

**Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Psicología**



**INTERVENCIÓN GRUPAL EN ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN DEL  
PLANTEL SUR DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**

**TESIS**

**Para obtener el título de Licenciada en Psicología**

**Presentan:**

**HERNÁNDEZ GARCÍA ANA LAURA**

**RODRÍGUEZ HERRERA OLGA ISABEL**

**Director de Tesis: Maestro Celso Serra Padilla**

**México, D. F.,**

**2009**



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.



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.

*Mamá, te agradezco por enseñarme a luchar por lo que quiero a través de tú confianza y tus palabras, gracias por tus consejos...eres mi Mejor Amiga.*

*Papá, te agradezco todo tú amor, protección y por escucharme siempre, gracias por tú exigencia para ser la mejor.*

*A los dos les agradezco su amor y cariño incondicional, por darme la vida y por estar a mi lado siempre, por enseñarme a volar y a luchar por mis metas, sobre todo por su comprensión. Siempre los llevo conmigo... Los Amo.*

*Tía Tere, le agradezco por confiar en mí y por escucharme. Gracias por ser mi amiga... la quiero mucho.*

*A mis hermanos: Fher, Elvia, Oscar y Sandy, les agradezco su cariño, amor, compañía y apoyo, los amo.*

*A mis sobrinos: Betzabe y Emilio, les agradezco su cariño y ternura, gracias por estar conmigo pese al tiempo y la distancia, los amo.*

*Agradezco por haber encontrado el amor y por compartir su vida conmigo...Gracias Memo por tú compañía, apoyo y sobre todo por tu comprensión para terminar este triunfo que igual es tuyo, te amo.*

*Agradezco a mis amigas y amigos por estar conmigo siempre, por su confianza y su lealtad... por su apoyo incondicional, los quiero.*

*Agradezco a la UNAM por ser mi Máxima Casa de Estudios y darme la oportunidad de ser uno más de sus hijos... Agradezco a mis maestros y en especial a mi director de Tesis el Maestro Celso Serra, por su disposición y ayuda brindada.*

*Gracias a todos aquellos que forman parte de mi vida diaria.*

*Gracias Dios por permitirme estar aquí con vida y llenarla de dicha, amor y bendiciones.*

*Dedicada a:  
Mis padres, hermanos y mi amor.*

*Ana Laura Hernández García*

*Con profundo agradecimiento a Celso Serra, mi maestro y director de Tesis, por su guía y dedicación para la revisión y realización de este trabajo.*

*¡Mahalo! a Raúl y a mis niñas Hawaiianas por su apoyo, amistad, confianza, dedicación, cariño, lealtad y amor incondicional, los quiero.*

*Gracias a mis colegas y amigas, Lety, Mariel, Paty y Margarita por su comprensión y apoyo.*

*Gracias a mis compañeros del CCH-SUR por su apoyo para la elaboración de esta investigación.*

*Agradezco al personal de los departamentos de Audiovisual y Servicios Médicos por el apoyo brindado para la realización de este proyecto.*

*Agradezco al Lic. Jaime Flores Suaste, Director del Plantel Sur del Colegio de Ciencias y Humanidades, por el apoyo institucional brindado.*

*Gracias a Dios por permitirme llegar a este logro y mil gracias a todos los que colaboraron para que esta meta se hiciera realidad.*

*Isabel Rodríguez H.*

*Con especial dedicatoria y con un inmenso amor  
A mis padres Lucila† y Pedro,  
por sus enseñanzas, su confianza, paciencia y amor.*

*A mis hijos Lluvia y Paris,  
por su alegría, compañía y  
por la fuerza y el amor que me han brindado.*

*A mis hermanas Veró, Alma† y Mary  
por su presencia física, simbólica y por  
su ángel que siempre me acompaña.*

*A mi Bere*

*Isa.*

# ÍNDICE

	Pag.
<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO I ADOLESCENCIA</b>	<b>6</b>
<b>1.1</b> Etapas de la Adolescencia	<b>10</b>
<b>1.1.1</b> Características de la Preadolescencia	<b>11</b>
<b>1.1.2</b> Características de la Adolescencia Temprana	<b>13</b>
<b>1.2.3</b> Características de la Adolescencia Media	<b>14</b>
<b>1.2.4</b> Características de la Adolescencia Tardía	<b>15</b>
<b>1.2</b> Construcción de la Identidad en la Adolescencia	<b>16</b>
<b>1.3</b> Interacciones Sociales en la Adolescencia	<b>20</b>
<b>1.4</b> Establecimiento de Metas del Adolescente	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO II DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA</b>	<b>24</b>
<b>2.1</b> Antecedentes Históricos de la Depresión	<b>24</b>
<b>2.2</b> Concepto de Depresión	<b>26</b>
<b>2.3</b> Depresión en la Adolescencia	<b>29</b>
<b>2.4</b> Origen y causas de la Depresión	<b>30</b>
<b>2.5</b> Mecanismos psíquicos de la Depresión	<b>35</b>
<b>2.6</b> Tipos de Depresión	<b>36</b>
<b>2.6.1</b> Depresión Severa, Grave o Clínica	<b>36</b>
<b>2.6.2</b> La Distimia	<b>37</b>
<b>2.6.3</b> Trastorno Bipolar	<b>38</b>
<b>2.6.4</b> Otros tipos de Depresión	<b>38</b>
<b>2.7</b> Sintomatología de la Depresión	<b>39</b>
<b>2.8</b> Formas de Tratamiento de Depresión	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO III PSICOTERAPIA DE GRUPO</b>	<b>41</b>
<b>3.1</b> Antecedentes de la Psicoterapia de Grupo	<b>41</b>
<b>3.2</b> Representantes de la Psicoterapia de Grupo	<b>41</b>
<b>3.3</b> Concepto de Grupo	<b>50</b>
<b>3.4</b> Psicoterapia de Grupo	<b>51</b>
<b>3.4.1</b> Objetivos de la Psicoterapia de Grupo	<b>52</b>
<b>3.5</b> Modelos de Intervención Grupal	<b>54</b>
<b>3.5.1</b> El Enfoque Psicodinámico	<b>54</b>
<b>3.5.2</b> La Psicoterapia de Grupo con tiempo limitado	<b>55</b>

<b>3.6</b> El trabajo de Psicoterapia de Grupo Breve con Adolescentes	<b>58</b>
<b>3.7</b> Características de los Grupos	<b>62</b>
<b>3.7.1</b> Factores Terapéuticos	<b>62</b>
<b>3.8</b> Manejo Psicoterapéutico	<b>67</b>
<b>3.8.1</b> La Transferencia	<b>68</b>
<b>3.8.2</b> La Transferencia Central	<b>70</b>
<b>3.8.3</b> La Transferencia al Grupo	<b>70</b>
<b>3.8.4</b> La Transferencia Lateral	<b>71</b>
<b>3.8.5</b> El mundo exterior	<b>72</b>
<b>3.8.6</b> La Contratransferencia	<b>73</b>
<b>3.8.7</b> La Resistencia	<b>75</b>
<b>3.8.8</b> Tipos de intervención verbal del Terapeuta	<b>76</b>
<b>CAPÍTULO IV METODOLOGÍA</b>	<b>78</b>
<b>4.1</b> Problema de Investigación	<b>78</b>
<b>4.2</b> Pregunta de Investigación	<b>78</b>
<b>4.3</b> Objetivo	<b>78</b>
<b>4.4</b> Hipótesis	<b>79</b>
<b>4.5</b> Método	<b>79</b>
<b>4.5.1</b> Instrumento	<b>79</b>
<b>4.5.2</b> Población	<b>79</b>
<b>4.5.3</b> Escenario	<b>79</b>
<b>4.5.4</b> Diseño de Investigación	<b>79</b>
<b>4.5.5</b> Diseño de Psicoterapia	<b>79</b>
<b>4.6</b> Procedimiento	<b>81</b>
<b>CAPÍTULO V RESULTADOS</b>	<b>85</b>
Presentación de casos clínicos	<b>85</b>
Proceso del Grupo Psicoterapéutico	<b>87</b>
Resultados Individuales	<b>91</b>
Interpretación de Resultados	<b>93</b>
Interpretación de Perfiles	<b>94</b>
<b>CAPÍTULO VI CONCLUSIONES</b>	<b>100</b>
Observaciones	<b>103</b>
Sugerencias	<b>104</b>
Bitácora	<b>105</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>107</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1 Ficha de Identificación	<b>111</b>

## **RESUMEN**

Esta investigación describe la intervención psicoterapéutica con objetivos específicos y a tiempo limitado, desde la orientación psicodinámica. Se aplicó a un grupo de Adolescentes de segundo semestre del Plantel Sur del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM. El estudio fue exploratorio, donde se llevó un registro a partir de la observación del proceso grupal.

Con base en los resultados del Examen Médico Automatizado, se les aplicó la prueba MMPI-A, se recabó una ficha de identificación y se les realizó una entrevista.

Se seleccionó a quienes tuvieron elevadas las escalas D y Dep., para establecer los objetivos psicoterapéuticos. Con el re-test de la prueba se observaron cambios significativos por lo que se infiere una influencia positiva de la intervención.

## INTRODUCCIÓN

Algunos padecimientos de salud mental en los Adolescentes requieren de atención oportuna, breve y eficaz, para ayudarlos a solucionar las alteraciones que les aquejan y les posibilite su funcionalidad como persona, estudiante, miembro de familia y en general como integrante de la sociedad.

Es de suma importancia que el tipo de intervención que se les brinde les permita la comprensión necesaria para la búsqueda de soluciones a sus muy diversas problemáticas de su transcurrir adolescente. Una técnica de intervención muy útil y efectiva con los Adolescentes es la Psicoterapia de Grupo con objetivos específicos y a tiempo limitado.

Es importante mencionar que la propuesta de investigación deviene de la labor con Adolescentes estudiantes de educación media superior. Durante el trabajo cotidiano se les observó con una vulnerabilidad constante. En la Adolescencia media o propiamente dicha, la vulnerabilidad es común en los Adolescentes debido a los cambios físicos y psicológicos a los que se enfrentan, sin embargo, en algunos casos se acentúa y puede haber diversos padecimientos que dañan su salud mental e interfieren en el proyecto de vida de algunos de ellos.

Entre los padecimientos por los que atraviesan encontramos a la depresión, -cabe mencionar que *existen más de 400 millones de personas en el mundo que presentan un trastorno afectivo cada año y más de 800 millones sufren un trastorno depresivo durante su vida* (Gerard Heinze citado en Garff Beatrice, 2008)-. La depresión se presenta de forma significativa no sólo a nivel mundial sino también a nivel nacional y no excluye de ninguna forma a la población adolescente.

La depresión se caracteriza por tristeza excesiva en duración e intensidad y produce una disminución en la capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones, lo que interfiere con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

La población con la que se realizó el presente trabajo pertenece al plantel Sur del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM, en donde la comprensión de la Adolescencia es de vital importancia, por la naturaleza de su característico modelo educativo, en el cual, el Adolescente es el protagonista principal de su aprendizaje. Sin embargo, si la Adolescencia se ve afectada por algún trastorno, en este caso, por **la depresión**, esto se verá reflejado en su actitud como estudiante, en su salud mental, en la planeación y realización de su proyecto de vida, por tal motivo se requiere de una intervención que le sirva de apoyo, le facilite un cambio de actitud y

le ayude a mirar su problemática desde otra perspectiva para encontrar soluciones.

En la intervención terapéutica grupal, el Adolescente puede aprender sobre sí mismo a partir de su problemática y la de los demás integrantes del grupo terapéutico, además de explorar algunas situaciones problemáticas, generar soluciones en un ambiente real donde se manifiesta de diversas formas la transferencia y en el cual se ayuda a disminuir algunos síntomas de la depresión a través de los recursos psicoterapéuticos.

La importancia de esta investigación radica en posibilitar atención a un mayor número de adolescentes y ofrecer una revisión teórica que abarca la **adolescencia**, la **depresión** y la **psicoterapia grupal**.

Esta tesis se divide en cinco capítulos, en el Capítulo I se describe la Adolescencia; en el Capítulo II se realiza una descripción de la Depresión; en el Capítulo III se encuentran los fundamentos teóricos de la Psicoterapia de Grupo; en el Capítulo IV se desarrolla la Metodología de la investigación. Posteriormente se presenta el análisis de resultados y sus conclusiones.

## **JUSTIFICACIÓN**

En México la población de Adolescentes representa aproximadamente el 21%, se calcula que entre el año 2000 y 2020, el grupo de edad más grande en esta población será entre diez y diecinueve años.

De ese porcentaje, en la zona metropolitana de la Ciudad de México, aproximadamente cien mil alumnos cursan estudios de nivel bachillerato y poco menos del 20% ingresa al Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), así tenemos que cada plantel del mismo recibe a 3,600 alumnos aproximadamente por ciclo escolar. Uno de los cinco planteles del CCH, es el plantel Sur, escenario de la presente investigación.

La población adolescente -en la cual se encuentra también la que ingresa al plantel Sur del CCH-, es un fragmento de población muy importante que requiere espacios de atención para promover su salud mental ante las diversas problemáticas que se les presentan en las distintas esferas de su desarrollo: emocional, social y laboral.

Por otro lado, la Secretaría de Salud en el año 2002 reportó que la tasa de mortalidad por padecimientos psiquiátricos en México, se encuentra entre las principales causas de muerte ubicándose en el décimo segundo lugar. Es así que los trastornos afectivos afectan al 9% de la población de la ciudad de México y el 8.3% de la población nacional padece trastornos de ansiedad (Secretaría de Salud, 2002).

Se considera que es necesario intervenir de forma oportuna en los Adolescentes para disminuir las cifras anteriores y evitar que en la adultez se repitan las mismas problemáticas.

En los casos más graves de padecimientos mentales, puede existir una predisposición al suicidio, visto como la única salida, que la persona elige para terminar con su sufrimiento emocional. En el año 2004 se registró un total de 3, 324 suicidios, de los cuales 141 fueron causados por padecimientos mentales, 230 por rompimiento con la pareja y 33 por remordimientos, los restantes por otras causas diversas (INEGI, 2005).

En el mismo sentido, el Centro de Estudios e Investigación en Desarrollo y Asistencia Social, publicó que la mayor parte de los suicidios eran cometidos por jóvenes de entre 15 y 19 años, lo que representa la cuarta causa de muerte para el grupo de población de entre 15 y 29 años en México (CEIDAS, 2007).

Es importante señalar que el número de suicidios ha crecido en los últimos 30 años. En el año de 1970, la tasa de mortalidad por suicidio fue de 1.1 por cada 100 mil habitantes, en 2002 pasó a 3.12 y en 2007 a casi 4.

De acuerdo con el INEGI, en 1998 se registraron 3 342 muertes por esta causa, en 2007 se elevó a 4 394, es decir aumentó el 30%. Estas cifras equivalen a 12 suicidios por día y entre los principales factores de riesgo la depresión ocupa un lugar importante (INEGI, 2008).

Por su parte, los cambios políticos, económicos y sociales por los que ha atravesado nuestro país en los últimos años, han contribuido al incremento de problemas como: la sobrepoblación, la migración, la desintegración y violencia familiar, una marcada desigualdad social, acrecentamiento en la violencia, el aumento en el desempleo, etc.

Estas situaciones, a su vez inciden en la aparición de trastornos y problemas de tipo emocional como la depresión, actitudes de desesperanza, embarazos no planeados, abuso de sustancias tóxicas, padecimientos psicosomáticos, suicidios, etc. Esto se convierte en un problema de salud pública con repercusiones sociales y económicas, ante el cual el gobierno tiene que invertir en programas de salud enfocados en atender a los Adolescentes con trastornos emocionales, pero es poco lo que se hace en materia de prevención.

Las estadísticas nacionales que la Secretaría de Salud reporta sobre la demanda de servicios médicos para la población, indican que la demanda de consulta externa para el grupo de edad comprendido entre los diez y los veintiuno años requiere de mayor atención específica, debido al rápido crecimiento de esta población, al tipo y diversidad de las problemáticas que presentan, y a la dificultad de contar con especialistas y profesionistas altamente calificados para atenderlos.

Algunos de los trastornos que se presentan con mayor frecuencia son los de ansiedad y angustia, seguidos de los trastornos sexuales, particularmente los de identidad, los causados por abuso de sustancias, los trastornos fóbicos, los del estado de ánimo de tipo afectivo, además de la depresión y los de conducta antisocial (Secretaría de Salud, 2002).

En este sentido, es importante tener una comprensión amplia de la problemática del Adolescente y generar alternativas de intervención, orientación, prevención, tratamiento y evaluación en aspectos de salud mental para con ellos.

## CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA

En el presente capítulo se presentan algunas aproximaciones teóricas sobre la etapa de la Adolescencia, sin embargo, al mirar este periodo de desarrollo de vida desde una panorámica adulta, se corre el riesgo de ofrecer sólo una visión parcial de ese período, dejando incompleto el panorama de ese mundo de sensaciones, intereses, emociones, sueños, encuentros y desencuentros.

De la Adolescencia se conoce que:

La palabra "Adolescencia" deriva de la voz latina *adolescere* que significa "crecer" o "desarrollarse" (González Núñez y Nahoul 2007).

La Adolescencia es un periodo transitorio, de desarrollo, de crecimiento y de confusión.

En esta etapa de desarrollo se presentan periodos de conflicto, sin embargo, en la Adolescencia coinciden crisis biológicas, psicológicas, sociales, religiosas y estéticas, entre otras (González, Nahoul, 2007).

Durante esta etapa, además de experimentar crisis, menciona Obregón Teresa (1993), también se pasa por un periodo hermoso de descubrimientos y de gran orgullo respecto a sus nuevas capacidades intelectuales, ante el cuerpo y su nuevo tamaño, nueva fuerza y nuevas capacidades físicas.

**Cronológicamente** es el lapso que comprende desde aproximadamente los doce o trece años hasta los primeros de la tercer década, existiendo grandes variaciones individuales y culturales (Muss, 1984).

Es decir, la Adolescencia inicia por lo regular en la segunda década de vida y concluye entre los 23 y 24 años de edad según el medio en el que se desenvuelve.

**Biológicamente**, inicia con la pubertad, que se caracteriza por una serie de cambios físicos que transforman el cuerpo infantil y lo alistan para la reproducción, estos cambios generalmente ocurren a lo largo de la segunda década de vida.

**Psicológicamente**, es una etapa en la cual se realizan nuevos ajustes, los cuales diferencian la conducta infantil de la conducta adulta dentro una sociedad.

Blos (1971), refiere que la etapa de la Adolescencia es el periodo que va de la niñez a la adultez, caracterizado por la maduración de funciones y el enriquecimiento de la vida emocional y afectiva del individuo. Es el segundo proceso de individuación, entendiéndose éste como la consolidación de la identidad.

Por otra parte Aberastury (1996), describe que la Adolescencia es un momento crucial en la vida del hombre y constituye una etapa decisiva de un proceso de desprendimiento. Es un periodo de contradicciones, confusión, ambivalencia y dolor. Caracterizado por fricciones con el medio familiar y el ambiente circundante. Frecuentemente confundido con crisis y estados patológicos.

Para Erikson (1974), dicha etapa es un producto social más que un fenómeno fisiológico. Considera que es un periodo para el establecimiento de la identidad del Yo a la luz de las experiencias anteriores, así como la aceptación de los nuevos cambios corporales y sentimientos libidinales. Esta etapa se caracteriza por la rapidez del crecimiento físico, la madurez genital y la conciencia sexual.

Por otra parte, desde el punto de vista de Piaget (1978), el Adolescente se encuentra en el proceso del paso del pensamiento concreto al formal, hipotético deductivo y la constitución de una lógica de la razón regida por reglas de pensamiento constructivo y discursivo.

El mismo autor señala que el Adolescente es capaz de enfocar un problema desde diferentes perspectivas, de plantear hipótesis y proceder a su confirmación o rechazo; también de utilizar diferentes teorías para explicar sus hallazgos, por lo que es sorprendente su facilidad para elaborar teorías abstractas con las que de una forma o de otra, trata de transformar al mundo. Por lo que se puede decir, que en la etapa de la Adolescencia se alcanza el más alto nivel de desarrollo intelectual, el estadio que Piaget (citado en Papalia, 1992), nombra “operaciones formales”, y que se caracteriza por la habilidad de pensamiento formal o abstracto.

La capacidad de abstracción, el Adolescente la aplica para reconocerse a sí mismo como un ser que cambia en el tiempo, lo que le permite darse cuenta que ha dejado de ser niño y que su vida seguirá cambiando hasta convertirse en adulto.

La madurez cognoscitiva es el resultado de una combinación de cambios internos y externos en la vida. Piaget (citado en Papalia, 1992), refiere que las estructuras del cerebro del Adolescente han madurado y su ambiente social se ha ampliado, dándole más oportunidades para la experimentación. Es esencial la interacción entre las dos clases de cambios: aunque el desarrollo neurológico de la gente joven sea suficiente para permitirle alcanzar el estadio del razonamiento formal, puede que nunca lo logre si no ha sido motivado por su ambiente cultural y educativo.

Es en la Adolescencia donde se amplía la cuestión intelectual, es así que el Adolescente busca soluciones teóricas a sus problemas y situaciones

trascendentales entre los que se encuentran: amor, libertad, matrimonio, paternidad, educación, filosofía y religión.

En la misma línea, Obregón Teresa (1993), menciona que el Adolescente comienza a percibir de una manera más clara nuevas capacidades intelectuales, de deducción, comprende mejor, más lúcidamente, puede plantear hipótesis y puede abstraer cada día más.

Al inicio de la Adolescencia, el joven actúa de manera impulsiva, sus conflictos los expresa en forma de acción, progresivamente va adquiriendo la capacidad de pensar antes de actuar. También descubre sus habilidades y define sus intereses hacia actividades.

Por otra parte, el Adolescente pasa por periodos de gran orgullo y presunción, durante los cuales se observa con mucha frecuencia ante el espejo descubriendo y redescubriendo una y otra vez sus nuevas dimensiones, sus nuevas formas, incluyendo su mundo interno y externo.

**Sociológicamente**, la Adolescencia pone fin a la infancia y forma los cimientos para la edad adulta. De esta forma, se encuentra entre la niñez donde se depende de los padres y la edad adulta en la cual se concreta la autonomía.

En la Adolescencia se perfecciona el dominio de destrezas técnicas, comunicativas y sociales. Durante la Adolescencia se espera que se definan valores personales, que se desarrolle un juicio moral y que culmine el proceso de internalización de modelos de valores y normas sociales, sin embargo, existen Adolescentes en los que, por la carencia de modelos de valores familiares, se retrasa esta definición y en su lugar se encuentran conductas de rebeldía, de agresión propia y hacia los demás, falta de claridad de un proyecto de vida y falta de autocuidado, todas estas características se manifiestan de forma acentuada.

Es en este periodo de desarrollo donde el Adolescente cambia de grupo, y a través de la vida grupal descubre su naturaleza social y toma consciencia de que es parte de una multitudinaria existencia.

Al descubrir su naturaleza social le surgen nuevas exigencias básicas como: contar con la libertad para vivir un amor, mayor libertad en sus salidas y horarios, contar con más dinero y con menos supervisión adulta. El término “libertad” es llamado en más de las veces por el Adolescente y en muchas ocasiones desconoce el vínculo que hay entre “libertad” y “responsabilidad”. Ser libre es ser responsable de los actos que se hacen y de las decisiones que se toman. Ser libre es ser uno y no es ser la extensión del otro. Por tal motivo, la dimensión social en la Adolescencia estimula una búsqueda apasionada de la propia individualidad del Adolescente. Es

por esto que Adolescencia es un concepto que también abarca cambios de conducta y de status social (Muss, 1984).

Sin embargo, la forma en que el Adolescente se muestra en su desarrollo psicosocial varía dependiendo de la situación histórica en la que se vive. En este sentido Aberastury A. (1996), menciona que toda adolescencia, además del sello individual lleva el sello del medio cultural, social e histórico desde el cual se manifiesta. Es así que el Adolescente en la búsqueda de ideales y de figuras ideales para identificarse, se encuentra con la violencia y el poder de la sociedad actual, aspectos que también usa.

En esta sociedad actual, los roles del hombre y de la mujer han cambiado, se busca la equidad entre géneros lo que produce un cambio en el papel de la mujer, la cual en muchos casos se incorpora al área profesional y laboral. Otra característica es que con la creación de los métodos anticonceptivos ejerce su sexualidad de distinta forma, se vive con mayor independencia lo que influye en la estructura y jerarquía familiar.

Por otra parte, la desintegración familiar y la violencia son cada día más comunes en esta sociedad. Estos cambios que se dan en la estructura familiar, provocan en numerosos casos una sobrecompensación material por parte de las figuras paternas, esto para mitigar la ausencia de uno o ambos padres, lo cual genera pautas de permisividad extrema en el Adolescente y que se traduce en una acentuada falta de límites.

Cabe resaltar la importancia del papel de los padres durante el desarrollo de los hijos para propiciar una dinámica de interacción afectiva favorable, que coadyuve al establecimiento de los límites a través de las interacciones y experiencias de vida en las que el ejemplo juega un papel primordial (Moreno, 2006).

A su vez, la influencia de los medios de comunicación -televisión, radio, cine e Internet- propician la sobrevaloración de la inmediatez, el Adolescente desea todo enseguida por miedo a que se les escape el gozo de la instantaneidad, lo que lo alenta a la búsqueda de experiencias próximas y de fácil acceso –que lo sitúan en más de las veces en escenarios de riesgo como: consumo de drogas, ejercer su sexualidad de forma promiscua y carente de protección; así como inmiscuirse en necesidades consumistas de difícil acceso que conllevan montos elevados de envidia y frustración, lo que se traduce en conductas cargadas de rabia y agresividad en el ámbito psicosocial, y que se refleja en el desvío de los intereses académicos, los cuales en muchas ocasiones coloca en segundo plano, o en su defecto deserta de los proyectos escolares en detrimento de su desarrollo personal.

En este sentido la Adolescencia se vuelve una etapa dolorosa al observar y por consiguiente vivenciar las diferencias sociales de situaciones que en la

infancia no percibían y tampoco le afectaban. Dado que no todos los Adolescentes pueden cubrir las demandas de una imagen socialmente idealizada, los Adolescentes tienden a desarrollar cuadros depresivos ante lo inalcanzable de dichas metas, las cuales son apuntaladas por los medios masivos de comunicación (como verse estéticamente de una forma, acceder a tener ropa de marca, celular de última moda, coche, etc.). Ante la necesidad de pertenecer y de ser aceptado, lo anterior contribuye a sentirse inadecuado, marginado y fuera del modelo de grupo establecido.

Para cerrar las aproximaciones teóricas de la etapa Adolescencia y con el fin de integrar lo antes mencionado, se alude a Blos (1971), quien engloba las características que integrarían el Síndrome Normal de la Adolescencia de la siguiente manera:

- Ψ Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- Ψ Tendencia grupal.
- Ψ Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Ψ Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
- Ψ Desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario.
- Ψ Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
- Ψ Actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad.
- Ψ Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de vida.
- Ψ Una separación progresiva de los padres.
- Ψ Constantes fluctuaciones del humor y de estado de ánimo.

### **1.1 Etapas de la Adolescencia**

Varios teóricos coinciden en el estudio de la Adolescencia por etapas, para el presente trabajo retomaremos la postura de González Núñez y Nahoul (2007), quienes mencionan cinco etapas que conforman dicho periodo de desarrollo.

Cabe mencionar que en cada una de las etapas de la Adolescencia se presentan situaciones importantes para el desarrollo del sujeto, y en cada una hay tareas vitales. La realización de éstas condicionará la posibilidad de construir un proyecto de vida que se inserte dentro de la sociedad.

González Núñez y Nahoul (2007), refieren que la Adolescencia se conforma por las siguientes etapas:

- Ψ Preadolescencia (9-11 años)
- Ψ Adolescencia temprana (12-15 años)
- Ψ Adolescencia propiamente dicha (16-18 años)
- Ψ Adolescencia tardía (19-21 años)
- Ψ Post-Adolescencia (22-25 años)

### **1.1.1 Características de la Preadolescencia (9-11 años)**

La pubertad abarca los cambios biológicos y marca el inicio de la Preadolescencia.

Las palabras “pubertad y pubescencia” se derivan de las voces latinas que significan: *pubertas*, igual a edad viril; y *pubescere*, que refiere cubrirse el pelo, al llegar a la pubertad.

Ausubel citado por Muss (1984), empleó el vocablo “pubescencia” con sentido más restringido, exclusivamente referido a los cambios biológicos y fisiológicos que se asocian con la madurez sexual.

La pubescencia es el lapso del desarrollo fisiológico durante la cual maduran las funciones reproductoras; es filogenético e incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios. La pubescencia corresponde, al período de la primera Adolescencia y termina con la aparición de todos los caracteres sexuales secundarios y la madurez reproductora (Muss, 1984).

Castillo (2001), refiere la importancia del desarrollo físico en la pubertad, al decir: *es un fenómeno de maduración anatómico-fisiológico en el que se ponen las bases para la transformación del organismo infantil en un organismo adulto.*

Por otra parte Ausubel (1954), menciona que los cambios corporales específicos que se producen y observan con bastante constancia en ambos sexos son: crecimiento del esqueleto, pelo pubiano y aparición del pelo axilar.

De igual manera se presentan cambios específicamente para cada género, es así que en el caso del sexo femenino se presentan: menstruación, pelo pubiano y desarrollo de los pechos.

En el caso de los varones se presentan: primera mutación de la voz, aparición del bozo, aparición del vello pectoral, eyaculación, aparición de la barba pigmentada.

La idea principal en la definición de pubertad es el logro de la madurez reproductora. Para determinar la pubertad en las niñas se toma como referencia la primera menstruación y la capacidad de concebir y reproducir, sin embargo dichos cambios están lejos de una madurez psicológica y social.

Merino Carmen (1993), menciona que: *en esta etapa se da una ruptura en el sentimiento de identidad, el cual se adquirió en la infancia. Esto es, cuando nace el bebé se vive como una unidad con su madre, al paso del tiempo logra percibirse como un individuo separado.*

Es así, que en la Preadolescencia las repercusiones de los cambios corporales generan confusión y desorganización, lo que provoca que la búsqueda del sentimiento de identidad se vuelva una tarea difícil. La imagen corporal que se tenía de sí mismo que era base de la “identidad”, al romperse y desorganizarse provoca un periodo difícil.

Además, en esta etapa el Adolescente se encuentra en una confusión con respecto a sus responsabilidades, se ubica en la línea que divide la seguridad de la niñez y el nuevo mundo de la adultez.

Es aquí en ésta etapa, donde precisamente se muestran los primeros intentos de independencia.

La nueva expresión corporal, sexual, emocional y la ampliación de los recursos externos provoca una búsqueda de independencia del Adolescente, razón por la cual los progenitores dejan de ser aquellos ídolos que brindaban seguridad, protección y amor.

Es así que al perder el cuerpo y el rol de ser niño; las costumbres y la forma en que se relaciona; la imagen de los padres y el control de sus emociones, el Adolescente desconoce quién es.

González Núñez y Nahoul (2007), mencionan que en la Preadolescencia aparecen nuevos intentos de alcanzar emociones nuevas. Cualquier experiencia (pensamientos, fantasías y actividades fuera de connotaciones eróticas) puede convertirse en un estímulo sexual.

### **1.1.2 Características de la Adolescencia Temprana (12-15 años)**

Merino (1993), menciona que en la Adolescencia temprana hay dos tareas importantes: aceptar los cambios sufridos en el cuerpo y el debilitamiento de los vínculos emocionales con los padres.

Para el logro de afrontar esas tareas madurativas hay que afrontar sentimientos de pérdida, lo que significa un “duelo” y éste se da a partir de tres motivos:

- Ψ Se sufre la pérdida del cuerpo infantil, con un crecimiento brusco y con falta de armonía. Las glándulas trabajan de forma distinta. Es el momento en que se presenta la menstruación en las chicas y las erecciones inoportunas y poluciones nocturnas en los chicos, lo que les genera dudas. Además viven momentos de ansiedad al compararse con sus iguales en edad.
- Ψ Se sufre la pérdida de los padres de la infancia, aquellos que todo lo sabían, podían y eran idealizados. En la Adolescencia comienza su des-idealización, se descubre que tienen problemas y ansiedades, cometen injusticias y errores, tienen defectos y es difícil aceptar que son como cualquier ser humano.
- Ψ Se sufre la pérdida del papel o rol infantil. Se pierde el lugar en la familia y se modifican las relaciones y normas que regulaban la vida cotidiana.

González y Nahoul (2007), señalan que el Adolescente en esta etapa necesita poder estar cerca de personas a las que pueda admirar, amar y es preciso que estén fuera del ámbito familiar. En sus relaciones sociales, la pertenencia al grupo de “cuates” es otra característica importante.

El Adolescente debe aprender a expresar sus afectos y emociones de manera adulta, requiere hacer uso de su tolerancia y frustración, es así que el mundo externo y los padres le favorecen para iniciar su madurez emotiva. Por su parte, Castillo (2001), menciona que en el Adolescente los sentimientos y la imaginación influyen de una manera especial, lo que contribuye al cambio de intereses y opiniones como una respuesta a su aspiración de poseer experiencia.

El Adolescente es víctima de una inestabilidad emocional que se manifiesta en su sensibilidad exagerada y su carácter irritable.

### **1.1.3 Características de la Adolescencia Media o propiamente dicha (16-18 años)**

Castillo (2001), refiere que en esta etapa la maduración anatómico-fisiológica que inició en la pubertad, continúa sin ser un rasgo predominante. Se observa una disminución del ritmo de crecimiento físico, el cuerpo va adquiriendo la forma y proporciones propias del adulto.

Se refleja un alto desarrollo en la capacidad intelectual, existe una preparación para el pensamiento abstracto, muestra mayor reflexión y sentido crítico. Junto a lo anterior, también se observa falta de objetividad en el razonamiento, las ideas están condicionadas por la vida afectiva, lo que provoca a veces confundir lo ideal con lo real.

En las relaciones entre iguales, se pasa de la camaradería al nacimiento de la amistad, donde se da una comunicación más estrecha y un intercambio de vivencias. En ésta época se da la idealización del amigo, creyendo que éste tiene las cualidades que el propio Adolescente quisiera tener. “Los amigos proporcionan un clima de comprensión, aceptación y seguridad” (Castillo 2001).

González y Nahoul (2007), mencionan que en esta etapa el Adolescente toma consciencia de la procreación, situación que matiza la fantasía ambivalente de paternidad y maternidad, se desea y se niega, se aborrece y se busca.

En esta etapa se tienen encuentros sexuales y predomina la formación de la identidad sexual. La heterosexualidad da la posibilidad de la reproducción, que en este periodo forma parte de una de sus nuevas metas: la sexual. Para lograrla es necesario renunciar a los objetos incestuosos y abandonar la homosexualidad (González Nuñez, 2001).

En la construcción de la identidad se atraviesa por un periodo narcisista, que por un lado favorece su desarrollo emocional, separación e independencia y por otra parte también lleva a un estado de omnipotencia y fallas en el juicio, poniéndose muchas veces en situaciones de riesgo.

Con respecto a los padres, el Adolescente pasa de sobrevalorarlos a devaluarlos. Mientras que él mismo se sobrevalora por su periodo narcisista lo que le lleva a tener actitudes de arrogancia y rebeldía. A pesar de esto, también tiene la sensación de soledad al percibir la figura de sus padres lejana, lo que provoca que se deprima.

El Adolescente en esta etapa vive con intensidad el amor platónico. El enamoramiento se da con ilusión y ternura, pensando frecuentemente en el

“otro”. A pesar de esto también este amor puede ser amenazante en un principio, ya que se puede vivir como una dependencia emocional.

Ante este panorama, se da un desprendimiento del Yo, situación que se matiza por la sustitución de los nuevos objetos amorosos que representan a los objetos primarios y que se vive como un duelo.

El Adolescente precisa observar en las figuras significativas para él congruencia entre sus valores, su actitud y sus pensamientos; precisa ver firmeza y flexibilidad, lo que le ayudará a reconocer límites.

#### **1.1.4 Características de la Adolescencia Tardía (19 a 21 años)**

Castillo (2001), menciona que en esta etapa viene un periodo de calma y de recuperación del equilibrio. El joven está en mejores condiciones de adoptar decisiones personales y de integrarse al mundo adulto.

La maduración física llega a su plenitud con un visible aumento de fuerza y de habilidad.

Las capacidades intelectuales han quedado definidas. El pensamiento lógico ha progresado, expresa sus opiniones con mayor grado de objetividad.

Se relaciona de una forma más constructiva con su familia, en esta etapa tiene una opinión más objetiva de sus padres. Tiene mayor facilidad de integrar la autonomía personal con la necesaria dependencia de los demás.

Surge la visión de responsabilidad con el propio futuro, el Adolescente ahora construye su vida. Recoge el fruto de las etapas anteriores lo que le permite conocer sus alcances y limitaciones personales, lo cual le ayuda a la afirmación positiva de sí mismo.

La conciencia de responsabilidad para construir su futuro, lleva al Adolescente a trazarse un plan de vida, como un intento de dar sentido a su vida futura.

Esta etapa final de la Adolescencia corresponde a la edad escolar superior. Peter Blos en Merino (1993), llama a esta etapa “Adolescencia alargada”, entendida como una prolongación que establece la sociedad y destina a permitir que los jóvenes completen su desarrollo psico-social y se preparen para asumir sus roles adultos.

Merino (1993), menciona que las tareas de la Adolescencia Tardía se relacionan con lo que “va a llegar a ser el individuo” y son:

- Ψ La búsqueda de una estabilidad en la relación de pareja, en el rol sexual y en la orientación sexual.
- Ψ La apropiación y jerarquización de una escala de valores.
- Ψ El desarrollo de una concepción del mundo y de una orientación ideológica (política, filosófica o religiosa).
- Ψ La elaboración de un plan de vida.
- Ψ La elección o la confirmación de una vocación que exprese los intereses, los gustos o las expectativas personales y que sea reconocida socialmente (plan de carrera u ocupacional).
- Ψ El ejercicio de la disciplina de la voluntad para lograr las metas propuestas y del sentimiento de compromiso con ellas.
- Ψ La afirmación del autoconcepto, la autoestima y la conquista de un sentimiento de identidad.

González Núñez y Nahoul Serio (2007), agregan:

- Ψ El acomodo jerárquico de los afectos, de acuerdo con la identidad lograda.
- Ψ La estabilización de los recursos mentales yoicos que de manera automática salvaguardan la identidad.

Es importante mencionar algunos otros rasgos como: se da una mayor extroversión, se relaciona con los demás de forma más extensa; aún se observa una excesiva influencia de las emociones sobre la razón; le falta desarrollar más la capacidad de aceptar fracasos y rehacer su propia vida.

## **1.2 Construcción de la Identidad en la Adolescencia**

Erikson citado en Merino (1993), menciona que la conquista del sentimiento de identidad y la construcción de una cosmovisión, son tareas madurativas centrales de la Adolescencia, que indican el tránsito hacia la juventud y se reconocen esencialmente en el esfuerzo de los individuos por insertarse en la sociedad de los adultos, mediante la elaboración de planes o proyectos de vida.

El “sentimiento de identidad” consiste en el reconocimiento subjetivo que cada persona elabora al identificarse como un ser único y diferente a todos los demás y que permanece siendo la misma a pesar de su evolución como un organismo total en el tiempo y el espacio.

El proceso de construcción de ese sentimiento, resulta de la interrelación e interinfluencia del individuo con su entorno geográfico, social, económico, cultural e histórico, en el que debe de realizar una gradual toma de conciencia de sí mismo en el mundo. “Se trata de un proceso localizado en el núcleo del individuo y al mismo tiempo, en el núcleo de su cultura comunitaria. Un proceso que, de hecho, establece la identidad de esas dos identidades” (Erikson, 1978).

El proceso de formación de identidad consiste en un movimiento constante de diferenciación.

En este sentido Aberastury (1996), señala que la búsqueda de identidad puede conducir a la adquisición de una ideología y ser defensiva, esto como una necesidad para poder integrarse al mundo adulto.

El Adolescente en la construcción de su propia ideología, sustituye ideologías provenientes de los padres –sus figuras originarias- lo que le genera un manejo ambivalente y, de forma inconsciente por un lado las acepta y por el otro las rechaza. Es muy probable que en este proceso de adaptación se observen conductas de rebelión como una resistencia, una proyección o una formación reactiva ante el duelo que le genera el desplazamiento de la ideología de las figuras originarias.

A este proceso se le suma el desconocimiento de lo que el Adolescente quiere y el desagrado que siente ante las normas de lo establecido por los adultos. Esto debido al desplazamiento hacia las nuevas figuras en donde se hacen presentes las ideologías de las figuras originarias. Es así, que la conducta rebelde es frecuentemente dirigida hacia las figuras de autoridad como profesores e instituciones, entre otras que se hacen cargo de transmitir el principio de realidad, pero además son vistas en algunos casos ambiguas al carecer de congruencia entre lo que dicen y hacen.

En el caso concreto, dentro del bachillerato, en el plantel Sur del CCH, el ambiente escolar provee de una figura académica de autoridad establecida por la institución y es acentuada en el grupo escolar, dicha figura en la mayoría de las veces es el profesor, quien además de proveer contenidos académicos promueve elementos de autoconocimiento para los Adolescentes. Lo anterior se da mediante el ejemplo que brinda y que abarca desde la puntualidad hasta la forma en que imparte sus clases, dichos actos reflejan parte de su personalidad y el Adolescente puede concordar con ellos o no y de esta forma establece vínculos cercanos o lejanos que de manera inconsciente contribuyen en la construcción de identidad. Estos vínculos se pueden dar en un sentido de aceptación cuando se percibe al profesor como imagen ideal o modelo a seguir y con quien se identifica, tal imagen sustituye a las figuras originarias y le facilita el tránsito hacia la conquista de su identidad.

En otro sentido, si la personalidad del profesor es autoritaria o persecutoria, se puede percibir como una figura que confronta la ideología que el Adolescente construye y detona o exagera su rebeldía, lo que contribuye a hacer más difícil la definición de su identidad.

Por otra parte, en esta etapa de cambios y con el encuentro del nuevo cuerpo, el Adolescente se muestra más atento a éste, a sus características, semejanzas y diferencias con respecto al cuerpo de los demás. Este nuevo cuerpo le ayudará a valorarse -o no- cuanto más se acerque a una serie de estereotipos sociales de belleza.

Es así que la apariencia, los amigos y el lugar que ocupa el Adolescente en la sociedad juegan un papel fundamental en la construcción de la identidad.

En la Adolescencia, a diferencia de la niñez en donde la actitud es receptiva, en esta etapa la actitud es activa, de movimiento y de búsqueda. La meta es el encuentro con su identidad, un encuentro con el logro de una integración entre el ideal de vida y el de la sociedad en que se vive.

La crisis en la construcción de la identidad deviene cuando la urgencia por ser uno mismo y dueño de su vida, promueve el aflojamiento de los vínculos infantiles y el deseo de descubrir el mundo.

Es así que la necesidad de construir la identidad surge con la ruptura de la identidad infantil, la cual se quebrantó con la pérdida de las figuras paternas y la del cuerpo infantil, dicha situación origina un duelo, que acompaña de ansiedad este periodo transitorio de crecimiento.

González Núñez y Nahoul Serio (2007), mencionan que para lograr la identidad se deben satisfacer una serie de prerrequisitos, tanto en el mundo interno como en el ambiente. El Adolescente debe vivir el duelo por la pérdida del cuerpo infantil, aceptando los cambios corporales y la nueva imagen que estos le traen, asimismo debe vivir el duelo por la pérdida de las figuras paternas y la relación dependiente que se tenía con ellos, misma que se modifica por la necesidad de independencia, idealidad y el deseo de autoperibirse de forma diferente.

Sin embargo, a menudo se observa que la búsqueda de la identidad psicosexual se vive de manera distinta en el Adolescente. Para conquistar dicha identidad atraviesa por un proceso que en ocasiones no es tan grato ni tan ideal. Esta conquista lo lleva a ensayar y en la búsqueda puede tener prácticas homosexuales, las que no determinan su orientación sexual definitiva. Por otra parte, el primer contacto sexual en más de las veces se vive de manera angustiante, ya que a pesar de la información objetiva con la que cuenta surge ansiedad ante el desconocimiento de cómo se realiza el

acto sexual y nace un sentimiento de incapacidad por no saber si se va a poder lograr tal encuentro.

En otros casos, la práctica de las relaciones sexuales se da de forma instintiva al obedecer el impulso libidinal intenso propio de la Adolescencia, lo que hace que carezca de erotismo y romanticismo dicho encuentro, por lo que se traduce sólo en una descarga de energía y no en una relación emocionalmente satisfactoria.

Por su parte Fernández (1972), menciona que la lucha por la identidad se libra en tres campos simultáneos: lucha por construir el nuevo esquema corporal, lucha por construir su nuevo mundo interno y lucha por construir su nueva sociedad.

El mismo autor lo considera así:

- Ψ El Adolescente percibe su cuerpo como extraño, cambiando y con nuevos impulsos y sensaciones.
- Ψ Se percibe a sí mismo como diferente a lo que fue, nota el cambio en sus ideas, metas y pensamientos.
- Ψ Percibe que los demás no lo perciben como antes, y necesita hacer un esfuerzo más activo y diferente para obtener respuestas que lo orienten.

Es así, que durante la búsqueda y la construcción de la identidad, el Adolescente atraviesa por momentos de soledad, ansiedad y en muchos casos de depresión ya que las emociones se tornan más intensas dentro de su mundo.

Dichos momentos pueden convertirse en obstáculos y pueden impedir el logro de las nuevas metas, las cuales se van estableciendo según la fase en la que se encuentra.

Por otro lado Aberastury (1996), señala que cuando el Adolescente comienza a sentirse cómodo en su propio cuerpo y cuando empieza a saber adónde va, tiene la certidumbre de empezar a ser reconocido en su medio, adquiere una cierta conciencia tranquila de ese crecimiento y disminuye la intensidad de las defensas.

Esto se observa durante el bachillerato, a la par que el Adolescente avanza en su trayectoria escolar, también avanza en su aceptación y en su individuación, lo que hace visible que en los últimos semestres de dicho nivel educativo, en muchos Adolescentes sus metas y estrategias para

alcanzar su proyecto de vida sean más claras y con mayor acción. Cabe mencionar que a muchos otros se les dificulta mucho más este proceso de adaptación, y en muchas ocasiones retrasan o cambian sus metas y su proyecto de vida por la falta de acción y de responsabilidad en sus decisiones. Existen casos en los que al Adolescente le da miedo crecer, enfrentarse al futuro y al mundo del adulto, esto se matiza por la falta de resolución de aspectos infantiles que le generan angustia, de esta forma se vive en una regresión que le hace permanecer o prolongar un estado de libertad y le impide cerrar ciclos.

### **1.3 Interacciones Sociales en la Adolescencia**

Al mismo tiempo los Adolescentes buscan establecer nuevos lazos de grupo, de amistad y de relaciones sexuales. Es a partir del nacimiento de la amistad y del primer amor que surge la necesidad de amar.

De acuerdo con González Núñez y Nahoul Serio (2007), el Adolescente debe desprenderse de la relación dependiente madre-hijo, y establecer una relación de objeto heterosexual, independiente. Así, los pensamientos, emociones y acciones sexuales se vuelven parte de lo más íntimo de él.

El mismo autor menciona que en el Adolescente existen relaciones íntimas que se presentarán mucho antes de tener una relación íntima heterosexual, con la cual culmina el proceso de desarrollo que se inicia con el nacimiento; tener relaciones sexuales con una pareja heterosexual da la oportunidad de procrear, consolidar e incrementar la personalidad, así como obtener placer, aspecto importante para el Adolescente, pero el establecer una relación emocional profunda, íntima y duradera es más placentero.

González y Zarco (2000), mencionan que en la Adolescencia el joven realiza la búsqueda de la persona significativa fuera de la constelación familiar, en esta búsqueda experimentan un placer social al desarrollar una amplia gama de afectos hacia personas del sexo opuesto, con sentimientos de ternura, devoción y preocupación por conservar la relación amorosa, pasando del amor platónico hasta el establecimiento de la experiencia heterosexual.

De acuerdo con Aberastury (1996), el Adolescente inicia precozmente su vida genital antes de haber elaborado su identidad sexual debido a la angustia que se funda en la confusión de la identidad.

Asimismo, menciona que en el Adolescente se observa una desconsideración por los seres humanos, a quienes trata como objetos necesarios para sus satisfacciones inmediatas, lo cual hace que todas sus relaciones objétales adquieran un carácter intenso, pero sumamente lábil y fugaz, lo que explica la inestabilidad afectiva del Adolescente.

Es frecuente observar que el Adolescente establece vínculos de carácter simbiótico en relaciones que a menudo son intensas en varios aspectos, como si se reactivara la angustia de separación provocando sentimientos de desamparo. Por tal motivo, en la relación simbiótica el Adolescente deposita de tal forma su energía, que le ocasiona la imposibilidad de dirigirla a actividades recreativas, académicas, artísticas, deportivas, etc. que le favorezcan en su desarrollo. Ante la pérdida de estas relaciones la dificultad para recrear su proyecto de vida le puede impedir regresar a sus actividades o llevarlo a conductas suicidas y a cuadros depresivos.

En el plano sexual, a menudo el Adolescente varón otorga libertad sexual a la Adolescente en provecho de un gozo sexual personal. Por el contrario, ella es quien, por lo regular, en la búsqueda de una relación de pareja mantiene la iniciativa; esto se da ante la carencia de habilidades de socialización del sexo contrario, quien establece relaciones sin demasiado esfuerzo, similar a las relaciones que tiene con su familia de origen.

Cabe mencionar que en los roles de género a menudo a la mujer se le adjudica el mayor número de actividades y responsabilidades en el hogar, además de estar dotada de capacidades para afrontar el dolor y la frustración. Realidad distinta a la del hombre que lo coloca en muchos casos en un plano frágil, de inseguridad, indecisión y carencia de sentido de responsabilidad.

Hay algunos Adolescentes que desvalorizan el deseo de amar y ocultan su real necesidad de amar y ser amado, matizado por las necesidades de dependencia y apoyo que aun presentan. El amar implica reciprocidad para el otro, sin embargo el Adolescente lo vive como dependencia y lo devalúa. Su actitud en muchos casos pasiva, reclama la ayuda de los demás para facilitar la movilización de sentimientos positivos en ellos.

Por consiguiente, la conquista de la amistad es de suma importancia, con los amigos es con quien platican la mayoría de cuestiones que les preocupan. Por lo regular buscan pertenecer o integrarse a un grupo especial denominado en algunos casos “banda” ó “pandilla”, éste es un círculo cerrado de amigos que se conforma por la unión de personas “especiales y preferidas”, donde se entablan relaciones profundas, confiables y con una comunicación mas franca, distinta a la del grupo de amigos de secundaria que en su momento se vivió como superficial. El encuentro con un amigo reafirma el sentirse distinto a los demás, y en él encuentra comprensión, comparte proyectos, ilusiones y fracasos.

En el círculo de amigos donde se integra el Adolescente, se establecen códigos, que sin lugar a dudas se deben seguir para lograr la pertenencia y aceptación. Uno de éstos es el *look*.

El *look* es la representación del cuerpo por medio de una imagen donde se utilizan signos como: forma de vestir, corte del cabello, la mezcla de colores que se utilizan en la vestimenta, originalidad en los estilos, basándose en la unión entre lo temporal y los orígenes del mismo, esto es, la mezcla de lo pasado con la actual para dar vida a una forma de ser distinta a la convencional. Estas marcas de identidad le ayudan a presentarse ante el mundo, a mostrarse, a ponerse en escena.

Lo cual le favorece para afirmarse, diferenciarse y mostrar a los demás esa identidad que lo hace diferente de los adultos.

Sin embargo Ajuriaguerra (1977), señala que el Adolescente pasa de una dependencia con relación al adulto a otra dependencia simbiótica del grupo con reparto de alegrías y angustias. En el grupo espera encontrar la purificación y es con los que se identifica a costa de una pérdida de autonomía y de individuación. Algunos adquieren una identidad difusa con la que se diferencian del adulto pero permanecen indiferenciados en el grupo.

#### **1.4 Establecimiento de Metas del Adolescente**

De acuerdo con González Núñez y Nahoul Serio (2007), en la Adolescencia se presentan las siguientes metas:

- Ψ Biológicas (acabar de crecer)
- Ψ Sexuales (reproducirse)
- Ψ Emocionales (evolucionar)
- Ψ Sociales (adaptarse)
- Ψ Familiares (independizarse)
- Ψ Económicas (ser autosuficientes)
- Ψ Vocacionales (realizarse en una ocupación)
- Ψ Existenciales (adquirir una identidad)
- Ψ Axiológicas (poseer una escala de valores organizada y jerarquizada, misma que se vuelve sólida e irreversible).

Las metas antes mencionadas son las ideales, sin embargo en el proceso para llegar al logro, el desvío se da de forma fácil quedándose en el camino en algunos casos, y en otros impidiendo el logro de alguna de éstas.

Por otro lado, la etapa de la Adolescencia coincide en muchos de los casos con la etapa del bachillerato, es decir, también es una etapa de formación que lleva a la realización de una de las metas: la vocacional.

En general cuando ingresa al bachillerato, se encuentra al final de la Adolescencia temprana y entra a la adolescencia media a lo largo del primer ciclo escolar.

En otras palabras, cuando el Adolescente llega al bachillerato aun presentan rasgos infantiles, en el transcurso de éste, su conducta, su apariencia física y su vida social se modifican, conocen a nuevas amistades y por lo general suele integrarse a grupos de personas con quien se identifican.

En la escuela secundaria el cuidado y el control van unidos de la mano, la forma de enseñanza en la mayoría de los casos es tradicional, la vida escolar se vive de distinta forma. En su ingreso al bachillerato -que en este caso es el Plantel Sur del Colegio de Ciencias y Humanidades, en donde el espacio físico se vive inmenso en los primeros días de ingreso (10.8 hectáreas), y el sistema de enseñanza cambia de tradicional a sistema de educación activa- el Adolescente empieza a utilizar su libertad, propiciada por la misma forma de enseñanza de la Institución. Ahora le corresponde al Adolescente hacerse responsable de su aprendizaje, debe elegir de manera adecuada el grupo de amigos al que pertenecerá, así como elegir a su pareja.

La necesidad de ser aceptado lleva al Adolescente a ingresar a grupos, lo cual tiene las características de un proceso restitutivo. Al obtener acceso a un grupo contrarresta sus sentimientos de vacío, aislamiento y soledad. Sin embargo existen diversos tipos de grupos, y por igual se encuentran con los que realizan actividades artísticas, deportivas, académicas y lo ayudan en su proceso de crecimiento personal, hasta grupos donde el requisito de pertenencia puede ser el consumo de drogas, la promiscuidad, la violencia hacia los demás y la autoagresión entre otras conductas inadecuadas que afectan el desarrollo del Adolescente. En este sentido le corresponde cuidar sus elecciones y hacer uso adecuado de su libertad, es decir, tomar sus decisiones con responsabilidad y con conocimiento de las ventajas y consecuencias de las mismas, pero no lo puede hacer de una sola vez debido a que el desarrollo y apropiación de la libertad responsable es parte de un proceso vivencial.

Los nuevos cambios le generan dudas, inseguridad y ansiedad, primero porque aun desconoce el manejo adecuado de su libertad y segundo porque desconoce si será aceptado en el nuevo sistema institucional, el cual se conforma además de los alumnos, por profesores, trabajadores y funcionarios.

Este ha sido un breve panorama sobre la etapa de la Adolescencia, fundada en la infancia, vivida con un sin fin de emociones y cambios, construida para ingresar a la adultez, la cual acerca al Adolescente a su autonomía e independencia y lo alienta hacia una nueva forma de pensar y vivir.

## **CAPÍTULO II. DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA**

“La circunstancia en la que todos los que hemos  
amado anteriormente están muertos,  
toda la bondad se ha dispersado y perdido en fragmentos.  
Nada ha sido dejado en el interior sino la desolación.  
El amor trae tristeza y la tristeza culpa.  
La tensión intolerable aumenta y no existe escapatoria.  
Uno está solo y sin ayuda. Nadie nos nutre.  
Los mágicos poderes de los perseguidores  
que nunca pueden ser exterminados -los espíritus-,  
la muerte aparecerá y uno la escoge por su propia mano,  
antes de que ella pudiera realizarse”  
Joan Riviere

En el presente capítulo se describen los orígenes y causas del trastorno conocido como Depresión y se muestra como actualmente afecta la integridad de los adolescentes; además se incluyen los tipos de Depresión y se propone a la Psicoterapia de Grupo Breve como uno de los tratamientos que existen para evitar que éste trastorno perturbe la vida del Adolescente.

### **2.1 Antecedentes Históricos de la Depresión**

El dolor es tan antiguo como el hombre mismo. En este apartado se brinda de forma breve un recorrido por partes de la historia, en donde se observa que los síntomas de la depresión han permanecido desde hace más de cincuenta siglos.

El recorrido se inicia en Egipto hace 3,000 a. C., donde se escribió en un papiro: “Busco un corazón en el que pueda apoyar mi alma y no lo encuentro; ya no hay amigos”.

Para seguir el camino, se encontró en Babilonia, en materiales como cuero o madera que los antiguos escribieron hace 2,800 años a. C., la leyenda: “El dolor tiene preso todo mi ser, líbrame oh Dios”.

En otro momento de la Historia, se le atribuye a Sófocles, poeta griego en el año 495 a. C. el decir sin dudar: ¡Lo mejor es no haber nacido!

Después de estas frases que trasladan al lector a momentos tan lejanos llenos de dolor, desilusión y desesperanza, se encuentra que en sus inicios, desde hace más de veinticinco siglos, la depresión se asociaba con la locura

o con espíritus malignos y en última instancia con manifestaciones del estado de ánimo como la tristeza común, el duelo y la aflicción.

Fueron los griegos los primeros en utilizar el concepto de melancolía proveniente de *melania chole*, que se traduce al latín como *atra bilis* y, a las lenguas vernáculas como *bilis negra* que era sinónimo de tristeza, de conducta loca y nerviosa, y era atribuida a influencias de los dioses que castigaban a quien no les rendían adoración o tributos. Para reducirla utilizaban la oración, la adoración y las ofrendas.

Por otra parte, desde los primeros tiempos de la medicina ya se conocía a la tristeza como una posible enfermedad. Hipócrates (460-370 a. C.) quien además de aceptar que la melancolía se daba por influencia divina, también se refería a ella como un desorden mental y la definía como una grave dolencia que se caracterizaba por una intensa tristeza y se originaba por el efecto en el cerebro de la bilis negra.

Aristóteles creyó que el temperamento o carácter del melancólico era una consecuencia de la bilis negra y lo nombró temperamento melancólico.

A su vez en la época de Santo Tomás de Aquino, muchos pensadores y sacerdotes católicos consideraban que la melancolía era una enfermedad, su origen lo atribuían a influencias demoníacas y espíritus malignos. Se practicaban rezos, exorcismos y penitencias con la finalidad principal de expulsar a los demonios y espíritus que se introducían en el poseído y de esta forma eliminarlos.

En otro momento, los escritores cristianos de la Edad Media distinguían dos tipos de depresión, una era aquella que proviene de Dios y otra que era causada por el mundo. El hombre padecería la depresión racional y la irracional, y se atribuía la primera al amor y la segunda al odio (Guarner, 1978).

En la época prehispánica de México, Martín de la Cruz quien fue un médico indígena, consideraba a la depresión como un problema médico. De la Cruz realizó en 1552 un código titulado “Remedio para la sangre negra”, en el cual recomendaba yerbas y jugo de flores de buen olor, además sugería indicaciones como: *“Ha de andar en un lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque y mejor no lo bebe si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres, como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas”*. Dicho código aun se conserva en la Biblioteca del Vaticano (Calderón citado en Hidalgo, 1998).

Pasados dos siglos, en 1764 Robert Whytt relaciona depresión mental con un espíritu bajo, hipocondría y melancolía. Es en el siglo XIX, cuando se comienza a estudiar la melancolía desde un punto de vista científico.

A principios del siglo XX, el psicoanálisis propone que la melancolía (depresión) como una neurosis mas, representaba un desorden, sus síntomas eran de origen psicológico y se relacionaban con experiencias traumáticas. Sin embargo, la acción de mecanismos de defensa como la negación o represión generaba que los significados de dichas experiencias quedaran registrados a nivel inconsciente.

Guarner (1978), señala que en 1928 Lange discípulo de Kraepelin, fue el primero que llamó la atención de los demás, acerca de las depresiones que se desarrollan como resultado de la angustia que representa el vivir.

La primera contribución importante proviene de Karl Abraham, quien en 1911 observó en los casos neuróticos que algunos abandonan sus impulsos sexuales sin obtener gratificación. Observó que el odio había paralizado la capacidad de amar y que este sentimiento producía culpa y autorreproches lo que incrementaba la depresión.

Freud citado por Guarner (1978), señala en 1917 que la depresión es el modo de reaccionar a la pérdida de un objeto ambivalente y que no necesariamente lo pudo haber perdido en la realidad, sino que pudo haber sucedido de una forma intrapsíquica, es decir, como una introyección. Freud sugiere que el melancólico presenta autorreproches que son en realidad agravios en contra del objeto amado que se dirige en oposición al Yo de la persona.

Existen muchas más aportaciones en donde se describen los síntomas de la depresión a través del tiempo, sin embargo, éste apartado pretende dar una visión general de cómo han permanecido los síntomas y observar cómo se ha ido modificando a lo largo de la historia su clasificación, origen y formas de tratar.

Cabe mencionar que con los eminentes cambios que se han dado en el conocimiento a través del tiempo, el concepto de *melancolía* ha sido sustituido por el concepto *depresión*.

## **2.2 Concepto de Depresión**

El concepto “depresión” es derivado del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir), y *deprimere* (empujar hacia abajo), y de los significados que se derivan de estos términos: empujar hacia abajo, oprimir, rebajado en categoría o fortuna, venido a menos (Calderón, 1985).

Hidalgo Raúl (1998), refiere que desde un punto de vista dinámico, homeostático, se considera normal que el estado de ánimo oscile de la alegría a la tristeza. Se habla de depresión cuando una persona se encuentra fijada o hundida en una tristeza excesiva, profunda y prolongada.

Por su parte Lange citado en González Núñez (2000), señala que la depresión es uno de los estados que resulta de la angustia que representa vivir, es un estado que se caracteriza por sensaciones subjetivas de pena, tristeza, desaliento, soledad y aislamiento.

El mismo autor menciona que es un afecto más intenso que la tristeza, en donde se experimenta un sentimiento displacentero que no se alivia ignorándolo y que puede obstaculizar el funcionamiento normal de las personas.

Algunos psicoanalistas conceptualizan a la depresión como un trastorno neurótico originado a partir de inadecuadas relaciones entre “sujeto” y “objeto” durante la temprana infancia; asocian al objeto con la madre ya que por lo regular es quien proporciona las gratificaciones y suministros vitales, por lo que puede representar para el sujeto un objeto “bueno”, o en el caso de no brindar dichas gratificaciones puede representar un objeto “malo”.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta al organismo. Jarne (2000), señala que es uno de los trastornos más frecuentes en la población general y afecta en mayor proporción al sexo femenino (dos mujeres por cada hombre deprimido), lo que se debe a que la mujer es más tendente que el hombre a reconocer y expresar su sintomatología y a pedir ayuda. Los factores hormonales y la situación socioeconómica también se consideran factores precipitantes.

El mismo autor refiere que el término depresión puede utilizarse con cuatro significados diferentes:

1. Como estado de ánimo: como extensión del lenguaje cotidiano para referirse a un estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza o desánimo, sin tintes patológicos.
2. Como síntoma: definido como estado de humor triste que puede acompañar a otros trastornos mentales.
3. Como síndrome: se caracteriza por un conjunto de síntomas accesibles al diagnóstico clínico y psicopatológico.
4. Como trastorno: la depresión es tratada como una entidad nosológica, definida a partir del síndrome, de su evolución con una etiopatogenia aún no totalmente clara.

Por su parte Hidalgo Raúl (1998), menciona que se caracteriza por la presencia de:

Ψ Tristeza excesiva en duración e intensidad.

- Ψ Trastornos somáticos: insomnio o hipersomnia, anorexia, lentificación psicomotora, hipocondría, anorgasmia, impotencia sexual.
- Ψ Trastornos cognitivos: disminución de la atención, concentración, memoria y pensamientos (delirios).
- Ψ Trastornos emocionales: culpa excesiva, melancolía, desesperanza e indefensión.
- Ψ Trastornos en las relaciones interpersonales: aislamiento social y deterioro laboral, escolar y familiar. Recurrentes ideas de muerte o suicidio y una carencia a veces total del sentido de vivir.

Por otro lado, existen neurosis depresivas que se desencadenan por pérdidas, la depresión trata de contener el impacto de este hecho traumático.

El término “Depresión Neurótica” fue descrito por Gillespie en 1930 (Ariete y Bemporad, 1993), quien señaló que es una reacción ante las circunstancias adversas. Los sentimientos depresivos son apropiados y están en proporción adecuada con la situación que produce la reacción, por ejemplo cuando ocurre una pena o duelo. Para Edith Jacobson en Guarnier (1978), en este tipo de depresión se encuentra disminuida la autoestima.

Por su parte en el DSM-IV (1994), se denomina a la Depresión Neurótica como trastorno distímico, esto por la ausencia de delirios y alucinaciones. En esta depresión los intentos de suicidio son poco frecuentes y con respecto al deterioro social y académico éstos suelen ser de moderada magnitud.

A su vez, Kuiper P. (1972), menciona que en muchas neurosis aparecen diferentes manifestaciones depresivas, al igual indica que depresividad y depresión son dos aspectos diferentes. Señala que depresividad es cuando la tristeza se vuelve una manifestación asociada y depresión se refiere cuando el estado de ánimo es el síntoma más importante del cuadro patológico.

Los pacientes neuróticos reaccionan con mayor frecuencia a los síntomas de depresividad, y sus manifestaciones ocasionan un desequilibrio en el estado de ánimo. Un síntoma importante de la depresividad es la culpa, la cual resulta cuando el niño asume que hizo algo “malo” para que su objeto de amor (la madre) se halle alejado de él. La angustia que se siente se da por el miedo a quedar abandonado. Además la tristeza o el mal humor que se pueden presentar son sentimientos que no se pueden regular, y entre más tiempo duren son más significativos.

Sin embargo, la depresión no es un estado pasajero de tristeza, los síntomas en las personas que padecen este trastorno pueden durar desde semanas, meses o incluso años.

### **2.3 Depresión en la Adolescencia**

Antes de la publicación del DSM-III, se creía que la depresión y los problemas emocionales se originaban después de la adolescencia tardía. De tal forma que este trastorno se diagnosticaba en Adolescentes que manifestaban hiperactividad, comportamiento agresivo o cuando en sus test proyectivos hacían gran énfasis en temas pesimistas (Shaffer, 2003).

González Núñez (2000), menciona que algunos determinantes del Adolescente deprimido suelen ser las vivencias de los primeros años de vida, tales como carencias afectivas, frustraciones de las necesidades instintivas, rechazo de los padres, pérdida real o fantaseada de alguno de ellos, depresión de la madre, miedo a perder la unión (simbiosis) con los padres y la fantasía de la propia omnipotencia y la de los padres.

A su vez Pinkus (1972), menciona que en la época puberal se puede observar en los Adolescentes formación de reacciones depresivas en los conflictos masturbatorios. Aparece en ellos angustia ante la sexualidad, ira por sentirse abandonados, la cual no puede exteriorizarse a consecuencia del sentimiento de culpabilidad, desánimo y elaboración hipocondríaca y paranoide del sentimiento de culpabilidad. Todo lo anterior genera un descenso en el estado de ánimo.

Calderon citado en Hidalgo (1998), considera a la adolescencia como otro periodo crítico y susceptible a la depresión, debido a que una pérdida de objeto (novio o novia), suele coincidir con la pérdida de protección familiar, y del abandono por parte del adolescente de la imagen de sus progenitores como seres omnipotentes. Estas rupturas le originan una profunda depresión, que se manifiesta a través de una reacción de rebeldía y desafío frente a las figuras de autoridad (formación reactiva). Sin embargo estos trastornos pueden ser transitorios, pues al llegar a la edad adulta, el individuo vuelve a establecer relaciones cordiales con las personas que le rodean. No obstante, pueden aparecer factores que le “originen” severas depresiones que podrían llevarlo hasta el suicidio, entre los cuales se encuentran una intensa ambivalencia afectiva, en relación con el logro de su independencia, en el inicio de su actividad sexual y en las relaciones con sus compañeros.

Arieti y Bemporad (1993), señalan como factores que influyen en las manifestaciones depresivas del Adolescente lo siguiente: para él, todas las acciones o experiencias son irrevocables y eternas, así como la vergüenza y la desesperación que le provocan. El temor a que el tiempo produzca o no

cambios y la incapacidad de manejar la dimensión temporal son determinantes.

Varios autores coinciden en que los Adolescentes deprimidos generalmente provienen de familias con rasgos depresivos, en algunas de éstas, la depresión se presenta generación tras generación. No obstante, también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

Por otro lado Hummen y Cols. (1999), mencionan que el bajo rendimiento académico y los problemas de ausentismo son comunes en los Adolescentes depresivos, lo cual provoca una disminución del interés en el progreso académico debido a dificultades para concentrarse en clase.

Es importante mencionar que los adolescentes con un Trastorno Depresivo de tipo neurótico, se muestran poco comunicativos, apáticos, distraídos, pesimistas y en ocasiones con sentimientos de soledad, desvalorización y autocrítica negativa, tienen una visión negativa del mundo, de si mismos y del futuro (Bemporad, 1993).

Para Jacobonso (1961), es importante que en el diagnóstico de éste trastorno se considere la intensidad, cronicidad y duración de los síntomas, ya que es común que los adolescentes se depriman a causa del desequilibrio en su estructura psíquica, el cual se produce como consecuencia de los cambios biológicos, sociales y psicológicos.

## **2.4 Origen y causas de la Depresión**

En la actualidad se consideran como principales causas de la depresión:

- Ψ Las de **origen endógeno** (*psicóticas*), que se generan por posibles factores genéticos. Por su profundidad y origen se clasifican en: episodio (máximo dos meses), o trastorno (más de dos meses). Se considera también si presenta graves oscilaciones hacia el estado maníaco (depresión bipolar), o si se manifiesta por depresión únicamente.
- Ψ Las de **origen exógeno** (*neuróticas*), que se atribuyen a experiencias de duelo y pérdidas traumáticas, continuas experiencias de tristeza y abandono, pobres vínculos afectivos con los padres, incapacidad para modificar el entorno, estrés, conflictos intrapsíquicos, un esquema yoico deteriorado, fallas cognitivas, relaciones interpersonales disfuncionales, etc. (Hidalgo Raúl, 1998).

Por su parte Guarner (1978), indica que aunque existe diferencia entre la variedad *psicótica y neurótica* de la depresión, en cuanto a grado y duración, el cuadro clínico y la sintomatología son parecidas.

Sin embargo Jarne (2000), refiere que la depresión psicótica es aquella donde hay alucinaciones y/o delirios, en contraposición con las depresiones neuróticas que no presentan tal gravedad.

Otras formas de depresión son las *unipolares y bipolares*, según la ausencia o presencia de fases maníacas, respectivamente.

El mismo autor señala que actualmente en la clasificación de los trastornos mentales propuesto por la Sociedad Americana de Psiquiatría, los términos de *depresión exógena, endógena o neurótica* prácticamente ya no se utilizan y se han sustituido por la terminología del DSM-IV, en el cual se describen en forma separada los trastornos psicóticos y los trastornos de ansiedad.

Es así que en el DSM-IV-R, se dividen los trastornos del estado de ánimo en:

- Ψ Trastorno depresivo mayor.
- Ψ Trastorno distímico.
- Ψ Trastorno depresivo no especificado.
- Ψ Trastorno bipolar I.
- Ψ Trastorno bipolar II.
- Ψ Trastorno ciclotímico.
- Ψ Trastorno bipolar no especificado.
- Ψ Trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica.
- Ψ Trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias.
- Ψ Trastornos del estado de ánimo no especificado.

Además señala que en el DSM-IV-R se diferencia entre trastorno y episodio. El término *episodio* se refiere a la sintomatología actual del paciente. También refiere cuatro posibles tipos de episodios afectivos: episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco. El término *trastorno* es más amplio que el episodio, el cual incluye, y tiene en cuenta la evolución del paciente y no sólo su sintomatología actual.

Algunos de los trastornos señalados en la parte anterior se describen más adelante.

Por otra parte y desde la perspectiva psicoanalítica, a inicios del siglo XX se enfatizó que la melancolía (depresión) como las demás neurosis, representaban un desorden cuyos síntomas partían de un origen psicológico, desencadenados regularmente por una experiencia traumática,

de la cual se adquiriría un significado y quedaba registrado en un nivel inconsciente. Esto se realizaba por la acción de mecanismos de defensa como negación o represión.

Hidalgo (1998), señala que los primeros investigadores de la teoría psicoanalítica consideraban a la melancolía (depresión) como la expresión de una regresión en un individuo predispuesto a una fase temprana del desarrollo libidinal (fase oral), durante la cual experiencias de abandono o pérdida de figuras objetales, produjeron una profunda fijación por una sobrefrustración traumática, y una sensación de odio, desamparo y tristeza, que tuvieron que ser negadas y reprimidas como una defensa por el entonces neonato. Se produce así en el niño una especie de predisposición psicológica, para en la vida adulta, reaccionar de “forma melancólica” ante amenazas o nuevas situaciones de pérdida real o ficticia.

Fenichel (1943), considera a la depresión como una reacción común realizada por el niño en la fase oral de desarrollo, que al verse en la imperiosa necesidad de postergar sus necesidades libidinales y de afecto debido a la ausencia, lejanía o pérdida del objeto, le provoca cada vez más intensos y frecuentes estados de aniquilación narcisistas que pueden llegar a ser permanentes (fijación) debido a la introyección del objeto en el Superyo.

En las depresiones y en algunas formas de neurosis, se encuentra la forma de vivenciar procesos psíquicos correspondientes al período oral porque la personalidad no ha evolucionado más allá de dicha fase o porque ha experimentado una regresión que le ha hecho retroceder hasta aquel periodo (Kuiper, 1972).

Por su parte Fenichel (1943), menciona que la depresión neurótica es un evidente intento desesperado por obligar a un objeto para que le conceda los suministros vitalmente necesarios (protección, amor, seguridad).

En muchas neurosis se observan rasgos depresivos, sin embargo se puede hablar de depresión, cuando ésta es el síntoma más importante del cuadro patológico. Cabe resaltar la importancia del concepto de regresión para entender la depresión y algunos tipos de neurosis, en este mecanismo de defensa el Yo puede retroceder debido a una escasa presión del medio ambiente. Se puede decir que la base de la depresión es una regresión al periodo oral. Es ahí, donde el deseo de calor y seguridad son de vital importancia como la sensación de saciedad.

En este periodo se halla el niño en una relación simbiótica con la madre, la delimitación entre el Yo y la madre aun no está establecida. Es ella quien mediante la simbiosis que se da, necesaria para vivir al comienzo de la vida, crea en el niño un sentimiento de seguridad y confianza en sí mismo, con el cual será capaz de emprender actividades y desarrollar su capacidad

de acción. La regresión a la fase oral es por el anhelo de dicha simbiosis. Falto de la madre el niño se siente desvalido y frustrado. La regresión a esta fase puede significar que la persona tiene el deseo de retroceder al cobijo y la seguridad de una unidad dual.

Kuiper (1972), señala que en la primera infancia se produce el desarrollo de la personalidad porque el niño incluye en sí las expresiones que recibió de la madre. Cuando se produce una regresión, aparecen estas primitivas relaciones de incluir-en-sí, en lugar del tipo de conducta adulta, en el que el Yo queda deslindado de las otras personas.

Este autor agrega que la falta de amor y la pérdida de un objeto de amor significan siempre para las personas tendentes a la depresión una profunda herida en el sentimiento de su propio valer, una pérdida de confianza en sí mismo. En la misma línea Hidalgo (1998), refiere que el Yo del niño sufre una profunda herida en la satisfacción de sus necesidades narcisísticas al no verse atendido y gratificado por la figura objetal.

Las personas que presentan el llamado carácter oral son esencialmente dependientes en demasía del amor y de las muestras del mismo. Es mucho lo que reclaman de los demás y su tolerancia a la frustración es escasa. Buscan su “provisión de cariño” en muchas personas sin ver el valor de las mismas, sólo los miran como dadores de esta apetecida satisfacción.

El mismo autor señala que la depresión se origina principalmente por las frustraciones de la necesidad instintiva de amor pasivo, de los instintos pasivos. Debido a las frustraciones que se generan de estos instintos, se despierta la agresividad, la cual no puede ser elaborada adecuadamente por el miedo que causó la pérdida del objeto de amor, lo que lleva a dirigirla contra el propio sujeto.

Es decir el Otro se ha convertido en parte de nosotros, sin embargo si ese Otro en quien se busca la protección ocasiona una gran decepción genera ira en el individuo. De esta forma el Otro es introducido en el propio Yo mediante el proceso de introyección. Si el sujeto vive la situación de unidad dual, del odio al Otro resultará el odio a sí mismo. Kuiper agrega que el estar fuertemente ligado a otra persona y no poder prescindir de ella a pesar de odiarla y recriminarla constituye una de las más atormentadoras formas de ambivalencia y las depresiones están conexas con intensos sentimientos de ambivalencia.

Las personas deprimidas son tan poco peligrosas para quienes les ocasionan decepciones como el niño pequeño para la madre que no le atiende suficientemente, porque es ella quien le proporciona siempre lo bueno, la seguridad y la satisfacción de los deseos.

Fenichel (1943), considera que el individuo necesita ser amado intensamente para sentirse a gusto, lo que hace que sea sumamente narcisista y que no pueda amar a los demás. Considera que lo que va a disipar la melancolía (depresión) y la angustia puede ser una persona, o el “objeto” se puede desplazar hacia una droga o un “hobby obsesivo”, tales como la promiscuidad, la masturbación, el alcoholismo, etc.

En el mismo sentido González Núñez (2000), menciona que la base de las reacciones depresivas esta ubicada en la etapa oral, en donde nacen las primeras experiencias de alimentación del niño y su adaptación a la pérdida real o imaginaria de la madre. Su relación con el pecho (madre) puede ser ambivalente en extremo, ya que el proceso del destete lo pone frente a su propio desamparo en relación con los aspectos inalcanzables de la vida y de la realidad. Ante el fracaso de su madre por satisfacerlo, de acuerdo con sus necesidades, el niño se siente defraudado e inseguro.

Por su parte Karl Abraham citado en Hidalgo (1998), refiere que la ansiedad y la represión son elementos fundamentales de la melancolía (depresión). Agrega que la ansiedad surge cuando la represión impide la gratificación deseada de los impulsos (aun cuando la gratificación sea posible). Expresa que la melancolía se manifiesta cuando el individuo renuncia a la esperanza de satisfacer sus necesidades o impulsos libidinales, los cuales se pueden satisfacer en el medio interpersonal de la persona y dicha satisfacción es lo que evitaría la depresión.

El mismo autor señala que en la depresión, la satisfacción libidinal y su búsqueda se encuentran reprimidas, por lo que el individuo no puede dar ni recibir amor ya que presentan ambivalencia afectiva hacia los demás y un bloqueo en la búsqueda de amor por causa de los sentimientos de odio reprimidos. Así asume que debe odiar a las personas porque no las puede amar, es entonces que proyecta hostilidad hacia las otras personas, su pensamiento consciente confirma que las demás personas no pueden amarlo pero si lo pueden odiar. Si los sentimientos de odio no son reprimidos surgen fuertes sentimientos de culpa que complican los síntomas melancólicos.

La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales.

Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales. En este sentido, Joseph Schildkraut y Seymour Kety citados en Rosenzweig (1992), presentan la teoría denominada **hipótesis monoaminérgica de la depresión**. Estos autores señalan que la depresión está asociada con una disminución en la actividad sináptica de las conexiones que emplean noradrenalina y serotonina. Esta disminución es especialmente característica en los circuitos hipotalámicos y del sistema límbico.

## **2.5 Mecanismos psíquicos de la Depresión**

Es importante señalar los mecanismos psíquicos que intervienen en la depresión.

Al inicio del siglo XX, Sigmund Freud postula que la persona normal que sufre una pérdida aísla sus ligas emocionales del objeto amado o de su representación intrapsíquica. Para la persona que atraviesa por un duelo el mundo se empobrece. En el melancólico es el Yo quien sufre la penuria quedando en la indigencia, no se revela en contra del Superyo como en otras neurosis, admite su culpa y se somete al castigo. S. Freud propuso que el componente destructor de la intensidad del sentimiento de culpa es el cultivo del instinto de muerte que se atrincheró en el Superyo y se vuelve contra el Yo. La idea de muerte en el melancólico parte de la rendición del Yo debido a que se siente odiado y perseguido por el Superyo (Guarner, 1978).

Por su parte Pinkus (1972), considera a este respecto el Superyo, el Yo y la vida instintiva. Con frecuencia el Superyo es demasiado exigente; la conciencia moral es una instancia punitiva que emplea la ira originariamente dirigida contra otros. En el estado del Yo la regresión maligna y la introyección del objeto de amor son determinantes para la producción de la patología. El Otro es introducido en el propio Yo, y el depresivo quiere abarcar a los demás en sí mismo.

En la misma línea, Rado (1928) citado por Guarner (1978), señala que el melancólico es una persona con necesidades narcisistas que después de haber perdido un objeto amado, se revela agresivamente en contra de él mismo. Es la estructura superyoica la encargada de provocar el autocastigo por medio de reproches y remordimientos que se dirigen hacia el Yo. El lactante divide a la madre en buena o mala, lo que juega un papel esencial en el desarrollo del Superyo temprano. Este sentimiento es borrado bajo la influencia del impulso amoroso, en el melancólico la división continúa internamente. El objeto malo que ha sido incorporado termina aniquilando al Yo.

Los sentimientos de inferioridad, empobrecimiento y desesperanza constituyen los determinantes de las heridas narcisistas, que junto con las frustraciones ocasionan un menoscabo en la autoestima, misma que depende acentuadamente de las muestras recibidas de afecto. De esta forma, la persona depresiva es incapaz de liberarse de una figura frustradora, a la que está ligado, como lo es el lactante de hacerse independiente de su madre, porque su yo únicamente puede funcionar en simbiosis.

La agresión de la tendencia a la simbiosis y la actitud de dependencia van siempre unidas. La dependencia puede ser vista como una debilidad yoica específica, fundada por las fallas ante los objetos amados en la vida y una pérdida del propio aprecio.

De esta forma el querer todo de los demás es causa de que sean inevitables las frustraciones, y todo malogro se vive como una negativa de los demás, (percibidos como omnipotentes) a dar la felicidad que de ellos espera el sujeto.

En otro momento, Rado (1928) citado en Hidalgo (1998), menciona que la depresión es la renuncia neurótica del individuo a la aprobación y los suministros de los objetos externos, y la introyección total del objeto amado en el Superyo de la persona, fenómeno a partir del cual el Yo ahora buscará el perdón del Superyo. Por lo tanto las “autorecriminaciones” del “depresivo profundo”, deberían de ser entendidas como la expresión de las esperanzas del Yo por lograr el amor del Superyo mediante la apropiada actitud de constricción.

## **2.6 Tipos de Depresión**

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos más comunes son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas siempre pueden variar.

### **2.6.1 Depresión Severa, Grave o Clínica.**

En este trastorno se observa una disminución en la capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones. Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

En un episodio de depresión severa alguno de los siguientes síntomas: ánimo deprimido o pérdida de interés en las actividades cotidianas, se presentan la mayor parte del día, y durante un período mínimo de dos

semanas se observa también la presencia de por lo menos dos síntomas de los que se mencionan en el apartado de Sintomatología de la Depresión.

La depresión del estado de ánimo varía de un día a otro. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por ansiedad, irritabilidad, comportamiento histriónico o preocupaciones somáticas.

Un episodio de depresión puede ocurrir una sola vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el transcurso de la vida.

La diferenciación de la gravedad de los cuadros depresivos se basa en el número, tipo y gravedad de los síntomas.

### **2.6.2 La Distimia.**

Es un tipo de depresión con menor gravedad de los síntomas, que afecta primordialmente a niños y adolescentes. Este trastorno emocional, incluye síntomas crónicos que se han mantenido durante años (por lo menos dos), que no incapacitan tanto a la persona, sin embargo interfieren con su funcionamiento, su bienestar y su relación con el entorno. Esto se debe a la sensación de falta energía que presenta para llevar a cabo sus actividades, además de que su sensación de bienestar se percibe limitada y presenta episodios frecuentes de fácil llanto e irritabilidad.

En éste trastorno se presenta la incapacidad para disfrutar de las cosas agradables y sentir placer, debido a la pérdida de interés para realizar las actividades cotidianas o que le solían generar felicidad y encanto. Es importante mencionar que es una patología que se da más frecuente en mujeres que en hombres en una proporción aproximada del doble de casos.

Muchas personas con Distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Los síntomas más frecuentes según Jarne (2000), son:

- Ψ El estado de ánimo esta crónicamente deprimido, pero más que la tristeza vital que se observa en el depresivo mayor, la sensación del sujeto es de malestar psicológico y de “desencanto” por la vida y el futuro. Sentimientos de desesperanza.
- Ψ Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- Ψ No suelen haber variaciones diurnas y si las hay siguen el patrón ansioso (se sienten mejor por la mañana).
- Ψ Suele estar presente la ansiedad.
- Ψ No se observa inhibición motora, sino más bien apatía o falta de energía, pero normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

- Ψ Pueden aparecer ideas de muerte, pero raramente pasan a la acción. No suelen pasar de la segunda o tercera fase de ideación de suicidio.
- Ψ Puede haber insomnio inicial o de primera hora (como en el caso del ansioso) y despertares frecuentes. Con menor frecuencia hipersomnía.
- Ψ Puede aparecer pérdida o aumento de apetito.
- Ψ No aparecerán ideas delirantes y alucinatorias.

El mismo autor señala que la edad de inicio suele ser a principio de la segunda década de la vida. A pesar de que el curso es crónico, los afectados tienen a menudo días o semanas en que dicen encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo se sienten cansados y deprimidos.

### **2.6.3 Trastorno Bipolar.**

Llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas.

Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

### **2.6.4 Otros tipos de Depresión**

De acuerdo a su origen:

- Ψ **Depresión involutiva.** La cual se presenta por deterioro o pérdida del funcionamiento Bio-Psico-Social y es característico de los procesos demenciales.
- Ψ **Depresión reactiva.** Este tipo de depresión ocurre en personas con una estructura normal de personalidad. Se desencadena después de un acontecimiento adverso de la vida como: una catástrofe natural, la muerte de un ser querido, la separación de

una pareja o el divorcio, problemas económicos o problemas de desempleo, por nombrar algunas situaciones desencadenantes. El cuadro depresivo en algunas ocasiones puede ocurrir inmediatamente después del acontecimiento, en otras al cabo de unas semanas o meses, debido a los mecanismos de defensa que se presentan. La primera aparición se produce normalmente en la vida adulta temprana.

## **2.7 Sintomatología de la Depresión**

A continuación se muestran unas listas de algunos síntomas que sufren las personas depresivas.

- Ψ Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Ψ Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Ψ Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Ψ Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Ψ Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Ψ Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Ψ Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Ψ Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Ψ Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Ψ Inquietud, irritabilidad.
- Ψ Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

## **2.8 Formas de Tratamiento de la Depresión**

Cabe mencionar que uno de los padecimientos que en la actualidad se da con mayor frecuencia en la población adolescente es la Distimia, -descrita anteriormente- la cual es un tipo de depresión en menor grado y de tipo crónico que interfiere con el bienestar del Adolescente. A menudo

constituye para quien la padece una parte normal de su vida ya que su inicio se genera en la niñez y desde entonces se vuelve parte de la persona.

Una de varias formas de intervención terapéutica es a través de la Psicoterapia de Grupo con tiempo limitado, la cual ayuda a promover cambios en la conducta insatisfactoria de cada uno de los miembros del grupo, a pesar de las resistencias que por la misma etapa se dan en el Adolescente.

Jarne (2000), señala que la Psicoterapia Breve ofrece buenos resultados en aquellos casos en que la depresión se halla enmascarada bajo problemas somáticos: se intenta poner en contacto al paciente con su mundo interno y hacer consciente el duelo por la pérdida del objeto a través del *insight* y de interpretaciones transferenciales del “aquí y ahora”, evitando en lo posible buscar relaciones con el pasado para no favorecer la regresión. Sin embargo, la forma de intervención esta condicionada por criterios como capacidad de insight, fuerza del yo y gravedad del trastorno.

Se sabe que todo Adolescente atraviesa por periodos de crisis. Muchos Adolescentes logran salir de estas crisis a través de la resiliencia a la cual varios teóricos la describen como: la capacidad que cada persona tiene para crecer y desarrollarse de forma saludable a pesar de factores adversos. Al hacer uso de la misma, el Adolescente puede entrar a la adultez de forma sana, competente y armónica.

Sin embargo los Adolescentes con problemas de personalidad, carencias afectivas o estructuras yoicas frágiles requieren el apoyo del proceso terapéutico para evitar entrar a la adultez con un trastorno del personalidad de índole patológico.

Shaffer D. (2003), menciona que los Adolescentes raramente buscan por sí solos el contacto con algún profesional de la salud mental para la evaluación de síntomas afectivos, aunque con más frecuencia pueden contactar con profesionales o servicios disponibles en el mismo recinto escolar.

Por lo tanto, es de gran importancia formar a los profesionales de las escuelas sobre los signos y síntomas de la depresión, para así incrementar la probabilidad de un reconocimiento temprano y una intervención apropiada para los adolescentes con este trastorno de estado de ánimo.

Con base a la formación adquirida se reconoce que es de suma importancia que las instituciones educativas cuenten con instancias de apoyo en salud mental para los Adolescentes, ya que a partir del diagnóstico se puede intervenir de forma oportuna en trastornos como la depresión y así favorecer el desarrollo psicosocial en esta etapa tan difícil.

## **CAPÍTULO III. PSICOTERAPIA DE GRUPO**

En este capítulo se dará una perspectiva de lo que es Psicoterapia de Grupo, incluyendo sus representantes, concepto de grupo y de psicoterapia grupal, historia, objetivos y factores curativos que intervienen en la misma. De igual forma se retoma brevemente lo que es personalidad y salud para poder ver la forma en que la Psicoterapia de Grupo influye en el manejo de padecimientos emocionales y se ajusta a los cuadros patológicos que se presentan en el ser humano.

### **3.1 Antecedentes de la Psicoterapia de Grupo**

Anne Alonso (1995), menciona que los factores sociales influyeron de forma decisiva en la aparición de la Terapia de Grupo, la cual se elevó considerablemente y fue la principal modalidad de tratamiento en el decenio de 1940, ante las necesidades psicológicas de los soldados de la Segunda Guerra Mundial.

Los primeros terapeutas de grupo emergieron de los terapeutas individuales con orientación psicoanalítica. Algunos de ellos, notaron que la transferencia en el grupo prosperaba, además observaron que los grupos ofrecían la oportunidad para la observación de muchos tipos de transferencia al mismo tiempo, por ejemplo hacia padres y hermanos.

La misma autora señala que en el transcurso del tiempo, la terapia de grupo demostró su efectividad. A finales del decenio de 1960, los grupos alcanzaron grandes proporciones por su novedad a medida de que la población se hizo consciente del poder del modelo para poder ayudar a las personas a experimentar afecto, alterar su autoimagen y aprender más acerca de la pertenencia.

En años recientes se han formado un gran número de grupos homogéneos para el tratamiento de poblaciones como las de pacientes con trastornos de alimentación, farmacodependencia, etc. La terapia de grupo en ambientes con pacientes internos se ha vuelto parte central del tratamiento en hospitales.

La investigación documenta que la terapia de grupo es tan efectiva como la individual.

### **3.2 Representantes de la Psicoterapia de Grupo**

En este apartado se mostraran algunas de las aportaciones de los representantes más importantes de la Psicoterapia de Grupo.

Notó i Brulles y Recasens i Tarres citados en Espada y Bullich (1994), refieren que algunos de los precursores que incidieron en la técnica grupal

psicoanalítica fueron: Sigmund Freud, Alfred Adler, Joseph Pratt, Trigant Burrow, Samuel Slawson, Joshua Bierer, Wilfred R. Bion, Sigmund Heinrich Foulkes, Pichón Rivière y Jacobo Levy Moreno, de quienes dan una breve descripción de su trabajo que en breve se muestra.

Por su parte, Díaz Portillo (2000), menciona también a Henry Ezriel y de la Escuela Francesa a Didier Anzieu, Angelo Bejarano, Rene Kâes, André Missenard y Jean Bertrand Pontails.

### Ψ **Sigmund Freud**

En la obra de Sigmund Freud se encuentra un modelo de psicología general centrado en el individuo, sin embargo, al final de su obra, se puede encontrar el análisis de la interacción entre lo individual, con las bases biológicas, y lo colectivo con los aspectos sociales. En su segundo modelo de personalidad Sigmund Freud incluye la noción de superyo, y muestra que la conciencia moral del sujeto humano es la heredera de la cultura ética de sus progenitores y de su grupo social.

Los autores señalan que la idea de este autor, se refiere a que lo social es interno para el sujeto y con base a esto se construye la propia personalidad. Este supuesto abre el camino al pensamiento de que el mundo interno de la persona se constituye como sociedad mental en la que “viven” todos los personajes y objetos que tienen relevancia para el sujeto.

Sigmund Freud no trabajó directamente en la aplicación del Psicoanálisis a la Psicoterapia de Grupo, sin embargo facilitó con sus aportaciones para que algunos de los primeros psicoanalistas lo practicaran.

### Ψ **Alfred Adler**

Alfred Adler fue discípulo de Freud. En su obra intentó examinar las relaciones del individuo, el grupo y la sociedad. Organizó centros de salud de carácter público y gratuito en zonas abatidas de Viena. En estos centros puso en marcha los primeros grupos terapéuticos de Europa. En algunos aspectos se le puede considerar como precursor de las técnicas cognitivo-conductuales y de algunas terapias sistémicas de la actualidad. Adler se dirigía más a los aspectos racionales y a los recursos cognitivos que a los aspectos inconscientes.

### Ψ **Joseph Pratt**

Joseph Pratt fue pionero de la terapia de grupo en EE UU. Pratt fue un médico que trataba a enfermos tuberculosos, enfermedad que anteriormente tenía una evolución crónica y generalmente mortal. En el contexto hospitalario, estableció con sus pacientes encuentros informales para tomar el té y hablar de la enfermedad. Pratt y sus colaboradores se

dieron cuenta que los pacientes que acudían al grupo tenían una mejor evolución clínica. Tras esa experiencia creó grupos de veinte a treinta personas donde se reunían una o dos veces a la semana. Su estrategia terapéutica se basaba en la contención y el apoyo, alentando los aspectos más positivos y creativos de los pacientes.

#### Ψ **Trigant Burrow**

Trigant Burrow fue psiquiatra y fundador de la American Psychoanalytical Association. Su método se basó en la aplicación del conocimiento psicoanalítico a la experiencia grupal, y trabajó además lo individual que ocurre en el grupo.

Para Burrow, el grupo posee un potencial terapéutico en la medida que disminuyen las resistencias de las personas, y al comprobar que sus problemas y dificultades pueden compartirse con otros. Consideraba al miembro del grupo, observador y objeto de observación. Creía que la validación consensual del grupo en su conjunto puede ofrecer al miembro individual la fuerza y garantías para seguir su propia investigación psicológica.

#### Ψ **Samuel Slawson**

Slawson desarrolló durante cincuenta años técnicas con grupos de niños. Sus aportaciones las reunió en el Tratado de psicoterapia grupal analítica.

Algunas de sus aportaciones son: la concepción de la transferencia grupal y su manejo terapéutico, el concepto de grupo pequeño y las conceptualizaciones para diferenciar en los grupos el papel del yo en el proceso terapéutico.

#### Ψ **Joshua Bierer**

El modelo de Bierer hace énfasis en la experiencia emocional que permite transformar al individuo de objeto social a sujeto social.

Bierer inició sus experiencias grupales en el Rurwell Hospital en Inglaterra.

#### Ψ **Wilfred R. Bion**

Fue oficial del ejército británico durante la Segunda Guerra Mundial. En este contexto, una de sus misiones fue la organización de una unidad de rehabilitación clínica para pacientes psiquiátricos.

Más adelante trabajó en la Clínica Tavistock con grupos pequeños de ocho a diez personas. Bion señala que las propiedades del grupo no son la resultante de la suma de propiedades individuales de sus miembros, el

grupo es un organismo total, en un sentido semejante a lo que ocurre en la química-física donde las propiedades de los átomos elementales son distintas a las propiedades moleculares.

Los conceptos teóricos que son indispensables para el estudio psicoanalítico de grupo y de la mente son: el grupo de trabajo (GT) y los supuestos básicos (SB), los cuales se describen a continuación:

- Ψ El grupo de trabajo. Es el funcionamiento general que se relaciona con los objetivos del grupo. Se define en función de la ejecución de una tarea, que se elabora y decide por el grupo. Al igual que el número de las reuniones y la función de los líderes están al servicio de los mismos objetivos, y el resto de los miembros deben colaborar libremente en forma activa y duradera.
- Ψ Los supuestos básicos. Son la existencia de una condición que sirve como base de la relación, y que ejercen una influencia como si fuese cierta, a pesar de que su existencia nunca ha sido probada. Son suposiciones tacitas que prevalecen de forma implícita en los grupos y no suposiciones que se expresan abiertamente. Además de ser inconscientes, son las que dan sentido y explican la conducta irracional del grupo.

Bion distingue tres estados emocionales a partir de los cuales se organizan los tres tipos de supuestos básicos: el Supuesto Básico de Dependencia, Ataque-fuga y el de Emparejamiento.

- Ψ Supuesto Básico de Dependencia. El objetivo del grupo bajo este supuesto es conseguir la seguridad de sus miembros a través del establecimiento de una dependencia infantil precoz. Supone la sumisión hacia un individuo para lograr su protección. En apariencia esta actitud es ignorada y los miembros del grupo se comportan como si fueran libres y autónomos, sin embargo siempre hay un líder omnipresente que los libra de sus angustias. La ansiedad que predomina es la culpa y la depresión.
- Ψ Supuesto Básico de Ataque-Fuga. En éste supuesto los grupos se concretan con ataques al terapeuta(s) o a sus aportaciones, incluso al marco grupal de referencia. Aparecen de forma masiva las ansiedades persecutorias, lo cual conlleva la necesidad de la fuga. Estas ansiedades son provocadas por los sentimientos de ira y odio.
- Ψ Supuesto Básico de Emparejamiento. Para que el grupo mantenga la esperanza de que en el futuro pueda tener un bienestar y pueda controlar sus ansiedades, éste se debe organizar mentalmente bajo la fantasía de una intervención mágica, la cual se produce por una pareja

de miembros del grupo (sin importar el sexo), esta pareja proporcionará las condiciones de bienestar concretadas en el origen de un líder el cual encarnara estas esperanzas.

La técnica de Bion consiste en ofrecer un encuadre psicoanalítico, no directivo, que permite una experiencia grupal donde las ansiedades adquieren dimensiones que progresivamente se vuelven más intensas y evidenciables al ser más amplias las posibilidades de su contención en el grupo.

### Ψ **Sigmund Heinrich Foulkes**

La originalidad del pensamiento psicoanalítico de Foulkes y su aplicación al grupo radican en la creativa síntesis con la psicología de la Gestalt y la Sociología.

Algunas características teóricas del grupo análisis son:

1. Modelo holístico. El grupo adquiere una entidad propia, distinta de cada uno de los miembros que la forman.
2. La libre discusión flotante. Ante una situación no estructurada, se permite el análisis de forma espontánea. El análisis del grupo consiste en, a partir de las comunicaciones entre los miembros, hacer consciente lo inconsciente, hacer el insight.
3. La red. Lo que sucede en el grupo, lo que puede ser observado sólo adquiere significado pleno cuando se contempla a la luz del conjunto de actividad de todo grupo.
4. Matriz grupal. Constelación formada por los miembros durante el proceso. En cada grupo terapéutico se forma una red inconsciente espontánea y continuada de relaciones afectivas entre los participantes. Foulkes se interesa por los aspectos individuales, pero por aquellos que adquieren un significado específico en el marco de la matriz grupal.

### Ψ **Pichón Rivière**

Pichón Rivière propone el modelo del cono invertido para el análisis sistemático de las situaciones grupales. Este modelo permite evaluar los procesos del grupo que se consideran universales en cuanto a su estructura y dinámica. El cono consta de:

- Ψ La base. Donde se sitúan los contenidos emergentes, manifiestos o explícitos. Lo *explícito* se conforma durante la operación terapéutica correctora

Ψ Un vértice. En el cual se ubican las situaciones básicas o universales, miedos a la pérdida y al ataque y, las ansiedades básicas: depresiva, paranoide y confusional, quienes a su vez, configuran lo *implícito* junto con la reacción terapéutica negativa, sentimientos de inseguridad y los procesos de aprendizaje y comunicación.

Ψ La espiral dialéctica. La cual muestra el movimiento de indagación y el esclarecimiento desde lo latente hasta lo manifiesto.

La intención fundamental del modelo de evaluación de situaciones grupales, es promover el cambio, el cual se define como la modificación de estructuras relativamente estables y tiene las siguientes características: pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y telé, las cuales fueron introducidas en el modelo del cono invertido y permiten la valoración de diversas situaciones por las que atraviesa un grupo.

### Ψ **Jacobo Levy Moreno**

El psicodrama fue creado por Jacobo Levy Moreno alrededor de 1911. Moreno transforma del psicoanálisis, el método verbal en método activo y la situación individual en grupal.

Crea el psicodrama como un procedimiento terapéutico que utiliza técnicas dramáticas (dramatizaciones), además de verbales, como medio expresivo de comunicación y de elaboración. La dramatización es la representación de escenas significativas para el paciente, a la manera de un teatro, cuyo argumento puede ser presentado por él y en el que interviene como actor.

Los conceptos importantes que utiliza son:

Ψ Catarsis. Al crear el drama, el actor-paciente también se libera de él.

Ψ La espontaneidad. Que se desarrolla a lo largo de la evolución infantil y tiene cuatro características: cualidad dramática, creatividad, originalidad y adecuación de la respuesta.

Ψ Rol. Es una forma de funcionamiento que asume un individuo en el momento específico en que reacciona a una situación específica. Distingue tres roles: a. Fisiológicos o psicosomáticos (sujeto que come, duerme, etc.); b. Psicológicos o psicodramáticos (fantasías y roles imaginarios); c. Sociales (policía, doctor, etc.). La función del rol es entrar en el inconsciente desde el mundo social para darle forma y orden.

Ψ Tele. Intuiciones de la conducta inmediata del terapeuta por parte del paciente. Recae sobre los aspectos reales que el otro individuo personifica y representa.

A su vez, el Psicodrama moreniano se compone de cinco elementos: el director, el yo auxiliar, el actor paciente, los espectadores y el escenario.

A partir de la Escuela Francesa y Latinoamericana se funde el psicodrama y el psicoanálisis y de esta forma se crea el psicodrama psicoanalítico.

### Ψ **Henry Ezriel**

Henry Ezriel utilizó una técnica no directiva rigurosa en la cual sólo realizaba interpretaciones transferenciales en el aquí y ahora, sin tener que ir más allá de la tensión grupal común y consideraba todo material ajeno a la técnica como intentos resistenciales de obtener una relación personal con el terapeuta.

Sus interpretaciones individuales mostraban los determinantes inconscientes de las intenciones de los pacientes, y lo hacía con la finalidad de liberarlos de las fantasías inconscientes que determinan su conducta en la situación extra analítica.

Su técnica sólo se interpreta cuando se distinguen en el material de los pacientes tres tipos de relación.

Ψ Una relación de objeto que procura establecer dentro del grupo especialmente con el terapeuta (*relación necesaria*).

Ψ Una relación que considera se debe evitar en la realidad externa aunque sea muy deseada (*relación evitada*).

Ψ Una *catástrofe* que ocurriría si el paciente se permite ceder a su deseo secreto de establecer la relación de objeto evitado.

Las interpretaciones que se dirigen a la tensión grupal y a las reacciones de los pacientes se pueden interpretar sólo si se puede mostrar:

a) Que su comportamiento representa su manera específica de afrontar estas tensiones grupales comunes.

b) Por qué elige esta manera de enfrentarse con el problema grupal.

Para este autor es indispensable interpretar la importancia sexual simbólica o disfrazada de otra manera del material manifiesto.

*La interpretación señala la relación objetal evitada, la calamidad y la relación requerida en el aquí y ahora.*

Para Ezriel la meta esencial del proceso terapéutico, tanto en la terapia individual como en la grupal consiste en inducir la comparación entre las relaciones inconscientes con objetos fantaseados y las que sostienen con figuras externas reales.

### Ψ **Escuela Francesa**

Algunos de los psicoanalistas más importantes que dieron sus aportaciones fueron: Didier Anzieu, Angelo Bejarano, Rene K aes, Andr e Missenard y Jean Bertrand Pontalis. De quienes se describirán de forma breve y concisa sus contribuciones.

Las aportaciones de la Escuela Francesa provienen del trabajo con grupos de formación, en los que retoman los hallazgos de Bion y Ezriel.

La Escuela Francesa es una corriente que restituye al grupo su valor de objeto psíquico para sus miembros y que ubica al sujeto, como sujeto del grupo, en donde concibe a este como objeto de investiduras pulsionales y de representaciones inconscientes, el cual es un sistema de ligazi n y desligazi n intersubjetivas de las relaciones de objeto con sus cargas libidinales y mortíferas.

Esta Escuela examina la función co-excitadora de los otros y del grupo en la formación de los contenidos, formas originarias y transmisión de significantes.

Entre las contribuciones más novedosas de la Escuela Francesa se encuentran:

- Ψ Pontalis y Anzieu, proponen la hipótesis del inconsciente grupal. Como el sueño y el síntoma. El grupo es la asociación de un deseo con las defensas contra la angustia que suscita.
- Ψ Bejarano, A. amplia la descripción de los cuatro objetos transferenciales específicos del grupo:
  - a) El monitor (transferencia central como figura paterna en los niveles arcaicos (como superyó e ideal del yo).
  - b) El grupo (transferencia grupal) imago materna arcaica, edípica o matriz social.
  - c) Los otros (transferencia lateral) imagos fraternas.
  - d) El mundo externo (transferencia social)

- Ψ Anzieu elaboró un inventario de los objetos parciales del cuerpo grupal (el grupo como boca, seno vientre y como maquina). Consideró que el grupo amplio es el mejor instrumento para desnudar las ansiedades ligadas a la situación grupal.
- Ψ Kães. R., propone la idea de que el grupo es un aparato de una transformación de la materia psíquica.

El aparato psíquico grupal liga las psiques de los miembros, e intercambia diferencias entre la realidad psíquica (intrapsíquica, intersubjetiva y grupal) y la realidad grupal (en sus aspectos societarios y culturales), lo cual llega a que se produzca la transformación del espacio psíquico del grupo. El aparato psíquico grupal produce, en su actividad de ligazón y transformación, en un espacio de contención, de límites y procesos de regulación.

La hipótesis del aparato psíquico grupal responde a la cuestión de saber como se pasa de los grupos de adentro (realidad psíquica interna) a los grupos de afuera (realidad exterior).

#### Ψ **Teoría de los organizadores.**

A. Missenard hipotetizó que el fantasma individual, por su estructura interna grupal, puede ser un organizador del grupo en la línea del organizador.

Anzieu generaliza esta hipótesis en una teoría de tres organizadores que ordena en sucesión cronológica.

- a) Primer organizador. El primer organizador es el fantasma individual inconsciente, escena imaginaria que se desarrolla entre varias personas.
- b) Segundo organizador. Nunca es durable. El fantasma individual que se convierte en el centro de atracción de un grupo, obstruye la circulación de los demás fantasmas individuales que han entrado en resonancia con él.

El grupo cae en la deriva y por eso es necesario encontrar un nuevo elemento de unificación e integración; un segundo organizador: la imago, que constituye un nudo de instancias psíquicas (yo, superyo, yo ideal) que no representan a nadie.

Este organizador tiende a proporcionar al grupo un estado de equilibrio entre la tendencia a la isomorfia y la homeomorfia, que le permite pasar de la escisión a la ambivalencia, se desarrolla así la dependencia y

contradependencia, la cual llega a diferenciar la realidad externa de la interna pues delimita el aparato psíquico grupal del individuo.

- c) Tercer organizador. Una imago puede asegurar la unidad del grupo, pero su bivalencia favorece un retorno de las imágenes (la buena se convierte en mala), acompañada de desordenes o transformaciones en la organización interna y la función del grupo.

En este organizador los miembros se ven reducidos a volver a los fantasmas individuales que ofrecen más oportunidades de ser semejantes entre los individuos: los fantasmas originarios.

Pontalis propone una clasificación estructural de estos fantasmas:

- a) Fantasmas originarios: este responde a la pregunta sobre el origen de los niños y sostiene las teorías sexuales infantiles.
- b) Fantasmas de castración: se alude a la diferencia de sexos, (bebés inválidos desde el nacimiento).
- c) Fantasmas de seducción: orígenes de sexualidad.
- d) Fantasmas de ruptura: reúne a la angustia fálica de castración y la oral de separación de la madre.
- e) Fantasmas intrauterinos: exploración simbólica de la imagen del interior del cuerpo de la madre.

En el grupo al igual que en el individuo el fantasma puede ser un desorganizador, depende de la naturaleza y pasividad de la angustia neurótica o psicótica que se suscite o contagie.

### **3.3 Concepto de Grupo**

Díaz Portillo (2000), menciona que el término francés *groupe* (grupo) proviene del italiano *gropo* o *gruppo* (nudo), derivado del gótico *krupps* (bulto, masa redondeada). La extensión del vocablo al lenguaje coloquial le adjudica el sentido de pluralidad de seres o cosas que conforman un conjunto.

El estudio de los grupos pequeños es un campo de aparición reciente a pesar de que los agrupamientos existen desde la prehistoria.

En la misma línea, Anzieu (1971) citado en Díaz Portillo (2000), utiliza *grupo* para denominar conjuntos de personas reunidas y resalta de otros autores la interdependencia, la comunicación, la percepción e impresión que se da entre los miembros, durante una reunión o serie de reuniones.

Por su parte Maisonneuve J. (1968), indica que en el seno del grupo se desarrolla un sistema de tensiones positivas y negativas que corresponden al juego de deseos y defensas; la conducta del grupo es el conjunto de operaciones tendientes a resolver esas tensiones y a restablecer un equilibrio más o menos estable.

Foulkes (1981), Anthony (1964) y Anzieu (1986) citados en Espada y Bullich (1994), describen el grupo como un sistema de relaciones, donde el terapeuta es un observador, participante, interpretando la dinámica de las defensas.

### **3. 4 Psicoterapia de Grupo**

Para dar inicio a este apartado se brindarán algunas aproximaciones a lo que es grupo terapéutico, psicoterapia de grupo o grupal.

González Núñez (1992) citado por Alatraste García (2007), define grupo terapéutico, como la reunión de tres o más personas denominadas pacientes, la cual debe ser más o menos permanente y voluntaria, donde los individuos reunidos interactúan y se interrelacionan con fines psicoterapéuticos.

Los integrantes de un grupo se reconocen como miembros ubicados dentro de un contexto determinado por el propio terapeuta, y aceptan comportarse de acuerdo con valores y normas explícitos en el sistema psicoterapéutico, denominado contrato terapéutico, por lo que el grupo es a la terapia grupal lo que el individuo es a la terapia individual.

Díaz Portillo (2000), define la psicoterapia de grupo como un proceso psicosocial en el que un psicoterapeuta experto, con entrenamiento adicional especializado sobre procesos de grupo, utiliza la interacción emocional en grupos pequeños para reparar la salud mental enferma; es decir, para llevar a cabo la mejoría de las disfunciones de la personalidad en individuos seleccionados para éste propósito específico.

Por su parte, Vinogradov S. y Yalom I. (1996), consideran que la psicoterapia de grupo es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de personas, donde se utiliza la interacción paciente-paciente y paciente-terapeuta para promover cambios en la conducta insatisfactoria de cada uno de los miembros del grupo.

### **3.4.1 Objetivos de la Psicoterapia de Grupo**

Para Pinkus (1984), el objetivo de la psicoterapia es el restablecimiento de un equilibrio emocional homeostático mediante la transformación de la personalidad.

Díaz Portillo (2000), indica que la psicoterapia conduce en dirección a la autoconfianza, autoestima adecuada, mutua comprensión, respeto y certeza de poseer un lugar social de igualdad.

Los objetivos de la Psicoterapia de Grupo se establecen tomando en cuenta principalmente las necesidades de una población específica, es decir, la intervención esta orientada hacia un conflicto emocional.

La Terapia de Grupo es utilizada para cambiar actitudes, movilizar y canalizar resentimientos o reconstruir la autoestima con base en la identidad del grupo. Para lograr dichos cambios, se toman como instrumentos de ayuda: al grupo mismo, la aplicación de técnicas específicas y la realización de intervenciones por parte del terapeuta.

Por otra parte y como un paréntesis muy importante en este apartado se retoma a Sullivan (1938), quien afirma que la personalidad es casi por completo un producto de la interacción con otros seres humanos significativos y que la psicopatología surge cuando estas interacciones, y las percepciones y expectativas resultantes están distorsionadas.

Pinkus (1984), destaca algunos aspectos que caracterizan la personalidad funcional y autónoma, tales como la disposición libidinal, confianza básica, autoestima, capacidad de relaciones interpersonales creativas, resistencia a las frustraciones, etc., y aporta un modelo interdisciplinario de personalidad en el cual se tienen presentes algunos modelos conceptuales operativos que se articulan en tres sistemas:

1. La cultura: conjunto de las informaciones que un determinado grupo codifica y que permite a los miembros de aquel grupo enfrentar y resolver los problemas inherentes a la vida social.
2. La personalidad de base: sistema que se constituye en el individuo humano partiendo de una base biológica hereditaria no articulada y que se modela progresivamente en las relaciones con el ambiente, del cual llegan informaciones que son recibidas, memorizadas, interpretadas y utilizadas.
3. La sociedad: conjunto de las relaciones funcionales en las cuales el individuo encuentra una colocación específica.

El proceso de formación humana se desarrolla a través de dos componentes fundamentales:

- Ψ Componente **cognitivo**, referido al conjunto de las operaciones y de los procesos mediante los cuales el individuo adquiere las informaciones ofrecidas por la cultura y se sitúa en el contexto social.
- Ψ Componente **emotivo-motivacional** que determina la frecuencia y la intensidad con las que son usadas las informaciones y se inserta además en los procesos de selección de las informaciones, en los cuales funciona en cierto modo como monitor de los procesos cognitivos.

De ahí, que al respecto Yalom (1985), señala que el objetivo de ésta clase de tratamiento – Psicoterapia de Grupo- es: posibilitar que el individuo colabore con otras personas y obtenga satisfacciones interpersonales en un contexto caracterizado por unas relaciones realistas y mutuamente significantes, que lleve una vida más rica y gratificante con los demás.

Fulkes (1981) citado en Espada y Bullich (1994), indica que la finalidad última de la terapia es la integración del individuo, y menciona que *un buen grupo engendra y desarrolla, crea y aprecia este producto precioso: el individuo humano.*

También las escuelas modernas de psicoterapia dinámica subrayan que el tratamiento tiene que dirigirse hacia el entendimiento y corrección de las distorsiones en las relaciones interpersonales.

Por tal motivo, la psicoterapia de grupo busca aliviar los conflictos entre la personalidad y el sistema social.

En la Teoría de las relaciones objetales, el grupo es el campo para expresar el mundo interno, las relaciones de objetos parciales de cada uno de los miembros.

Para Chasseguet- Smirguel citado por Díaz Portillo (2000), el grupo es uno de los vehículos sociales más importantes para la restauración de la ilusión, para curar las heridas narcisistas e identificarse con el pecho bueno de la madre omnipotente.

Para Alatríste García (2007), en el grupo se generan sentimientos que en otros momentos de la vida se dieron hacia las personas más significativas, como son la madre, el padre y los hermanos, sede de las relaciones interpersonales que posteriormente se manifestarán, desplazadamente, en los otros seres humanos con los que el individuo interactúa.

Estos sentimientos pueden ser: de amor, lealtad, gratitud, apoyo o sentimientos de hostilidad, rivalidad, envidia o celos, entre otros.

Por otra parte, Pichón- Riviére (1947) citado en Espada y Bullich (1994), concluye que la enfermedad mental no es la enfermedad de un sujeto, sino la de la unidad básica de la estructura social: el grupo familiar. El enfermo desempeña un rol, es el portavoz emergente de esa situación.

Es así, que en el grupo psicoterapéutico (microgrupo) se reproducen las características del contexto familiar y socioeconómico (macrogrupo).

Puget (1982) citado en Díaz Portillo (2000), considera que el grupo terapéutico es un medio *ad hoc* creado artificialmente sobre la base de encuentros pautados en el que varias personas interaccionan, se comunican y comparten normas.

En la misma línea K. Royd Mac Kenzie (1990) en Anne Alonso (1995), menciona que todos los grupos utilizan los eventos interpersonales de las sesiones como un vínculo para el efecto terapéutico.

### **3.5 Modelos de Intervención Grupal**

En este apartado se mostraran algunas de las características de las intervenciones grupales con orientación psicodinámica.

#### **3.5.1 El Enfoque Psicodinámico**

Una de las técnicas psicoterapéuticas que se utilizan en la intervención grupal es la técnica psicodinámica, con la cual se promueve un cambio de personalidad a través del entendimiento de los conflictos de la infancia no resueltos, ésta técnica pretende que el paciente aclare el por qué de su comportamiento hacia las demás personas, promueve el recordar anécdotas y emociones trascendentes en su vida, indaga sobre la ansiedad que presenta en momentos actuales y su relación con los recuerdos de eventos pasados, esto en busca de descubrir el origen del conflicto.

La finalidad del tratamiento psicodinámico consiste en revelar y modificar las fuerzas psicológicas inconscientes, liberar al paciente de miedos, aflicciones e inhibiciones que obstruyen el sentimiento de felicidad. Lo que le permite obtener *insight* suficiente para manejar sus conflictos cotidianos.

Para que una psicoterapia sea considerada dinámica, ésta debe reconocer la importancia del inconsciente y de la transferencia. Además la psicoterapia dinámica ha estado ligada al concepto de los conflictos que surgen entre los deseos y las defensas, entre diferentes partes de la personalidad y entre los impulsos y la realidad externa.

La situación de grupo despierta una regresión que facilita la aparición de diferentes funcionamientos defensivos.

Para Arriaga (2007), el tratamiento psicodinámico considera igualmente conceptos tales como determinismo psíquico, déficit en las estructuras intrapsíquicas o relaciones de objetos internos. La psicoterapia dinámica se centra más en los sueños, los miedos, las esperanzas, las pulsiones, los deseos y la imagen de sí mismo que en la descripción meticulosa de la conducta observable. Además en éste tipo de psicoterapia hay una tendencia a trabajar en el aquí y ahora.

Por otra parte, Miró i Coll y Mitjalva García (1988) citados en Espada y Bullich (1994), señalan que en el trabajo de Psicoterapia de Grupo se debe tener en cuenta que:

- Ψ La participación verbal se pueda transformar en asociación grupal, dentro de lo que se llama “libre discusión flotante”, equivalente del concepto psicoanalítico de la libre “asociación”.
- Ψ El producto de estas asociaciones grupales se han estudiados en el grupo.
- Ψ Se trate el material en el grupo no sólo por su contenido manifiesto, sino también en sus aspectos inconscientes o latentes.

Por su parte, Antonio Sánchez (1991) citado, a en Espada y Bullich (1994), señala que la Psicoterapia Dinámica Breve es una técnica activa, focalizada, con una meta prevista, ajustada a la adaptación presente, que se vale de criterios estrictos para la selección de integrantes, de definiciones operacionales de la técnica y de la evidencia de sus resultados.

El autor señala que la brevedad de las terapias se basa en el corto número de sesiones y cuando el objetivo es un mero apoyo, también se acorta el tiempo dedicado a la sesión. Destaca el concepto de foco conflictivo y lo define como aquella manifestación caracterial, conductual y sintomática se refleja una cierta problemática básica.

### **3.5.2 La Psicoterapia de Grupo con tiempo limitado**

La psicoterapia en la cual se establece un periodo de atención limitado con un número preestablecido de sesiones, se le llama Psicoterapia Breve. Para éste tipo de psicoterapia, MacKenzie (1990) en Anne Alonso (1995), indica que la mayor parte de los programas grupales operan en el rango de 12 a 20 sesiones, aunque en algunos casos pueden ser solamente seis sesiones. Es necesario preestablecer y delimitar el tiempo de duración de la psicoterapia lo cual depende del tipo de grupo y del fin a tratar.

Fenichel (1954) en Espada y Bullich (1994), señala que la Psicoterapia Breve es “la hija de la amarga necesidad practica”, refiriéndose al aumento de la demanda de psicoterapia ante el incremento de la población.

La Psicoterapia de Grupo Breve se refiere a la técnica de tratamiento psicológico que se desarrolla en grupo, con la participación del mismo y del o los psicoterapeutas. El proceso terapéutico se orienta hacia un conflicto emocionalmente específico, la intervención es focalizada a lo largo de la terapia y es breve por el hecho de que se realiza en un tiempo preestablecido y limitado (Miró i Coll, 1988).

Varios autores coinciden en que el número de componentes del grupo fluctúa entre siete y doce, dirigido por una pareja terapéutica, a diferencia de González Nuñez citado por Alatraste (2007), quien menciona que la participación puede ser a partir de tres o más personas en el grupo terapéutico. Por su parte Poch i Bullich (1994), señala que sólo es aplicable a un grupo reducido de personas y aplicable a un rango amplio de patologías.

La cohesión grupal es un aspecto básico en éste tipo de tratamiento. Para definirla se retoma a Yalom (1998), quién refiere que la cohesión es la atracción del grupo hacia sus miembros y es un sentimiento de pertenencia al grupo. Es un sentimiento de grupalidad que ayuda a unirse alrededor de tareas comunes.

MacKenzie (1990) en Anne Alonso (1995), presenta ocho rasgos básicos comunes para la psicoterapia de grupo con tiempo limitado:

- Ψ Existe una expectativa de que el tiempo límite incrementará el ritmo del trabajo psicoterapéutico y alentará la rápida aplicación a las circunstancias de la vida real.
- Ψ La evaluación y selección cuidadosa se utilizan para excluir a los pacientes que pueden estar en riesgo de daño de parte de un enfoque activo.
- Ψ Se negocia de manera abierta entre los participantes del grupo y el terapeuta un acuerdo verbal explícito concerniente a las metas circunscritas.
- Ψ El terapeuta intervendrá de manera activa para desarrollar y mantener un clima terapéutico y sostener un foco de trabajo en las metas identificadas.
- Ψ Desde el inicio de la terapia, existe una expectativa de que se aplicarán de manera activa las ideas a las circunstancias externas.
- Ψ El terapeuta esperará que los integrantes del grupo asuman la responsabilidad de iniciar las tareas de terapia y los alentará a hacerlo.

- Ψ Se alentará a movilizar el uso de los recursos externos que puedan reforzar los cambios positivos.
- Ψ Se anticipa que el proceso de cambio continuará después de que termine la terapia y, por tanto, que no necesita atenderse a la variedad de aspectos problemáticos del contexto de terapia.

El reto de éste tipo de psicoterapia consiste en adaptar las prácticas clínicas comunes a las restricciones del tiempo. Para lograrlo es importante considerar lo siguiente:

- Ψ **La preparación pre-grupo.** En donde se deben definir los objetivos del grupo, desarrollados en relación con las necesidades de la población.
- Ψ **La evaluación de los miembros potenciales.** Es importante excluir a quienes tengan poca probabilidad de beneficiarse o a quienes puedan perturbar de manera grave el proceso. Esto por la necesidad de avanzar con rapidez en el trabajo grupal.
- Ψ **Determinar la composición del grupo.** En esta fase, se define el tamaño del grupo, si es cerrado o abierto y la duración del grupo.
- Ψ **Preparar a los integrantes para la experiencia grupal.** Lo cual puede ser de forma grupal o individual. Esta preparación ayuda para evitar las primeras deserciones y para aumentar la cohesión inicial.

Cabe mencionar que éste tipo de psicoterapias se desarrolla de forma más clara en un grupo cerrado, ya que el grupo se enfrenta con las implicaciones del límite temporal. La imposición de un límite de tiempo apoya los aspectos de responsabilidad y autonomía personal.

El mismo autor menciona que el desarrollo grupal atraviesa por varias etapas, las cuales son:

- Ψ **Compromiso.** En donde se desarrolla la identificación entre cada miembro y con el grupo. Se da la apertura emocional superficial que genera confianza entre los miembros. La universalidad también se hace presente, es decir, los participantes se dan cuenta que han tenido experiencias, reacciones o síntomas similares a los demás. Se omiten las críticas y se enfatiza el apoyo.
- Ψ **Diferenciación.** En esta etapa se aprecia como una cualidad el que existan diversos puntos de vista y se debe aprender a enfrentarse a éstos. Esta diversidad hace que se identifiquen diferencias entre los miembros, lo que genera un clima de confrontación, que en más de las veces se acompaña de irritación y enojo. También aquí puede aparecer la crítica grupal al líder. La superficialidad se cambia por una manera más seria de examinarse a sí mismo y a su participación en el grupo.

Ψ **Trabajo de interacción.** Las experiencias importantes de aprendizaje tienen que ver en un grado mucho mayor con la comprensión del miembro individual.

Ψ **Terminación.** Se centra alrededor de la adaptación a la pérdida. Los miembros pueden encontrar que su tristeza ante la terminación se asocia con situaciones pasadas de aflicción y puede haber enojo. La separación debe ser en un proceso que ayude a internalizar la experiencia.

El terapeuta debe estar preparado para su participación activa sin ser directiva y asegurar que las tareas de cada etapa se atiendan de forma adecuada.

Por otro lado y antes de finalizar este apartado es importante hacer un paréntesis y señalar que en cualquier tipo de terapia se pueden dar deserciones, al respecto MacKenzie (1990) en Anne Alonso (1995), refiere que por lo regular en este tipo de terapia, la deserción sucede en las seis primeras sesiones, y se puede dar porque un miembro se puede sentir fuera de lugar dentro del grupo o puede estar preocupado acerca de atacar sus problemas. En el mismo sentido si el grupo fracasa en su unificación se generan sentimientos de pesimismo y desesperanza que debilitan su participación en el grupo.

Para finalizar se destaca que la Psicoterapia de Grupo con Tiempo Limitado o Breve puede proporcionar un enfoque satisfactorio y suficiente para una gran cantidad de personas y diversidad de problemáticas. Por el número de personas que pueden ser beneficiadas es útil a nivel particular y sobre todo a nivel institucional.

### **3.6 El trabajo de Psicoterapia de Grupo Breve con Adolescentes**

Para dar inicio a éste apartado se señala como atraviesa el Adolescente el proceso terapéutico.

Miró i Coll y Mitjalva García (1988) en Espada y Bullich (1994), señalan que el Adolescente identifica al terapeuta con las figuras adultas parentales ya que por ley natural está en confrontación con el poder parental y eso casi inevitablemente se hará extensivo al terapeuta. El Adolescente en una situación terapéutica cuenta con recursos intelectuales e introspectivos desarrollados plenamente, es importante no confundir desarrollo cognitivo con madurez personal.

El objetivo terapéutico para el trabajo con Adolescentes según los mismos autores, es comprender el núcleo del conflicto primitivo, rastreando dentro

de la transferencia los conflictos edípicos y preedípicos y explicarlos. Sin embargo, también el proceso tiene otras expectativas: reducir o resolver la ansiedad y el síntoma, aunque ello no pase tanto por la comprensión del conflicto inconsciente ni el análisis de la transferencia, sino algo más por el apoyo y clarificación a nivel consciente.

Por otra parte, el tratamiento de Psicoterapia de Grupo Breve, le proporciona a los Adolescentes una oportunidad para explorar, descubrir y aprender nuevas formas de respuesta, interacción e integración. Influye en el desarrollo de habilidades personales adecuadas y necesarias para resolver el conflicto, además de favorecer la comunicación con otros Adolescentes en un espacio terapéutico seguro y estimulante que le ayuda a transformarse en su beneficio y autoaceptación.

Los procesos internos por los que atraviesan los Adolescentes son distintos, así como las respuestas y modos de enfrentarse y responder a las experiencias positivas o negativas que viven.

Con el trabajo terapéutico y el manejo del aquí y ahora, tienen la posibilidad de reconocer la forma en que sus conductas desadaptativas o insatisfactorias los han hecho esclavos de figuras de autoridad y han obstruido su proceso de individuación. En el proceso grupal las figuras de autoridad y los compañeros surgen como recursos en la lucha del Adolescente por su identidad, respeto y autonomía (Riester Albert (1968) citado en Anne Alonso, 1995).

A su vez, el manejo técnico y la comprensión de cada fase de la etapa de la Adolescencia -descritas en el Capítulo II-, son fundamentales para la implementación eficaz de la intervención psicoterapéutica. Es de suma importancia conocer y entender el conflicto central y las tareas por resolver en dicho proceso, de esta forma las técnicas que se utilicen facilitarán el éxito del tratamiento. La misma importancia tiene que el terapeuta brinde confianza inicial, estructura, apoyo, tranquilidad y una planificación cuidadosa en el grupo terapéutico.

Las ventajas de la Psicoterapia de Grupo dirigida a Adolescentes, se apoyan en la relación de las funciones del grupo con las tareas de la transición del Adolescente.

Para Díaz Portillo (2000), las funciones fundamentales del grupo son:

- Ψ Asignación de lugares y espacio
- Ψ Cognición y representación
- Ψ Defensa y protección
- Ψ Producción y reproducción

Y menciona que *el grupo* representa un encuadre vital esencial para la sobrevivencia biológica y social y para el desarrollo de la personalidad. El individuo recibe de los grupos (familia, escuela, pandilla) aceptación, socialización, identificación, afirmación sexual, seguridad económica y autoperpetuación.

A través de lo que algunos autores designan *la formación de la cultura de grupo* y cuando ésta surge, permite a los adolescentes organizarse y empezar a controlar sus impulsos, de tal modo que éstos comienzan a poner orden en sus mundos internos y externos. El compartir sus problemáticas les ayudan a reconocer que los otros miembros del grupo, así como las demás personas fuera del mismo pueden tener necesidades, temores y sueños similares.

Por otro lado, se parte de la idea de que los adolescentes que sufren “defectos yoicos”, carecen de la habilidad de organizar su experiencia interna. Están faltos de capacidad de *insight*, de habilidades sociales, autoestima y juicio apropiado para su edad. Sus conductas les generan tensión y angustia como resultado del rechazo por parte de sus compañeros, de su familia y de los miembros de su escuela y comunidad, lo cual les genera un sentimiento de incapacidad para integrarse a sus comunidades.

La estimulación, el nivel de actividad y la posibilidad de rebelarse que ofrece el grupo crea el clima terapéutico en el que los adolescentes pueden expresarse y trabajar sus problemas, enojos, angustias y frustraciones, de una manera aceptable y significativa (Cramer y Richmond, 1989).

Se espera que por medio de la Psicoterapia de Grupo, se brinde una contención donde el Adolescente tolere, comprenda y estructure la forma impulsiva de reaccionar, así como aprenda a crear una nueva estructura grupal-psicoterapéutica-cultural, donde pueda representar aspectos importantes de su vida emocional y de ésta forma poder crear las bases para una organización interna que se refleje en sus interacciones personales.

El grupo terapéutico brinda un microcosmos de sociedad donde la expresión de sentimientos de enojo y ansiedad, expresados de una forma coherente con su edad, los lleve a la cohesión grupal y al contacto emocional con el resto del grupo.

Por otra parte Pinkus (1984), refiere que la lógica terapéutica parte de la hipótesis de que, si se reproduce en la psicoterapia una situación similar a la que generó la disfuncionalidad, es posible reconstruir una situación afectiva y fantasmáticamente muy vecina a la originaria, de modo tal que, mediante la relación con el psicoterapeuta se llegue a crear un ambiente de

reciprocidad correspondiente a las necesidades de la fase específica donde surgió el déficit o la situación traumática, de tal modo que constituya una experiencia emocional correctiva o, a veces sustitutiva.

Cabe mencionar a Sullivan (1940), quien alude que se alcanza la salud mental en la medida en que uno toma conciencia de las propias relaciones interpersonales.

Es por esto que la adecuada formación de vínculos es necesario para lograr un desarrollo psicológico adaptativo.

De esta forma, en un grupo de varias personas que se reúne provee una selección muy variada de relaciones donde se encuentran con personas de ambos sexos y de distinta clase social. De éste modo, se expande el campo interpersonal donde deben interactuar entre ellos.

Además, conforma un ambiente seguro para dar y recibir retroalimentación con respecto a la identidad, las metas de vida y la relación con otros (Farmer, 1994). El grupo ofrece la oportunidad de desarrollar la empatía y el apego con otros.

Sin embargo, en el trabajo grupal, el grupo por una parte alivia la ansiedad ya que utiliza voces de aliento, de reforzamiento y de modelamiento, pero por otra parte, estimula la ansiedad debido a que se focalizan los patrones de interacción entre los miembros.

Bion (1961) citado en Espada y Bullich (1994), considera que la experiencia grupal despierta ansiedades en sus miembros que pueden ser primitivas o de carácter psicótico. Los participantes pueden sentir amenazada su individualidad al establecer una relación de grupo entre ellos y con los terapeutas.

Por otro lado, es importante mencionar que el Adolescente está buscando independencia de la autoridad parental, en ese sentido el grupo le brinda protección respecto al dominio del terapeuta.

El apoyo del grupo les permite elaborar los conflictos internos que les han impedido funcionar a su nivel de capacidad. A medida que se aproxima la terminación y ocurre la regresión esperada, los adolescentes reciben otra confirmación de que la aceptación, confianza y apoyo del grupo son incondicionales (Anne Alonso, 1995).

### 3.7 Características de los grupos

Vinagrod S, y Yalom (1989), consideran tres características importantes y flexibles en los grupos de terapia: el escenario, los objetivos y el marco temporal los cuales se describen a continuación:

- **El escenario.** Se refiere a identificar con que tipo de grupo se va trabajar: pueden ser miembros internos dentro de una unidad psiquiátrica ó integrantes externos en consulta privada o clínica psiquiátrica general, entre otros. Los escenarios clínicos varían y afectan a la estructura y rendimiento del grupo.

Yalom (1989), indica que en el escenario de grupo, los miembros deben aprender a ocuparse de sus gustos, aversiones, similitudes, diferencias, envidias, timidez, agresión, miedo, atracción y competitividad. Todo ello bajo la mirada del grupo y un cuidadoso liderazgo terapéutico, los miembros dan y reciben *feed back* sobre el significado y el efecto de las diversas interacciones que tienen lugar entre ellos.

La Psicoterapia de Grupo se apoya en el escenario grupal y se basa en la importancia que tienen las interacciones interpersonales en el desarrollo psicológico.

- **Los objetivos.** En los distintos grupos de Psicoterapia, la meta primordial se basa en:
  - Ψ Mantener de forma adecuada el rendimiento psicosocial.
  - Ψ Producir el efecto de un cambio de conducta y de carácter amplio y duradero.
  - Ψ Aliviar los síntomas y el carácter.
  - Ψ Reorganización de la estructura de personalidad.

Por otra parte, se hallan objetivos más limitados basados en la recuperación de la función y de la preparación para el alta del tratamiento y/o del hospital.

- **El marco temporal.** Consiste en la duración de la vida del grupo y en la permanencia de los miembros del mismo, se basa en las metas específicas del grupo.

#### 3.7.1 Factores Terapéuticos

Yalom (1998), propone que el cambio terapéutico es un proceso complejo que sucede a través de un intercambio de experiencias humanas, a las cuales les nombra “factores terapéuticos” curativos específicos, y desarrolla un inventario de base empírica que se constituye por once factores, que operan

en la psicoterapia de grupo y que menciona, son interdependientes y ninguno sucede ni opera separadamente del otro. Dichos factores son:

- Ψ Infundir esperanza
- Ψ Universalidad
- Ψ Transmitir información
- Ψ Altruismo
- Ψ Desarrollo de técnicas de socialización
- Ψ Comportamiento imitativo
- Ψ Catarsis
- Ψ Recapitulación correctiva del grupo familiar primario
- Ψ Factores existenciales
- Ψ Cohesión del grupo
- Ψ Aprendizaje interpersonal

**Infundir esperanza.** Se refiere a infundir la fe en sobre el tratamiento. Es terapéuticamente eficaz cuando los participantes del grupo tienen altas expectativas de ayuda y cuando el terapeuta cree en la eficacia del tratamiento. Es necesaria para mantener a los integrantes del grupo en terapia.

**Universalidad.** Es el darse cuenta de que la mayoría de los hechos y pensamientos humanos constituyen experiencias compartidas por un gran número de personas. Después de escuchar a otros descubrir y compartir sus preocupaciones y encontrarlas similares a las propias, las personas se sienten aliviadas del sentimiento de ser los únicos malos, con problemas, impulsos y fantasías anormales.

**Transmitir información.** La transmisión de información se da en un grupo siempre que un terapeuta instruya, didácticamente a los participantes sobre funcionamiento mental o físico o siempre que el líder u otros miembros del grupo den consejos u orientación directa sobre problemas vitales.

**Altruismo.** En todo grupo de terapia, los participantes se ayudan entre sí. Comparten problemas similares, se ofrecen ayuda, sugerencias *insights*, y se tranquilizan unos a otros. Esta experiencia puede resultar sorprendentemente gratificante y es una de las razones por las cuales la terapia de grupo incrementa con tanta frecuencia la autoestima. El altruismo como factor terapéutico es exclusivo de la Terapia de Grupo.

**Desarrollo de las técnicas de socialización.** El desarrollo de habilidades sociales básicas varía ampliamente dependiendo del tipo de grupo. Los pacientes profundizan en su comportamiento social maladaptativo a partir del sincero *feedback* (retroalimentación) que se ofrecen unos a otros.

**El comportamiento imitativo.** Los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro integrante que tiene problemas similares, un fenómeno que se denomina aprendizaje vicario.

**Catarsis.** La catarsis, o dar rienda a las emociones, se acompaña de una sensación de alivio emocional. Díaz Portillo (2000), menciona que es la verbalización acompañada de la expresión de sentimientos. Es un instrumento de comunicación, una parte del proceso interpersonal que conduce a poder decir lo que le molesta, aprender a expresar los sentimientos.

Es de primordial importancia compartir con los demás el propio mundo interior con el fin de ser aceptado en el grupo, es decir, ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas, y aún así ser aceptado por los demás.

Con el fin de que se produzca el cambio, los participantes, primero, tienen que experimentar algo con intensidad en el escenario grupal, y sufrir la sensación de catarsis que acompaña a dicha intensa experiencia emocional. Entonces, la persona debe proceder a integrar el suceso catártico a través de la comprensión de su significado, en el contexto del grupo, en el contexto de su vida exterior.

**Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.** Muchas personas inician la Terapia de Grupo con una historia de experiencias sumamente insatisfactorias en el seno de su primero y más importante grupo: la familia primaria. En la Terapia de Grupo es donde los pacientes pueden empezar a interactuar con los líderes o con otros miembros, tal como interactuaron en su momento con sus padres y hermanos. Es de vital importancia en la psicoterapia de grupo interactivo que estas formas de conflicto familiares tempranas se vuelvan a interpretar, y además que se recapitulen de forma correctiva. El líder de grupo no debe permitir relaciones que inhiban el crecimiento y que se congelen en el sistema rígido e impenetrable que caracteriza a muchas estructuras familiares, debe de examinar y cuestionar sus roles fijos existentes en el grupo y alentar continuamente a los miembros para que prueben nuevos comportamientos.

**Los factores existenciales.** La lucha primordial del ser humano es aquella que tiene lugar contra los hechos dados de la existencia: la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido. Los integrantes empiezan a darse cuenta de que la orientación y el apoyo que pueden recibir de los demás tienen un límite. Se dan cuenta de que es en ellos en quienes recae la responsabilidad final de autonomía del grupo y de la forma en que deben vivir su vida.

**Cohesión.** Es el campo resultante de todas las fuerzas que actúan sobre los miembros para que éstos permanezcan en el grupo; atracción del grupo hacia sus miembros; sentimiento de pertenencia al grupo. Depende de los miembros y determina su conducta y situación. Con la cohesión se tiende a formar relaciones significativas en el seno del grupo. Se desarrolla a partir de la unión de los individuos en torno a un objetivo común. Es la relación terapeuta-paciente. El comportamiento social exigido a los miembros para gozar de la estima de un grupo cohesivo también resultará adoptivo para el individuo en la vida social que mantiene fuera del grupo. Ofrece condiciones de aceptación y de comprensión. La cohesión en un grupo favorece la autoevaluación, el riesgo y la expresión constructiva del enfrentamiento y del conflicto. Todos esos fenómenos facilitan una psicoterapia exitosa. Los grupos muy cohesivos son grupos estables que disfrutan de mayor asistencia, compromiso y participación.

**Aprendizaje interpersonal.** Díaz Portillo (2000), refiere que es el análogo del *insight*, es la elaboración a través de la transferencia, la experiencia emocional correctiva y es un proceso técnico del encuadre del grupo.

Es el último factor curativo que menciona Yalom (1998), para definir y comprender la utilización de éste en la Terapia de Grupo, señala se deben estudiar cuatro conceptos subyacentes:

- Ψ La importancia de las relaciones interpersonales.
- Ψ La necesidad de experiencias emocionales correctivas para lograr el éxito de la psicoterapia.
- Ψ El grupo como microcosmos social.
- Ψ El aprendizaje de los patrones de comportamiento en el microcosmos social.

Con respecto a la **importancia de las relaciones interpersonales**, el autor menciona que contribuyen al desarrollo de la personalidad y a la génesis de la psicopatología. Las interacciones interpersonales pueden utilizarse en la terapia para comprender y para tratar los trastornos psicológicos.

Dado el prolongado periodo de indefensión de la infancia, la necesidad de aceptación interpersonal y de seguridad es tan crucial para la supervivencia del niño en desarrollo como cualquier necesidad biológica básica. Para asegurar y promover tal aceptación interpersonal, el niño acentúa, en la fase del desarrollo, aquellos aspectos de su comportamiento que son aprobados o que logran los fines deseados y suprime aquellos otros que engendran castigo o desaprobación.

En relación a las **experiencias emocionales correctivas**, cabe mencionar que el trabajo terapéutico consiste en una secuencia alterna de experimentación y expresión de afecto, de su análisis y comprensión.

La importancia de una experiencia emocional intensa y el descubrimiento por parte de los integrantes de que sus reacciones son inapropiadas son decisivas para la psicoterapia de grupo. El escenario grupal ofrece más oportunidades para la génesis de experiencias emocionales correctivas, ya que contiene una gran cantidad de tensiones intrínsecas, así como múltiples situaciones interpersonales, ante las cuales se debe reaccionar.

Para que las interacciones inherentes a un escenario grupal se traduzcan en experiencias emocionales correctivas, se necesita que:

- Ψ Los miembros consideren al grupo lo suficientemente seguro y capaz de presentarles apoyo como para estar dispuestos a expresar las diferencias y tensiones básicas.
- Ψ Exista el *feedback* –la retroalimentación- y la franqueza expresiva suficiente para enfrentarse eficazmente a la realidad

Por otro lado, dentro del **grupo como microcosmos social**, en cualquier momento afloran las tensiones y distorsiones interpersonales de cada uno de los miembros, de la misma forma en que sucede con otras personas fuera del grupo. Los participantes crean dentro del grupo el mismo tipo de mundo interpersonal que habita en el exterior. El grupo se convierte en un experimento de laboratorio en el que la fortaleza y la debilidad interpersonales se despliegan en miniatura. Lenta pero previsible, la patología interpersonal de cada individuo se exhibe ante el resto de los miembros del grupo. La arrogancia, la importancia, el narcisismo, el orgullo, la sexualidad; todos estos rasgos acaban por salir a la superficie y se representan dentro de los límites del grupo.

Debido a la amplia gama de experiencias emocionales correctivas que ofrece el escenario grupal, el proceso proporciona el **aprendizaje interpersonal**. A medida que cada uno de los miembros exhibe su patología interpersonal; y con la ayuda del *feedback*, cada uno de los miembros experimenta, detecta y modifica su comportamiento interpersonal inadaptado.

Por su parte Alexander F. (1965), menciona que a fin de poder recibir ayuda, los participantes deben sufrir una experiencia emocional correctiva adecuada para recuperar la influencia traumática de experiencias traumáticas anteriores. Esta experiencia se puede dar durante el tratamiento o en la vida diaria de las personas. Un ejemplo es el procedimiento llamado narcosíntesis. Durante la narcosis, la persona revive en la fantasía los peligros del combate que ha sido incapaz de dominar, emocionalmente, en la realidad. La presencia del terapeuta en quien confía, disminuye la intensidad de su angustia y se halla en mejores condiciones para hacer frente a la situación ante la cual habría otrora sucumbido.

En la relación transferencial, los integrantes tienen, de entre una gran diversidad de conductas, la oportunidad de manifestar cualquier modo de actuar. En esta relación, el dominio de un conflicto no resuelto se hace posible debido a que el conflicto transferencial es menos intenso que el original, y también a que el terapeuta adopta una actitud distinta de la asumida por el progenitor hacia el niño en la situación conflictiva original. Mientras los integrantes del grupo continúan actuando conforme a pautas anticuadas, la reacción del terapeuta se adapta estrictamente a la situación terapéutica real.

El mismo autor señala, que de esta forma el terapeuta tiene oportunidad de ayudarles a ver tanto intelectualmente como a sentir la irracionalidad de sus reacciones emocionales. La actitud objetiva, comprensiva, del terapeuta permite al paciente encarar de forma distinta sus reacciones emocionales y así hacer una nueva definición del viejo problema. La antigua pauta era un intento de adaptación por parte del niño a la conducta parental. Cuando la respuesta parental de esta relación interpersonal se modifica a través del terapeuta, la reacción de la persona pierde su objeto.

La dinámica en el tratamiento de éste factor curativo, es subrayar la repetición del viejo conflicto en la situación transferencial y destacar la similitud entre la antigua situación conflictiva y la situación transferencial.

### **3.8 Manejo Psicoterapéutico**

El proceso psicoterapéutico requiere la descripción de una considerable cantidad de elementos previos ya que es un proceso que fluye sobre las emociones y los sentimientos de los pacientes y el terapeuta.

Los instrumentos técnicos de los que dispone el terapeuta como: clarificación, confrontación, señalamiento e interpretación, además del encuadre, están al servicio de los aspectos emocionales que se generan en la relación entre terapeuta-paciente y viceversa, es decir en la transferencia y contratransferencia.

El proceso de psicoterapia es el resultante de las aportaciones del terapeuta y paciente, su devenir y el resultado del proceso, el cual también depende de las contribuciones de ambos. En este proceso se describen los diferentes movimientos emocionales de uno y de otro participante de la relación terapéutica. Es decir, por parte de los integrantes del grupo se describe la transferencia al grupo, lateral y central, se aborda el concepto de resistencia y el mundo externo. Por parte del terapeuta se describe la contratransferencia y los tipos de intervención verbal.

### 3.8.1 La Transferencia

En el lenguaje común la transferencia es el acto de transferir, es decir, ceder a otro, llevar una cosa de un lugar a otro.

En el lenguaje psicoterapéutico, Talarn en Espada y Bullich (1994), señala que la transferencia es trasladar ciertas emociones, vivencias, reacciones de un lugar a otro, de un tiempo (pasado) a otro (presente) en el transcurso de la vida. Las personas viven con el influjo constante de la propia historia. Por lo tanto en el aquí y ahora se está siempre produciendo una activa combinación de elementos reales y de elementos vividos con anterioridad.

El mismo autor menciona que la transferencia es un fenómeno universal, se da en todo y en toda situación. Se basa en la premisa de que se conserva siempre algo de lo que se ha vivido o sido con anterioridad. Supone una superposición de situaciones pretéritas a situaciones actuales, quedando, estas últimas más o menos deformadas en función de esta superposición. De esta forma la transferencia se da en todas las relaciones humanas y también en la relación terapeuta-paciente dentro del espacio psicoterapéutico.

Sin embargo, el concepto de transferencia dista mucho de poseer un único sentido, como menciona Poch Joaquín en Espada y Bullich (1994), quien señala que cada comunicación verbal o no verbal es vista como una transferencia. Además de presentar una revisión hecha por Sandler, Dare y Holder, (1969) donde se considera la transferencia de la siguiente forma:

- Ψ Como referida a la alianza de trabajo.
- Ψ Como el surgimiento de sentimientos y actitudes infantiles que son dirigidos a la persona del terapeuta.
- Ψ Como una defensa o exteriorización en la relación con el terapeuta.
- Ψ Como pensamientos, actitudes, sentimientos, fantasías y emociones inapropiadas que son re-actualizaciones del pasado.
- Ψ Como todos los aspectos de la realización de los integrantes hacia el terapeuta.

Por su parte Foulkes (1981) citado en Díaz Portillo (2000), indica que los grupos psicoterapéuticos son grupos de transferencia, ya que sus miembros pueden utilizarse mutuamente como figuras de transferencia, al igual que al terapeuta. Señala que las relaciones se efectúan dentro de un marco mucho más complejo que en la situación individual y no pueden explicarse aplicándoles el término de transferencia, asimismo refiere que el objetivo primordial en el proceso psicoterapéutico es hacer consciente el trasfondo inconsciente de los problemas de ajuste actual y no la resolución de los conflictos infantiles en transferencia.

Con relación a la transferencia en la Psicoterapia de Grupo, Miró i Coll (1988) en Espada y Bullich (1994), señala que los comportamientos y expresiones que aparecen en el grupo deben considerarse transferenciales, es decir, derivados de relaciones objetales primitivas.

Considera se deben de abordar a través de tres formas diferentes:

- a) Interpretaciones transferenciales individuales, relacionadas con las interacciones en el grupo o no.
- b) Interpretaciones transferenciales en relación con el grupo como objeto.
- c) Interpretaciones transferenciales grupales en relación con el terapeuta.

El mismo autor refiere que en los inicios del grupo, cuando éste no está bien organizado, se han de realizar interpretaciones transferenciales individuales, aun cuando se les intenta relacionar con el grupo. Dependiendo del grado de abstracción y de interacción que se logra en el grupo y a medida que el grupo se va constituyendo con más firmeza, se pueden realizar interpretaciones de transferencia grupal.

Por su parte Bejarano (1972) en Díaz Portillo (2000), señala la transferencia múltiple y se refiere a la transferencia de varias personas sobre el terapeuta y a la de los integrantes. Refiere que los objetos transferenciales en el interior del grupo son:

- Ψ El monitor (transferencia central)
- Ψ Los otros participantes (transferencias laterales)
- Ψ El grupo como tal (transferencia al grupo)
- Ψ El mundo exterior

Con respecto a lo anterior Díaz Portillo (2000), señala que dentro del grupo las transferencias siguen el modelo de desarrollo familiar. El terapeuta representa al padre, los miembros del grupo a los hermanos y el grupo en su conjunto a la madre.

Díaz Portillo (2000), describe cada uno de los objetos transferenciales de la siguiente forma:

### **3.8.2 La Transferencia Central**

En el inconsciente de los integrantes se despierta la representación de los padres todopoderosos de la infancia, protectores y temibles, que se proyectan en el terapeuta, quien en otros momentos también representa a la madre fálica-narcisista infantil, al superyó o a algún líder de la adolescencia que ha desempeñado un papel normativo importante.

El grupo reactiva tempranos procesos de identificación que unen a los miembros en una fantasía compartida, en busca de atención y apoyo por parte de un líder-padre mágico. Al terapeuta, el grupo le confiere poderes sobrehumanos, le da a sus palabras un peso y sabiduría excesiva. Todo progreso se atribuye a él, de quien con frecuencia se espera que adivine las necesidades de los integrantes sin que tengan que expresarlas, lo que implica eliminar los límites entre su yo y el terapeuta.

La acusación más frecuente contra el terapeuta es que es frío, distante, inhumano, lo que en parte puede ser real, más sin embargo se debe a la necesidad de los integrantes de que el terapeuta sea más que humano para protegerlos contra la ansiedad. Es así que el terapeuta frustra las necesidades de dependencia de los miembros, que se unen contra él en la rebelión y desafío, unión que facilita la expresión de los deseos libidinales y agresivos prohibidos. Los integrantes intentan obtener unos de los otros la gratificación que no pudieron conseguir del terapeuta y parecen retarlo continuamente.

De esta forma y durante mucho tiempo, las interacciones en el grupo son producto de la transferencia a compañeros y terapeuta de relaciones objetales complicadas, inestables, que constantemente cambian.

### **3.8.3 La Transferencia al Grupo**

Para la identificación con la entidad grupo se atribuye al mismo un significado emocional, esto es de forma consciente y útil para la satisfacción de necesidades.

A nivel inconsciente, el grupo se instaura como “grupo madre”, en un estado de bienestar libre de conflictos, representado por la posesión exclusiva de la imago materna quien es gratificadora de necesidades. De ésta forma, el grupo participa en las respuestas como un todo, en busca de obtener mayor gratificación del terapeuta. La transferencia al grupo como un todo, como la buena madre-grupo, brinda una fuente de comodidad y apoyo, pero también es resistencial e implica el sacrificio de elementos del ego para beneficio del grupo.

El grupo funciona como buena madre a través de:

- a) Dar una nueva vida al miembro.
- b) Confirmarlo como persona valiosa para el *self* grupal narcisista.
- c) Contenerlo dentro del encuadre grupal.
- d) Aceptarlo en la expresión de todas sus características y necesidades.

La identificación de los integrantes con el grupo como un todo satisface el deseo de unión exclusiva del niño con su madre. Se percibe al grupo-madre simbólico en términos puramente positivos.

Los malos aspectos de la madre real (limitaciones, psicosis o perversiones) se manejan en la infancia a través de la negación y escisión de los buenos atributos que se idealizan. Estos mecanismos se utilizan en el grupo para defenderse de los aspectos malos del grupo y proyectarlos en el terapeuta, un chivo expiatorio u otro grupo, en quienes se atribuye la frustración, enojo y odio. La escisión de la transferencia entre el terapeuta y el grupo como un todo expresa las dos facetas de la madre una buena y otra mala que se presentan de forma intercambiable.

El grupo “madre-mala” reactiva temores narcisistas y se percibe como:

- a) Hiperdemandante ya que impone los valores del grupo sobre el individuo sin dejar la libertad para ser él mismo.
- b) Devorador por la amenaza a sus miembros de la pérdida de la individualidad, llevándose sus méritos y posesiones.
- c) Carente de reciprocidad al sentir los integrantes que el grupo puede sobrevivir sin ellos, así como la madre no necesita del bebé para sobrevivir biológicamente, mientras que él si depende de ella.
- d) Intrusivo al tratar el grupo de interferir sobre asuntos secretos y privados.
- e) Fanatiza a través de la conducta nosotros-ellos.

De éste grupo “madre-mala” se teme su rabia eruptiva, que trague, dañe, abandone y deje morir de inanición; estos temores producen la misma reacción que se tuvo con la madre pero en una versión moderna.

El “buen” grupo funciona como defensa contra el grupo (madre) “malo”.

### **3.8.4 La Transferencia Lateral**

Frente a la personalidad, conducta, lenguaje y comunicación de los demás, el individuo reacciona en términos de atracción o repulsión de forma irracional, lo que corresponde a distorsiones transferenciales.

Dentro del grupo los sentimientos hacia personas importantes en las etapas tempranas de la vida se actúan, verbalizan, desplazan y proyectan

sobre los compañeros, en especial sobre aquellos que por su aspecto físico, modales o logros, se pueden parecer a los modelos tempranos y de esta forma resultan objetos de inmerecido e irreal afecto, identificación, dependencia, hostilidad, rivalidad o celos.

Los miembros responden a los roles transferenciales que sus compañeros les depositan.

Cuando los integrantes del grupo adquieren consciencia sobre las cualidades transferenciales de su relación con los demás miembros del grupo, comienza a sentirse a disgusto con el conocido papel en el que siempre cae con malos resultados.

La diversidad de escenas externas que surgen en el grupo “invitan” a la escena interna a desplazar y/o condensar la fantasía inconsciente. Las formas en que se manifiesta la transferencia varían durante el ciclo vital del grupo.

La confianza horizontal que se desarrolla en el grupo constituye para algunos miembros del grupo, la única alianza terapéutica que han conseguido en su vida. Los otros integrantes proporcionan apoyo empático al compañero ante la experiencia transferencial que puede ser aterrador y dolorosa cuando se vive al terapeuta como objeto malo.

### **3.8.5 El mundo exterior**

El mundo exterior se utiliza para desplazar el temor a los objetos malos en los que implica temas y angustia a las posiciones esquizoparanoide y depresiva. El objeto transferencial “mundo externo” tienen una relación recíproca con el mundo interno, de tal forma que uno es el espejo, proyección e incorporación del otro, incluso su realización fantaseada y real.

Se visualiza al mundo exterior como contenedor de todos los impulsos y características primitivas, indeseables e inaceptables. En ocasiones se vive como contenedor, buena madre o por el contrario, como madre idealizada o demandante.

Por su parte Vinogradov y Yalom (1996), mencionan que la transferencia que los miembros del grupo desarrollan hacia el terapeuta es un poderoso acontecimiento de gran potencial terapéutico ya que todos los demás miembros del grupo pueden examinar y evaluar la reacción poco realista o estereotipada de un miembro hacia el terapeuta. Señalan que los miembros del grupo contemplan al terapeuta bajo una luz poco realista, y que la fuente de la verdadera transferencia o sublimación del afecto que se sentía por un objeto anterior es alguna figura paterna temprana.

Los autores señalan que hay integrantes en los grupos cuya mejoría depende del aprendizaje interpersonal del trabajo de transferencia orientado hacia los compañeros del grupo.

Para estos autores existen dos enfoques fundamentales para resolver la transferencia en la terapia de grupo:

- a) **Validación consensuada.** Donde el terapeuta anima al paciente a que compare sus impresiones de un acontecimiento que ha tenido lugar en el grupo con las de los demás miembros.
- b) **La transparencia del terapeuta.** Donde los terapeutas deben aprender a responder a los integrantes del grupo fielmente, compartir sus sentimientos de una manera juiciosa y responsable, y a admitir o refutar motivos y sentimientos que se les atribuyan. Es decir deben estudiar sus puntos débiles y demostrar respeto hacia la retroalimentación que le ofrecen los miembros del grupo.

Para finalizar la parte de la transferencia, es importante mencionar que la interpretación de los sentimientos transferenciales y de las defensas contra ellos propicia la regresión y la búsqueda de soluciones realistas, ya que recordar es recuperar lo disociado por el conflicto y esto ayuda a que se amplíen los recursos yoicos.

### **3.8.6 La Contratransferencia**

La contratransferencia consiste en proyectar sobre el paciente sentimientos que en realidad el terapeuta sintió hacia otras personas del pasado, y ahora son transferidos hacia el paciente (González Núñez y Rodríguez, 2002).

Para Eskelinen (1981) citado en Espada y Bullich (1994), la contratransferencia es el conjunto de respuestas emocionales del terapeuta ante las comunicaciones de su paciente. Estas respuestas emocionales son un aliado para entender, “captar” y poder analizar la transferencia del paciente.

Es así que gracias a la contratransferencia el terapeuta puede ayudar al paciente. Ya que frente a los sentimientos observados y desplegados del paciente, el terapeuta siente, observa y se estudia a sí mismo, sólo de ésta forma el terapeuta puede ayudar, al sentirse como un ser humano que ayuda y no un “robot” que interpreta mecánicamente lo que su paciente le dice.

El mismo autor agrega que si las respuestas emocionales del terapeuta están ligadas a sus conflictos infantiles no resueltos se produce un sesgo

que imposibilita comprender al paciente, a lo que se llama “reacciones contratransferenciales” ó “contratransferencia anormal”.

Winkler (1989), señala que en el terapeuta se convocan sucesos no forzosamente personales, muchas veces otras escenas de su misma experiencia clínica, que producen en él determinadas emociones. Así se recupera algo, entre pasado y presente, y entre efectos “propios” de su experiencia de vida y de sus afectos.

Para Greenson (1994), la contratransferencia puede verse a través de algunos aspectos que comprenden la relación de objeto. Puede tomar la forma de sentimientos, pulsiones, deseos, temores, fantasías, actitudes, ideas o defensas.

Retomando a Díaz Portillo (2000), ella define a la contratransferencia como la actividad y respuestas emocionales inconscientes del terapeuta a las transferencias del paciente. Señala que es una conducta inducida, inconsciente, involuntaria, irracional, inapropiada y temporalmente gratificante a las demandas transferenciales del paciente, que da por resultado una oscilación entre gratificación y frustración, que afecta en forma adversa la técnica terapéutica. Los sentimientos y actitudes irracionales del terapeuta corresponden a sus propios valores y dinámica inconsciente.

La misma autora agrega que la contratransferencia es más compleja y visible en el grupo ya que el terapeuta no tiene la seguridad del anonimato. Los integrantes del grupo observan su conducta, apariencia, interpretaciones. Registran su estado emocional en relación con el acontecer grupal y los sucesos externos a las sesiones psicoterapéuticas. La observación por parte de este conjunto heterogéneo de personas hace que las respuestas del terapeuta difieran de lo que sucede en la situación individual. Sus reacciones son distintas con respecto a cada miembro y también pueden variar hacia el mismo integrante en distintos momentos.

Por su lado Antoni Talam en Espada y Bullich (1994), plantea que la contratransferencia del terapeuta al ser observador obliga a que éste muestre de sí mismo tan solo lo estrictamente necesario. Agrega que el tratamiento personal del terapeuta y la supervisión del trabajo terapéutico con un profesional de mayor experiencia ayudarán en la “objetividad” de la contratransferencia, al resolver los conflictos infantiles del terapeuta.

Al respecto, Mitjavila García en el mismo texto, retoma la importancia de la supervisión hecha por un terapeuta experto, quien al no estar implicado en los vínculos e interacciones de forma directa, tendrá una mejor perspectiva para detectar lo que denomina inconsciente que se estructura en la relación terapéutica entre los dos *partenaires*. Tal supervisión evita el principal riesgo de que el terapeuta quede totalmente atrapado, sin darse

cuenta en la interacción patológica que se ha generado entre él y su paciente, a partir de él, de la inexperiencia y patología del terapeuta. A dicha situación la conceptualiza como contratransferencia.

### **3.8.7 La Resistencia**

Díaz Portillo (2000), señala que las resistencias son obstáculos en el proceso terapéutico y constituyen una manifestación del tratamiento.

El concepto de resistencia según Ibáñez Guerra y Caro Gabalda (1982) en Espada y Bullich (1994), se refiere a cualquier inclinación, idea o sentimiento, actitud o acción, es decir cualquier cosa que el paciente hace de forma consciente o inconsciente, que fomenta el *status quo* e impide el desarrollo. En el proceso de descubrimiento que supone el tratamiento terapéutico psicodinámico, es sencillo que el paciente se sienta amenazado al ir revelando cada vez más conflictos inconscientes, al ocurrir, el paciente manifiesta resistencia, la cual en algunos casos puede ser entendida como transferencia negativa.

De acuerdo con Greenson (1994) citado por Arriaga (2007), la resistencia opera por medio del yo del paciente y, aunque algunos aspectos de una resistencia puedan ser conscientes, la parte esencial la desempeña el inconsciente.

En la misma línea, Díaz Portillo (2000), refiere que cuánto más débil es el yo, más fuertes son las defensas y resistencias a tolerar el surgimiento de material inconsciente.

La causa inmediata de una resistencia es siempre la evitación de algún afecto doloroso como la ansiedad, la culpabilidad o la vergüenza (Arriaga, 2007).

Con respecto a la resistencia en la Psicoterapia de Grupo Díaz Portillo (2000), menciona que en el tratamiento grupal los miembros tienen que lidiar con sus defensas y resistencias, además de lidiar con las de los otros miembros del grupo. Señala que la resistencia en el grupo proviene de las siguientes fuentes:

- a) Temor a perder el equilibrio psíquico logrado hasta el momento en que se ingresa al grupo.
- b) La terapia frustra porque cuestiona y presiona hacia el cambio de conductas y motivaciones neuróticas, mismas que gratifican necesidades inconscientes.
- c) Revelar pensamientos, acciones, recuerdos y sentimientos que se viven prohibidos o criticables produce culpa y amenaza la autoestima.

- d) La fachada social exitosa es inútil en el grupo, no protege como en el mundo externo de cuestionamientos y ataques, lo que produce frustración, angustia y enojo.
- e) Fallas del terapeuta, desde la selección de los pacientes, el momento de incluir nuevos miembros, su actitud autoritaria, incapacidad para proteger el encuadre y a los miembros del grupo de impulsos y sentimientos vergonzosos o dolorosos, carencia de empatía, entre otros.

### **3.8.8 Tipos de intervención verbal del Terapeuta**

Con respecto a la intervención verbal del terapeuta, Fiorini (1992) citado en Arriaga (2007), propone un inventario que puede servir como un repertorio de herramientas en la psicoterapia. El inventario incluye los siguientes tipos de intervención:

1. Interrogar. Consiste en pedir datos precisos, ampliaciones y aclaraciones del relato al paciente. Implica trabajar sobre las situaciones de realidad del paciente e indagar la complejidad psicológica de las mismas, así como consultar las limitaciones y distorsiones de la consciencia del paciente por medio de sondear.
2. Proporcionar información. Aclarar al paciente elementos sobre algún tema de apoyo como: higiene sexual, perspectivas de la cultura adolescente actual, o problemáticas sociales de las mujeres, etc; incluso también se le puede aclarar sobre ciertos aspectos de la dinámica de los conflictos intrapsíquicos.
3. Confirmar o rectificar. La *rectificación* permite poner de relieve las contradicciones del discurso del paciente, las limitaciones del campo de la consciencia, y el papel de las defensas. En este sentido, es importante observar cómo interpreta el paciente el aporte rectificador del terapeuta (asunción, aceptación formal, negación, o vuelta a su perspectiva anterior). La *confirmación* puede contribuir a consolidar en el paciente una confianza en sus propios recursos yoicos, lo que implica que toda ocasión en la que el terapeuta pueda estar de acuerdo con la interpretación del paciente es oportuna para estimular su potencial de crecimiento.
4. Clarificar. El objetivo de estas intervenciones consiste en lograr un despeje en la maraña del relato del paciente a fin de separar los elementos significativos del mismo. Se puede clarificar mediante una reformulación sintética del relato.
5. Recapitular. Este tipo de intervención estimula el desarrollo de la capacidad de síntesis, llevando a cabo un resumen de puntos

esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento.

6. Señalar. Actúa como un estímulo en el paciente para el desarrollo de una nueva manera de percibir su propia experiencia. Los señalamientos dan la oportunidad de modificar los datos presentados por el paciente, y son el trabajo preliminar que sienta las bases para interpretar el sentido de ciertas conductas que el paciente lleva a cabo.
7. Interpretar. Particularmente en las psicoterapias de esclarecimiento, la interpretación es un instrumento esencial como agente de cambio, ya que implica el poder pasar del nivel de los hechos al de las significaciones y al manejo singular que hace el sujeto de esas nuevas significaciones.
8. Sugerir. El terapeuta puede proponer al paciente conductas alternativas, lo orienta hacia ensayos originales promoviendo la acción en diferentes direcciones y en busca de obtener *insights* desde nuevos ángulos.
9. Intervenciones directivas. Hace referencia a indicar de forma específica la realización de ciertas conductas con carácter de prescripción. Propiamente serían actitudes claves a evitar o ensayar fuera de la relación terapeuta-paciente.
10. Operaciones de encuadre. Estas intervenciones comprenden todas las especificaciones relativas a la modalidad espacial y temporal que habrá de asumir la relación psicoterapéutica: lugar, ubicación en él de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, retribuciones, etc.
11. Meta-intervenciones. Tienen como finalidad comentar o aclarar el significado de haber puesto en juego cualquiera de las intervenciones anteriores.

Para finalizar el Capítulo, se concluye que la Psicoterapia de Grupo es una alternativa psicoterapéutica útil para el tratamiento de padecimientos emocionales, donde el grupo se vive como un solo individuo ante este proceso y en donde se utiliza una amplia gama de recursos para solucionar la problemática enfocada.

## **CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA**

### **4.1 Problema de Investigación**

El problema de investigación que se trabajó fue a partir de los resultados que arrojó el Examen Médico Automatizado, Generación 2007 del CCH Plantel Sur, donde se encontró que el 10% de alumnos de nuevo ingreso presentaban rasgos de depresión en distintos grados, dato importante que se genera sobre la base de 350 alumnos aproximadamente y que se ha repetido en generaciones anteriores.

Esta cifra es significativa y digna de tomarse en cuenta, ya que este padecimiento puede afectar el desarrollo académico y personal del alumno y provocar situaciones como: reprobación de materias, deserción en sus estudios, fármaco-dependencia, embarazos no deseados, intento de suicidio o consumación del mismo, por mencionar algunas problemáticas que intervienen en el proyecto de vida del Adolescente.

Ante esta problemática, se trabajó Psicoterapia de Grupo para intervenir de forma oportuna en la Depresión, brindándoles recursos emocionales para evitar consecuencias futuras y a su vez, favorecer su desarrollo integral.

Por otra parte se propuso que la intervención sea de grupo para atender a un mayor número de alumnos.

### **4.2 Pregunta de Investigación**

¿Existen diferencias en los resultados de las escalas básicas del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), que se aplicó al inicio para la selección del grupo y los resultados de las escalas básicas del MMPI-A que se aplicó al final del proceso de psicoterapia?

¿Cuáles son los efectos de la psicoterapia de grupo en Adolescentes con rasgos depresivos del CCH SUR?

### **4.3 Objetivo**

Disminuir el grado de depresión en adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Sur, (detectado por el Examen Médico Automatizado EMA y confirmado por el MMPI-A), a través de la Psicoterapia Grupal con objetivos específicos y tiempo limitado.

## **4.4 Hipótesis**

### **Hipótesis Alterna**

El tratamiento grupal para Adolescentes les permite mejorar en la depresión diagnosticada por el Examen Medico Automatizado (EMA) y confirmado por el MMPI-A.

### **Hipótesis Nula**

El tratamiento grupal para Adolescentes no influye en la mejora de la depresión diagnosticada por el EMA y confirmado por el MMPI-A.

## **4.5 Método**

### **4.5.1 Instrumento**

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), utilizando sólo las escalas básicas.

### **4.5.2 Población**

Se formó un grupo de 6 alumnos de primer ingreso que presentan rasgos depresivos.

### **4.5.3 Escenario**

Plantel Sur del Colegio de Ciencias y Humanidades.

### **4.5.4 Diseño de investigación**

Preprueba-posprueba con un solo grupo. Es decir, al mismo grupo se le aplicó el MMPI-A previo al tratamiento de psicoterapia, después el tratamiento psicoterapéutico y al final se aplicó nuevamente el MMPI-A.

### **4.5.5 Diseño de Psicoterapia**

Se utilizó Psicoterapia de Grupo con objetivos específicos y a tiempo limitado desde la orientación psicodinámica. Se realizó una vez por semana durante cuatro meses, es decir, dieciséis sesiones de noventa minutos de duración cada una, con base a la propuesta siguiente:

El trabajo grupal se llevó a cabo a través de técnicas como: esclarecer, interpretar, confrontar, amplificar conocimientos, aplicar en el quehacer personal.

## Diseño de Psicoterapia

<b>Fase Inicial</b>	<b>Fase Intermedia</b>	<b>Fase Final</b>
<p>Nº sesiones: 2</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación de trabajo con cada uno de los integrantes del grupo de psicoterapia y con el grupo mismo.</li> <li>• Motivar para la asistencia regular y para la participación en la psicoterapia grupal.</li> <li>• Conocer la situación emocional ó las problemáticas por las que atraviesan cada uno de los integrantes.</li> <li>• Aclarar las metas de la psicoterapia de grupo y la forma de trabajo en las sesiones.</li> <li>• Definir el Encuadre del Trabajo grupal: en el cual se define el lugar, día, hora y número de sesiones.</li> <li>• Se busca establecer el compromiso para asistir puntualmente a las sesiones y a participar con respeto, tolerancia, confidencialidad y competencia.</li> </ul>	<p>Nº sesiones: 12</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar la situación inconsciente que produce la depresión en los integrantes del grupo, así como los factores ambientales que la detonan.</li> <li>• Promover una actitud de cambio a partir del reconocimiento de dichos factores, basándose en los siguientes factores curativos (Yalom) que operan en la psicoterapia de grupo: Universalidad, Desarrollo de técnicas de socialización, Comportamiento imitativo, Catarsis, Recapitulación correctiva del grupo familiar primario, Factores existenciales, Cohesión del grupo, Aprendizaje interpersonal.</li> <li>• Ayudar a los integrantes a observarse y reconocer las situaciones que les generan ansiedad y depresión para poder trabajar sobre dicha situación.</li> <li>• Traducir el insight en acción.</li> </ul>	<p>Nº sesiones: 2</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar sí hubo mejoría en los conflictos emocionales de los integrantes del grupo.</li> <li>• Aplicar MMPI-A y comparar los resultados con los de la primera aplicación.</li> </ul>

## 4.6 Procedimiento

Para la presente investigación se recurrió a la Unidad de Servicios Médicos del Plantel Sur, para solicitar los datos de los alumnos de segundo semestre de la Generación 2007 que fueron detectados por el Exámen Médico Automatizado (EMA) con rasgos de Depresión.

Los alumnos de quienes nos brindaron los datos ya habían asistido a una entrevista con uno de los médicos donde se corroboró el padecimiento desde el punto de vista médico.

La Unidad de Servicios Médicos proporcionó el dato de veinticuatro alumnos detectados con depresión, de los cuales dos de ellos ya estaban en tratamiento Psiquiátrico por lo que ya no fueron requeridos para aplicarles la Prueba MMPI -A.

Se eligieron a veinte alumnos, con rasgos depresivos según los resultados de la Encuesta Médica Automatizada 2007.

Se obtuvieron los horarios de los alumnos y se procedió a visitarlos para informarles que asistieran a la aplicación del examen MMPI-A y a una entrevista inicial. El objetivo de aplicar el MMPI-A fue seleccionar a los alumnos que más requirieran del Tratamiento Psicológico en el plantel para su beneficio personal, basándonos en la presencia de rasgos depresivos, y el nivel de compromiso para asistir al número de sesiones pactadas de la psicoterapia grupal en los resultados del inventario.

Se les citó a los candidatos el día 27 de febrero del presente año, en la sala 3 de Audiovisual para la aplicación de dicho examen, a la cual ninguno de los alumnos asistió.

Se estableció contacto telefónico para invitarlos y posteriormente en la siguiente semana se les visitó para aplicarles la prueba de personalidad de manera individual al término de sus clases. A todos los integrantes se les aplicó junto con el MMPI-A, una ficha de identificación para tener un breve panorama de ellos, en la misma se les preguntó sobre sus datos personales, actividades de recreación en su tiempo libre, situación actual de salud física y estado de ánimo actual. (Ver Anexo 1)

Se les notificó que se iban a evaluar las pruebas. Después de obtener los resultados se les informó a los alumnos que participarían en la Psicoterapia de Grupo, la cual se les brindaría de manera gratuita por parte del Plantel, con el objetivo de apoyar su desarrollo personal.

Por otra parte, una profesora que imparte la materia de matemáticas nos informó que ella percibía a dos de sus alumnos de manera diferente al resto de los alumnos, por lo que nos pedía de manera especial que los incorporáramos a la Terapia Grupal. Dichos alumnos no presentaron el EMA lo que generó que sus datos no estuvieran en la Unidad de

Servicios Médicos. Sin embargo al aplicarles la prueba MMPI-A, uno de ellos tuvo las escalas de depresión elevadas por lo que se le incluyó en el programa de Psicoterapia de Grupo.

Al evaluar los resultados de las pruebas, se corroboró que los alumnos presentaban problemas emocionales que se manifestaban en conductas impulsivas, de rebeldía y de agresión, asimismo presentaban rasgos de depresión. Once de ellos tenían algunas de las escalas (Dp, D, Pa, por mencionar algunas) por encima de los parámetros normales.

La selección se basó en once alumnos, de los cuales se pretendió equiparar al grupo con cinco mujeres y cinco hombres. Sin embargo, dentro de la muestra sólo dos hombres presentaron los puntajes necesarios para ser candidatos a ingresar al grupo de psicoterapia.

A estos once alumnos se les convocó a una reunión informativa previa al inicio de la Psicoterapia de Grupo el día lunes 3 de marzo del 2008, para comunicarles que con base en los resultados de la Prueba MMPI-A, fueron seleccionados para participar en la Psicoterapia, la cual tendría una duración de 16 semanas, y sería en la Sala de Lectura número 3 para profesores, dentro de las Instalaciones del Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación (SILADIN), en el Plantel.

Se les comentó que el objetivo de la Psicoterapia Grupal era brindarles un espacio donde pudieran compartir las situaciones que les generaban problemas y se buscaran soluciones, de tal forma que disminuyera su depresión.

A esta reunión informativa sólo asistieron dos adolescentes quienes confirmaron su participación en la Psicoterapia de Grupo.  
(Caso 1 y Caso 5).

En los días siguientes se visitó en su salón de clases a los alumnos seleccionados que no asistieron a la reunión informativa para brindarles la información antes mencionada y confirmar su asistencia en la Psicoterapia Grupal.

De la lista de alumnos seleccionados, Caso 7 mencionó que no le interesaba participar en dicha Psicoterapia; Caso 8 refirió que tenía cosas más importantes como ir al billar con las chicas guapas que le gustaban y por eso no asistiría a la primera sesión; Caso 3 comentó que no podía asistir a la primera sesión ya que tenía un compromiso muy importante, y que haría lo posible por asistir a la segunda ya que tenía cita con el médico; Caso 9 se le trató de localizar pero fue imposible ya que su teléfono estaba desconectado y en la escuela no se le encontró en los salones; Caso 10 dijo que les informaría a sus papás y que asistiría a esa sesión para notificar su participación o no dentro del grupo de Psicoterapia, sin embargo no asistió; Caso 11 refirió que no podía asistir porque tenía otra actividad en el horario establecido.

Caso 1, Caso 2, Caso 4, Caso 5 y Caso 6 confirmaron su asistencia al conocer que era una alternativa que les brindaba el plantel para apoyar su desarrollo personal, que era gratuita y que les traería beneficios personales.

Se pretendió conformar al grupo por dos hombres y ocho mujeres, quienes salieron candidatos a partir del MMPI-A. Sin embargo, se inició con cinco integrantes, se incluyó posteriormente uno y se concluyó con dos.

La Psicoterapia Grupal inició el día viernes 7 de marzo en el horario de 13:00 a 14:30 Hrs.

Se trabajó con terapeuta y co-terapeuta en formación, ambas mujeres.

A la primera sesión sólo asistieron cinco integrantes. Caso 1, Caso 2, Caso 4, Caso 5 y Caso 6. Se trabajó el encuadre y la presentación, recordándoles que la Psicoterapia tenía una duración de dieciséis semanas y se acordó asistir de forma puntual. Cabe mencionar que a pesar que se reservó la Sala de Lectura durante los cuatro meses que duraría la Psicoterapia de Grupo, en la primera sesión la sala estaba ocupada, debido a una actividad del plantel. Por tal motivo se nos asignó otra sala sin previo aviso y con la consabida alteración del encuadre.

Se inició grabando el sonido de las sesiones (uno y dos) en audio cassette. Para el uso de la grabadora se recurrió al apoyo del Departamento de Audiovisual del Plantel, la grabadora que se nos facilitó estaba en mal estado por lo que la calidad de la grabación y la reproducción del audio fueron de deficientes. Por tal motivo, para las siguientes sesiones se utilizó la cámara de video y se manejó solamente la grabación del audio, conservando la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Cada cassette que se grabó, se llevó al Departamento de Audiovisual donde se transfirió el audio al formato de DVD.

Para la siguiente sesión, el Colegio cerró sus instalaciones debido a una Jornada de Balance Académico. Se les informó a los alumnos vía telefónica que aunque ellos no tuvieran clases la sesión de terapia no se cancelaría. Los participantes tendrían libre acceso al Plantel. A la segunda sesión sólo asistieron Caso 1, Caso 2 y Caso 4. Por su parte Caso 5 avisó vía telefónica que no asistiría debido a que no habría clases.

En esa semana Caso 6 fue a la Unidad de Servicios Médicos a solicitar se nos avisara que no asistiría más a la psicoterapia porque no podía.

En la tercera sesión se incorporó Caso 3 y además asistieron Caso 1 y Caso 2 y Caso 4.

Para la cuarta sesión solo asistió Caso 2. La siguiente semana se les llamó por teléfono para recordarles y confirmar su asistencia a la sesión, la mayoría de ellos confirmó, sin embargo en la fecha programada para la quinta sesión (11 de abril de 2008) el plantel fue tomado por cuestiones políticas y la sesión no pudo realizarse. Es así, que se recorrió la sesión y se realizó en la siguiente semana, a la cual asistieron Caso 1, Caso 2 y Caso 3.

De la sesión seis a la nueve no hubo imprevistos por parte del plantel, asistieron a la mayoría de las sesiones Caso 1, Caso 2 y Caso 3.

Para la sesión diez no asistió nadie, así que se les hizo un recordatorio vía telefónica y nuevamente se recorrió la sesión. Caso 1 y Caso 3 confirmaron su asistencia, a Caso 2 no se le encontró y se le dejó un mensaje con su hermana. A la sesión sólo asistió Caso 3, lo que se repitió en la sesión once. A partir de la sesión doce se presentaron Caso 1 y Caso 3.

En las sesiones once y doce sólo asistió Caso 3.

De las sesiones trece a la dieciséis asistieron Caso 1 y Caso 3.

Debido a que el plantel se cerró una vez, y a que ningún participante se presentó en la sesión diez, se tuvo que ampliar el periodo programado para la realización de las sesiones y se concluyó la Psicoterapia Grupal hasta el mes de julio de 2008.

Los datos generales de los participantes se pueden observar en la tabla A y la asistencia a las sesiones se muestra en la tabla B.

## CAPÍTULO V. RESULTADOS

### Presentación de casos clínicos

A continuación se presentan los datos generales de los participantes y la relación de asistencia a cada una de las sesiones. Se muestran los resultados obtenidos a partir del MMPI-A en la aplicación inicial y posterior al proceso.

La evolución del proceso terapéutico se presenta a través de las relatorías de cada una de las sesiones y se puede observar en el Anexo 2.

Para el análisis de resultados, y con el fin de mantener la confidencialidad, se presenta a cada uno en forma de casos: Caso 1, Caso 2, Caso 3, etc. En total, fueron seis casos los que conformaron el grupo psicoterapéutico. Cabe señalar que el Caso 3, se integró al grupo en la tercera sesión.

Todos los integrantes fueron estudiantes de segundo semestre y de estado civil soltero.

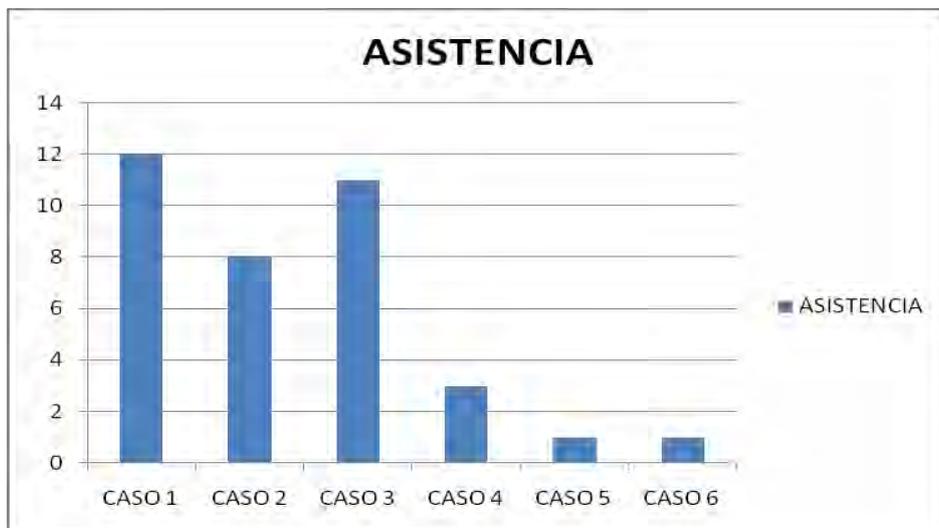
Tabla A. Datos generales de cada uno de los participantes del grupo terapéutico.

<b>Caso No. 1</b> Sexo: Femenino. Edad: 16 años.	<b>Caso No. 2</b> Sexo: Masculino. Edad: 17 años.
<b>Caso No. 3</b> Sexo: Femenino. Edad: 16 años.	<b>Caso No. 4</b> Sexo: Femenino. Edad: 16 años.
<b>Caso No. 5</b> Sexo: Femenino. Edad: 16 años.	<b>Caso No. 6</b> Sexo: Femenino. Edad: 16 años.

Tabla B. Asistencia de los participantes del grupo durante el proceso de Psicoterapia Grupal.

		SESIONES →															
CASOS ↓		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1		*	*	*	/	*	*	*	/	*	/	/	*	*	*	*	*
2		*	*	*	*	*	*	*	/	*	/	/	/	/	/	/	/
3		/	/	*	/	*	*	/	*	/	*	*	*	*	*	*	*
4		*	*	*	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5		*	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6		*	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

\*Asistencia / Inasistencia



Grafica 1. Asistencia de los participantes del grupo durante el proceso de Psicoterapia Grupal.

Es importante señalar que hubo deserciones. Dos integrantes sólo asistieron a la primera sesión, uno a las tres primeras y uno más asistió a siete de las sesiones. La asistencia en promedio fue de tres participantes por sesión, aunque en ocasiones se trabajó sólo con un participante. Los integrantes que permanecieron en la Psicoterapia Grupal, poco a poco le otorgaron mayor importancia al proceso psicoterapéutico.

- Caso 1 asistió a 12 sesiones.
- Caso 2 asistió a 8 sesiones. Desertó.
- Caso 3 asistió a 11 sesiones.
- Caso 4 asistió a 2 sesiones. Desertó.
- Caso 5 asistió a 1 sesión. Desertó.
- Caso 6 asistió a 1 sesión. Desertó.

## Proceso del Grupo Psicoterapéutico

A continuación se muestran los resultados de la aplicación pre y post del MMPI-A en puntajes T, perfiles y graficas. Para mayor fundamento se presentan los resultados de los integrantes que asistieron del 50 al 75% del Proceso Psicoterapéutico y se describirán los resultados de cada uno de los casos de forma individual para poder identificar los cambios que se dieron en cada uno de ellos

### a) Perfil Global. Todos los integrantes (6 casos)

Antes: 4 2 1 3 6 7 8 9 0; F, L, K

Después: 5 1; K, L, F

Tabla 1. Puntaje T de antes y después de la intervención Psicoterapéutica de todos los integrantes.

GLOBAL	F	L	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ANTES	63	46	45	66	68	65	70	52	65	65	65	61	57
DESPUES	50	53	55	58	55	55	53	59	54	51	51	49	48
DIFERENCIA	-13	7	10	-8	-13	-10	-17	7	-11	-14	-14	-12	-9

Con base en los resultados anteriores se acepta la Hipótesis Alternativa que señala: El tratamiento grupal para adolescentes, les permite mejorar la depresión diagnosticada por el examen médico automatizado y confirmado por el MMPI-A.

Y se rechaza la hipótesis nula que señala: El tratamiento grupal para adolescentes no influye en la mejora de la depresión diagnosticada por el EMA y confirmada por el MMPI-A.

### b) Perfil Global de los que terminaron el proceso (2 casos)

#### \*Caso 1

Antes 4 6 8 2 7 1 3 9 0; F, K, L

Después 6, -4, 0, 7, 8, -9; K, L, F

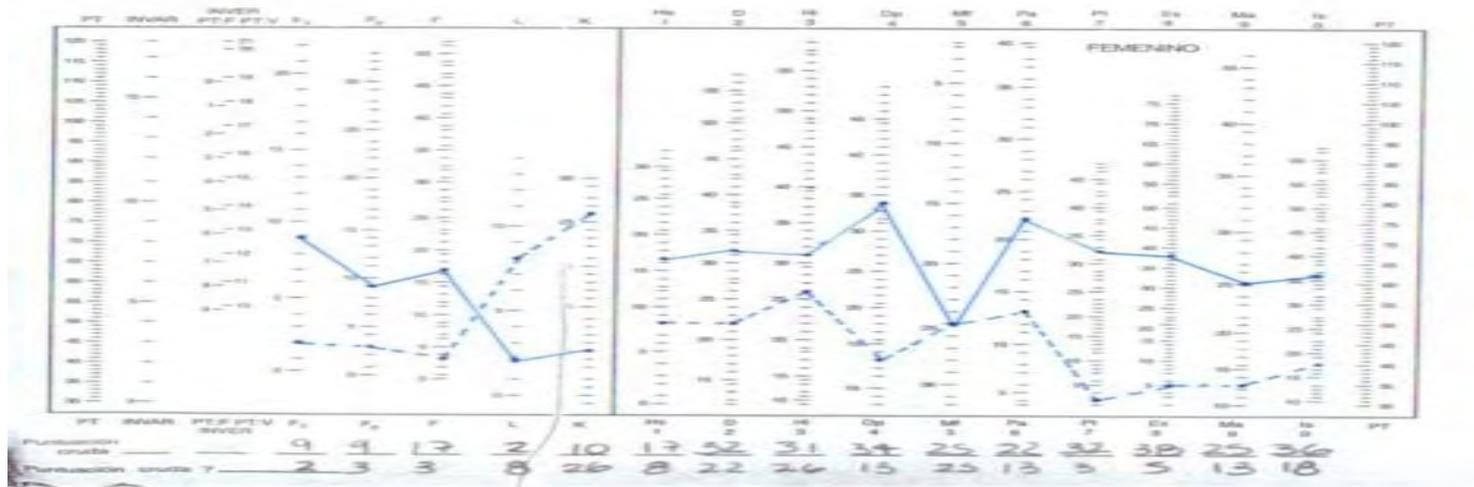
#### \*Caso 3

Antes 0, 4, 3, 2, 1, 6, 7, 9, 8; F, L, K

Después 3, -0, 9, 8, 4, 7; K, L, F

Tabla 2. Puntaje T, antes y después de la intervención psicoterapéutica de los integrantes que asistieron del 75 al 100% del proceso.

TERAPIA 50-75%	F	L	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ANTES	63	41	43	66	68	67	80	50	76	68	67	60	32
DESPUES	41	66	77	50	50	58	41	50	53	31	35	35	40
DIFERENCIA	22	-25	-34	16	18	9	39	0	23	37	32	25	-8



Grafica. Puntaje en Bruto de las Escalas MMPI-A antes y después del Proceso de Psicoterapia Grupal, de los integrantes que tuvieron un porcentaje de asistencia entre el 50 y 75%.

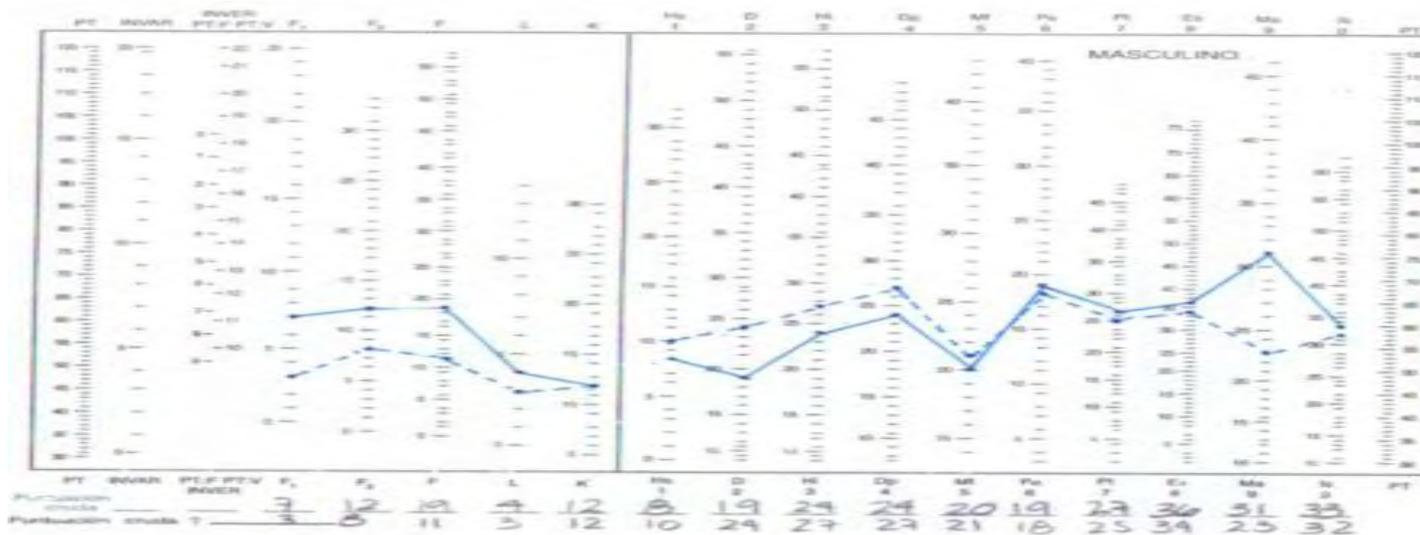
**\*Caso 2 (asistió a 8 sesiones)**

Antes 9, 6,8,7,4,0,3; F,L,K

Después 4,6,3,8,7,2,0,1;F,K,L

Tabla 3. Puntaje T antes y después de la intervención psicoterapéutica de los integrantes que desertaron del proceso

caso 2	F	L	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ANTES	63	49	46	52	48	58	62	50	69	63	65	76	60
DESPUES	52	45	46	56	59	64	68	53	67	61	63	54	58
DIFERENCIA	11	4	0	-4	-11	-6	-6	-3	2	2	2	22	2



Grafica. Puntaje en Bruto de las Escalas MMPI-A antes y después del Proceso de Psicoterapia Grupal, de los integrantes que desertaron. (Caso 2)

Con lo anterior se corrobora que el proceso terapéutico ayuda a disminuir la depresión diagnosticada por el MMPI-A, además de disminuir síntomas de otras patologías que se presentan en los adolescentes y que no fueron identificados por el EMA.

#### d) Perfil Global de los que desertaron (3 casos)

\*Caso 4 (asistió a 3 sesiones)

Antes 8,1,4,3,6,9,2,7;F,L,K

Después 5,8,1,4,7,9,0,3,6;F,L,K

\*Caso 5 (asistió a 1 sesión)

Antes 1,4,3,2,7,8,9,6;F,K,L

Después 1,3,4,9,2,5,6,7,-0;F,L,K

\*Caso 6 (asistió a 1 sesión)

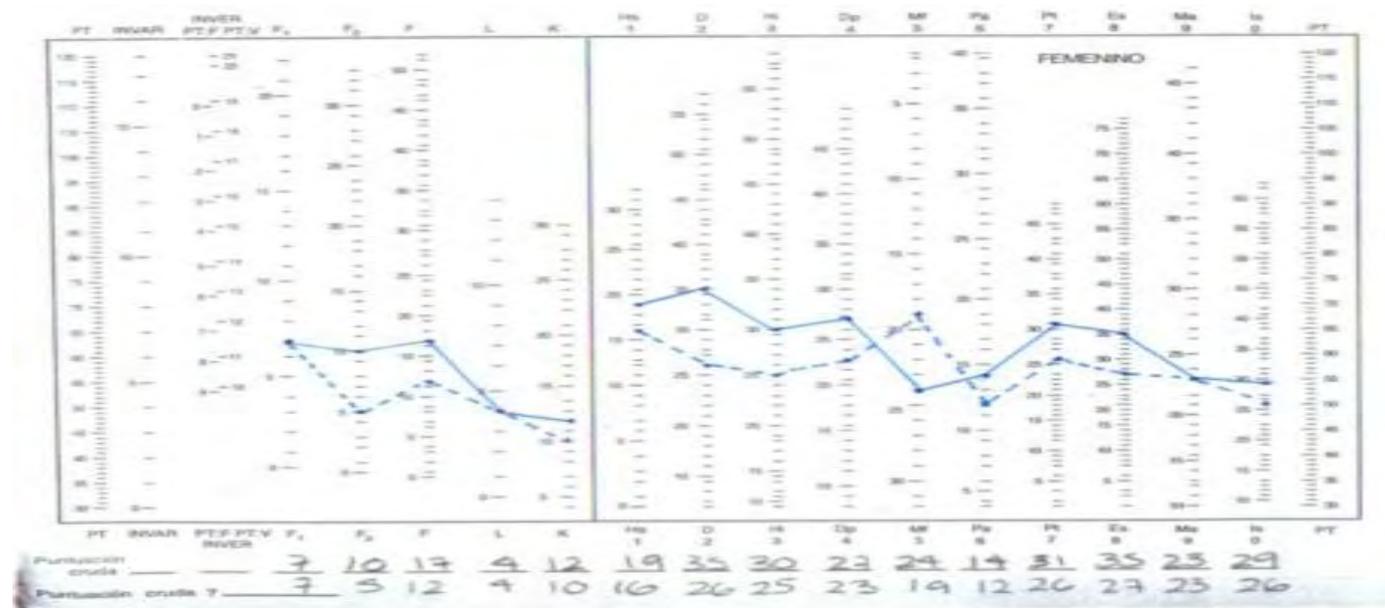
Antes 2,0,7,1,4,8,3,5; F,L,K

Después 5,2,7,-3,4,6,9;F,L,K

Tabla 4. Puntaje T antes y después del Proceso de Psicoterapia Grupal de los integrantes que desertaron del proceso (caso 4,5 y 6).

DESERCIÓN	F	L	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ANTES	63	49	47	70	73	65	67	53	56	66	64	55	54
DESPUES	55	49	43	65	58	56	59	68	50	59	56	55	50
DIFERENCIA	8	0	4	5	15	9	8	-15	6	7	8	0	4

Grafica. Puntaje en Bruto de las Escalas MMPI-A antes y después del Proceso de Psicoterapia Grupal, de los integrantes que desertaron ( caso 4, 5 y 6).



Grafica. Puntaje en Bruto de las Escalas MMPI-A antes y después del Proceso de Psicoterapia Grupal, de los integrantes que desertaron. (Caso 4, 5 y 6)

La psicoterapia grupal tiene como efecto propiciar la conducta adaptativa de los participantes que asistieron de forma regular al proceso. Lo anterior se evidencia en los resultados de los que desertaron y los que concluyeron el proceso.

## Resultados Individuales

Tabla 5. Puntaje T antes y después del proceso psicoterapéutico. Caso 1

CASO 1	F	L	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ANTES	72	41	47	73	76	73	94	50	91	76	78	63	56
DESPUES	39	66	79	47	48	54	43	53	58	33	33	30	39
DIFERENCIA	33	-25	-32	26	28	19	51	-3	33	43	45	33	17

Tabla 6. Puntaje T antes y después del proceso psicoterapéutico. Caso 2

CASO 2	F	L	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ANTES	63	49	46	52	48	58	62	50	69	63	65	76	60
DESPUES	52	45	46	56	59	64	68	53	67	61	63	54	58
DIFERENCIA	11	4	0	-4	-11	-6	-6	-3	2	2	2	22	2

Tabla 7. Puntaje T antes y después del proceso psicoterapéutico. Caso 3

CASO 3	F	L	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ANTES	54	41	36	58	60	62	65	53	58	58	56	57	67
DESPUES	42	62	75	52	52	60	32	47	48	31	38	39	42
DIFERENCIA	12	-21	-39	-6	8	2	33	6	10	27	18	18	25

Tabla 8. Puntaje T antes y después del proceso psicoterapéutico. Caso 4

CASO 4	F	L	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ANTES	70	58	43	63	56	58	59	50	58	56	64	57	46
DESPUES	67	49	41	65	52	56	65	74	56	65	69	65	59
DIFERENCIA	3	9	2	-2	4	2	-6	-24	2	-9	-5	-8	-13

Tabla 9. Puntaje T antes y después del proceso psicoterapéutico. Caso 5

CASO 5	F	L	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ANTES	68	36	51	84	77	79	80	53	63	72	67	65	45
DESPUES	49	45	45	75	60	69	69	56	56	56	55	68	39
DIFERENCIA	19	-9	6	9	17	10	11	-3	7	16	12	-3	6

Tabla 10. Puntaje T antes y después del proceso psicoterapéutico. Caso 6

CASO 6	F	L	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
ANTES	52	49	45	65	89	58	61	56	48	66	60	46	68
DESPUES	50	49	43	52	61	44	43	71	38	58	45	37	52
DIFERENCIA	2	0	2	13	20	14	18	-15	10	8	15	9	16

## **Interpretación de Resultados**

Para realizar el análisis de los resultados, es importante considerar los siguientes aspectos:

1.- Que los adolescentes con rasgos de depresión, detectados por el EMA, en los resultados de la aplicación del MMPI-A se encontraron otro tipo de dificultades que ameritaban el tratamiento psicológico.

2.- De los integrantes del grupo terapéutico inicial, tres de ellos desertaron entre la segunda y tercera sesión.

3.- La evaluación de los tres adolescentes que asistieron a más del 50% de las sesiones, permite llevar a cabo la comparación entre los que desertaron y los que asistieron, a fin de conocer si la psicoterapia de grupo origina cambios.

### **a) Perfil Global**

Todos los integrantes (6 casos)

Antes: 4' 2 1 3 6 7 8 9 0; F,L,K

Después: 5 1; K, L F

### **b) Perfil Global de los que terminaron el proceso (2 casos)**

\*Caso 1

Antes 46''8 2 71 3' 9 0; F, K, L

Después 6 -4 08 79; K, L, F

\*Caso 3

Antes 0 4 3 2 1 6 7 9; K, L, F

Después 3-0 9 8 4 7; K, L, F

### **c) Perfil Global de los que asistieron al 50% de asistencia**

\*Caso 2 (50% de asistencia)

Antes 9' 6 8 7 4 0 3; F, K, L

Después 4 6 3 8 7 1 2 0; F, K, L

### **d) Perfil Global de los que desertaron (3 casos)**

\*Caso 4 (asistió a 3 sesiones)

Antes 8 1 4 7 3 6 9 2; F, L, K

Después 5' 8 1 4 7 9 3 6; F, L, K

\*Caso 5 (asistió a 1 sesión)

Antes 1 4'' 3 2 7 8 9 6, F, L, K

Después 1' 3 4 9 2 5 6 7 8 -0; F, L, K

\*Caso 6 (asistió a 1 sesión)

Antes 5' 2 7- 3 4 6 9; F, L, K

Después 5' 2 7 -3 4 9; F, L, K

## **Interpretación de Perfiles**

### **a) Perfil Global**

Se observó que en el grupo disminuyeron conductas hostiles, rebeldes, con falta en su control de impulsos y sus actitudes pesimistas que manifestaban de forma somática.

### **b) Perfil Global de los que terminaron el proceso.**

Se observó que los integrantes al concluir el proceso terapéutico, a pesar de no modificarse del fondo, se detectó una disminución de las escalas como se puede observar en el perfil global de quienes terminaron el proceso terapéutico, dejando ver en el momento de la segunda aplicación parámetros más cercanos a la funcionalidad, se observó un mayor control de sus descargas agresivas, así como disminución en sus rasgos egocéntricos y narcisistas.

### **c) Perfil Global de los que asistieron al 50 %**

En quien asistió al 50%, se observó un mejor control en el manejo de la agresión y una disminución de conductas obsesivas, evidenciando un mayor contacto con la realidad.

### **d) Perfil Global de los que desertaron (3 casos)**

Los integrantes que sólo asistieron entre el 10 y 30% de las sesiones, se observó que trataron de parecer firmes, autosuficientes y capaces de tomar decisiones sin la ayuda de los demás, sin embargo, mostraron angustia por las situaciones que tienen que afrontar, así como preocupación por percibir malestares físicos. Se mostraron más tolerantes con ellos mismos y con los demás.

### **e) Perfiles individuales**

#### **CASO 1.**

##### **Antes de la intervención:**

Adolescente femenino con rasgos egocéntricos y narcisistas, la cual mostró dificultad para establecer relaciones interpersonales profundas y duraderas, se caracterizó por tendencias a evadir responsabilidades y compromisos en forma frecuente, tratando en la mayoría de las veces de conseguir lo que deseaba sin reflexionar suficientemente las consecuencias de sus actos; mostró precaria capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades, asimismo, actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencia a la sobreinterpretación de los estímulos preceptuales del entorno, reaccionando con descargas agresivas como una respuesta anticipada ante posibles situaciones de amenaza y posible ataque a su integridad. Utilizó frecuentemente mecanismos de proyección, anulación y negación.

De igual forma se observó que ocasionalmente tenía confusiones entre la fantasía y la realidad, lo que le trajo como consecuencia una precaria estabilidad emocional.

### **Después de la intervención:**

Disminuyó la descarga de los impulsos destructivos, desconfianza y suspicacia. Disminuyó en sus conductas infantiles e histriónicas con necesidad de buscar reconocimiento y aceptación. Asimismo desaparecieron las molestias y malestares físicos que presentaba antes del tratamiento

### **Características y comentarios acerca del caso.**

Adolescente de sexo femenino de 16 años. Complexión delgada, estatura 1.55 metros aproximadamente, tez morena, cabello largo oscuro, ojos grandes y mirada perdida. Buenas condiciones de higiene, arreglo sencillo pero mostró interés en su arreglo personal.

En la primera sesión señaló que consumía alcohol, tabaco y otras drogas, que no se sentía adicta pero le gustaban. Refirió que mintió en su casa y ante la ley, para que llevaran a un tipo que conocía a la cárcel porque la secuestró, pero no le funcionó porque llegó alguien más.

*Agregó lo hice porque si no hacía algo yo por mi, nadie lo iba hacer, lo hice para vengarme de él y para que los demás no abusen de mí.* Señaló que es muy rencorosa, que disfruta ver hacer sufrir a otras personas y que también tiene “otro yo” que le dice que haga cosas malas, incluso matar. Indicó que alguien le dijo que pidiera ayuda psicológica.

## **CASO 2.**

### **Antes de la intervención:**

Adolescente del sexo masculino, quien presentó dificultad para establecer relaciones interpersonales y de compromiso afectivo profundo. Mostró falta de motivación con tendencia a reaccionar agresivamente ante las amenazas y seguimiento en las actividades planeadas.

Presentó actitudes de desconfianza, suspicacia y tendió a sobre interpretar estímulos perceptuales del entorno circundante, reaccionando con descargas agresivas como una defensa anticipada a posibles situaciones de ataque que percibe amenazantes. Buscó la autoafirmación de sus características masculinas, manifestándose de forma exagerada como alguien rudo, brusco y autosuficiente, sin embargo, su juicio autocrítico es precario con forzada actitud de seguridad y firmeza.

### **Después de la intervención:**

Se observó un mejor control en el manejo de la agresión y una disminución de conductas obsesivas, evidenciando un mayor contacto con la realidad.

### **Características y comentarios acerca del caso.**

Adolescente de sexo masculino de 17 años. Complexión delgada estatura de 1.60 metros aproximadamente, tez blanca, cabello negro, rizado hasta los hombros, mostró buenas condiciones de higiene e interés en su arreglo personal y en su físico, vestimenta sencilla de color negro con tendencias *darks*, ojos delineados de negro, uñas largas y perforaciones en el cuerpo. Actitud amenazante y mirada agresiva.

En la primera sesión mencionó que desde hace cinco años prefiere que le llamen Lestat (nombre de un vampiro). Refirió le gusta lo gótico y lo oscuro. Comentó que es racista aunque no es muy blanco por lo que trata distinto a las personas que no son blancas, incluso al novio de su mamá a quien le está agradecido por cosas que ha hecho por ellos *pero como es moreno*.

Mencionó que quiso subir de peso pero no pudo y que es vanidoso. Comentó que antes le gustaba hacer daño físico a las personas y ahora daño psicológico. Refirió que en la primaria, con un tenedor le iba a picar un ojo a un compañero; también que en la secundaria se cortó la mano con un vidrio de una botella porque una chica lo retó para ver si era cierto que le gustaba el dolor. Comentó que tiene 22 perforaciones en el cuerpo.

Mostró una cicatriz en su brazo y señaló que cuando se hizo la cortada no le dolía, así que se puso cosas para que se le abriera más y le doliera. Mencionó que durante un año estuvo muerto y que sólo veía sombras pero su "otro", su otra mitad, fue quien vivió ese tiempo. Refirió que lucharon uno contra otro y hasta después de ese año se llevaron mejor y decidieron hacer daño psicológico a los demás.

### **CASO 3.**

#### **Antes de la intervención:**

Adolescente del sexo femenino, presentó descargas impulsivas de forma abierta, con rasgos narcisistas y egocéntricos. Busca las soluciones rápidas e inmediatas a su problemática y al no obtener resultados inmediatos manifestó rechazo por la ayuda terapéutica, sin embargo, sus sentimientos de inconformidad consigo misma la llevaron a continuar con el proceso psicoterapéutico.

A lo largo de la Psicoterapia se mostró retraída con tendencias a reflexionar sobre sí misma, teniendo la posibilidad de poder conocer las

causas que le generan su situación problemática. Se observó que puede establecer comunicación profunda con otras personas. Manifestó necesidad de autodescribirse frágil, sometida y pasiva.

#### **Después de la intervención:**

Se observó que trató de controlar la información acerca de sus descargas impulsivas. Mostró poca valoración de las experiencias y mantuvo patrones de conducta que le pueden generar problemas. Aparentó ser dinámica, activa y convencionalmente ajustada a las situaciones sociales y su comunicación fue abierta pero superficial. Disminuyó su energía para lograr las metas que se propone.

#### **Características y comentarios acerca del caso.**

Adolescente de sexo femenino de 16 años. Complexión delgada, estatura de 1.60 metros aproximadamente, tez blanca, cabello largo castaño oscuro, sin maquillaje en el rostro, mostró buenas condiciones de higiene y poco interés en su arreglo personal.

En la sesión que se incorporó, (segunda) señaló que estuvo varias veces en el hospital por estar enferma de asma, refirió que su hermano le echaba la culpa de haber quitado la alfombra de su casa y haber tirado todos los peluches. Mencionó que estaba muy enojada con su mamá porque tenía preferencias por su hermano.

Más adelante señaló que se enfermó por tratar de llamar la atención, sin embargo se hacía reclamos ella misma y no le servía de nada.

#### **CASO 4.**

##### **Antes de la intervención:**

Adolescente del sexo femenino que presentó problemas somáticos como una forma de defenderse de sus fallas, justificándolas a través de sus molestias físicas. Mostró preocupación por su imagen corporal y dificultad para establecer relaciones interpersonales, debido a su tendencia a aislarse y a su comunicación superficial, sin embargo, buscó aceptación y tolerancia a través de una imagen de persona frágil y en ocasiones dinámica y activa.

##### **En la segunda aplicación del MMPI-A:**

Reiteró su dificultad para establecer relaciones interpersonales y sus conductas de aislamiento. Intentó mostrarse firme, segura y capaz de tomar decisiones de forma independiente, sin embargo, ocultó aspectos vulnerables de su personalidad. Acentuación del rol femenino socialmente aceptado. En los demás aspectos no se presentaron cambios significativos.

### **Características y comentarios acerca del caso.**

Adolescente de sexo femenino de 16 años. Complexión robusta, estatura de 1.58 aproximadamente, tez morena, cabello teñido en color rubio, se percibía poca higiene y falta de atención en su arreglo su personal.

Mamá no le hacía caso por trabajar, sentía fuera de su familia.

En la primera sesión refirió que no tenía buena relación con su mamá, ya que para su mamá el trabajo es antes que su familia. Comentó que cuando iba en 5° grado de primaria se fue a vivir al estado de México con una tía. Regresó a casa con sus papás el año pasado para estudiar la preparatoria.

Mencionó que antes le gustaba el ardor y se cosía con una aguja en el pellejito de la mano, pero le aburrió. Posteriormente comentó que cuando regresó con sus papás se sentía más sola y apartada de ellos que cuando no vivía ahí, ya que parece que sus papás ponen atención por turnos y que jamás le toca a ella. Mencionó que su hermana está embarazada y toda la atención se centra en ella. Señaló que sentía como un huésped solamente y los demás si son una familia.

### **CASO 5.**

#### **Antes de la intervención:**

Adolescente del sexo femenino, mostró necesidad de elaborar defensas contra sus fallas, justificándolas por medio de preocupaciones por su salud física y algunas molestias del tipo somático, atribuyéndoles la causa de su problemática. Utilizó su sintomatología física para posponer el enfrentamiento de situaciones de conflicto, así como para obtener tolerancia y aceptación incondicional. Presentó preocupación por su imagen corporal, necesidad de autoafirmación y rasgos narcisistas y egocéntricos. Mostró dificultad para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas. Posee adecuada energía para alcanzar lo que se propone, sin embargo, evitó asumir responsabilidades y compromisos, abandonó con facilidad las tareas para no tener que enfrentarse a los obstáculos.

Presentó sentimientos de pesimismo hacia sus capacidades, actividades y metas.

Su actitud fue defensiva y trató de dar una imagen favorable de sí misma en las respuestas del inventario.

#### **En la segunda aplicación del MMPI-A:**

Mantuvo su necesidad de elaborar defensas contra sus fallas a través de su salud física, reconociendo la cuestión física como causa de su problemática. De esta forma pospone el enfrentamiento de situaciones de conflicto y busca con tolerancia y aceptación incondicional. Aparentó firmeza y autosuficiencia en la toma de decisiones. Su comunicación

con los demás tendió a ser superficial y desviada hacia las situaciones cotidianas de su entorno, con la esperanza de que ésta cambie para resolver su problemática. Trató de impresionar como persona dinámica, activa y ajustada a las situaciones sociales.

### **Características y comentarios acerca del caso.**

Adolescente de sexo femenino de 16 años. Complexión delgada, estatura de 1.50 metros aproximadamente, tez blanca, ojos verdes, cabello ondulado y de color negro.

Señaló en la primera sesión que tiene gastritis y que se siente gorda, que comenzó con bulimia pero los olores del vomito le daban asco así que no siguió. Sentía desconfianza de su mamá.

Refirió que dos meses atrás soñó que mató a su mamá con un cuchillo, en el sueño veía la sangre y sabía que ella lo había hecho pero no veía a su mamá muerta.

Mencionó tener un mal hábito, el comerse las uñas, y señaló que lo quería dejar. Mostró las cicatrices hechas a partir de esto en las yemas de sus manos. Refirió que hace tiempo tomo un cutter y se estuvo raspando el pie con el mismo. Señaló que le teme al fuego, ya que uno de sus vecinos murió cuando se incendio el departamento donde vivía.

### **CASO 6.**

#### **Antes de la intervención:**

Adolescente femenino que presentó sentimientos de culpa e inseguridad. Se mostró pesimista hacia sus actividades y capacidades con una tendencia a sentirse derrotada y con una fuerte autocrítica.

#### **En la segunda aplicación del MMPI-A:**

Se observó acentuación de su rol femenino, disminuyendo los sentimientos de devaluación, desconfianza y mostrando mayor participación en sus relaciones sociales.

### **Características y comentarios acerca del caso.**

Adolescente de sexo femenino de 16 años. Complexión semi robusta, estatura de 1.64 metros aproximadamente, tez morena clara, cabello al hombro, sin maquillaje mostró poco interés en su arreglo. Actitud retraída. Mientras esperaba se clavaba las espinas del rosal.

En la primera sesión refirió que se sentía muy sola, ya que casi no hablaba con su mamá, quien llega del trabajo a las siete de la tarde y se duerme. Comentó que antes hacía tareas y se distraía, pero que ahora se aburre y se deprime. Mencionó que le cuesta mucho trabajo hablar de lo que siente.

## **CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES**

Con base en los resultados obtenidos, se pudo comprobar que los adolescentes con rasgos de depresión, que ingresan al plantel Sur del CCH, al integrarse, participar y concluir el proceso de Psicoterapia Grupal con objetivos específicos y a tiempo limitado, pueden disminuir dichos rasgos, así como los de otras patologías que manifiestan algunos de ellos.

Es necesario resaltar que en los resultados del EMA se detectaron rasgos de depresión en los adolescentes, sin embargo, fue de gran importancia la aplicación del MMPI-A, ya que en sus resultados se pudo detectar de una forma más amplia otras dinámicas de conducta, así como se pudo observar que la depresión no es un elemento significativo sino que se hace presente en la mayoría de ellos como un síntoma, más que como una patología.

Por otra parte, la entrevista inicial también fue importante ya que contribuyó a motivar a los adolescentes para que asistieran al tratamiento.

Otra cuestión relevante, tiene que ver con los cambios significativos conseguidos después del proceso psicoterapéutico, que se corroboran con los resultados de la primera aplicación del MMPI-A y el re-test del mismo instrumento.

La Psicoterapia de Grupo es favorable y es una herramienta significativa para generar cambios, mismos que se observaron en los adolescentes que asistieron a más del 50% del proceso terapéutico, y al final se observaron cambios como: mejoría en su control de impulsos, poder expresar sus sentimientos, disminuir sentimientos de culpa, de desconfianza, de suspicacia y ser más realistas.

En este orden de ideas, el trabajo grupal también generó procesos individuales que ayudaron a modificar aspectos internos a partir de las identificaciones con los demás.

En ese sentido, se observó que en cada uno de los integrantes del grupo, se posibilitó el dejar de lado el protagonismo y el reconocer parte de sus problemas al verlos proyectados en los conflictos de los demás, lo que Yalom (1998), denominó *universalidad* dentro de los factores curativos de la Psicoterapia de Grupo, misma que favoreció el sentimiento de bienestar y alivio al escuchar a los demás integrantes; al descubrir que compartían preocupaciones al identificarlas similares; y al sentir que no eran los únicos con problemas y reacciones impulsivas, lo que se pudo observar en los contenidos latentes y manifiestos en la sesión 3.

Cada uno de los participantes conoció aspectos desconocidos de sí mismo, y al hacerlos conscientes permitió la resignificación de sus experiencias dolorosas y conflictivas de su propia infancia, por medio de las identificaciones generadas entre los integrantes como parte del proceso grupal. Esto se pudo observar en los contenidos de las sesiones 5 y 13.

Por otra parte, con la intervención terapéutica grupal, la clarificación de la problemática presentada a nivel consciente, disminuyó la ansiedad en cada uno de los integrantes.

La resignificación de experiencias infantiles y juveniles en cada uno de los participantes, fue favorecida por la retroinformación generada en el grupo, lo cual se pudo observar en el contenido de la sesión 14.

Los integrantes que concluyeron el proceso terapéutico, pudieron dar una nueva lectura a sus experiencias antes dolorosas y generar una nueva interpretación, es decir se generó la re-elaboración de las mismas, lo que implicó menos sufrimiento y por consiguiente sentimientos de menor desprotección, lo que coadyuvó a fortalecer su estructura yoica y aumentó el principio de realidad generando mayor tolerancia a la frustración ante el enfrentamiento de situaciones problemáticas dentro de la familia y su vida cotidiana. Manifiesto en las sesiones 11, 12, 13 y 14.

Por medio de las experiencias emocionales correctivas, señaladas en el Capítulo III, con base a Franz Alexander (1965), los estudiantes encararon de distinta forma sus reacciones emocionales e hicieron una nueva definición de sus viejos problemas, conocimiento que fue significativo para cada uno de ellos.

El silencio, generador de angustia dentro del proceso grupal, favoreció los estados regresivos indispensables para ubicar los momentos significativos de su infancia y de su experiencia actual. De ésta forma, pudieron reconocer algunas de las causas de sus rasgos depresivos, lo que se observa en la sesión 3, 11 y 14.

La confianza generada en el grupo, les ayudó a que pudiesen hablar sobre aspectos que por pena o desconocimiento no comentaban con otras personas.

El hecho de darse cuenta que los otros integrantes del grupo también tienen problemas similares, favoreció a que se logrará la catarsis y ayudó a que disminuyera la ansiedad.

Referente a este factor curativo denominado *catarsis*, Díaz Portillo (2000), señaló que es la verbalización acompañada de la expresión de sentimientos, con lo cual se puede decir lo que molesta y se aprende a expresar los sentimientos, es compartir con los demás el propio mundo

interior, expresar emociones fuertes y profundas, y aún así ser aceptado por los demás.

Los eventos catárticos fueron acompañados de intensas manifestaciones expresivas que oscilaron entre el llanto, la tranquilidad, la esperanza e incluso en ocasiones la risa, esto se pudo observar en los contenidos latentes y manifiestos de las sesiones 3 y 10.

Otro factor curativo que se manifestó en el proceso grupal, fue el *altruismo*, referido por Yalom (1998), con el cual los integrantes se ayudaron entre sí, ofreciendo ayuda, sugerencias y se tranquilizaron unos a otros en los aspectos vivenciados y observados entre los integrantes del grupo.

La cohesión del grupo, descrita por Yalom (1998), favoreció para tener relaciones significativas dentro del grupo y ofreció condiciones de aceptación y de comprensión entre los integrantes que asistieron con mayor consistencia a las sesiones, alentando un solidario sentido de pertenencia, apoyo y contención mutua.

Al respecto, la contención que se brindó en el espacio terapéutico favoreció a que cada uno de los integrantes, de diversas formas, comprendiera, tolerara y estructurara sus reacciones impulsivas.

Las resistencias se observaron entre la mayoría de los integrantes por medio de conductas que implicaban llegar tarde, inasistencia a las sesiones e incluso la deserción.

Por otra parte, es fundamental señalar que es de gran importancia que las instituciones educativas cuenten con instancias de apoyo en salud mental para los Adolescentes, y con programas de información en el bachillerato para detectar los signos y síntomas depresivos y así poder establecer un reconocimiento temprano por medio de un proceso diagnóstico que favorezca la intervención oportuna, apropiada y eficaz en beneficio del desarrollo psicosocial del adolescente, tomando en cuenta que la Psicoterapia de Grupo es una alternativa que se propone, por ser útil y eficaz, para el tratamiento de padecimientos emocionales, en la cual el grupo se vive como un solo individuo durante el proceso y donde se utiliza una amplia gama de recursos para solucionar la problemática enfocada en las patologías identificadas.

Es importante señalar que los Adolescentes están en una etapa que implica una re-edición de los aspectos infantiles y que la Adolescencia permite dejar atrás dichos aspectos y poder planear sus metas.

Cabe aclarar que cuando se trata de melancolía de origen estructural, estos requieren de un manejo psicoterapéutico de larga duración, no obstante, en el presente trabajo como ya se mencionó, se superaron algunas situaciones.

## Observaciones

Es importante mencionar que hubo varias situaciones externas que afectaron el encuadre de la Psicoterapia de Grupo. Entre las que se encuentran:

- Ψ Situaciones ajenas al Plantel Sur. Lo cual generó que se cerrara el plantel en una ocasión e impidió la realización de una de las sesiones de la Psicoterapia Grupal.
- Ψ La organización para el préstamo de los espacios de SILADIN, afectó el proceso debido a:
  - a) Cambio de Sala de trabajo sin previo aviso en la primera sesión.
  - b) Interrupciones constantes en algunas sesiones, por profesores a quienes se les había asignado la Sala 3 en la misma fecha y hora.
- Ψ Cierre del plantel por Jornadas Académicas de Balance Escolar. Al conocer que el plantel estaría cerrado, algunos de los integrantes no asistieron a la sesión.
- Ψ Falta de asistencia de los integrantes por periodo de vacaciones escolares.
- Ψ Situaciones en el Departamento de Audiovisual como:
  - a) Falta de grabadoras en buen estado. Lo que generó que se perdiera el audio de dos sesiones (sesión uno y dos), por las malas condiciones de la grabación de las grabadoras asignadas.
  - b) Confusión con los casetes que se reciclan, reutilizando el cassette de la sesión 7 antes de ser transferido a DVD, perdiéndose así el audio de dicha sesión.
  - c) Por diversas razones, en algunas ocasiones no se podía tener acceso a la cámara de video, por lo que se tenía que escribir la sesión durante la misma.

Lo anterior muestra aspectos institucionales poco favorables para alcanzar los objetivos psicoterapéuticos, sobre todo en lo que respecta a la Psicoterapia de Grupo con objetivos específicos y a tiempo limitado.

Es decir, en el Plantel Sur se observaron algunas deficiencias que afectaron directamente a la presente investigación y que pueden a su vez afectar propuestas y programas en beneficio de la población estudiantil, lo cual sería conveniente reconsiderar por las autoridades para brindar apoyo oportuno a futuras investigaciones.

Es importante resaltar que en el periodo académico 2008-1 se instituyó el Programa de Atención Psicológica Especializada para Estudiantes (PROAPEE), el cual labora en condiciones adecuadas los problemas específicos del adolescente, es decir, cuenta con el apoyo logístico

necesario (espacios adecuados, audio, mobiliario, etc.), así como la supervisión continua de los casos, lo que favorece a obtener mejores resultados.

Otro aspecto importante de mencionar es la deserción de algunos de los integrantes del grupo, lo cual pudo haber sido motivado por:

- a) Alteraciones en el encuadre que propició que los integrantes percibieran el proceso como poco serio al cambiar de un espacio establecido a un espacio con distractores (Sala de Cómputo), y sin las condiciones adecuadas para la psicoterapia durante la primera sesión.
- b) Los participantes se presentaron al tratamiento sin un deseo personal, ni demanda de tratamiento para mejorar aspectos de su estado de ánimo. Se les invitó a la Psicoterapia como una opción que el plantel Sur ofrecía para mejorar aspectos detectados en el EMA y para un mejor desarrollo académico y personal de ellos mismos.
- c) La percepción de los integrantes del grupo de que su problemática no interfiere en su desarrollo personal.
- d) Falta de compromiso por parte de los participantes al proceso psicoterapéutico, debido a su inestabilidad emocional característico de la adolescencia.

### **Sugerencias**

Es importante que se conozcan las dificultades que se encontraron en la realización del proyecto para que los siguientes investigadores puedan preverlas antes de desarrollar su propuesta, así como es importante que las personas que participen se comprometan y se cuente con el apoyo de compañeros y supervisores.

Por otro lado, es importante difundir los beneficios que aportan los programas terapéuticos brindados por personal especializado, así como difundir las condiciones necesarias e indispensables con el personal que interviene de forma indirecta en el proceso para obtener mejores resultados.

Lo obtenido en la presente investigación, alienta para promover la participación de los Adolescentes en este tipo de programas de intervención para mejorar su autoconocimiento.

Se puede utilizar a la Psicoterapia de Grupo, para tratar diversos tipos de alteraciones de la personalidad que pueden afectar el desempeño académico de los adolescentes.

## **Bitácora**

En los resultados del proceso psicoterapéutico es importante señalar como se vivenció éste proceso en las terapeutas.

Es a partir de las necesidades institucionales y de las problemáticas de los adolescentes detectadas por el Departamento de Psicopedagogía, que surgió la necesidad de brindar este servicio a los adolescentes del bachillerato, y en el cual deseábamos promover en ellos, un conocimiento específico con respecto a ellos mismos, esto, a partir de los conocimientos que la licenciatura en Psicología nos brindó.

Cabe mencionar que el CCH-Sur, es la comunidad donde se forjaron nuestros cimientos académicos de nivel bachillerato. En el ámbito profesional pudimos contribuir con algo de nuestros conocimientos a través de la realización del servicio social y la practica laboral.

Independientemente que nuestra adolescencia no es tan lejana y muchas vivencias están frescas por el corto periodo de tiempo que ha transcurrido desde que aquel periodo quedo atrás, ó por permanecer en contacto permanente con esta población, hubo momentos durante la elaboración de ésta investigación que nos generaron angustia. La que se manifestó en varios momentos por las siguientes causas:

- Ψ Al comenzar a hacer la selección de los integrantes, la angustia se manifestó, a partir de no obtener a los alumnos necesarios para conformar la muestra, esto porque no alcanzaban los puntajes significativos en el MMPI-A ó porque no asistían a las aplicaciones y a las sesiones previas a la Psicoterapia de Grupo para conocer en que consistiría.
- Ψ Cuando inició el proceso de psicoterapia y no llegaron todos los adolescentes que habían accedido a ingresar al proceso. Por otra parte sentimos temor de no poder ayudarlos.
- Ψ A lo largo del proceso hubo ocasiones en las que sentimos temor de ser agredidas por alguno de ellos. Esto ocasionado por la expresión corporal y retante de alguno de ellos.
- Ψ A partir de la dinámica grupal y de las vivencias que nos compartieron, sentimos ansiedad al identificarnos en algunos momentos con la problemática de ellos, es decir, el trabajo con el grupo de adolescentes con depresión nos hizo recordar y comprender situaciones de nuestra adolescencia (contratransferencia), propias de la etapa como la vulnerabilidad, la angustia durante el proceso de la identidad, las problemáticas familiares, el deseo de independencia, la seguridad que sentíamos con los amigos, entre otros aspectos característicos de la etapa. Y como parte de ese estado vulnerable y de la fragilidad que a veces es tan constante, en ocasiones las

pérdidas normales del mismo proceso de desarrollo se viven de forma intensa y en muchas ocasiones concluyen en momentos de depresión.

El espacio terapéutico, de escucha y de reflejo, fue enriquecedor ya que además de fortalecer a los integrantes del grupo, nos brindó conocimientos de nosotras mismas y nos fortaleció en el sentido de buscar consolidar los conocimientos para dirigir, apoyar y buscar el conocimiento de forma eficaz en el grupo, asimismo nos reforzó el deseo de un autoconocimiento personal profundo para no interferir con nuestra problemática en el proceso terapéutico.

La intervención terapéutica nos generó un fuerte impacto emocional debido a fantasías y realidades que los integrantes del grupo manifestaban de diversa forma.

Por otra parte, observamos la diferencia entre el trabajo cotidiano con los adolescentes y la intervención psicoterapéutica, es decir, las actividades realizadas en la psicoterapia, evidenció la metodología profesional de un psicólogo y nos hizo vivirla, lo cual diferenció el acercamiento que en el plano psicopedagógico habíamos tenido con los adolescentes.

La experiencia de realizar este trabajo fue motivadora y provechosa, porque nos brindó la oportunidad de ejercer una práctica profesional con base en lo aprendido en el plano curricular y en las indicaciones del maestro Celso Serra, sin embargo, estamos conscientes de que una mejor práctica profesional se logrará con mayor experiencia y formación disciplinaria, lo cual se puede lograr en una formación formal como es la especialización o estudios de postgrado.

La realización de la presente investigación, con la supervisión y colaboración del Director de tesis, nos brindó experiencia y motivación para seguir trabajando hacia una comprensión amplia de la problemática del Adolescente y dirigir nuestro trabajo hacia generar alternativas de intervención, orientación, prevención, tratamiento y evaluación en aspectos de salud mental para con ellos.

Por tales motivos, consideramos que la apertura de éstos espacios en comunidades en donde predominan los Adolescentes es de suma importancia, ya que es un espacio de contención emocional ante la problemática que viven.

## ANEXO 1

### Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Sur Ficha de Identificación

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono (s): \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( ) Edad: \_\_\_\_\_

¿Con quién vives? Especifica: \_\_\_\_\_

Marca con una "X" el semestre que cursas actualmente:

2°. ( ) 4°. ( ) 6°. ( )

Realizas alguna otra actividad fuera de tus estudios:

SI ( ) NO ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces a la semana? \_\_\_\_\_

¿Desde hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Describe cómo ha sido tú estado de ánimo a partir del inicio del semestre hasta ahora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál consideras que sea la causa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Has recibido algún tipo de ayuda profesional para resolver tus problemas?

SI ( ) NO ( )

Si tu respuesta fue sí ¿Qué tipo de ayuda? Médica ( ) Psicológica ( ) Otra ( )  
Específica \_\_\_\_\_

¿Padeces algún problema de salud? SI ( ) NO ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tomas actualmente algún medicamento? SI ( ) NO ( )

En caso afirmativo, menciona cuál y por quién fue recetado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

## **BIBLIOGRAFÍA**

- ABERASTURY, A. (1996). *La adolescencia normal*. México, Paidós.
- AJURIAGUERRA, J. (1977). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona, Masson.
- ALATRISTE, Jael. (2007). *El inconsciente grupal, la identificación proyectiva, la escisión y la transferencia lateral*. **Alêtheia** Psicología y Psicoanálisis No. 26, México.
- ALEXANDER, Franz. y FRENCH, Thomas. (1965). *Terapéutica Psicoanalítica*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- ALONSO, Anne. (1995). *Psicoterapia de grupo*. México, El Manual Moderno.
- ARRIAGA, Oscar. (2007). *Psicoterapia de grupo en adolescentes*. Tesis inédita de Maestría, México, UNAM.
- AUSUBEL, D. (1954). *Theory and Problems of Adolescent Development*. New York, Grune & Stratton.
- BLOS, P. (1971). *Psicoanálisis de la Adolescencia*. Buenos Aires, Amorrortu.
- CASTILLO, Gerardo. (2001). *Los Adolescentes y sus problemas*. España, EUNSA; 89-102p.
- CRAMER & RICHMOND. (1989). *Adolescent Group Therapy*. International University Press, Inc. Connecticut. U.S.A.
- DIAZ, Isabel. (2000). *Bases de la Terapia de Grupo*. México, Editorial Pax.
- DONAS, Solum. (2001). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Costa Rica, Editorial LUR; 506 pp.
- AMERICAN, Valdés & MIYAR, Manuel. (2001). *DSM IV Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona American Psychiatric Association.
- ERIKSON, E. (1974). *Sociedad y adolescencia*. México, Siglo Veintiuno Editores.
- ESPADA, Alejandro. y POCH Joaquín. (1994). *Manual de Técnicas de Psicoterapia*. Madrid España, Siglo Veintiuno Editores.
- FARMER, B. (1994). *Structured Adolescent Psycoteraphy Groups*. Sarasota, FL: Profesional Resource Press.

- FENICHEL, Otto. (1943). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós.
- FERNÁNDEZ, Octavio. (1972). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- FIZE, Michel. (2007). *Los Adolescentes*. México, Fondo de Cultura Económica; Primera Edición; 136 pp.
- GARFF, Beatrice. (2008). *Depresión, primera causa de discapacidad en mujeres de 15 a 44 años*. Proceso. México.
- [www.proceso.com.mx/noticias/articulo55895](http://www.proceso.com.mx/noticias/articulo55895)
- GONZÁLEZ, José. (2000). *Psicopatología de la Adolescencia*. México, Editorial El Manual Moderno.
- GONZÁLEZ, José. (2001). *Psicopatología de la Adolescencia*. México, Editorial El Manual Moderno; 277 pp.
- GONZÁLEZ, José. y Nahoul, V. (2007). *Momentos vulnerables en la adolescencia*. Alêtheia no. 26, México; 196 pp.
- GONZÁLEZ, José. ZARCO, S. (2007). *Epigénesis del Desarrollo Erótico*. **Alêtheia** Psicología y Psicoanálisis No. 26, México.
- GONZÁLEZ, José. & RODRÍGUEZ, M. (2002). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. México. Plaza y Valdés.
- GREENSON, R. (1994). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México. Siglo Veintiuno Editores.
- GUARNER, Enrique. (1978). *Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico*. México, Editorial Porrúa.
- HENSON, Kenneth. (2000). *Psicología educativa para la enseñanza eficaz*. México, Tomson; 554pp.
- HIDALGO, Raúl. (1998). *La depresión desde diferentes perspectivas teóricas*. Tesis de Licenciatura; México, UNAM.
- JARNE, Adolfo. (2000). *Manual de Psicopatología Clínica*. España, Ediciones Paidós.
- KUIPER, P. (1972). *Teoría Psicoanalítica de la Neurosis*. Barcelona, Editorial Herder.
- LEBOVICI, Serge. (1990). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente III*. Biblioteca Nueva.

- MAISONNEUVE, J. (1968). *La Dinámica de Grupos*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- MERINO, Carmen. (1993). *Adolescencia y su Contexto Social*, Modulo 1 Tema 2. Diplomado de Educación Educativa, UNAM-CISE-DGOV-SUA, México.
- MORENO, J. (1961). *Psicodrama*. Argentina, Editorial Paidós.
- MORENO, Margarita. (2006). *La deshumanización del siglo XXI a consecuencia de la precariedad pedagógica en la familia*. Tesis de Doctorado; México, Universidad Latinoamericana.
- MUUSS, Rolf. (1984). *Teorías de la adolescencia*. México, Editorial Paidós; 225 pp.
- OBREGON, Teresa. (1993). *El estudiante. Experiencia Docente*. Revista "Perfiles Educativos" No. 60 abril-junio, 1993. Págs. 53-57.
- PAPALIA, Diane. (1992). *Desarrollo Humano*. Colombia, Editorial. Mc. Graw Hill; Cuarta Edición; 693 pp.
- PALACIOS, Jesús. (2002). *Psicología Educativa*. Alianza Psicología
- PIAGET, J. (1978). *Problemas de Psicología Genética*. Barcelona; Ariel.
- PINKUS, Lucio. (1984). *Teoría de la Psicoterapia Analítica Breve*. España, Editorial Gedisa
- TREVIÑO, María. (2007). *Manifestaciones bisexuales en la adolescencia como consecuencia de la simbiosis hostil*. Tesis de Maestría; México, UNAM.
- SAMPERI, R. y COLLADO, C. (2003). *Metodología de la Investigación*. México, Mc Graw Hill.
- SHAFFER, David. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona, Psiquiatría Editores.
- SULLIVAN, H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, Nueva York, W.W. Norton.
- VINAGRODV, Sophia. y Yalom, I. (1989), *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Barcelona, Paidós.
- WINKLER, Jaime. (1989). *El grupo operativo en la formación universitaria del psicólogo clínico*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Paris.
- YALOM, I.D. (1985). *The theory and practice of group psychoterapy*. New York, Basic Books.

YALOM, I.D. (1998). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. España, Paidós.

*Diccionario Enciclopédico Usual*. México, LAROUSSE.