, reconociendo la necesidad de buscar o emplear tratamientos adecuados para cada caso en particular.

ALCANCES Y LIMITACIONES

A continuación se enlistan los alcances y las limitaciones de esta investigación.

- 👉 Esta propuesta ofrece una alternativa flexible para diferentes problemas de salud mental aplicables en los ámbitos institucionales y/o comunitarios al contar con modelos integrativos permite contribuir a la salud de la población.
- 👉 La flexibilidad de un enfoque integrativo propuesto permite tanto a terapeutas expertos como a psicólogos clínicos en formación y bajo supervisión, disponer de mayor cantidad de recursos técnicos para aplicar en el curso de las sesiones e incrementando la capacidad para enfrentar la resistencia y promover procesos de cambio.
- 👉 Se trata de un enfoque que integra conceptos y técnicas grupales, de orientación analítica, de intervención breve y con técnicas psicodramáticas. Elementos todos que tienen un amplio sustento por sí solo y que son conocidos por la mayoría de los profesionales de la salud mental.
- 👉 Una limitación importante en el desarrollo de esta investigación fue la falta de información referente a propuestas de integración terapéutica en México, la que se pudo encontrar fue muy escasa y limitada en comparación a otros países.
- 👉 En otros países existe un mayor número de propuestas de integración psicoterapéutica pero se tiene un acceso restringido a la información.

Como sugerencia se enfatiza la necesidad que tenemos como psicólogos de informarnos y/o prepararnos formalmente sobre el uso de modelos integrativos, ya que esto exige gran responsabilidad profesional en su aplicación.

Subrayo asimismo, la importancia de realizar lecturas sobre el tema que permitan conocer los avances y limitaciones del uso de modelos integrativos, así como la flexibilidad por parte del terapeuta para aplicar dichos modelos. Considero que las aplicaciones de nuevas formas de intervención no sólo favorecen a aquellos pacientes en busca de soluciones para sus conflictos, sino que la flexibilidad de un enfoque integrativo permite que el terapeuta puede disponer de mayor cantidad de recursos técnicos para aplicar en el curso de las sesiones. Además, de facilitar un enfoque más amplio, el movimiento integrativo en psicoterapia permite a la psicología incorporar progresos metodológicos que otorguen un mayor rigor y confiabilidad a la investigación científica. Una ventaja todavía más evidente es que los servicios de salud se pueden beneficiar con un enfoque integrativo al aumentar la probabilidad de un resultado eficiente en un tiempo menor.

REFERENCIAS

1. Acevedo, M.; Benavides, J.; Zarabozo, D. (1995). *Evaluación de los Efectos de la Psicoterapia Grupal Breve de corte Psicoanalítico utilizando el MMPI*. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 12, N. 1, 71-78 pp.
2. Aguirre, B. A. y Rodríguez, C. A. (1993). *Patios Abiertos y Patios Cerrados*. Psicología general de las instituciones. México: Alfaomega Boixareu.
3. Aisenson Kogan, A. (1986). *Propuesta en Psicoterapia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
4. Alonso, A. Phd., y Swiller, H. I. (1995). *Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica*. Tra. Gloria Padilla Sierra. México: El Manual Moderno. 568 pp.
5. Anzieu, D. (1986). *El Grupo y el Inconsciente. Lo Imaginario Grupal*. 2da edición. Madrid: Biblioteca Nueva.
6. Anzieu, D.; Bejarano, A.; Kaes, R.; Missenard, A. y Pontalis, J. (1978). *El Trabajo Psicoanalítico en los Grupos*. Tra. Victor Fischman. México: Siglo XXI.
7. Ávila Espada, A. (2007). *La Psicoterapia ante el siglo XXI: Perspectivas de Evolución para la Próxima Década*. Tomado de la página electrónica de psicología_cl: www.psiquiatria.com/congreso/mesas/conferencias/II_c_1.htm consultada en septiembre de 2007.
8. Ávila Espada, A. y Poch I. Bulich, J. (1994). *Manual de Técnicas de Psicoterapia: Un Enfoque Psicoanalítico*. México: Siglo XXI.
9. Ayala, J.; Barajas, R.; Camacho, J.; Féder, L.; López, D.; Martínez, F.; Paz, A; Prado, H. y Velasco, F. (1986) *Psicoterapia de Grupo y Patología Familiar*. Cuadernos de Psicoanálisis, vol. XIX: 3 y 4, julio-diciembre.

10. Badillo Ramírez, Ma. Del Refugio y Espinoza Álvarez A. (1991) *Psicodrama: una Alternativa de Trabajo en Grupo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
11. Balint, M.; Ornstein, P.H. y Balint, T. (1986). *La Psicoterapia Focal*. Buenos Aires: Gedisa.
12. Bellak, L. (1993). *Manual de Psicoterapia Breve, intensiva y de Urgencia*. 2da edición. Tra. Gloria Padilla Sierra. México: El Manual Moderno.
13. Bellak, L., y Small, L. (1981). *Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
14. Bello, C. y Campuzano, M. (2004). *La Psicoterapia de Grupo en las Instituciones. Psicoanálisis y Psicodrama: Alternativas Complementarias*. México: Plaza y Valdés.
15. Bello, C. y Winkler, J. (1997). *¿Qué es el Psicodrama?* México: Facultad de psicología, UNAM.
16. Biagini, A.; Torruco, S.; Carrasco, T. (2005). *Apego Al Tratamiento Psicoterapéutico Grupal En Pacientes Con Trastorno Límite De La Personalidad. Estudio Piloto En Pacientes De 18 A 24 Años De Edad*. Salud Mental, Vol. 28, No. 1. 52-60 pp.
17. Blatner, A. (2005). *El Psicodrama en la Práctica*. México: Pax México.
18. Braier, E. A. (1984). *Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica*. 4 ta. edición. Buenos Aires: Nueva Visión.
19. Calderón (1984). *Salud Mental Comunitaria*. México. Trillas.
20. Campuzano, M. (2006). *Historia del Psicoanálisis en México (individual y grupal)*. Artículo de investigación. México: Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), A.C.

21. Carranza M., Almeida E., (1995). *La Psicología Comunitaria. Psicología Social Comunitaria*, en Almeida, E., Martínez, M., Varela, M. (1995). *Psicología social Comunitaria*. Facultad de Psicología, BUAP. Puebla, Puebla.
22. Carrillo, J. A.; González, J.; Lieberman, S.; Wasongarz, A. (1975). *Introducción de Técnicas Psicodramáticas en la Terapia Analítica de Grupo*. Extracto del trabajo presentado en el XV congreso Nacional de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.
23. Casas, R. (1994). *Reflexiones en Torno al Eclecticismo como Prácticas Asistenciales en Psiquiatría Pública*. *Psiquis* Vol. 15 N. 6.
24. Castanedo, C., et al (2000). *Seis Enfoques Psicoterapéuticos*. México: Manual Moderno.
25. Chillemi, I. L. (2007). *Nociones Básicas de las Psicoterapias Breves*. Tomada de la página electrónica <http://www.psicología.cl>. consultada en junio de 2007.
26. Coderch, J. (1987). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
27. Contreras, H., Winkler, M.I., Martínez, I., Aretio, C. (1997). *Efectividad de intervenciones psicosociales percepción de agentes de salud mental*. *Revista Interamericana de psicología*, 31(1), 57-76.
28. Corbella, S. y Botella, L. (2003). *La Alianza Terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación*. *Anales de Psicología*. Vol. 19, N.2 (diciembre), 205-221. Barcelona, España.
29. Cuevas, P.; Camacho, J.; Mejía, R.; Rosario, I.; Parres, R.; Mendoza, J. y López, D. (2000). *Cambios en la Psicopatología del Trastorno Limítrofe de la Personalidad, en los Pacientes Tratados en Psicoterapia*. *Salud Mental* V. 23, N. 6. 1-21 pp.

30. Cullari, S. (2001). *Fundamentos de Psicología Clínica*. Tra. Raúl Márquez. México: Pearson Educación.
31. De la Fuente, R., Medina M. y Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. México. Instituto Mexicano de Psiquiatría y Fondo de Cultura Económica.
32. Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la Psicoterapia de Grupo*. México: Pax México. 435 pp.
33. Dupont V., M. A. (2000). *Manual Clínico de Psicoterapia*. México: JGH Editores
34. Espina Barrio, J. A. (1995). *Psicodrama, Nacimiento y Desarrollo*. España: Ediciones Amarú. 214 pp.
35. Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. México: Paidós.
36. Fernández Álvarez, Héctor (1992). *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. México: Paidós.
37. Fernández Álvarez, Héctor Y Opazo, Roberto (2004). *La Integración en Psicoterapia*. México: Paidós.
38. Fiorini, H. J. (1984). *Estructuras y Abordajes en Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
39. Fiorini, H. J. (1987). *El campo teórico y clínico de las Psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
40. Fiorini, H. J. (1992). *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
41. Fiorini, H.J. y Peyrú, G. M. (1978). *Aportes Teórico-Clinicos en Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
42. Flores P. N. (2005). *Análisis Comparativo y Descriptivo del apoyo social y tipos de afrontamiento con relación a la salud en comunidades del DF*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.

43. Flores, Ph. (1996). *Terapia Grupal con Alcohólicos, Sujetos Dependientes de Sustancias Psicoactivas e Hijos Adultos de Alcohólicos*. en Kaplan, H. I. y Sadock, B. *Terapia de Grupo*. 3 era. Ed. México: Editorial Médica Panamericana.
44. Foulkes, S. H. (1981). *Psicoterapia Grupo-Analítica, Método Y Principio*. Tra. Marcos Galmarini. Barcelona: Gedisa.
45. Freud, S. (1986). *Las Perspectivas Futuras de la Terapia Psicoanalítica. Obras Completas T. XI*. Tra. José Etcheverry. 2da. edición. Buenos Aires: Amorrortu.
46. Freud, S. (1986). *Nuevos Caminos de la Terapia Psicoanalítica. Obras Completas T. XVII*. Tra. José Etcheverry. 2da. edición. Buenos Aires: Amorrortu.
47. García de la Cadena, C.; Díaz Olavarrieta, C. y Rodríguez Agudelo, Y. (1994). *Los Grupos de Apoyo para Pacientes Neurológicos y Psiquiátricos en México*. Salud Mental, Vol. 17 N. 4 pp. 7-11.
48. Garfield, S. L. (1979). *Psicología Clínica. El Estudio de la Personalidad y la Conducta*. Tra. Pedro Rivera Martínez. México: El Manual Moderno.
49. Gavino, A. (2004). *Tratamientos Psicológicos y Trastornos Clínicos*. Málaga: Pirámide
50. Gimeno-Bayón y Rosal R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
51. González Chagoyán, J. L. (1988). *Psicoanálisis y Grupo*. México: Pax México. 212 pp.
52. González de Rivera, J. L. (1982). *Psicoterapia y Psicoterapeutas*. Psiquis, 3 (4): 112-114.
53. González de Rivera, J. L. (1994). *Objetivos en la Formación de Psicoterapeutas*. Psiquis, 15 (1): 11-13.

54. González Núñez, J. J. (1991). *La Fortaleza del Psicoterapeuta: La Constratransferencia*. México: Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social. 154 pp.
55. González Núñez, J. J. (1992). *Interacción Grupal y Psicopatología*. México: Plaza y Valdés. 234 pp.
56. González Núñez, J. J. (1999). *Psicoterapia de Grupos: Teoría y Técnica a Partir de Diferentes Escuelas Psicológicas*. México: Manual Moderno. 262 pp.
57. González Núñez, J. J., y Rodríguez Cortes, M. P. (2002). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. México: Plaza y Valdés.
58. Green, A. (2007). *Parentalidad*. Conferencia Auditorio de la Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F. 11 de abril de 2007.
59. Greenberg, I. A. (1977). *Moreno y el Psicodrama. Biografía e Historia*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
60. Guimón, José. (2003). *Manual de Terapias de Grupo Tipos, Modelos y Programas*. Madrid: Biblioteca Nueva. 398 pp.
61. Hans G. Preuss. (1968). *Práctica de la Psicoterapia Clínica*. Madrid: Murata.
62. Harold, Ph. D. (1996). *Futuro de la Terapia de Grupo* en Kaplan, H. I. y Sadock, B. *Terapia de Grupo*. 3 era. Ed. México: Editorial Médica Panamericana.
63. Hernández Guzmán, L. y Sánchez Sosa Juan José (1991). *Prevención Primaria del Deterioro Psicológico: Factores de Riesgo y Análisis Etiológico a través de un Modelo Interactivo*. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 8 No. 1 y 2. 83-90 pp.

64. Holtz, V. y Tena-Suck, A. (1995). *Terapia de Grupo: una Alternativa en el Tratamiento de los Trastornos de la Alimentación*. Psicología Iberoamericana. Vol. 3 N. 2 pp. 53-59.
65. Holtzman, Wayne H. (1988). *La Psicología y la Salud Mental*. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 5 No. 2. pp. 159-166.
66. Howard A. Blatner M. D. (1980). *Psicodrama Como Utilizarlo Y Dirigirlo*. Traductora: Maria Mercedes Martínez Dosal. México, Editorial: Pax-México.
67. Jerald Kay, M. D. (2002). *Tratamiento Integrado de los Trastornos Psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica.
68. Kades, A. L.; Krasner, J. D.; Winick, CH. Y Foulkes, S. H. (1969). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Tra. Alejandro Licona. México: Fondo de Cultura Económica. 213 pp.
69. Kaes, R. (1993). *El Grupo y el Sujeto del Grupo*. Buenos Aires: Amorrortu.
70. Kaes, R.; Missenard, A.; Nicolle, O.; Benchimol, M.; Blanchard, M.; Claquin, M. y Villier, J.. (2001). *El Psicodrama Psicoanalítico de Grupo*. Tra. Mirta Segoviano. Buenos Aires: Amorrortu.
71. Kaplan y Sadock. (1996). *Diagnóstico Clínico en Terapia de Grupo en Terapia de Grupo*. 3 era. Ed. México: Editorial Médica Panamericana.
72. Klein, R. (1996) *Terapia de Grupo Breve* en Kaplan, H. I. y Sadock, B. *Terapia de Grupo*. 3 era. Ed. México: Editorial Médica Panamericana.
73. Knobel, M. (1987). *Psicoterapia Breve*. Buenos Aires: Paidós.
74. Kriz, Jurgen. (1990). *Corrientes Fundamentales en Psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

75. Kutash, Ph. D. y Wolf, M. D. (1996). *Psicoanálisis en Grupos* en Kaplan, H. I. y Sadock, B. *Terapia de Grupo*. 3 era. Ed. México: Editorial Médica Panamericana.
76. Lemoine, G. P. (1979). *Teoría del Psicodrama*. España: Gedisa.
77. Leventon, E. (1977). *Como Dirigir el Psicodrama*. México: Editorial Pax-México.
78. Levy Romero, J. (19-?). *El Psicodrama. Terapia de Acción y Principios de su Práctica*. Tra. María Elena Zuretty. Buenos Aires: Lumen: Horme.
79. López, B. E.; Población, K. P. (1997). *La Escultura y Otras Técnicas Psicodramáticas Aplicadas en Psicoterapia*. México: Paidós.
80. Malugani, Marilla. (1990). *Las Psicoterapias Breves*. Barcelona: Editorial Herder.
81. Martínez B., C.; Moccio, F. y Pavlovky, e. (1991). *Psicodrama Psicoanalítico*. Buenos aires: Ed. Ayllu. 174 pp.
82. Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz y Barrientos (2005). *Evaluación de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de sustancias*. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial. Pp. 349.
83. Martorell. J. L. (1996). *Psicoterapias: Escuelas y Conceptos Básicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
84. Maslow, A. y Mittlemanm, B. (1965). *Metas y Naturaleza de la Psicoterapia en* Maslow, A. H.; Shaffer, L. F. y colab. *Métodos Psicoterapéuticos*. Buenos Aires: Paidós.
85. Moreno Levy, J. (1995). *Las Bases de la Psicoterapia*. Tra. Mario Carlisky. 2ª. Edición. Buenos Aires: ediciones Horme.
86. Moreno, Z. (1974). *Reglas y Técnicas Psicodramáticas y Métodos Adicionales*. Revista bimestral año 1 y n. 2. Federación de Psicoterapia y Educación.

87. Nieto, R. y Asebey, M. (2006). *La Psicología Comunitaria: ¿Un complemento del Desarrollo Local?* Universidad Autónoma de Querétaro. Revista de Psicología, numero especial, septiembre de 2006 pp. 326-327.
88. Palacios, A. (1975). *Técnica De Grupo En Psicoanálisis*. México: La Prensa Medica Mexicana.
89. Paz R. C.; Pimentel, P. M. (1998). *El Psicodrama y Su creador: J. L Moreno Antología*. UAM Unidad Xochimilco. División de Ciencias Sociales y Humanidades.
90. Phares, E. J. (1996). *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y Práctica*. Tra. Gloria Padilla Sierra. México: Manual Moderno.
91. Pichon-Rivier, E. (1975). *El proceso Grupal del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
92. Pimentel Nieto, D. y Morales Carmona, F. (2006). *Propuesta de Abordaje Psicologico en Instituciones de atención Médica*. Revista Mexicana de Psicología. Número Especial. Pp 220.
93. Portuondo, J. A. (1982) Cap. XV Psicoterapias de Corta Duración en *Psicoterapia*. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.
94. Portuondo, Juan A. (1985). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. 2 da edición. Madrid: Biblioteca Nueva.
95. Pundik, J. (1976). *Psicoterapia o Integración de recursos terapéuticos. Su inserción político-social*. Argentina: Editorial Tiempo Contemporáneo.
96. Quijano Barahona, E. (2002), Tratamiento de las Adicciones en Psicoterapia de Grupos, en Guisa Cruz, V. M. et al. *Enfoques de Tratamiento en Adicciones*. México: Centros de integración juvenil, A.C.

97. Ramírez, J. A. (1997). *Psicodrama, teoría y técnica*. México: Diana.
98. Reid, Jr. y Reid, PH. (1996). *Integración y No Integración de Métodos Grupales Innovadores* en Kaplan y Sadock. *Terapia de Grupo*. 3 era. Ed. México: Editorial Médica Panamericana.
99. Sacks, Ph. D. (1996). *Psicodrama* en Kaplan y Sadock. *Terapia de Grupo*. 3 era. Ed. México: Editorial Médica Panamericana.
100. Sánchez Escarcega, J. (2006). *El Psicoanálisis Grupal no es un Psicoanálisis Individual "en Público". El Problema de la Interpretación en el Grupo*. subjetividad y cultura, pp. 1-22.
101. Scheidlinger, Ph. D. (1996). Historia de la Terapia de Grupo en Kaplan, H. y Sadock, B. *Terapia de Grupo*. 3 era. Ed. México: Editorial Médica Panamericana.
102. Scout R., J. PH. D. (1996). *Terapia Psicoanalítica De Grupo* en Kaplan y Sadock. *Terapia de Grupo*. 3 era. Ed. México: Editorial Médica Panamericana.
103. Slavson, S. R. (1976). *Tratado de Psicoterapia Grupal Analítica*. Argentina: Buenos Aires.
104. Small, L. (1986). *Psicoterapias breves*. Tra. Oscar Muslera. México: Gedisa Mexicana.
105. Solís Ponton, L. Videoconferencia: *Retos e Importancia de la Parentalidad en las Familias del siglo XXI*. 23 de mayo de 2007. Auditorio de la Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.
106. Sorín, Miguel. (1994). *Hacia una Psicoterapia sin Adjetivos*. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 26 N. 2 315-321
107. Stern, E. (1965). *Psicoterapia en la Actualidad*. Argentina: EUDEBA.

108. Trull, T. y Phares, E., (2003) *Psicología Clínica Conceptos, Métodos y Aspectos Prácticos de la Profesión*. 6ta. edición. Tra. Jorge A. Velázquez. México: Thomson.
109. Trull, T. y Phares, E., (2003) *Psicología Clínica*. 6ª edición. México. Thomson
110. Valenzuela, M.A. (1995). Retrospectiva y Prospectiva de la Psicología Comunitaria en México., en Almeida, E; Martínez, M. y Varela, M. (1995). *Psicología social Comunitaria*. Número especial 1. Facultad de Psicología, BUAP. Puebla, Puebla.
111. Vázquez Pineda, F. (2006). *Diagnóstico e intervención Preventiva en Salud Comunitaria*. Revista Mexicana de Psicología. Número especial. pp 114.
112. Vilori B. y Barajas B. (1993). *Mil Cumbres: Una experiencia Educativa en la Formación Profesional del Psicólogo en el Trabajo Comunitario*. *Psicología Iberoamericana*. 1 (1): 115-128
113. Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (1996). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Tra. Olga Domínguez. México: Paidós. 182 pp.
114. Vives, R. (1991). Teorías de la Cura en Psicoterapia Grupal. Universidad Iberoamerica Vol. 4 No. 1 pp 24-29.
115. Wietz Sourasky, I. (1980). *Consideraciones acerca del Psicodrama Psicoanalítico*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
116. Wolber, L. R. (1977). *La Técnica de la Psicoterapia*. Tra. De la universidad Iberoamericana. México:
117. Wolberg, L. R. y Cols. (1965). *Psicoterapia Breve*. Madrid, Giedos.
118. Yussif Roffe, Dalila. (2006). *El Arte de la Psicoterapia*. Boletín Sociedad Mexicana de Psicología A.C. No. 139 noviembre-diciembre. Facultad de Psicología. UNAM.
119. Yussif Roffe, Dalila. (2007). *La Supervisión Clínica*. Boletín Sociedad Mexicana de Psicología A.C. No. 142 mayo-junio. Facultad de Psicología. UNAM.

120. Zarzosa Escobedo, L. G. (1991). *Problemas del Eclecticismo: Un Caso*. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 8 Núms. 1 y 2. Neurociencias. UNAM, ENEP Iztacala.
121. Zsydlo, D. y Beristain, C. (2005). *El valor de la psicoterapia*. 2da edición. México: Trillas.