



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BREVE, EN UN GRUPO CON
CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TARDÍA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
OSCAR ARRIAGA BARRERA

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. FRANCISCO ANTONIO MORALES CARMONA
REVISOR: MTRO. MANUEL ALFONSO GONZÁLEZ OSCOY
COMITÉ TUTORIAL: MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY
MTRO. JOSÉ VICENTE ZARCO TORRES
DRA. MARÍA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO



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.

DEDICATORIAS

A **mi esposa**, Eva Camarena Rodríguez, por su comprensión, ternura, paciencia, compromiso y la forma en que me ama. A **mi hija**, Fiamma Paula Arriaga Camarena, por la belleza de sus ojos y su sonrisa, y la manera en que me conmueve su existencia. A **mis padres**, Ma. de la Luz Barrera y José Luís Arriaga, porque ahora son mejores padres; y a **mi hermano**, Homero Arriaga, por su apoyo y consejos.

AGRADECIMIENTOS

A la **UNAM**, por ser la Institución Académica más importante de este país y haberme brindado la oportunidad de estudiar en este programa. Gracias.

A **mis profesores**, por su dedicación, experiencia, conocimientos, exigencia y consejos. Gracias.

A **Alejandro Krongold**, psicoanalista, por su escucha y su acompañamiento en el camino del autoconocimiento. Muchas gracias.

A **mis pacientes**, por enseñarme tanto. Gracias.

ÍNDICE:

RESUMEN	1
JUSTIFICACIÓN	2
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I	11
1.1 ADOLESCENCIA.....	11
1.2. TEORÍAS PSICOANALÍTICAS DEL DESARROLLO ADOLESCENTE.....	13
1.3. ERIK ERIKSON. UN ENFOQUE PSICOSOCIAL.....	16
1.4. CRISIS DE IDENTIDAD EN EL ADOLESCENTE TARDÍO.....	18
1.5. LOGROS DEL PERIODO DE LA ADOLESCENCIA TARDÍA.....	22
CAPÍTULO II	28
2.1 PSICOTERAPIA DE GRUPO.....	28
2.2. ANTECEDENTES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.....	29
2.3. EL ENFOQUE PSICODINÁMICO.....	32
2.4. PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA ADOLESCENTES.....	34
2.5. MANEJO TERAPÉUTICO.....	37
METODOLOGÍA	46
1.1 OBJETIVO.....	46
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	46
1.3.DESCRIPCIÓN DE SUJETOS.....	46
1.4 TIPO DE ESTUDIO.....	47
1.5 MATERIALES.....	47
1.6 ESCENARIO.....	47
1.7 PROCEDIMIENTO.....	48
RESULTADOS	52
DISCUSIÓN	94
CONCLUSIONES	101

BIBLIOGRAFÍA.....108

RESUMEN

El presente trabajo describe la intervención psicoterapéutica breve en un grupo con características de la adolescencia tardía, teniendo como objetivo aplicar técnicas psicodinámicas. Se efectuó un estudio de tipo exploratorio, realizando un registro sistemático de los miembros del grupo con base en parámetros de observación del proceso grupal. Participaron nueve sujetos; 5 mujeres y 4 hombres, con un rango de edad de 20 a 23 años; quienes solicitaron atención psicológica en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Se trabajó con un equipo de tres terapeutas, conformado por pareja terapéutica (hombre y mujer) y un observador silente. A los miembros del grupo se les realizó una entrevista inicial y se les aplicó la prueba MMPI-2, con la finalidad de establecer los objetivos psicoterapéuticos de grupo. Las escalas que resultaron más elevadas en la prueba del MMPI-2 fueron la **2**, **8**, **7** y **4**. La principal problemática observada se refirió a problemas de relación que cada uno de los miembros establecía, tanto en sus relaciones familiares, de pareja e interpersonales. Se registran los logros psicoterapéuticos alcanzados al final del tratamiento.

SUMMARY

This research describes a therapeutic intervention, on short time, psychological, and focus in a group with characteristics of late adolescence. The primary goal of this study is to apply psychodynamic techniques on groups. For this purpose, the data compilation where collected in an exploratory way to the participants on the group, with observation of the group it self during the therapy process. On this practice the ages of the participants where from 20 to 23 years old; is important to know that they ask for psychological help in the fist place, in the Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U. N. A. M. The work team where compose by 3 therapists, with a couple (male-female) for the interaction and guide for the group and one therapist for observation purposes only.

For each one on the group we apply an interview and then the application of the MMPI-2 test, all this for the establishment of the parameters and objectives on the psychotherapeutic process for group intervention. The most elevated scales on the MMPI-2 test where 2, 8, 7 & 4. The primary issue observed on the group where the problems with parental figures, interaction with equals and relationships involving.

At the ending of the all paper, we keep a register of the progress on the psychotherapeutic process during the treatment.

JUSTIFICACIÓN

Según datos del INEGI, el censo nacional del año 2000 reveló que la población de jóvenes en el rango de edad de 15 a 24 años representa el 31.1% de la población de un total de 97483412 habitantes (INEGI, 2000). Estos datos muestran que prácticamente un tercio de la población en nuestro país son adolescentes.

La población adolescente en México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional, hoy representa 21.3 por ciento, por lo que se calcula que entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. Este es un segmento muy importante de la población que requiere atención ante los múltiples problemas que los jóvenes deben enfrentar en las esferas emocional, social y laboral.

La Secretaría de Salud en el año 2002 reportó que la tasa de mortalidad por padecimientos psiquiátricos en México, se encuentra en el décimo segundo lugar entre las principales causas de muerte. En este sentido, 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). En casos graves de padecimientos mentales puede existir una predisposición al suicidio como única salida que la persona vislumbra para terminar con su sufrimiento emocional. En el 2004 se registró un total de 3, 324 suicidios, de los

cuales 141 son causados por padecimientos mentales, 230 por rompimiento con la pareja y 33 por remordimiento (INEGI, 2005)

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

La Secretaría de Salud elabora estadísticas nacionales sobre la demanda de servicios médicos para la población. Al respecto, las estadísticas sobre demanda de consulta externa muestran que el grupo de edad comprendido entre los 10 y los 21 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)

De acuerdo a las cifras, se puede observar que en nuestro país hay una creciente demanda de atención especializada para trastornos de la adolescencia. A su vez, la atención a adolescentes requiere de estudios sistematizados para tener una comprensión amplia de la problemática adolescente y generar alternativas de intervención, prevención, evaluación y tratamiento para trabajar con adolescentes en aspectos de salud mental. En este sentido, es importante la creación de un programa de posgrado especializado en la formación de psicólogos clínicos con habilidades teóricas y prácticas, capaces de diagnosticar de manera oportuna y atender problemas psicológicos en adolescentes.

Conforme a la problemática descrita con anterioridad, es que decidí estudiar la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes. A lo largo de mi práctica profesional, pude observar que la psicoterapia de grupo breve con un enfoque psicodinámico, es una herramienta útil en el tratamiento de los problemas que presenta la población adolescente, ya que la comprensión de sus conflictos, permite lograr avances significativos en pocas sesiones.

Comprendo que la psicoterapia de grupo con un enfoque psicodinámico requiere un entrenamiento particular, a lo largo de dos años de entrenamiento

tanto teórico como práctico, esta formación me ha permitido incidir en la intervención psicoterapéutica con los adolescentes en un grupo con características de la adolescencia tardía.

El trabajo realizado se llevó a cabo de manera estructurada, sistemática, consistente y bajo una supervisión continua. En este sentido, los parámetros de observación del proceso grupal brindaron una guía a seguir en cada supervisión.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo del hombre, que se caracteriza por cambios psicológicos y corporales y que, a su vez, implica una resignificación de la figura de los padres.

Dentro de la etapa de la adolescencia, encontramos varias fases comprendidas por: preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente tal y adolescencia tardía.

En este trabajo se incluye la teoría pertinente al desarrollo de la adolescencia tardía como parte de una fase de la adolescencia, describiendo el desarrollo psicológico y social del ser humano en dicha fase.

En la elaboración de este reporte se entiende a la adolescencia tardía como un periodo de crisis, cambio y desequilibrio; comprendida a partir de la teoría y de lo observado en la práctica de acuerdo con la problemática que el grupo presenta. La principal problemática detectada en el grupo con el que se trabajó, se refirió a problemas de relación que cada uno de los miembros establecía, tanto en sus relaciones familiares, de pareja e interpersonales. Es importante resaltar que en el grupo se observan datos clínicos de depresión y ansiedad principalmente, como manifestaciones de un malestar psicológico; sin embargo, los datos clínicos observados no cumplían criterios para un diagnóstico clasificable, por lo que no se puede hablar de una patología

definida. La problemática manifestada se relacionaba con los conflictos que se presentan en el periodo de la adolescencia tardía.

Los conflictos de la adolescencia tardía están relacionados con el proceso de individuación y la adquisición de una identidad personal, lo que implica que los miembros del grupo realicen mecanismos de ajustes en lo que se refiere a las actitudes hacia su entorno y la realización de maniobras de adaptación ante los cambios que experimentan producto del momento de crisis.

En la adolescencia tardía el adolescente tiene mayor conciencia de su problemática, así como el tipo de ayuda que requiere para sus problemas emocionales, y resulta frecuente que el mismo adolescente sea quien solicite la atención psicológica. Se puede dar la opción al paciente de elegir entre una psicoterapia individual o de grupo. Si se determina que lo más adecuado es la psicoterapia de grupo, es conveniente que los miembros del grupo sean de ambos sexos y con edades que fluctúen entre 2 y 5 años de diferencia entre los mismos, según plantea González Núñez (1992). En este proyecto se siguen estos criterios en cuanto a edades señalados por dicho autor.

El propósito de este trabajo consiste en describir la intervención psicoterapéutica breve en un grupo con características de la adolescencia tardía, con base en un análisis sistemático de parámetros de observación grupal.

En cuanto al tratamiento aplicado, se utiliza la psicoterapia de grupo breve orientada fundamentalmente hacia una comprensión psicodinámica de los determinantes actuales e históricos que constituyen la crisis por la que atraviesan los adolescentes.

Con base en la información obtenida por medio de la entrevista inicial y con base en el resultado de los puntajes del MMPI-2, se elaboró un perfil del grupo en cuanto a características de personalidad y problemática observada, con el fin de establecer los objetivos psicoterapéuticos de grupo.

Es importante resaltar que en el grupo se observan datos clínicos de depresión y ansiedad principalmente, como manifestaciones de un malestar psicológico; sin embargo, los datos clínicos observados no cumplían criterios para un diagnóstico clasificable, por lo que *no se puede hablar de una patología definida* en cuanto a los adolescentes con los que se trabajó. La problemática observada se relacionaba principalmente con los conflictos que se presentan en el periodo de la adolescencia tardía.

Los sujetos seleccionados para formar el grupo de psicoterapia, se obtuvieron a partir de la población que asiste a solicitar atención psicológica al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., y que comprendían un rango de edad de 20 a 23 años.

Se excluyeron pacientes cuya edad fuera menor a 20 años y mayor a 23, y con patología severa como depresión mayor, psicosis, con personalidad psicopática o paranoide y abuso de drogas.

En la adolescencia tardía se integra un Yo que combina situaciones regresivas con expresiones de estabilidad, como son el trabajo, la elección de pareja, la afirmación de una ideología, etc. lo cual conlleva a la adquisición de una conciencia de sí mismo como ser social y a la adquisición de una identidad propia separada de la identidad de los padres.

La resolución del proceso de cambio de la adolescencia tardía está lleno de complicaciones, que someten a un esfuerzo considerable la capacidad integrativa del individuo, conduciendo a diversas condiciones emocionales, postergando el fin o prolongando el periodo de la adolescencia.

Este trabajo está conformado por un primer capítulo que describe de manera teórica el periodo de adolescencia y, de manera más específica, la fase de la adolescencia tardía. Un segundo capítulo describe de manera teórica en qué consiste la psicoterapia de grupo para adolescentes, haciendo referencia al manejo técnico pertinente. En el apartado del método se describen los objetivos del trabajo, las características específicas de los participantes, el escenario y el procedimiento. En el apartado de resultados, se presentan los resultados obtenidos producto de la intervención profesional, en dónde se presentan resumidas las **8** sesiones más significativas de un total de **14** sesiones, que conformaron el proceso psicoterapéutico. En la discusión se

efectuó un análisis y una discusión de los procedimientos descritos en relación con el marco teórico, el objetivo de la intervención y los resultados obtenidos. Se presenta la bibliografía utilizada en este trabajo.

MARCO TEÓRICO

Los viejos desconfían de la juventud porque han sido jóvenes.

(Shakespeare)

CAPITULO I

1.1 Adolescencia

El proceso de crecimiento y desarrollo humano ha sido objeto de numerosos estudios sean éstos biológicos, filosóficos, teológicos, etc. Pero es a partir de los comienzos del siglo XX que se ha dedicado especial atención al periodo evolutivo llamado adolescencia; para lo cual, se han empleado métodos científicos de investigación, los cuales han descartado algunos conceptos erróneos del desarrollo adolescente; sin embargo, aún existen muchos problemas en discusión sobre esta etapa del desarrollo humano.

La palabra *adolescencia* deriva de la voz latina *adolecere*, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. Sociológicamente, la adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente, y la edad adulta y autónoma. Psicológicamente, es una "situación marginal" en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto (Muss 1997).

Las palabras *pubertad* y *pubescencia* se derivan de las voces latinas *pubertas*, que significan la edad viril y *pubescere*, cubrirse de pelo, llegar a la pubertad. Ausbel (1954), empleó el vocablo “pubescencia” referido a los cambios biológicos y fisiológicos que se asocian con la madurez sexual. Actualmente, se emplea el término pubescencia para describir el lapso del desarrollo fisiológico durante el cual maduran las funciones reproductoras, e incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios. La pubescencia corresponde al periodo de la primera adolescencia, y termina con la aparición de todos los caracteres sexuales secundarios y la madurez reproductora.

En algunos casos, la transición de la niñez a la edad adulta es paulatina, y se produce sin reconocimiento social; en otros, los ritos de pubertad caracterizan un pasaje, no de la niñez a la adolescencia, sino de la niñez a la edad adulta (Muss op. cit). El prolongado periodo de la adolescencia en las sociedades técnicamente más avanzadas no es un fenómeno fisiológico, sino un producto social, como lo describe Erikson (1974).

La duración de la pubescencia la establecen los factores biológicos; la de la adolescencia social la determinan las instituciones sociales y el grupo social. Ambos periodos podrían coincidir, pero no necesariamente.

Según Blos (1962), la adolescencia puede subdividirse en varias etapas de evolución, cada una de las cuales comprende una complejidad de cambios.

Este autor, subdivide la etapa adolescente en: preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente y adolescencia tardía.

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Es un estadio que reviste una importancia crucial en la vida del ser humano, ya que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social. (González Núñez, 2001). Esta es un periodo caracterizado por el crecimiento orgánico (expansión física), adquisición de la madurez sexual y capacidad reproductiva, el fortalecimiento del dominio de la conducta y de la vida social, sí como la maduración global de la inteligencia.

Estudios antropológicos acerca de la adolescencia concluyen que los problemas que deben de afrontar los adolescentes varían de una cultura a otra, convirtiendo la transición a la edad adulta en una etapa más o menos complicada, más o menos conflictiva y más o menos prolongada, dependiendo del contexto sociocultural (Sherif, 1947, citado en Muss, op. cit).

1.2. Teorías psicoanalíticas del desarrollo adolescente

La teoría psicoanalítica del desarrollo adolescente considera a la adolescencia como un periodo filogenético. El periodo de latencia concluye con el crecimiento y la maduración de los genitales, lo cual es una característica biológica. Al mismo tiempo que con los cambios fisiológicos de la maduración sexual, se ponen de manifiesto los componentes psicológicos como el instinto sexual (energías libidinales que buscan alivio a la tensión), así como otros

fenómenos de la adolescencia. Los cambios fisiológicos están relacionados con alteraciones emocionales, especialmente con el acrecentamiento de emociones tales como la depresión, la ansiedad, el desgano y la tensión entre otras. El desarrollo de la personalidad se prolonga más allá de la situación edípica; la formación de la personalidad se confirma durante la crisis de la adolescencia y como un producto de su resolución.

En la pubertad, los impulsos sexuales afloran y provocan la subordinación de todos los instintos y componentes sexuales a la supremacía de la zona genital (Freud, 1916, 1966). Mientras que la búsqueda del placer es la meta de todas las formas infantiles de sexualidad, los cambios fisiológicos producidos en la pubertad, hacen surgir otro objeto sexual: la reproducción. Esta fase del desarrollo psicosexual es llamada *etapa genital*. La excitación psicológica consiste ahora en una sensación de tensión peculiar y de carácter urgente. El desarrollo pubescente no sólo despierta la sexualidad, sino que también aumenta la excitación nerviosa, la ansiedad y la fobia genital. Los cambios biológicos traen consigo alteraciones de conducta y dificultades de adaptación, puesto que la sexualidad del individuo entra en conflicto con su seguridad. La tensión sexual acrecentada durante la adolescencia hace revivir muchos de los objetos incestuosos del periodo genital anterior y dirigir la libido hacia ellos. Freud (op. cit), habla de una segunda situación edípica durante la adolescencia. El proceso evolutivo, especialmente en el periodo de latencia, constituye una lucha dinámica entre las fuerzas biológico-instintivas del Ello y las socialmente orientadas del Super yo.

El principio de la pubertad trae consigo un aumento en los impulsos instintivos. Los impulsos pasan a primer plano, y los intentos por controlarlos son evidentes en las reacciones típicas del adolescente. El esfuerzo del Yo se centra en dominar el impulso instintivo dirigiendo su atención casi exclusivamente a los conflictos libidinales (Blos, op. cit). En cuanto a la situación edípica, es tarea del adolescente liberarse de la dependencia que lo vincula a sus padres, el fracaso en la resolución de esta tarea, conducirá al sujeto a la neurosis, puesto que esta situación interferirá con la elección de un objeto de amor heterosexual. La formación de la identidad sexual es el logro final de la diferenciación del impulso adolescente. (Blos, ibidem).

El Yo adolescente adecuado en la adolescencia, sólo se puede desarrollar eficientemente si la fase de latencia se ha integrado con cierto éxito. Para hacer frente a la pubertad y la adolescencia, el Yo requiere de los logros del periodo de latencia (Bos, op. cit.).

Erikson (op cit) y Sullivan (1974) modificaron la posición psicoanalítica ortodoxa que otorgaba tanta importancia a los instintos y al determinismo biológico. Señalaron que los factores sociales pueden modificar el desarrollo y los impulsos del ello.

1.3. Erik Erikson. Un enfoque psicosocial

Erik Erikson (op cit) modificó la teoría freudiana del desarrollo psicosexual a la luz de ciertos hallazgos de la antropología cultural. El concepto nuclear de su teoría del desarrollo del Yo, lo constituye la adquisición de una identidad del Yo, la cual se cumple de diferentes maneras de una cultura a otra. Sin embargo, el cumplimiento de esa tarea evolutiva contiene un elemento común a todas las culturas, y es la idea de que el niño, con el fin de adquirir una identidad del Yo fuerte y sana, ha de recibir suficiente reconocimiento de sus rendimientos y logros.

Según Erikson (op cit), la adolescencia se caracteriza por la rapidez del crecimiento físico, la madurez genital y la conciencia sexual, y es el periodo durante el cual ha de establecerse una identidad positiva dominante del Yo.

Dentro del estadio de la juventud existe una moratoria psicológica, periodo en el cual el joven puede experimentar con pautas de conducta que son infantiles y adultas a la vez.

El adolescente tiene que restablecer la identidad del Yo a la luz de sus experiencias anteriores y aceptar que los nuevos cambios corporales y sentimientos libidinales son partes de sí mismo. Si la identidad del Yo no se establece satisfactoriamente en esta etapa en el adolescente, existe el riesgo de que el papel que ha de desempeñar como individuo le parezca difuso, lo

que pondrá en peligro su desarrollo ulterior del Yo. En este sentido, Erikson señala que, “Cuando esto se basa en una profunda duda previa entorno de la propia identidad sexual, no son nada raros los incidentes delictivos y psicóticos” (Erikson, op cit).

Los adolescentes pocas veces se identifican con sus padres, y, por el contrario, se rebelan contra el dominio, el sistema de valores y la intrusión de éstos en su vida privada, ya que necesitan separar su identidad de la de ellos. Para Blos (1975), un ejemplo de un mecanismo de estabilización reconstitutivo son las identificaciones transitorias. La necesidad del adolescente de pertenecer a un grupo, tiene características de proceso reconstitutivo. Al obtener acceso a una vida externa completa y excitante, el adolescente contrarresta sus sentimientos de vacío, aislamiento y soledad.

El enamoramiento es un acontecimiento común y frecuente en esta edad y el adolescente trata de proyectar en otra persona su propio Yo, aún difuso e indiferenciado, con el fin de aclarar y descubrir el concepto de sí mismo y la propia identidad del Yo.

La madurez para Erikson (op. cit.), empieza cuando la identidad ha sido establecida y ha surgido un individuo integrado e independiente, el cual previamente tuvo que haber resuelto su propio cuestionamiento acerca de saber realmente quién es y quién desea llegar a ser, antes de poder decidir quién será un compañero conveniente para él o ella.

La identidad del Yo implica la integración total de ambiciones y aspiraciones vocacionales, junto con todas las cualidades adquiridas a través de identificaciones anteriores (imitación de los padres, enamoramientos, admiración de héroes, etc.). Solamente el logro de todos esos aspectos de la identidad del Yo, permitirá la intimidad del amor sexual y afectivo, la amistad profunda y otras situaciones que requieren entregarse sin el temor de perder la identidad del Yo en la etapa evolutiva siguiente (Erikson, op cit).

En la adolescencia tardía se integra un Yo que combina retardos parciales con expresiones de estabilidad como son el trabajo, el establecimiento de una relación de pareja comprometida, la afirmación de una ideología, etc. Lo cual conlleva a la adquisición de una consciencia de sí mismo como ser social.

1.4. Crisis de identidad en el adolescente tardío

Los conflictos de la adolescencia tardía están relacionados con el proceso de individuación y la adquisición de una identidad personal, lo cual requiere que los adolescentes realicen mecanismos de ajustes en lo referente en sus actitudes hacia su entorno y la realización de maniobras de adaptación ante los cambios que experimentan producto del momento de crisis.

En ocasiones la crisis de identidad es apenas perceptible y en otras ocasiones es muy marcada. En algunos jóvenes la crisis de identidad se presentará sin ningún ruido, en otras personas la crisis estará claramente señalada como un periodo crítico, como una especie de segundo nacimiento.

La formación de la identidad, posee un aspecto negativo que puede permanecer como un aspecto rebelde de la identidad. La identidad negativa es la suma de las identificaciones y fragmentos de identidad que el individuo tuvo que reprimir en su interior como indeseables o irreconciliables. La crisis de identidad, en un enfoque psicoanalítico, es parcialmente inconsciente, como una cualidad del vivir no-consciente-de-sí-mismo.

Para Blos, el aspecto más importante del arreglo jerárquico de los intereses del Yo, ocurre en el área de los compromisos vocacionales durante la adolescencia tardía. La meta última de la adolescencia como un todo consiste en dotar al individuo de un arreglo estable de intereses del Yo y de una diferenciación sexual y una polarización como núcleo de sentido de identidad (Blos, op cit).

Algunos periodos en la historia de la humanidad se vuelven vacíos de identidad a causa de tres formas básicas de la desconfianza humana. 1) a causa de miedos despertados por hechos nuevos, como descubrimientos e inventos; 2) por ansiedades despertadas por peligros simbólicos como la desintegración de las ideologías existentes; y 3) por el temor de un abismo existencial desprovisto de significado espiritual (Erikson, 1981).

Un estado de confusión en la identidad, no anormal en sí mismo, puede estar acompañado por todos los síntomas neuróticos o casi psicóticos a los que la persona es propensa con base en su constitución, experiencias tempranas y circunstancias malignas. La malignidad de la crisis de identidad está

determinada tanto por los defectos de las primeras relaciones de una persona con su madre como por la incompatibilidad o irrelevancia de los valores disponibles en la adolescencia.

Un síndrome como el de la confusión de identidad no es sólo cuestión de autoimágenes o aspiraciones, roles y oportunidades contradictorias, sino un padecimiento central peligroso para la totalidad de la interacción ecológica de un organismo mental con su medioambiente, el cual es un universo social compartido. Los síntomas de confusión de identidad pueden ser encontrados en el tiempo al igual que en los individuos. La identidad psicosocial está localizada en tres órdenes en los que el hombre vive en todo tiempo (Erikson, op cit).

- 1) el orden somático, por el cual un organismo busca mantener su identidad en una renovación constante de la mutua adaptación en el medioambiente.
- 2) el orden yoico, la integración de la experiencia y conducta personales.
- 3) El orden social mantenido unido por organismos yoicos que comparten una ubicación histórico-geográfica.

Existen tres necesidades evolutivas que señalan la terminación de la adolescencia: 1) una identidad unida a alguna eficacia personal, 2) una

sexualidad ligada a un estilo de intimidad, y 3) la anticipación de volverse responsable de la siguiente generación.

Erikson propone como una meta fundamental de la psicoterapia psicoanalítica el ayudar al enfermo a establecer formas socialmente aceptadas de identidad del Yo.

Por otro lado, Blos (op cit) plantea que se somete a esfuerzos decisivos la capacidad integrativa del individuo, pudiendo producir , fracasos de adaptación, deformaciones yoicas, maniobras defensivas y psicopatología severa. Y agrega que lo que fue experimentado originalmente como una amenaza del medioambiente se vuelve el modelo de peligro interno. El dominio progresivo de los traumas residuales determina el intercambio transaccional previamente entre el individuo y el medio ambiente, al igual que entre el Yo y el ser.

La prueba decisiva para el Yo consiste en la consolidación de la personalidad en términos de intereses yoicos fijados y preferenciales, así como de necesidades de amor altamente personalizadas. Si el Yo resulta victorioso en la lucha de la fase de adolescencia, una legítima gratificación narcisista (autoconfianza y autoestima) da durabilidad y estabilidad a la realización (Blos, op cit).

La adolescencia tardía se puede considerar como un periodo de crisis que se caracteriza por la necesidad de tomar decisiones en cuanto a elegir una profesión, el tener que trabajar, el tener que elegir una pareja o decidir casarse,

se experimentan conflictos debido al proceso de separación- individuación o denominado también como de dependencia- independencia.

En esta fase se incrementa la crisis por la necesidad de tomar las decisiones antes mencionadas y por la necesidad de realizar los cambios en su comportamiento y hacer modificaciones a su personalidad, lo que finalmente determina la consolidación de la personalidad adulta.

La resolución del proceso de cambio de la adolescencia tardía está llena de complicaciones, que someten a un excesivo esfuerzo la capacidad integrativa del individuo, conduciendo a diversas condiciones emocionales, postergando el final o por consiguiente prolongando la adolescencia.

1.5. Logros del periodo de la adolescencia tardía

Psicoanalistas como Erikson (op cit) no le han dado importancia a ninguna división de la adolescencia, considerando a esta época de la vida en forma global, señalando el problema de identidad como el principal proceso a resolver. Sin embargo, es importante señalar que el periodo global adolescente estudiado por Erikson podría comprender lo que sería la adolescencia propiamente tal y la adolescencia tardía según la clasificación de Blos.

González Núñez (op cit), basándose en la clasificación de Blos, elabora una descripción con las siguientes características de la adolescencia propiamente tal y la adolescencia tardía:

Adolescencia propiamente tal

Se caracteriza porque el adolescente obtiene las siguientes metas:

1. La conciencia de que existe una nueva meta instintiva: la procreación; situación que matiza y afectiviza la fantasía de paternidad; tal fantasía es ambivalente, se desea, se niega, se aborrece, se busca, etc.

2. Culmina la formación de la identidad sexual. Se hace una completa renuncia a los objetos incestuosos y se abandona la posición bisexual, para hacer posible la orientación del sujeto hacia la heterosexualidad, que da la oportunidad de lograr la nueva meta impulsiva: la reproducción.

La vida emocional del adolescente es más intensa, más profunda y con mayores horizontes: los deseos edípicos y sus afectos resurgen. Los celos, la culpa y la envidia reaparecen, y los conflictos internos sobre la identidad alcanzan su máximo desarrollo.

3. Existe un empobrecimiento del Yo que se da ante el desplazamiento de los objetos primarios y la sustitución por nuevos objetos amorosos que representan a los anteriores.

4. La libido retirada del padre internalizado por identificación, conduce al varón a una elección narcisista de objeto amoroso, elección basada en el Yo ideal. Igual fenómeno aparece en la mujer.

Durante la etapa narcisista de este periodo de la adolescencia, se pasa de una sobrevaloración de los padres a una devaluación de éstos. Sin embargo, este periodo narcisista tiene aspectos positivos para el desarrollo emocional del adolescente, ya que favorece su identidad, separación e independencia. Esta etapa narcisista transitoria también conduce a un estado de omnipotencia y fallas en el juicio.

5. Existe una oscilación entre la impulsividad y el control yoico. El establecimiento de la organización adulta de los impulsos supone una renuncia a los objetos de amor primarios y el encuentro de nuevos objetos. Ambos estados afectivos pueden describirse respectivamente como duelo y enamoramiento. Predominan los sentimientos de ternura, así como la preocupación de conservar a sus objetos de amor con un deseo de pertenecerse en forma mutua y exclusiva.

6. El adolescente necesita ayuda desde el mundo externo para el logro de la heterosexualidad y la identidad. Precisa que los adultos que lo rodean muestren una escala de valores y una actitud firme y flexible que le permita reconocer límites en el exterior. Solicita que los adultos se comporten con un claro desempeño de su rol personal, social y sexual.

Adolescencia tardía

1. Existe una mayor unificación entre los procesos afectivos volitivos y de acción, consolidándose los siguientes cambios:

- a) Se lleva a cabo un reajuste jerárquico de los valores e intereses del Yo.
- b) Se cristaliza una posición sexual irreversible (constancia de identidad) que puede ser heterosexual, bisexual, homosexual o celibatario.
- c) La estabilización de los recursos mentales propios que salvaguardan la identidad.
- d) Un reajuste jerárquico de los afectos de acuerdo con la identidad propia.

2. Las diferencias individuales afectivas son notorias, ya que la tolerancia al conflicto, la ansiedad y las descargas, matizan la fuerza y la cualidad individual.

3. Hay un esfuerzo del Yo para lograr una mayor integración de diversos fenómenos como el trabajo, el amor y la afirmación de una ideología.

4. La resolución de los conflictos instintivos y la función restauradora afectiva.

5. La capacidad de sublimar es notoria, ya que se destinan una serie de afectos para que el Yo conserve sus funciones y se enriquezca.

6. La vocación decidida y la establecida se integran en una ocupación que le permita satisfacer las necesidades de seguridad económica en el presente y en el futuro.

Por su parte, Erikson (op cit) plantea la existencia de ocho etapas evolutivas fundamentales, en cada una de las cuales surge un conflicto con dos desenlaces posibles: 1) si el conflicto se elabora de manera satisfactoria, la cualidad positiva se incorpora al Yo, y puede producirse un desarrollo ulterior saludable; 2) pero si el conflicto persiste o se resuelve de modo insatisfactorio, se perjudica el Yo en desarrollo, porque se integra en él la cualidad negativa. Las etapas de *Identidad versus confusión del rol* e *Intimidad versus aislamiento*, podrían abarcar el periodo de la adolescencia, adolescencia tardía y postadolescencia respectivamente, equiparándolas con las etapas que plantea Blos.

Igualmente, Erikson (op cit) describe la etapa evolutiva de *identidad versus confusión de rol* como aquella en que se lleva a cabo una integración que tiene lugar bajo la forma de identidad yoica, que es más que la suma de identificaciones infantiles. La experiencia acumulada de la capacidad del Yo para integrar todas las identificaciones con las vicisitudes de la libido, con las aptitudes desarrolladas a partir de lo congénito y con las oportunidades ofrecidas en los roles sociales. El peligro de esta etapa es la confusión de rol. En la mayoría de los casos, lo que perturba a la gente joven es la incapacidad para decidirse por una identidad ocupacional. Para evitar la confusión, se sobreidentifican temporalmente, hasta el punto de una aparente pérdida completa de la identidad, con los héroes de las camarillas y las multitudes. Esto explica la atracción que las doctrinas totalitarias simples y crueles ejercen sobre la mente de los jóvenes. Se inicia la etapa del enamoramiento que no es

total, el amor adolescente constituye un intento por llegar a una definición de la propia identidad, proyectando la propia imagen yoica difusa en otra persona, y logrando así que se refleje y se aclare gradualmente.

Por otra parte, la etapa de *identidad versus aislamiento*, comprende el surgimiento de la búsqueda de identidad y la necesidad de fundir su identidad con la de otros. El adulto joven está preparado para la intimidad, lo que muestra su capacidad para entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas, y desarrollará la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, aun cuando esto puedan exigir compromisos significativos. La evitación de tales experiencias debido a un temor a la pérdida del Yo puede llevar a un profundo sentido de aislamiento. La contraparte de la intimidad es el distanciamiento, que se refiere a la disposición a aislar y, en ocasiones, a destruir aquellas fuerzas y personas que cuya esencia parece peligrosa para la propia. Recién ahora puede desarrollarse plenamente la verdadera genitalidad, pues gran parte de la vida sexual que precede a estos compromisos corresponde a la búsqueda de identidad. El peligro de esta etapa es el aislamiento, esto es, la evitación de contactos que llaman a la intimidad.

CAPITULO II

2.1 Psicoterapia de grupo

El término *psicoterapia* fue utilizado por primera vez en 1803 por J.E. Reil (Reil, 1803, Citado en Guimón, 2003). Sin embargo, a lo largo de la historia de la humanidad, se observan múltiples ejemplos por tratar de modificar la experiencia y el comportamiento del ser humano a través de métodos psíquicos. Desde la Grecia antigua, donde los enfermos mentales eran llevados al laberinto de Asclepio, en donde tenían que dormir, para que esta divinidad los curara de sus males. La meditación o los rituales religiosos en grupos es otro ejemplo. Estos rituales revestidos de una carga emocional intensa tenían y tienen lugar en una situación de grupo.

Desde el momento de nacer formamos parte de un grupo familiar, y poco a poco, a lo largo de la vida, nos vamos integrando a diversos grupos externos al núcleo familiar, como lo serían los grupos escolares, sociales, laborales, etc. La integración a estos grupos nos permiten la satisfacción de una serie de metas.

Existen varias definiciones de grupo, González Núñez (1992) lo define como una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se influyen entre sí con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en cuyo espacio emocional todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta con base a una serie de normas que todos han creado y aceptado o modificado.

2.2. Antecedentes de la psicoterapia de grupo

Fue Freud (1921) con su estudio de la psicología de las masas, uno de los iniciadores teóricos en este tipo de psicoterapias, al proponer las bases psicológicas acerca del entendimiento de los grupos. La creación del psicoanálisis estableció la fuente teórica y clínica a partir de la cual se ha dado origen a las psicoterapias de corte psicoanalítico.

Durante la Segunda Guerra Mundial, el repentino aumento de las enfermedades psiquiátricas debidas al estrés, condujo a la implementación de técnicas de psicoterapia de grupo, y al empleo de personal no médico, permitiendo en un inicio una importante economía de tiempo y dinero. Se observó la necesidad de tratar en grupos, en un medio extrahospitalario, a los excombatientes que padecían con frecuencia trastornos mentales, lo que propició la creación de hogares abiertos, clubes, etc., lo que favoreció la readaptación a la sociedad de este tipo de pacientes (Guimón, op cit).

Después de la Segunda Guerra Mundial, se desarrolló y difundió la psicoterapia de grupo. Varios psiquiatras ingleses y norteamericanos, adoptaron las experiencias grupales adquiridas durante su práctica de guerra a las necesidades de su trabajo cotidiano. A pesar del enfoque psicoanalítico predominante en un inicio, en la psicoterapia de grupo, desde finales de los 60, se ha podido observar una diversificación de corrientes al comenzarse a utilizar enfoques no analíticos.

S. H. Foulkes (1966), un renombrado psicoterapeuta de grupo, fundó la Sociedad Analítica de Grupo, y en 1940 fue la primera persona en Inglaterra que practicó la psicoterapia de grupo con fundamento psicoanalítico. Recalcó la consistencia de los procedimientos de conducción de las sesiones de psicoterapia de grupos. Menciona que las variaciones en los procedimientos de grupo tienden a crear muchas variables, lo que dificulta el examen de lo que está sucediendo en el proceso analítico.

Foulkes (op cit), describe el término *matriz de los grupos*, como la red hipotética de comunicaciones y de relaciones, la cual es diferente para cada grupo. Este concepto, a su vez determina el significado de los eventos, y en el cual descansan todas las comunicaciones verbales y no verbales dentro del grupo. Se entiende también como un “contenedor” a través del cual la psique individual puede ser formada y transformada.

Entre los terapeutas innovadores de la psicoterapia de grupos se encuentra Wilfred R. Bion (1963), quien consideraba que la situación emocional del grupo era similar a la del bebé en las primeras etapas del desarrollo del Yo, y retomo conceptos de Melanie Klein. Bion (op. cit) distinguía dos tipos de fases en la evolución de los grupos. Durante un primer estadio (el del grupo base), en la mentalidad del grupo predominan los “supuestos básicos”, que son las emociones primitivas siempre presentes en cada individuo y en cada grupo, que a su vez son contenidos de dependencia, en particular con respecto del terapeuta considerado como el que nutre y desarrolla todo lo bueno. Un

supuesto básico considera tendencias paranoides de *ataque fuga* contra enemigos exteriores e interiores. También existe una tendencia al *emparejamiento*, dirigida hacia el terapeuta o hacia otro miembro del grupo. En la fantasía del futuro de la unión con el terapeuta puede nacer un “héroe” que resuelva todas las dificultades.

En un segundo estadio (el grupo de trabajo), lo que domina en la mentalidad del grupo es el deseo de alcanzar una finalidad o un objetivo lo que, en el caso de los grupos psicoterapéuticos, se trata de la “curación”. La cooperación consistente entre los miembros del grupo favorece su crecimiento conjunto (su realización) y la valencia, proceso instintivo que se opone al crecimiento (Bion, op cit).

Las ideas de Bion y Foulkes inspiraron los trabajos de diversos terapeutas en varios países, ya que el trabajo de dichos autores demostró la utilidad de disponer, en hospitales psiquiátricos, de salas abiertas y de vías de comunicación más libres entre los enfermos y los responsables de su tratamiento.

Actualmente el método de tratamiento de grupos se utiliza en hospitales gubernamentales y privados, agencias sociales y universidades, así como en escenarios de la practica privada. El uso específico del método de grupo varía frecuentemente aún dentro del mismo marco teórico, ya que depende de la intención y metas tanto del terapeuta como de los pacientes (Kadis, Krasner, Winick, & Foulkes, 1986).

2.3. El enfoque psicodinámico

En psicoterapia, el término psicodinámico se asocia o se identifica con el psicoanálisis y, por extensión, con aquellos enfoques en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central (Feixas, 1998).

Se puede considerar el psicoanálisis como un proceso basado en la asociación libre y en la interpretación de todos los datos verbales y no verbales, utilizando la transferencia y la contratransferencia, y relacionando las pulsiones infantiles, y los conflictos infantiles con el pasado, además de considerar que existen contenidos inconscientes que son susceptibles de ser analizados (Blum, 1953).

La psicoterapia analítica grupal permite un enfoque basado en diferentes enfoques teóricos (las relaciones objetales, la psicología del Yo, la psicología del *self*) y técnicos (grupos Tavistock, group analysis, etc). Estos procedimientos son ampliamente empleados en las experiencias de psicoterapia institucional y pueden incluirse dentro de lo que se ha llamado, la psiquiatría dinámica. (Reid & Reid, citado en Kaplan & Sadock, 1998)

Actualmente existen varias técnicas psicoterapéuticas, dentro de las cuales se encuentran las técnicas psicodinámicas, que tienen como objetivo la aclaración de las dificultades de un paciente con las demás personas, el estímulo de recuerdos olvidados, la investigación y el examen de la ansiedad relacionada con los recuerdos, incluyendo la resistencia del paciente a recordar. (González,

Andrade, Morales, González, & Pérez, op cit). La finalidad del tratamiento psicodinámico consiste en revelar y modificar las fuerzas psicológicas inconscientes, liberar al paciente de miedos, aflicción y las inhibiciones invalidantes, permitiendo obtener suficiente insight para manejar conflictos ordinarios.

Para que una psicoterapia sea considerada dinámica, se acepta que 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. 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 hay una tendencia a trabajar en el aquí y ahora. Asimismo, ha llegado a incorporar concepciones y procedimientos provenientes de modelos psicoterapéuticos no analíticos como el conductismo, el cognitivismo y la Teoría General de Sistemas (Kadis, Krasner, Winick, & Foulkes, op. cit.).

El enfoque breve en psicoterapia se ha desarrollado principalmente debido a necesidades prácticas, ya que cada vez más se ha precisado la utilización de métodos eficientes y rápidos de tratamiento, por lo que el modelo psicodinámico ha propuesto una modalidad de intervención breve en contraste con la larga duración del psicoanálisis clásico. Aunado a estas necesidades

incluso se han propuesto modalidades breves de tratamiento en grupos, principalmente en la práctica institucional.

Entre las características actuales que se consideran más importantes en cuanto al modelo de psicoterapias breves psicodinámicas (según las revisiones de Fiorini, 1973; Garske y Molteni, 1985; y Marmor, 1979) en (Feixas, op cit.), destacan las siguientes:

1. Actitud activa y reflexiva del terapeuta.
2. Focalización de la terapia en un problema concreto.
3. Limitación de la duración de la terapia.
4. Orientación hacia el fortalecimiento de las áreas del Yo libres de conflicto y hacia la adaptación realista del sujeto.
5. Énfasis en los determinantes actuales del conflicto y los proyectos futuros del sujeto.
6. Énfasis en los aspectos externos de la vida cotidiana del cliente, con la posibilidad de realización de tareas entre sesiones.

Los procedimientos empleados en las experiencias que serán descritas en este trabajo pueden ser incluidos en lo que acabamos de describir como psicoterapia dinámica breve más que psicoanalítica clásica.

La psicoterapia de grupo breve se refiere a la técnica de tratamiento psicológico que se desarrolla en grupo, con el apoyo del grupo y del o los psicoterapeutas. El aspecto *breve*, se refiere a que se establece un periodo de

atención limitado con un número preestablecido de sesiones. El trabajo psicoterapéutico se realiza con la participación del grupo y del o los psicoterapeutas.

2.4. Psicoterapia de grupo para adolescentes

El tratamiento de los adolescentes se caracteriza por una experiencia más intensa de respuesta por parte del terapeuta en comparación con el tratamiento con los adultos. Los procesos internos a los que se enfrenta el adolescente son diferentes, así como las respuestas y modos de enfrentar y reaccionar a las experiencias que vive. Por lo que el manejo técnico de cada etapa del periodo adolescente descritas con anterioridad, es fundamental para la implementación eficaz de la intervención terapéutica. Cada etapa requiere de un entendimiento profundo por parte del psicoterapeuta del conflicto central y de las tareas por resolver, ya que el conocimiento que se tenga de las técnicas que se deben utilizar en cada una de las subetapas de la adolescencia, dependerá, en buena medida, del éxito del tratamiento (González, Andrade, Morales, González, & Pérez, op cit).

Las primeras actividades grupales con adolescentes se llevaron a cabo con niños y jóvenes en poblaciones consideradas como básicamente sanas. Con el paso del tiempo a estos grupos se les fue dando un carácter psicoterapéutico, y a estos grupos se fueron incluyendo niños y adolescentes necesitados de atención psicoterapéutica, y esta intervención se administraba a través del grupo.

A Slavson (1976) se le conoce como uno de los principales pioneros de la psicoterapia de grupo para adolescentes. Formó grupos que denominó “clubs de autocultura” , en los que se reunían adolescentes para practicar danza, leer poesía, discutir acerca de filosofía y temas científicos. Dicho autor tenía como filosofía el permitir al adolescente encontrar su propio camino en un ambiente de respeto y de libertad acorde a su modo de pensar. Posteriormente formó grupos de actividades, enfocados en llevar a cabo excursiones y días de campo. En estos grupos participaban niños de entre ocho y dieciséis años de edad. A estos grupos se les conoció como “psicoterapia de grupo de actividades”.

A través de lo que algunos autores denominan *la formación de la cultura de grupo* y una vez que ésta emerge, 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. Dichos autores parten de la idea de que los adolescentes que padecen “defectos yoicos”, no tiene la habilidad de organizar su experiencia interna. Se espera entonces que, a través de la psicoterapia de grupo, se provea una situación en la que sus esfuerzos desadaptativos para organizar afectos volátiles e impulsos, pueda ser tolerado y estructurado, ya que en el grupo se les provee de contención (*holding*), de tal modo que los adolescentes aprende a crear estructuras culturales (cultura grupal terapéutica), que les sirven para la representación de aspectos importantes de sus vidas emocionales y así crear las bases de una organización interna (Speier, Schiff & Boschetto,1977).

2.5. Manejo psicoterapéutico

La transferencia

En su significado original, la transferencia es un proceso por el cual el paciente transfiere o proyecta al terapeuta sentimientos o conductas que vivió en el pasado, principalmente con sus padres (Speier, Schiff & Boschetto, op cit).

Para Foulkes (op. cit), los elementos transferenciales se producen de cada miembro del grupo al terapeuta y éste trabaja con ellos casi individualmente.

Según Bion (op. cit), quien mantiene el concepto psicoanalítico de la transferencia, se produce en el grupo una transferencia supraindividual que se constituye sobre el *fantasma* del grupo y el analista trabaja sobre la misma refiriéndose constantemente a ella.

Slavson (op. cit.), niega que en el grupo se pueda hablar de transferencia, ya que en el grupo se produciría una *dilución* de la transferencia, por lo que ésta cambia de carácter, dando origen a una multiplicidad de relaciones de los miembros entre sí y con el terapeuta.

La contratransferencia

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

Para Greenson (1994), la contra transferencia 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.

El manejo del silencio

El silencio de escucha, acogedor, simpatizante, empático, se lleva a cabo durante todo el proceso psicoterapéutico. El silencio como herramienta técnica, puede demostrar al paciente que el terapeuta se mantiene tranquilo y calmado, y que tiene confianza en él y no necesita hablar por que no se *tambalea* González Núñez y Rodríguez (op cit).

Por su parte, algunos autores como Bach (1968) y Speier (op. cit), coinciden en la necesidad de ser más activos frente al silencio dentro del grupo psicoterapéutico para adolescentes, y encontraron que las deserciones disminuyeron cuando los terapeutas fueron más espontáneos y transformaron el silencio en dialogo. Speier refiere que en la adolescencia, la psicoterapia grupal, por la rápida disminución de las defensas, facilita las reacciones de silencio de los adolescentes.

La libre asociación en el grupo

Foulkes (op. cit) plantea que la “libre asociación en los grupos” es un equivalente a la libre asociación en el psicoanálisis individual. Foulkes, en el inicio de su trabajo con grupos, ordenó a sus pacientes, previamente familiarizados con el psicoanálisis, proceder al mismo tipo de asociaciones libres que en la situación individual. Observó que las asociaciones de sus pacientes fueron modificadas por la situación de grupo, y a este proceso lo denominó como “discusión flotante libre”. Tiempo después, como resultado de sus estudios en grupos analíticos, descubrió que la conversación de *cualquier* grupo podía, en sus aspectos inconscientes, considerarse como equivalente a la libre asociación.

El manejo de las resistencias

De acuerdo con Greenson (op cit), 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 Yo inconsciente. Greenson también menciona que la causa inmediata de una resistencia es siempre la evitación de algún afecto doloroso como la ansiedad, la culpabilidad o la vergüenza.

Kaplan & Sadock (op cit) plantean que un método basado en la dinámica de grupo representa una técnica para el tratamiento de las resistencias de grupo más profundamente reprimidas y de origen preedípico (que tal vez representan

algo más que un mero factor en los pacientes que manifiestan graves desordenes de personalidad o en estados limítrofes), al mismo tiempo que el método indicado para el tratamiento de pacientes neuróticos altamente motivados. Este autor, señala que la utilización potencial de interpretaciones orientadas hacia el grupo refleja algunas de las características positivas de la metodología centrada en el grupo en su conjunto.

Hacerse la pregunta de por qué se resiste un paciente, conduce ,frecuentemente, hacia algún afecto doloroso que él está tratando de evitar. Este sentimiento doloroso puede ser un sentimiento de angustia, soledad, vergüenza, depresión, o alguna combinación de éstos. Al esclarecer el afecto doloroso específico y los recuerdos asociados con éste, las palabras del terapeuta deben ser apropiadas en tiempo, cantidad, calidad y tono. Posteriormente, se intenta hacer la conexión entre la pulsión que causa el afecto González Núñez y Rodríguez (op cit).

Catarsis

El espacio psicoterapéutico brinda al paciente la posibilidad de que éste exprese sentimientos que pueden resultar amenazantes a la conciencia. Es frecuente que una persona después de comunicar rencor en contra de sus padres, o manifestar alguna perversión o acto incestuoso, surja en éste un sentimiento de intensa culpabilidad. González Núñez y Rodríguez (op cit) sugieren que después de una catarsis el paciente debe dar nombre a los sentimientos expresados. Algunos afectos son difíciles de expresar, por lo que

es conveniente dar nombre a estos sentimientos. González Núñez y Rodríguez (ib idem), dan una definición de catarsis:

Catarsis es una palabra griega utilizada por Aristóteles para designar el proceso de purga o eliminación de las pasiones que se producen cuando el espectador asiste en el teatro a la representación de una tragedia. El término fue retomado por Freud y Breuer en Los estudios sobre la histeria, quienes denominaron método catártico al procedimiento psicoterapéutico mediante el cual un sujeto logra eliminar sus efectos patógenos al revivir los acontecimientos traumáticos a los que ellos están ligados. Es la purificación del alma”

Tipos de intervención verbal del terapeuta

Fiorini (1992), propone un inventario de intervenciones verbales por parte del terapeuta, como un repertorio de herramientas en las psicoterapias. Dicho inventario de intervenciones incluye las siguientes:

1. Interrogar.- Consiste en pedir al paciente datos precisos, ampliaciones y aclaraciones del relato. Implica trabajar sobre las situaciones de realidad del paciente e indagar la complejidad psicológica de las mismas, así como consultar a la conciencia del paciente sondeando las limitaciones y distorsiones de dicha conciencia.

2. Proporcionar información.- Ejemplo de esto podría ser el aclarar al paciente elementos de higiene sexual, perspectivas de la cultura adolescente actual, o problemáticas sociales de las mujeres, etc. También explicarle 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 conciencia, 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 psíquicos, 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. Recapitulaciones.- Estas intervenciones estimulan el desarrollo de una 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 en éste 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.

Foulkes (op cit), señala que la actitud interpretativa del terapeuta es fundamental, ya que lo que se busca es promover la formación de la *matriz grupal* y la parte de la identidad grupal dentro de los miembros, a través de interpretaciones grupales o individuales.

8. Sugerir.- El terapeuta propone al paciente conductas alternativas y lo orienta hacia ensayos originales promoviendo la acción en direcciones diferentes y proporcionar *insights* desde nuevos ángulos.

9. Intervenciones directivas.- Hace referencia a indicar específicamente 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 terapéutica: 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.

Mecanismos de defensa

González Núñez y Rodríguez (op cit), indican que las defensas son mecanismos que se forman dentro del Yo con la finalidad de reducir la angustia, controlarla y lograr el equilibrio del aparato psíquico. También refiere que el intentar descargar la tensión pulsional provoca resistencias en el Yo, lo cual produce la defensa. Estas defensas son estructuradas dentro del Yo, y son inconscientes, ya que el sujeto no las percibe, pero sí las usa. La única defensa consciente es la supresión.

Los mecanismos de defensa son empleados por cualquier persona en mayor o menor grado, tanto en cantidad como en calidad. Cuando un mecanismo de defensa se emplea de manera recurrente, sin que la persona tenga la posibilidad de diversificar sus defensas, se van produciendo grados de patología, la cual está expresada a manera de síntomas. El grado de normalidad o patología en una persona se determina por las proporciones de cantidad o calidad con que son utilizados los mecanismos de defensa. Por esta razón es importante en psicoterapia evaluar la cantidad y calidad de las defensas de las cuales el sujeto hace uso.

Criterios de éxito terapéutico

En cuanto a los criterios de éxito terapéutico, Lagache (citado por Poch, 1980) en (Feixas, op cit), propone los siguientes:

1. Desarrollo de la capacidad para tolerar tensiones elevadas y reducirlas de un modo satisfactorio.
2. Supresión de las inhibiciones y capacidad para realizar las propias posibilidades: normalización sexual, liberación de la agresividad de manera constructiva y expresión de la imaginación
3. Ajuste de las aspiraciones a las posibilidades del sujeto y a su realidad.
4. Capacidad de trabajar en la persecución de su propio plan de vida.
5. Facilitación de su relación con los demás.
6. Abandono de las actitudes exageradamente conformistas o destructivas y conciliación entre las fuerzas creadoras y conservadoras.

METODOLOGIA

1.1 Objetivo

- Describir la intervención psicoterapéutica breve en un grupo con características de la adolescencia tardía y postadolescencia, con base en un análisis sistemático de parámetros de observación grupal.

1.2 Planteamiento del problema.

La psicoterapia de grupo breve en un grupo con características de la adolescencia tardía promueve la participación del grupo y otorga factores curativos a sus miembros.

1.3 Descripción de sujetos

Se seleccionó para el estudio una muestra de 9 personas de ambos sexos (5 mujeres y 4 hombres), que comprendía un rango de edad de los 20 a los 23 años, que a su vez abarca la etapa de la adolescencia tardía descrita por Blos (op cit). La mayoría de los sujetos que conformaron la muestra eran estudiantes de Licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México, en su mayoría de un nivel socioeconómico medio, los cuales residían en el D.F.

Se excluyeron pacientes cuya edad fuera menor a 20 años y mayor a 23, y con patología severa como depresión mayor, psicosis, con personalidad psicopática o paranoide y abuso de drogas.

1.4 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo exploratorio, a través del cual se registró el comportamiento de los sujetos, considerando su participación en un proceso psicoterapéutico breve de grupo.

1.5 Materiales

Se utilizaron cuadernillos de aplicación de la prueba del MMPI-2, hojas de perfil de resultados, y claves de calificación del MMPI-2.

1.6 Escenario

La intervención psicoterapéutica se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM, en Cámara de Gesell.

En cuanto al espacio físico en el cual se llevo a cabo la intervención, éste consistió en una habitación tranquila y bien iluminada, con sillas dispuestas en circulo, lo que permitía una disposición física donde todos los pacientes podían verse mutuamente, situación que reforzaba el significado psicológico del grupo.

1.7 Procedimiento

Se trabajó con un equipo de tres terapeutas en formación, conformado por pareja terapéutica (hombre y mujer), quienes realizaron la intervención psicoterapéutica, y un observador silente encargado de realizar la relatoría de cada sesión. Este equipo de terapeutas fue auxiliado por otros dos integrantes de la misma generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, quienes contribuyeron a la selección de los candidatos a formar el grupo psicoterapéutico, efectuando entrevistas, aplicando y calificando la prueba MMPI-2.

Para la conformación de la pareja terapéutica se empleó como criterio que ésta se conformara por un hombre y una mujer, ofreciendo al grupo modelos parentales de identificación tanto femeninos como masculinos, recreando la configuración parental de la familia primaria. Además de que esto permite ofrecer al grupo una selección más amplia de posibles reacciones transferenciales. Otro criterio consistió en que los terapeutas en formación se apoyaran mutuamente tratando de mantener una objetividad ante la presión grupal. El criterio final se refiere a que la pareja terapéutica compartía niveles de experiencia similares (ambos eran terapeutas en formación sin experiencia previa en manejo de grupos), además de compartir una misma formación teórica y una afinidad personal.

Como ya se mencionó, a los miembros del grupo se les formuló una entrevista inicial y se les aplicó la prueba MMPI-2, con la finalidad de establecer los objetivos psicoterapéuticos tanto individuales como de grupo.

Las escalas que resultaron más elevadas en la prueba del MMPI-2 fueron la **2**; **8**, **7** y **4**. La principal problemática observada se refirió a problemas de relación que cada uno de los miembros establecía, tanto en sus relaciones familiares, de pareja e interpersonales. Se registran los logros psicoterapéuticos alcanzados al final del tratamiento.

Nota.- Al solicitar tratamiento psicológico en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM, a cada paciente se le da a conocer “**Los derechos y responsabilidades de los pacientes**”, que en el punto 5 establece: “Las actividades del centro de servicios psicológicos forman parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en las psicoterapias pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o en revistas científicas. No obstante, los datos personales son de carácter personal”. Y cada paciente firma de conformidad.

Se llevó a cabo un número de 14 sesiones de trabajo. Con una duración por sesión de una hora y media. Las sesiones se programaron los días lunes de las 15:00 a las 16:30 hrs., iniciando el 28 de agosto del 2006 y concluyendo el tratamiento el día 4 de diciembre del mismo año. Se estableció un número de 10 participantes. Una de las pacientes abandono el tratamiento a partir de la

segunda sesión, por lo que no se cuenta con el perfil de dicha paciente, ya que no entregó la prueba contestada al equipo psicoterapéutico. Un total de 9 pacientes fueron los que recibieron y concluyeron con el tratamiento, y no se reportó ninguna otra deserción. Se propuso un formato de grupo cerrado, ya que una vez formado el grupo no se admitieron más participantes, a partir de la tercera sesión. Se permitió un número de 4 faltas como máximo por participante, después de lo cual se procedería a dar de baja al paciente. Se trabajó con un equipo de tres terapeutas, conformado por pareja terapéutica (hombre y mujer) y un observador detrás de Cámara de Gesell, encargado de realizar las relatorías correspondientes.

En la primera sesión, el equipo psicoterapéutico dio a conocer a los pacientes el encuadre de trabajo indicando el lugar de atención, el día, el horario, el número de sesiones programadas, la fecha de inicio y de término de la intervención. También se les aclaró el procedimiento de pago de las sesiones. Por último se les comentó a los pacientes que el propósito de la psicoterapia consistía en brindarles un espacio para que ellos pudieran hablar de aspectos que consideran importantes en ese momento de su vida, así como brindarles un apoyo emocional a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Se llevó a cabo un registro sistemático de cada sesión, con el objetivo de supervisar el trabajo realizado. Este registro fue efectuado por el observador silencioso, que observaba detrás de Cámara de Gesell. Este observador formaba parte del equipo terapéutico, y al finalizar cada sesión el equipo terapéutico se reunía estableciendo una estrategia de retroalimentación con un

modelo autogestivo de aprendizaje, entre compañeros de un mismo nivel académico. Dentro del equipo terapéutico no se establecía un orden jerárquico ni de subordinación, ya que cada uno asumían su rol de terapeuta en formación.

Dicha estrategia de retroalimentación consistía en que, en primer lugar, la pareja terapéutica manifestaba cuál había sido su experiencia emocional y técnica en cada sesión. Posteriormente, el observador silencioso expresaba a la pareja terapéutica sus observaciones en cuanto a las intervenciones efectuadas por éstos, y sobre el proceso psicoterapéutico del grupo. Estas observaciones eran registradas por escrito.

Después, el equipo terapéutico acudía una vez por semana a supervisión con un profesor, presentando la relatoría de cada sesión y el registro de la retroalimentación. Dicho profesor opinaba acerca de los procesos transferenciales y contratransferenciales, las dificultades técnicas en cuanto a las intervenciones realizadas y, junto con el equipo terapéutico, evaluaba los avances y proponía estrategias de intervención.

En cuanto al tratamiento aplicado, se utiliza la psicoterapia de grupo breve, orientada fundamentalmente hacia una comprensión psicodinámica de los determinantes actuales e históricos que constituyen la crisis por la que atraviesan los adolescentes.

RESULTADOS

Para el análisis de resultados, y con el fin de no mostrar información que comprometa la identidad de los pacientes, se presenta a los integrantes del grupo en forma de casos: Caso 1, Caso 2, Caso 3, etc. Siendo un total de 9 casos los participantes que conformaron el grupo psicoterapéutico.

Entrevista semiestructurada

Esta entrevista se les aplicó a todos los candidatos antes de ingresar al grupo y sirvió para seleccionar a los participantes. Por medio de la entrevista de primera vez, se obtuvo información sobre los pacientes en cuanto a datos generales tales como: nombre, edad, ocupación, estado civil y grado de estudios. Asimismo, se exploraron las siguientes áreas:

I. El motivo de consulta:

- Síntomas -persistencia y recurrencia de los mismos-.
- Estado emocional actual.
- Nivel de funcionalidad y de adaptación.

II. Historia familiar:

- Relación con los padres y hermanos.
- Pérdidas familiares.
- Familiograma.

III. Áreas laboral y académica:

- Ocupación.
- Nivel de satisfacción laboral o académica.
- Nivel de independencia económica.

IV. Pareja:

- Años de relación.

- Dinámica de la relación.

V. Antecedentes de consumo de sustancias:

- De qué tipo.
- Desde cuando.
- Frecuencia.

Con base en los resultados de las entrevistas iniciales, se observa de manera general que los pacientes solicitaban ayuda terapéutica, ya que en su mayoría refirieron una dificultad en el vínculo con sus padres, así como en el vínculo con los hermanos, en sus relaciones de pareja y sus relaciones sociales. También manifestaron problemas de orientación vocacional y una insatisfacción en cuanto a la carrera que cursaban en ese momento. Se planteó una dificultad en cuanto a la formación de su propia identidad personal. Se detectaron síntomas de depresión y ansiedad principalmente. Además, los pacientes mencionaron expresiones afectivas de impotencia, minusvalía, autoreproche, soledad, enojo, insatisfacción, incapacidad para disfrutar, aplanamiento afectivo, aislamiento y miedo a hablar en público. Todos manifestaron una incapacidad para generar alternativas orientadas a buscar la independencia del grupo familiar y, por lo tanto, una condición de dependencia y un miedo a ser independientes. Principalmente los varones expresaron una franca agresividad dirigida hacia el exterior. La mayoría percibe una mala relación entre sus padres, así como una figura del padre vista como ausente; en cambio la relación con la madre es ambivalente. No percibían adecuadas redes de apoyo familiar, además de una mala comunicación al interior del núcleo familiar. Existen antecedentes de alcoholismo por parte del padre, en algunos casos. El grupo percibe una crítica reiterada por parte de las figuras parentales. En dos casos hay antecedentes de consumo de drogas, y en seis de los casos han llegado a consumir alcohol sin que este consumo se pueda clasificar como un abuso en el consumo de esta sustancia.

Interpretación de los puntajes de la prueba del MMPI-2

Los resultados de los sujetos en cada escala se muestran en la Tabla #1, la cual indica que hubo siete escalas en las que la mayoría del grupo (8 de 9, ó 7 de 9 sujetos) obtuvo puntuaciones elevadas (puntuaciones iguales o mayores que T 60). Destacan de manera particular las siguientes escalas: escala **2, Depresión**; escala **8, Esquizofrenia**, escala **7, Psicastenia**; y escala **4, Desviación Psicopática**.

Se eligieron los puntajes con elevaciones iguales o mayores a T 60, para considerarlos como puntuaciones elevadas, ya que estos puntajes corresponden a pacientes que comienzan a experimentar sintomatología moderada y dificultades en la actividad social, laboral o escolar.

Los resultados muestran que todos los sujetos, excepto uno, presentaron puntajes altos en la escala de **Depresión** al momento de la aplicación de la prueba. En la escala de **Esquizofrenia**, nuevamente todos, excepto uno, obtuvieron puntuaciones elevadas. En las escalas de **Psicastenia** y **Desviación Psicopática**, de nuevo la mayoría del grupo obtuvo puntuaciones elevadas.

TABLA #1. PUNTAJES DE LAS ESCALAS EN EL MMPI-2 (PUNTUACIONES T)													
CASOS	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
1	63	48	62	69	70	47	66	35	58	53	61	53	54
2	74	60	60	64	56	61	61	58	60	57	70	76	37
3	47	49	45	69	65	56	50	41	66	61	55	43	64
4	45	70	43	62	81	54	58	50	75	94	74	53	77
5	45	53	36	71	67	67	61	59	62	72	76	53	57

6	48	104	37	39	62	54	62	58	75	54	62	59	43
7	62	103	48	74	81	82	88	82	67	75	81	68	40
8	43	104	42	87	82	80	73	67	67	84	85	59	57
9	58	70	40	50	78	48	87	37	60	65	65	39	75
X	54	73	46	65	71	61	67	54	66	68	70	56	56

Con base en los resultados obtenidos por los participantes del grupo en esta prueba, observamos que la combinación de las escalas **L**, **F** y **K** sugiere una tendencia por parte de los sujetos para contestar con veracidad a los reactivos que conforman el inventario. Asimismo, se detecta una manifestación importante de tensión interna y una necesidad significativa de recibir ayuda.

Esta combinación de las escalas **L**, **F** y **K**, se encuentra con frecuencia en los protocolos de pacientes adolescentes que perciben su situación actual de vida como muy crítica, situación que ocasiona en éstos una un monto de ansiedad elevado. Además de manifestar una sensación de impotencia para resolver su problemática por sí mismos. Esta circunstancia se confirma con la información obtenida en las entrevistas iniciales y en la primera sesión grupal, en donde se observa que el discurso de los participantes pone de manifiesto sentimientos de impotencia, ansiedad, necesidad de ayuda y la apreciación de una conflictiva difícil de resolver por sí mismos.

Se puede observar que las escalas **2** y **8**, son las más elevadas del perfil grupal, siendo esta combinación bastante frecuente en términos estadísticos. Psicodinámicamente, la interpretación sugiere que, como grupo, se ponen de manifiesto elementos que hacen referencia a sentimientos de inseguridad, minusvalía y culpa, así como una tendencia significativa al aislamiento social. De hecho, puede afirmarse que la tendencia al aislamiento resalta como la característica principal que experimentan los miembros de este grupo. Dicha tendencia se relaciona con una dificultad por parte del grupo para establecer relaciones interpersonales significativas y estables, ya sea con sus compañeros, padres, hermanos o sus parejas. Situación que aparece de manera repetitiva en el discurso de cada uno de los participantes como conflictiva común.

Además, la tendencia al aislamiento por parte de los integrantes del grupo se asocia con sentimientos de minusvalía, que en ocasiones llegan a tomar fuerza intrapunitiva, ocasionando una sensación de no merecer el aprecio y el reconocimiento de los demás. Cabe mencionar que en la realidad objetiva, pueden existir experiencias reales de humillación; sin embargo, existe una tendencia por parte de estos adolescentes a vivenciarlas de manera exagerada.

En esta combinación, las características de la escala **8**, tienden a agravar los elementos depresivos, limitando aún más el contacto con el medio y dando lugar a relaciones interpersonales conflictivas, reduciendo las redes de apoyo de estos adolescentes.

Las puntuaciones elevadas en la escala de **Depresión**, apunta a la manifestación de sentimientos de tristeza, inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa. Asociado con los sentimientos de culpa, se detectan también sentimientos de pesimismo hacia las propias capacidades y las metas, convirtiéndose la autocrítica en el fundamento de una actitud derrotista, especialmente frente a las situaciones difíciles a las que estos jóvenes se enfrentan.

En el caso de este grupo en particular, los elementos depresivos, en combinación con puntajes elevados en otras escalas, se pueden interpretar como una forma de reacción más frecuente y constante de los sujetos ante situaciones críticas o estresantes, en lugar de una reacción depresiva ante algún estímulo real. En este sentido, se aprecia que los integrantes del grupo tienden a manifestar sentimientos de minusvalía e impotencia recurrentes, así como actitudes de pasividad ante las situaciones conflictivas a las que se enfrentan, como una tendencia o una manera de afrontar dichas circunstancias.

A diferencia de otras personas depresivas que no pueden expresar su agresividad hacia el exterior, en el caso de los varones del grupo

principalmente, éstos se mostraban abiertamente hostiles y resentidos con los demás, protagonizando episodios de peleas y riñas frecuentes.

Por su parte, la elevación en la escala **8, Esquizofrenia**, confirma nuevamente una tendencia importante por parte del grupo hacia el aislamiento, presentando dificultades en su capacidad para establecer relaciones interpersonales significativas, satisfactorias y duraderas. Cabe mencionar, que es frecuente la elevación en los puntajes en esta escala en particular entre los adolescentes, ocasionado principalmente por el enfrentamiento ante situaciones frustrantes o estresantes en la realidad, que ocasiona un mecanismo de fuga y la tendencia a fantasear.

En cuanto a los puntajes elevados en las escalas **7, Psicastenia** y **4, Desviación Psicopática**, se puede inferir que el grupo presenta un nivel de angustia elevado, una dificultad en cuanto a la toma de decisiones, una reducción en la tolerancia hacia las propias fallas o las de otros, sentimientos de soledad y, desde un punto de vista psicodinámico, características superyóicas marcadas expresadas en una autocrítica exacerbada. Por otra parte, se detectan características de personalidad asociadas con una tendencia a evitar y asumir responsabilidades, manifestaciones de enojo externadas de manera pasiva o expresiones francas de agresión. En particular, los puntajes elevados en estos adolescentes señalan problemas de tipo vocacional, ya que dichos sujetos abandonan con cierta facilidad las actividades que inician, al enfrentar una serie de obstáculos.

La elevación en las escalas antes referidas, sugiere la presencia de posibles dificultades en psicoterapia, manifestadas a través de actitudes de exigencia por parte de los pacientes, en cuanto a demandar soluciones rápidas, prácticas e inmediatas a sus problemas, que al no obtener podrían generar un rechazo ante el tratamiento.

Presentación de casos clínicos

A continuación se presenta la problemática percibida por cada uno de los participantes como motivo de consulta, y se hace un resumen del discurso de los integrantes del grupo en su primera intervención grupal. Cabe señalar que el Caso 6, se integra al grupo en la tercera sesión, y los Casos 7, 8 y 9, se integran al grupo en la cuarta sesión.

Caso No.1

Datos generales

Sexo: Femenino.
Edad: 21 años.
Ocupación: Estudiante.
Estado civil: Soltera.
Escolaridad: Nivel universitario.

Cuenta que tiene problemas en cuanto a la elección de carrera, no se siente conforme ni satisfecha con la carrera que está estudiando actualmente y ha pensado en cambiarse de carrera, pero tampoco sabe qué otra profesión podría gustarle. También refiere que tiene dificultades en la relación con sus padres, en particular con su papá, de quién se siente descalificada constantemente. Expresa que nunca ha sentido reconocimiento por parte de su padre y esta situación la lastima (llanto). Tiene una hermana menor de 18 años, la cual recibe la atención del padre, y con quien no mantiene una buena relación. Manifiesta que su hermana es una desobligada, pero a pesar de esto, la hermana recibe toda la atención por parte de sus padres. Describe la relación con su hermana como conflictiva y distante. Menciona que le afecta mucho el hecho de que su papá no le preste atención y la compare constantemente con la hermana. Refiere que esta situación siempre se ha dado dentro de la dinámica familiar y que lleva mucho tiempo sintiéndose mal. Cuenta que ya no quiere sentirse mal. Comenta que se siente triste y que está deprimida.

Caso No.2

Datos generales

Sexo: Masculino.
Edad: 21 años.
Ocupación: Estudiante.
Estado civil: Soltero.
Escolaridad: Nivel universitario.

Indica que son varias cosas por las que acude, una de ellas es por que estudia la carrera de literatura y no le satisface el modelo de enseñanza ni las clases. Platica que antes estudiaba en otra escuela y que en comparación con su universidad actual, la otra escuela es mejor. No le gusta la UNAM y ha pensado en dejar la carrera que actualmente está cursando. También comenta que no se siente bien desde que terminó la relación con su pareja, esto ocurrió hace 7 meses y desde entonces ambos se siguen viendo, pero la relación entre su expareja y él es una relación conflictiva. Expresa su atracción por personas de su mismo sexo y manifiesta abiertamente su homosexualidad. Comenta que su mamá se involucra en las relaciones de pareja que él establece y constantemente le hace comentarios negativos sobre los hombres con los que sale, al grado de que él mismo termina encontrando defectos a cada persona con la que establece una relación, y finalmente ya no desea salir con estas parejas. Platica que siente "como una carga" la presión que su madre ejerce en sus relaciones de pareja. En sus relaciones intenta de alguna manera alejar a sus parejas, buscando no involucrarse sentimentalmente. En su relación anterior, en una ocasión golpeó a su compañero cuando ambos discutieron; actualmente se siguen viendo pero su expareja le tiene miedo, ya que dice que el paciente es muy agresivo.

Participa en un grupo de teatro, menciona que esta actividad le gusta mucho, ya que conoce a mucha gente y le sirve para desahogarse. También practica tiro con arco como hobby. Expresa que no puede estar sin hacer algo y por ese motivo tiene tantas actividades.

Menciona que tomaba medicamentos prescritos por un psiquiatra, ya que tuvo una crisis de ansiedad 6 años atrás. Se pone ansioso cuando está sin hacer nada y esta ansiedad no la puede controlar. En dos ocasiones ha estado bajo tratamiento médico, pero el medicamento que le prescriben le ocasiona una sensación de aletargamiento motriz y por eso no le gusta tomarlo.

Le gustaría trabajar dentro del grupo la elección de carrera, y el hecho de que su mamá intervenga en las relaciones de pareja que él establece para que esto no siga ocurriendo. Además le gustaría trabajar la ruptura con su última pareja y entender por qué pasó esto.

Caso No.3

Datos generales

Sexo: Femenino.

Edad: 20 años.

Ocupación: Estudiante.

Estado civil: Soltera.

Escolaridad: Nivel universitario.

Refiere que su principal problema es que es “muy preocupada”, que se enferma con frecuencia, principalmente le dan dolores en el cuello y espalda, actualmente siente que tiene que cuidar a su padre, el cual es alcohólico y separado de su madre desde hace varios años. Siente que a veces eso es una carga para ella, y que aunque desea evitarlo, no puede ser indiferente al problema de su padre (llanto). Cuenta que su padre es médico y que ha llegado a dar consultas en estado alcohólico, lo que le molesta a ella y la entristece. Manifiesta que el deterioro de salud de su padre le preocupa mucho y teme que éste muera sin que ella pueda ayudarlo.

Estudia psicología y explica que le gusta su carrera, se define a sí misma como “una buena estudiante”. Indica que es una persona a la que le cuesta trabajo decir que no a los demás y que busca complacer a las demás personas, situación que le molesta, ya que no quiere ser así.

Vive con su mamá y la pareja de ésta, con quien no mantiene una buena relación. Tiene una hermana un año mayor que vive en el extranjero y quien está casada. Con esta hermana mantiene una comunicación limitada y se ven en pocas ocasiones.

Expone que se siente deprimida y que ya no quiere sentirse así.

Caso No.4

Datos generales

Sexo: Masculino.

Edad: 21 años.

Ocupación: Estudiante.

Estado civil: Soltero.

Escolaridad: Nivel universitario.

Comenta que su problema es que es una persona “sumamente insegura”, y que le disgusta en exceso su físico, se percibe a sí mismo como feo, dice que esto le ocurre desde la secundaria. De hecho, en una ocasión una amiga se burló de su ceja y a partir de ahí él empezó a pensar que todas las personas le verían su ceja así como sus otros defectos. Dice que eso le pasa principalmente con las mujeres y que le incomoda mucho, si bien puede establecer relaciones sociales termina alejándose dado que percibe que alguien puede criticarlo. Refiere no estar a gusto con su cuerpo ni su cara.

Estudia contaduría, pero expresa que no se considera un buen estudiante y que hay ocasiones en que no sabe por qué decidió estudiar esa carrera. Manifiesta que le cuesta mucho trabajo poder sacar su carrera delante y que no se siente competente para ser un buen contador.

Relata que su padres siempre hacen todo por él y que hay pocas cosas que pueda hacer por sí mismo. Se describe a sí mismo como “muy inseguro y tímido”, y explica que no sabe cómo cambiar esta situación.

Platica que llega a perder el control con facilidad y que cuando está en algún “antro” o jugando fútbol, si siente que alguien lo ve feo, puede llegar a golpear a esa persona.

Expresa que se le dificulta hablar en grupo.

Caso No.5

Datos generales

Sexo: Masculino.
Edad: 22 años.
Ocupación: Estudiante.
Estado civil: Soltero.
Escolaridad: Nivel universitario.

Refiere que a lo largo de su vida se ha enfermado continuamente ya que en su casa le enseñaron a no hablar de las cosas que sentía, le decían que los hombres son fuertes y no lloran, lo que ahora relaciona con diversos problemas de salud tales como: colitis, gastritis, contracturas musculares, neurodermatitis, entre otros. Comenta que sus padres se separaron cuando era niño y que a lo largo de su infancia se dedicó a ser “el hijo modelo”, no echaba relajo, sólo estudiaba y quería hacer todo perfecto, reconoce que aunque es una persona sociable tiene dificultades para generar intimidad y compromiso afectivo con las personas, en especial en sus relaciones de pareja y cuando ve que alguna chica se “clava” con él, entonces tiende a alejarse porque le da miedo sentir que lo quieren.

También manifiesta que puede llegar a ser agresivo y a perder la calma si alguien más lo reta, pero que está intentando mantener más el control de sí mismo.

Eludió la carrera de ingeniería y trabaja en un despacho de ingenieros. Refiere que le cuesta trabajo poder terminar su tesis para lograr titularse, y que este es un asunto que ha estado aplazando, situación que le molesta y se recrimina.

Menciona que la relación con su mamá es más cercana que con su papá, a quien describe como “distante y frío”.

Caso 6.

Datos generales

Sexo: Masculino.
Edad: 22 años.

Ocupación: Estudiante.
Estado civil: Soltero.
Escolaridad: Nivel universitario.

Platica que estudia arquitectura y que cualquier cosa le molesta, por lo que pierde el control con facilidad. Refiere que básicamente él es una “vedette”, a quien le deberían de poner atención las demás personas, menciona que de repente tiene discusiones con ingenieros en temas de arquitectura. Platica que también tenía discusiones constantes con su novia, con quien también perdía el control y temía que pudiera lastimarla físicamente si no aprendía a controlarse. Siente que decir las cosas de manera tan directa es contraproducente y esto le ha acarreado problemas, como en el caso de su trabajo con sus compañeros o jefes. La terapeuta interroga si esto le generaba malestar, él comenta que de repente con ciertas personas sí tiene problemas, como en la escuela donde trabajaba en equipo y siempre alguien del equipo se “colgaba” de él y la otra persona no hacía nada, siendo él el que al final hacía todo el trabajo. Menciona que a veces discute con quien sea, aunque esa persona sea alguien a quién tenga que respetar, como sus profesores. Expresa que sí se “arde” cuando lo ofenden, y cuando se molesta quiere romper las cosas, aunque últimamente ha tratado de controlar eso. Cuando va a algún “antro” o sale con sus amigos ha llegado a pelearse con otros. Indica que es una persona “muy impulsiva” que responde sin pensar en las consecuencias.

Expresa que le gusta su carrera, pero a su papá le parece que él viene a la UNAM a perder el tiempo y a hacerse “pendejo”. Comenta a que a su papá le interesa que él gane dinero, y a veces el paciente se siente presionado por esta situación. Manifiesta que se gasta el dinero comprando ropa de marca y en salir con sus amigos a divertirse o en salir con su novia. Indica que su carrera no es fácil, y le gustaría que su papá le diera un mayor reconocimiento por el esfuerzo que hace. Platica que le desearía dejar de ser tan impulsivo.

Caso No.7

Datos generales

Sexo: Femenino.

Edad: 20 años.
Ocupación: Estudiante.
Estado civil: Soltera.
Escolaridad: Nivel bachillerato.

Cuenta que en su caso a ella le habían pasado cosas horribles, como pérdidas de personas significativas, meterse con varios chavos, sentirse deprimida y actualmente se sentía muy ansiosa y le costaba trabajo salir a la calle. Explica que hace como 20 días fue a una entrevista de trabajo y la persona que la entrevistó intentó abusar de ella. Platica que tenía miedo porque los hombres se fijaban en su físico y eso le molesta. Expresa que tiene mucho dolor acumulado (llanto). Manifiesta que se siente muy sola y no tiene amigos verdaderos, siente que no tiene con quien hablar y ha aprendido a no confiar en las personas. Mantiene una mala relación con sus padres, y ha sufrido maltrato emocional y físico por parte de éstos. Con su hermana mantiene una “pésima relación”, la hermana estudia psicología y la paciente refiere que su hermana todo el tiempo le dice que está mal y que “está jodida”. Siente que sus padres le dan una gran preferencia a su hermana.

Indica que trabaja como modelo en una empresa de televisión, y que en ocasiones participa como extra en algunos programas televisivos. Estudia el bachillerato. Relata que ella sola tiene que pagarse sus gastos. Explica que se siente muy triste, que siente que “es alguien de la calle”. Comenta que la ha “regado en muchas cosas”, y ahora no sabe qué hacer para arreglar su situación. Siente que trae “muchas cosas dentro” de las que necesita hablar.

Caso No.8

Datos generales

Sexo: Femenino.
Edad: 20 años.
Ocupación: Estudiante.
Estado civil: Soltera.
Escolaridad: Nivel universitario.

Manifiesta que antes su familia era muy unida, pero que ahora “cada quien está en su rollo”, que sólo se abrazan en año nuevo. Sus padres discuten con

frecuencia. Explica que a ella le pesa la falta de cariño que vive en su casa y no ha encontrado una respuesta. Indica que no estaba segura de querer continuar con su carrera, y que no tiene ganas de estudiar. Actualmente estudia psicología, pero siente que no es eso lo que realmente desea. Tiene problemas con su hermana, la cual es independiente y ésta la presiona para que comience a trabajar, ella dice que no sabe en qué pueda trabajar. Con su pareja ha tenido problemas últimamente, refiere que su pareja es muy celoso y estos celos han hecho que la relación se deteriore.

Comenta que se siente triste e irritable y no sabe bien por qué. Relata que su papá es alcohólico y no sabe cómo ayudarlo, esta situación la angustia y la tensa. Siente que no está haciendo nada para salir adelante.

Caso No.9

Datos generales

Sexo: Femenino.

Edad: 21 años.

Ocupación: Estudiante.

Estado civil: Soltera.

Escolaridad: Nivel universitario.

Refiere que su objetivo es “buscar ayuda para encontrar su camino”, dice que es muy nerviosa. La terapeuta le pregunta su motivo de consulta, ella dice que quiere poder calmarse y desahogarse de cosas que ha hecho y que la han “marcado”, y poder alcanzar sus metas (llora). Expresa que siente como si estuviera estancada en lo mismo y no sabe hacia dónde ir. La terapeuta le pregunta cómo se siente, responde que nerviosa. Relata que antes fue con una psicóloga, quien la hizo sentir mal, se sintió regañada. Explica que siempre se aguanta cualquier sentimiento, ahora piensa que si tiene ganas de llorar puede hacerlo, y ya no se reprime, antes creía que el llanto era malo. La terapeuta interroga si había alguna cosa que estuviera reprimiendo y que le gustaría hablar, responde que le gustaría hablar sobre su padre, ya que su madre y su hermana le “ocultaron cosas”. Cuando su padre llegaba había cosas que no le decía, ella veía que sus padres se enfrentaban, manifiesta que no odia a su padre, y ya lo perdono, entendió que su padre no la quería en su vida y lo

acepta. Platica que su padre no vivía con ellas, e iba a verla cada 15 días mas o menos, su madre la presionaba para que le pidiera dinero a su padre. Los abuelos maternos han sido siempre quienes las han mantenido. Manifiesta que le duele que a ella su padre no le de nada y a sus otros hermanos les de dinero, piensa que si su papá no puede mantener a dos familias “para qué metió la pata”. Cuenta que se siente triste por todo lo que su padre hizo. Indica que tiene tres hermanas y entre ellas se protegen. Manifiesta que estudiaba biología en la UNAM, pero dejó la carrera, actualmente trabaja como empleada en una tienda de ropa y no sabe “hacia dónde ir”.

Plantea que no tiene pareja y le gusta leer libros sobre superación personal, tampoco tiene amigos, ya que, según ella, en estos momentos necesita su propio espacio.

Evolución del grupo durante el proceso psicoterapéutico

Deserciones

Se observó que el grupo cumplió una función de contención para los participantes, éstos mismos expresaron un abatimiento sintomático conforme iban transcurriendo las sesiones. Es importante señalar que no hubo deserciones por parte de ningún miembro, y la asistencia fue, en promedio, de siete participantes por sesión. Esto habla también de una adherencia al tratamiento y una continuidad entre las reuniones. Poco a poco cada miembro fue otorgando mayor importancia al grupo. La Tabla #2 muestra la asistencia al grupo durante el proceso grupal.

TABLA #2. ASISTENCIA A GRUPO														
SESIONES														
CASOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	/	*
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	/	*
5	*	/	*	/	/	*	*	*	/	*	*	*	*	*
6	/	/	*	*	/	*	*	*	/	*	*	*	/	*
7	/	/	/	*	*	*	/	*	*	/	*	/	/	*
8	/	/	/	*	*	/	*	*	*	/	*	*	*	*
9	/	/	/	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

*= Asistencia, /= Inasistencia

El silencio

En la primera fase del proceso grupal, los participantes tienen miedo a mostrarse y hablar de sí mismos. Este es un grupo en cual los integrantes del mismo han sufrido una crítica y una desvalorización constantes por parte de las figuras encargadas de ofrecer cuidado y protección, y hay un temor importante

a ser criticados y humillados. Es un grupo con poca confianza básica en sus miembros, con una percepción de amenaza por la mirada del otro. La alianza terapéutica fue fundamental en esta primera etapa. Los terapeutas promuevan en los pacientes la expresión de sus sentimientos cuando éstos se encuentran en silencio, para esto se emplearon intervenciones a manera de hipótesis tales como la siguiente: “No será que lo que ocurre es que tienen miedo a...”

Atmósfera grupal

En un inicio se presentó una atmósfera grupal depresiva, de desconfianza y de ansiedad. El enojo también fue un sentimiento presente que caracterizaba la atmósfera del grupo. Sin embargo, sí se logró establecer de manera gradual un clima de confianza, ya que los participantes pudieron externar su problemática personal, manifestando discursos en los que cada uno hablaba de sí mismo, y de cómo el discurso de otro compañero tenía que ver con su situación particular.

Identificación

Se logró un sentido de universalidad dentro del grupo, en el que los miembros se identificaron con problemáticas comunes, lo que también propició una sensación de alivio y de percibirse a ellos mismos menos solos, compartiendo historias de vida que en ciertos aspectos eran parecidas. Los temas en los que más se identificaron fueron en cuanto a la incapacidad para expresar lo que sentían, en la devaluación por parte de las figuras parentales, en el sentimiento de tristeza y aislamiento, en las relaciones conflictivas con los padres, en las relaciones conflictivas con sus parejas, en el sentimiento de enojo, en la dependencia hacia los padres, en el sentimiento de impotencia, en la poca claridad en la vocación profesional y en la búsqueda de una identidad personal.

Cohesión grupal

Parte fundamental de la problemática del grupo consistía en problemas de relación, se observó que el grupo mantenía un estilo de relación grupal en la

que cada uno se centraba en su problemática particular demandando la atención por parte de los terapeutas. Su propia historia de vida reflejaba una mala experiencia no sintiéndose valiosos formando parte de su propio grupo familiar. Poco a poco los miembros del grupo fueron manifestando interés en la situación de vida de sus compañeros, preguntando directamente sobre aspectos que resultaban de interés para el que interrogaba.

Pareja terapéutica

En este sentido, al inicio de las sesiones fue evidente la falta de coordinación y compenetración en la pareja terapéutica. Hubo ocasiones en que algún miembro del grupo llegó a percibir, en lo simbólico, un conflicto en la pareja de terapeutas, situación que generó ansiedad dentro del grupo. Pero también, se observó que los mismos participantes probaban a la pareja terapéutica, incluso al punto de ponerlos en conflicto. Paulatinamente las intervenciones de ambos terapeutas se fueron complementando, éstas fueron intervenciones conjuntas, diferenciadas pero complementando los señalamientos. Sólo un terapeuta interrogaba a la vez, y el otro intervenía si tenía alguna duda. Un terapeuta hacía el señalamiento sobre el discurso manifiesto y otro sobre el contenido latente.

Parámetros de observación del proceso grupal

El análisis de las sesiones se llevó a cabo a través de los siguientes parámetros de observación:

- **Describir el contenido manifiesto.**

Son los temas planteados en las sesiones y sobre los cuales gira cada sesión.

- **Contenido latente.**

Es la información subyacente y central de cada sesión, en torno a la cual se desarrollan los temas manifiestos y la dinámica del grupo.

- **Portavoces**

Se refiere a los pacientes que aportan los temas centrales de cada sesión.

- **Reconocer la psicodinamia grupal.**

- Resistencias.
- Defensas.
- Supuestos básicos de Bion.
- Catarsis.
- Insight.

- **Tipo de la intervención terapéutica.**

- Encuadre.
- Confirmaciones.
- Rectificaciones.
- Clarificaciones.

- Sugerencias (intervención directiva).
- Recapitulaciones.
- Señalamientos.
- Interpretaciones.
- Meta- intervenciones.

Se presenta el análisis de las sesiones que mejor ejemplifican el avance en cuanto al proceso grupal.

Sesión 1
28 de agosto de 2006

Participantes:

Caso No.1
Caso No 2
Caso No 3
Caso No 4
Caso No 5

Contenido manifiesto:

-Problemas vocacionales.

-Dificultad en la relación con los padres.

-Dificultad en la relación con los hermanos.
No.3

-Agresividad manifiesta.

-Dificultad en la expresión de emociones.
No.5

-Temor a la crítica.
No.1

-Problemas psicossomáticos.
No.3

-Sentimiento de ansiedad.
No.3

-Sentimientos de tristeza y depresión.
No.3

Portavoces:

Caso No.1, Caso
No.2, Caso No.4,
Caso No. 5

Caso No.1, Caso
No.2, Caso No.4,
Caso No. 5, Caso
No.3

Caso No.1, Caso

Caso No.2, Caso
No.4, Caso No.5

Caso No.2, Caso

Caso No.4, Caso

Caso No.5, Caso

Caso No.2, Caso

Caso No.1, Caso

Contenido latente:

Miedo a abrirse al grupo. Depresión, sentimiento de rechazo. Ansiedades
paranoides. Temor al compromiso.

Resistencias:

A hablar del sentimiento de tristeza y depresión. Y temor a manifestar emociones ante los sucesos de vida que plantea el grupo.

Defensas:

-Afilación.

-Desplazamiento.

-Devaluación.

-Proyección.

-Aplanamiento afectivo.

Casos:

Caso No.3, Caso No.1, Caso No.5

Caso No.5, Caso No.3

Caso No.1, Caso No.4

Caso No.4, Caso No.1, Caso No.5

Caso No.4

Supuestos básicos de Bion:

De acuerdo con Bion este grupo manifiesta una característica de dependencia hacia las figuras de los terapeutas. La formación del grupo en su etapa inicial incluye la esperanza, y el deseo de poder manejar situaciones de vida problemáticas, para lo cual las figuras de los terapeutas, representan (como pareja) la imagen de figuras salvadoras capaces de ayudar a curar la enfermedad.

Catarsis:

Caso No.3

Refiere que siente que tiene que cuidar a su padre, el cual es alcohólico y separado de su madre desde hace varios años. Siente que a veces eso es una carga para ella, y que aunque desea evitarlo, no puede ser indiferente al problema de su padre (llanto). Cuenta que su padre es médico y que ha llegado a dar consultas en estado alcohólico, lo que le molesta a y le entristece. Manifiesta que el deterioro de salud de su padre le preocupa mucho y teme que éste muera sin que ella pueda ayudarlo.

Caso No.1

Manifiesta que siente tristeza por la falta de reconocimiento por parte del padre. Explica que siente tristeza ante su situación de vida actual.

Insight:

Sesión 3
11 de septiembre del 2006

Participantes:

Caso No.1
Caso No 2
Caso No 3
Caso No 4
Caso No 5
Caso No 6

Contenido manifiesto:

-Miedo a expresar sus sentimientos.

-Problemas de relación entre las figuras paternas.

-Miedo al rechazo.
No.3

-Agresividad manifiesta.

-Demanda de atención.

-Temor a la crítica.
No.1

-Manifestaciones psicósomáticas.
No.3

-Ausencia de la figura paterna.
No.3

Portavoces:

Caso No.6, Caso
No.4, Caso No.3,
Caso No. 1

Caso No.2, Caso
No.1, Caso No.4,

Caso No.1, Caso

Caso No.6, Caso
No.5, Caso No.4

Caso No.6, Caso
No.1, Caso No.3

Caso No.4, Caso

Caso No.5, Caso

Caso No.2, Caso

Contenido latente:

Miedo al abandono. Sentimiento de enojo hacia el padre. Demanda de atención por parte de las figuras de los terapeutas. Depresión expresada en enojo. Sentimiento de frustración ante la descalificación por parte de los padres.

Resistencias:

A hablar del sentimiento de coraje hacia el padre. No hablan de la depresión del grupo y de la tristeza que sienten.

Defensas:

-Racionalización.

-Anulación.

-Aplanamiento afectivo.

-Proyección.

-Identificación proyectiva.

Casos:

Caso No.2, Caso No.6

Caso No.2

Caso No.6

Caso No.4, Caso No.1

Caso No.1, Caso No.2, Caso No.5

Supuestos básicos de Bion:

Se comienza a establecer una dinámica grupal en la que se observa que los miembros utilizan la identificación proyectiva. El grupo comparte la fantasía en cuanto a los objetos paterno y materno simbolizados en las figuras de los terapeutas, los cuales cumplen funciones de guías omnipotentes. Los pacientes aceptan los señalamientos del equipo psicoterapéutico como verdades.

Catarsis:

Caso No.2 Cuenta que cuando sus padres se separaron, su padre nunca lo buscó. Explica que le pegó el no tener el apellido de su padre, aunque considera que la familia de su padre es hipócrita (llanto). El terapeuta le pregunta qué siente por su padre, él responde que lo quiere mucho pero le "caga" que éste sea tan pedante.

Caso No.1 Comenta que tiene mucha frustración, se siente enojada consigo misma, por una situación de vida en la que ha sentido que pasa desapercibida y como si no existiera.

Caso No.5 Refiere que es muy agresivo, recuerda que desde que entró a la secundaria se volvió muy agresivo, luego pensó que no era la solución.

Caso No.3 Cuenta que en su historia de vida ella debía de ser la niña más buena. Ahora se enoja y se queda trabada ya que también va acumulando el sentimiento de enojo.

Insight:

Caso No.3 acumulado. Se da cuenta que tiene un sentimiento de coraje

Caso No.1 Observa que obtiene una ganancia emocional al no manifestar el coraje hacia sus padres que, ya que busca sentirse querida por éstos.

Intervención terapéutica:

-Señalamientos Se confronta al Caso No.1 con las ganancias secundarias que obtiene al no hablar de sus sentimientos. Se señala a los Casos No.2 y No.3, el enojo por el abandono del padre, pero la necesidad de éste.

-Clarificaciones Clarificación del sentimiento de impotencia en el Caso No.1. Clarificación de las manifestaciones psicósomáticas en los Casos No.3 y No.5.

-Recapitulaciones Se lleva a cabo una recopilación sobre el contenido latente plantando por el grupo.

Sesión 4
18 de septiembre del 2006

Participantes:

Caso No.1
Caso No 2
Caso No 3
Caso No 4
Caso No 6
Caso No 7
Caso No 8
Caso No 9

Contenido manifiesto:

-Insatisfacción con la elección de carrera.

-Problemas de relación entre las figuras paternas.

-Resistencia a la psicoterapia.

-Manifestaciones psicósomáticas.

-Ausencia de la figura paterna.
No.9

-Conflictos por el alcoholismo del padre.

-Problemas en la relación de pareja.
No.6

-Problemas en la relación con la madre.
No.2

-Problemas en la relación con el padre.

-Sentimientos de tristeza.

Portavoces:

Caso No.8, Caso
No.9, Caso No.1,
Caso No. 4, Caso
No.3

Caso No.2, Caso
No.9, Caso No.7,

Caso No.6

Caso No.3

Caso No.2, Caso

Caso No.8

Caso No.8, Caso

Caso No.9, Caso

Caso No.9, Caso
No.2, Caso No.8

Caso No.8, Caso
No.9, Caso No.1,
Caso No. 7, Caso
No.3

Contenido latente:

Miedo a enfrentarse a una condición de adultos en la que tengan que poner en juego sus habilidades profesionales y lograr su independencia. Dependencia. Depresión. Repetición de vínculos conflictivos en su relación de pareja.

Resistencias:

A hablar del miedo que les genera enfrentarse a un mundo adulto en su condición de post adolescentes.

Defensas:

-Racionalización.

-Anulación.

-Aplanamiento afectivo.

-Proyección.

-Identificación proyectiva.

-Acting out.

-Supresión.

Casos:

Caso No.9, Caso No.6

Caso No.2, Caso no.9

Caso No.6

Caso No.9

Caso No.3, Caso No.1, Caso No. 4

Caso No.7

Caso No.9

Supuestos básicos de Bion:

Se percibe a las figuras de los terapeutas como objetos buenos y se escinden las partes malas de éstos, y de los miembros del mismo grupo. Aún se espera que los terapeutas en su papel de líderes conduzcan al grupo y resuelvan la problemática grupal.

Catarsis:

Caso No.9 Dice que está enojada con su padre porque no tuvo los pantalones para enfrentar a su madre, que sí no tenía dinero pues que le dijera ella misma.

Caso No. 4 Manifiesta que le daban ganas de llorar, de estar solo, de llorar todo el tiempo.

Caso No.7 Expresa que tiene mucho dolor acumulado (llanto). Manifiesta que se siente muy sola y no tiene amigos verdaderos, siente que no tiene con quien hablar, y ha

aprendido a no confiar en las personas. Explica que se siente muy triste, que siente que es alguien de la calle.

Insight:

No se observó

Intervención terapéutica:

- | | |
|-------------------|---|
| -Señalamientos | En lo grupal, acerca del miedo del grupo a ser independientes. Se señala el sentimiento de abandono. |
| -Clarificaciones | Clarificación en cuanto al contenido emocional en el Caso No.2. Clarificación de la depresión que plantea el grupo. |
| -Recapitulaciones | Se lleva a cabo una recopilación sobre el contenido latente planteado por el grupo. |

Sesión 7
9 de octubre del 2006

Participantes:

Caso No.1
Caso No 2
Caso No 3
Caso No 4
Caso no.5
Caso No 6
Caso No 8
Caso No 9

Contenido manifiesto:

- Necesidad de encontrar trabajo.
- Miedo al fracaso.
- Deseo de independencia.
- Temor a enfrentar una condición laboral.
- Sentimiento de impotencia.
- Sobrepotección por parte de los padres.
- Sentimientos ambivalentes hacia los padres.

Portavoces:

Caso No.4, Caso No.2, Caso No.3, Caso No. 8, Caso No.6, Caso No.1
Caso No.5, Caso No.4, Caso No.2,
Caso No.2, Caso No.1, Caso No.4
Caso No.4, Caso No.6, Caso No.8
Caso No.2, Caso No.4, Caso No.8
Caso No.8, Caso No.3
Caso No.2, Caso No.4

Contenido latente:

Ambivalencia ante el deseo de independizarse. Ansiedad ante la idea de enfrentarse al mundo laboral. Una duda sobre su propia identidad y el sentido de competencia personal.

Resistencias:

A hablar de la tranquilidad y las ganancias ante la condición de dependencia que establecen con sus padres.

Defensas:

-Racionalización.

-Aplanamiento afectivo.

-Anticipación.

-Identificación proyectiva.

Casos:

Caso No.6, Caso No.8, Caso No.2

Caso No.6

Caso No.3

Caso No.8, Caso No.1, Caso No. 4, Caso No.5, Caso No.6

Supuestos básicos de Bion:

En esta etapa del proceso grupal, se observa que los miembros comienzan a interactuar entre ellos, aunque la mayoría de las veces lo hacen sólo con la pareja terapéutica; sin embargo, ensayan maneras de comunicación entre ellos. Los objetos malos continúan depositándose fuera del grupo.

Catarsis:

Caso No.2 Comenta que desea dejar de pelear con su mamá por cosas sin importancia, después de un silencio expresa que su madre es una perra, ya que todo lo que le molestaba de su padre se lo reclamaba a él.

Caso No.5 Dice que siente la presión por el miedo a fracasar, y que si eso le pasara, se bajaría mucho su estado de ánimo y se deprimiría más aún.

Insight:

Caso No.1 Menciona que es difícil la convivencia con sus padres y le gustaría limar asperezas con ellos antes de irse.

Caso No.4 Se da cuenta que la sobreprotección ha sido una constante en su vida que de alguna manera dificultaba el cambio en él.

Intervención terapéutica:

- Señalamientos

Caso No.2, se le confronta el hecho de mantener una mala relación con su madre, pero depender de ella.
Señalamiento acerca de que los padres no han ofrecido herramientas para crear hijos autónomos. Se señala la mayor interacción grupal entre ellos.
- Clarificaciones

Clarificación en cuanto a las ganancias secundarias en su posición dependiente ante sus padres.
- Recapitulaciones

Se lleva a cabo una recopilación sobre el contenido latente plantando por el grupo.
- Rectificaciones

En cuanto a que el miedo al fracaso que plantea el grupo más bien es un miedo a ser independientes.

Sesión 8
16 de Octubre del 2006

Participantes:

Caso No.1
Caso No 2
Caso No 3
Caso No 4
Caso no.5
Caso No 6
Caso No.7
Caso No 8
Caso No 9

Contenido manifiesto:

- Hablar de cambios personales.
- Dificultades en la relación de pareja.
- Deseo de independencia.
- Manifestar conductas de riesgo.
- Plantear que el grupo sirve como contención.
- No visualizar opciones de cambio.

Portavoces:

Caso No.4, Caso No.3, Caso No.6, Caso No.5, Caso No.1
Caso No.2, Caso No.7, Caso No.8,
Caso No.2, Caso No.1, Caso No.4
Caso No.7
Caso No.1 Caso No.5
Caso No.7, Caso No.2

Contenido latente:

Una conducta de pasividad ante sus circunstancias. Establecen un vínculo en sus relaciones de pareja de manera dependiente, son relaciones parciales y no entregadas. Los problemas de relación son un conflicto general dentro del grupo.

Resistencias:

A hablar de la conducta de pasividad que el grupo presenta ante sus circunstancias. El discurso generalizado en cuanto a los avances planteados por el grupo, puede ser una resistencia del mismo para no hablar de otros temas dolorosos.

Defensas:

- Racionalización.
- Supresión.
- Agresión pasiva.
- Acting out
- Quejas y rechazo de ayuda.

Casos:

- Caso No.4
- Caso No.9
- Caso No.2
- Caso No.7
- Caso No.7

Supuestos básicos de Bion:

Se percibe al grupo como una madre cercana que provee y nutre. Dentro del grupo sus miembros se sienten seguros y protegidos.

Catarsis:

No se observó.

Insight:

Caso No.3

Se dio cuenta que al estar enferma le ayudaba a obtener la atención de sus padres, especialmente su papá.

Intervención terapéutica:

- Señalamientos Se confronta al grupo en que es importante no sólo el hecho de reconocer qué les pasa, sino establecer cambios en lo concreto. Se devuelve al grupo la responsabilidad del cambio. Se señala la resistencia al cambio.
- Clarificaciones Se clarifican los objetivos planteados al inicio del proceso psicoterapéutico expuestos por los mismos pacientes..
- Recapitulaciones Se lleva a cabo una recopilación sobre el contenido latente plantando por el grupo.

Sesión 11
6 de Noviembre del 2006

Participantes:

Caso No.1
Caso No 2
Caso No 3
Caso No 4
Caso no.5
Caso No 6
Caso No.7
Caso No 8
Caso No 9

Contenido manifiesto:

-Dificultad para concluir proyectos personales.

-Miedo al fracaso.

-Problemas por el alcoholismo del padre.

-Pérdida de la capacidad para disfrutar.

Portavoces:

Caso No.4, Caso
No.5, Caso No.1,
Caso No.7, Caso
No.8

Caso No.5, Caso
No.4, Caso No.7,

Caso No.3

Caso No.5, Caso
No.4, Caso No.1

Contenido latente:

Depresión, falta de compromiso y una tendencia a postergar la dependencia de los padres. Temor a crecer.

Resistencias:

Se manifiesta la depresión, pero aún no hablan de ella como algo que afecte a cada uno en lo particular. A hablar de la sensación de fracaso y el miedo a crecer.

Defensas:

-Negación .

-Acting out

Casos:

Caso No.2, Caso
No.6,

Caso No.7

-Quejas y rechazo de ayuda.

Caso No.7, Caso No.6

Supuestos básicos de Bion:

Se percibe al grupo como una madre cercana que provee y nutre. Dentro del grupo sus miembros se sienten seguros y protegidos.

Catarsis:

Caso No.3 Se da cuenta que la enfermedad de su padre está avanzando. Ella pensó que ya había entendido muchas cosas, y que ya lo podía manejar mejor, pero ella tiene miedo a que se muera y a la vez desea que pase (llora)

Insight:

Caso No.5 Reconoce que tiene miedo a terminar su tesis porque esto representa terminar con una etapa como estudiante, para entrar de lleno a una nueva faceta como profesional.

Caso No.4 Acepta que estudiar contaduría es como cargar una cruz para él, y que tampoco se involucra en los proyectos que inicia.

Intervención terapéutica:

-Señalamientos Se les señala el temor a crecer, y la característica de postergar y no poder cumplir con planes de vida.

-Clarificaciones Se clarifica el tipo de vínculo que establecen y la imposibilidad para comprometerse con el otro y con ellos mismos.

-Recapitulaciones Se lleva a cabo una recopilación sobre el contenido latente plantando por el grupo.

Sesión 13
27 de noviembre 2006.

Participantes:

Caso No 2
Caso No 3
Caso No 5
Caso No 8
Caso No 9

Contenido manifiesto:

-Reflexión sobre el proceso psicoterapéutico.

Portavoces:
Caso No.2, Caso No.8, Caso No.3, Caso No.5, Caso No.9

-Problemas por el alcoholismo del padre.

Caso No.3, Caso No.8

-Problemas de relación con la pareja.

Caso No.8

-Abandono del padre.

Caso No.9, Caso No.2

Contenido latente:

Hablan de padres ineficaces en su papel de padres que no se pueden hacer cargo de ellos mismos, hay un miedo al abandono.

Resistencias:

En el Caso No.9 se observa una resistencia a manifestar enojo hacia su padre y tristeza por el abandono de éste.

Defensas:

-Negación.

Casos:

Caso No.9

-Afilación.

Caso No.2, Caso No.3, Caso No.5, Caso No.8

Supuestos básicos de Bion:

Se observa una mayor interacción de los miembros del grupo entre ellos. Los aspectos negativos que antes se depositaban fuera del grupo, ahora son integrados como cualidades personales de cada uno. Hay una percepción más integrada de los aspectos negativos y los positivos como características del grupo.

Catarsis:

Caso No.8 Le da coraje que su padre se gasta mucho en alcohol y no en su familia. Menciona que es doloroso afrontar que las prioridades de su padre son otras.

Insight:

Caso No.2 Expresa que le queda más claro que su papá no lo va a buscar, y que tampoco se ha interesado en él. Que con respecto a su madre, no puede crecer estando junto a ella. Que tiene que marcar límites a su madre. Menciona que está saliendo con alguien, e intenta platicar con él, y procura decirle las cosas que le molestan en el momento, sino se queda con el resentimiento, se enoja y se aleja de la gente.

Caso No.8 Refiere que en un principio le dolían las actitudes de las otras personas, y le costaba trabajo darse cuenta de esto. Explica que influye la actitud que cada uno toma ante los problemas. Que los comentarios de los compañeros son un aprendizaje, ya que aunque no lo hayas vivido puedes aprender. Indica que con respecto a su padre, que es alcohólico, ella tenía que respetarlo, respetar su dedición, manifestando que la que iba a psicoterapia era ella, no su padre, y la que podía modificar cosas en su vida era ella.

En cuanto a sus relaciones de pareja, platica que estar con parejas celosas y posesivas, que se daba cuenta que necesitaba a alguien que la domine.

Caso No.3 Que ha pensado mucho sobre su padre y su enfermedad, y ha pensando en dejar de sentir dolor por él, y lo que sí puede hacer es que su vida no sea en función de él, ya que su padre escogió su vida y su alcoholismo.

También pensó sobre el papel que ella y su padre tienen en su relacione, como sintiendo que ella es víctima. Explica que ha sido difícil, y que ella tiene responsabilidad en lo que le ha pasado. El estar

enferma le daba una ganancia, pero el costo era muy alto, y que lo hacía para conseguir cosas.

Caso No.5

Cuentas que a lo largo de su vida se había vuelto muy duro, con muchas capas. Perdió sensibilidad en muchas áreas, y siente que ha comenzado a quitar esa rigidez. Que sus padres y él son muy rígidos, y esto es algo que él ha aprendido.

Intervención terapéutica:

-Recapitulaciones

Se lleva a cabo una recopilación sobre el contenido latente plantando por el grupo.

-Confirmaciones

Se les confirma que sus apreciaciones sobre ellos mismos son correctas, y que han logrado un conocimiento personal importante sobre el cual pueden reflexionar. Se les señala la importancia de que confíen en sus propias capacidades.

Sesión 14.
4 de diciembre del 2006.

Participantes:

Caso No 1
Caso No 2
Caso No 3
Caso No 4
Caso No 5
Caso No 6
Caso No 7
Caso No 8
Caso No 9

Contenido manifiesto:

-Reflexión personal
-Relación con los padres.

-Relación de pareja.

Portavoces:

Todos los casos

Caso No.1, Caso No.7, Caso No.2, Caso No.3

Caso No.6, Caso No.2

Contenido latente:

Tristeza por la terminación del proceso psicoterapéutico. Sentimiento de abandono.

Resistencias:

A plantear el sentimiento de abandono.

Defensas:

-Negación.
-Afilación.

Casos:

Caso No.9

Caso No.1, Caso No.3, Caso No.8

Supuestos básicos de Bion:

DISCUSIÓN

Con base en la información obtenida por medio de la entrevista inicial y los puntajes del MMPI-2, se elaboró un perfil del grupo en cuanto a características de personalidad y problemática observada, con el fin de establecer los objetivos psicoterapéuticos de grupo. La problemática observada se relacionaba con los conflictos que se presentan en el periodo de la adolescencia tardía y postadolescencia, manifestándose dentro del grupo de la siguiente manera:

1. Una dificultad en el vínculo con las figuras paternas

Se observó que los miembros del grupo compartían una experiencia de devaluación por parte de las figuras parentales, a quienes percibían como perseguidoras y agresivas. En general, el grupo manifestó de manera recurrente una percepción de rechazo por parte de sus padres, situación que a su vez generaba una necesidad muy importante de aceptación en los miembros del grupo. En este sentido, los participantes manifestaban un supéryo punitivo y perseguidor, juzgando de manera severa sus propios errores, expresando sentimientos de impotencia, miedo, vergüenza, ansiedad, temor a la crítica, etc.

En otros casos, se observó una sobreprotección por parte de las figuras parentales hacia algunos integrantes del grupo, situación que también generaba sentimientos de impotencia, dependencia y enojo en los adolescentes. Aunque esta sobreprotección también brindaba ganancias secundarias significativas.

Por otra parte, la figura del padre era vista como ausente; en cambio, la relación con la madre resultaba ambivalente, ya que ésta estaba presente pero no era percibida como una figura cálida y que brindara contención. Se observó

que la relación con los padres se establecía mediante un vínculo de dependencia, lo que implicaba un estilo de relación por parte del grupo, y esta misma dependencia la expresaban los adolescentes en una propuesta relacional hacia la pareja terapéutica, ya que los participantes esperaban ser conducidos y demandaban que los terapeutas les brindaran respuestas claras, rápidas y eficientes para resolver su problemática. Sin embargo, la posición de la pareja terapéutica, con respecto al grupo, consistió en devolverle a éste la responsabilidad de tomar sus propias decisiones, clarificando al grupo que los integrantes del mismo repetían una demanda, esperando que los terapeutas resolvieran una situación que les correspondía resolver a ellos mismos. Además de señalar al grupo que la función del mismo residía en brindar un espacio para la reflexión.

En un inicio, el grupo evitaba externar el enojo que sentían hacia las figuras parentales, ya que esta situación les generaba ansiedad y culpa. De manera frecuente los integrantes llevaban a cabo conductas buscando la aceptación de los padres, relacionándose con temor hacia éstos. Se buscó la reflexión acerca del lugar que cada uno ocupaba en el conflicto familiar. Además de que se intentó objetivar la figura de los padres, evitando la idealización, pero también la devaluación.

De manera gradual, el grupo comenzó a percibir que habían tenido padres ineficientes en este rol. Llegando a observar la incapacidad de sus padres para hacerse responsables de sí mismos y de ellos como hijos. Particularmente en el caso de padres alcohólicos, algunos integrantes expresaban una necesidad importante de cuidarlos, manteniendo la fantasía de que, preservando estos objetos, a su vez estos papás podrían cuidarlos a ellos. Finalmente, el grupo llegó a darse cuenta que tampoco eran capaces de cuidarse y valerse por cuenta propia, dependiendo en lo emocional y en lo económico de su padres.

2. Dificultad en el vínculo con los hermanos

Los participantes manifestaban una relación conflictiva con los hermanos, quienes eran percibidos como poco solidarios e indiferentes, rivalizando con éstos por el cariño y la aceptación de los padres. Se vivenciaban comparados de manera constante por parte de sus padres con las cualidades de sus hermanos, y en esta comparación los miembros del grupo no eran favorecidos. Repetían en el vínculo con los hermanos el problema de relación que observaban entre sus padres. Se observó, al inicio de las sesiones, que el grupo mantenía un estilo relacional en el que cada uno se centraba en su problemática particular, demandando la atención por parte de los terapeutas sin interactuar con sus compañeros, repitiendo una manera de vincularse que aprendieron en el núcleo familiar con sus hermanos.

3. Relaciones interpersonales conflictivas

Con la aplicación del MMPI-2, se observó que las escalas **2** y **8** fueron las más elevadas del perfil grupal, situación que puso de manifiesto una tendencia significativa al asilamiento social por parte del grupo, asociada con sentimientos de minusvalía, que en ocasiones llegaban a tomar fuerza intrapunitiva, ocasionando una sensación de no merecer el aprecio y el reconocimiento de los demás. A lo largo de las sesiones, el discurso de los participantes expresaba de manera recurrente un contenido de autoevaluaciones negativas, las cuales dificultaban las relaciones interpersonales que el grupo establecía, limitando la interacción con los demás por un miedo constante a la crítica. Expresaban una amenaza por la mirada del otro, sintiéndose vulnerables y con un temor a mostrarse dentro del grupo. En general, los participantes experimentaban sentimientos de humillación y devaluación.

Principalmente los varones proyectaban la hostilidad que percibían del exterior, llegando a protagonizar peleas en diversos escenarios, poniendo en riesgo su propia integridad física.

Con frecuencia los miembros del grupo manifestaban, en lo latente, un monto de ansiedad elevado en cuanto a la interacción social que establecían. En este sentido, Erikson (op cit), plantea que el niño, con el fin de adquirir una identidad del Yo fuerte y sana, ha de recibir suficiente reconocimiento de sus rendimientos y logros, situación que no se observa en la historia de vida de los participantes del grupo. Para este mismo autor la crisis de identidad en la adolescencia está determinada, en parte, por los defectos de las primeras relaciones de una persona con sus padres y el grado de aceptación o la falta de ésta que haya recibido.

Con relación a lo anterior, el grupo ofreció un espacio en el que las autoevaluaciones negativas vertidas al interior del mismo, podían ser puestas en entredicho, ya que el resto de los participantes ofrecían una mirada más objetiva sobre cada uno.

4. Relaciones de pareja poco comprometidas

Los miembros del grupo con frecuencia planteaban una necesidad de sentir segura a la pareja, esperando que ésta no los fuera a engañar o abandonar. Se manifestaba un miedo a vincularse de manera comprometida. El grupo hablaba sobre una sexualidad inmadura, sin establecer un vínculo afectivo profundo y significativo, ocasionado por un miedo a involucrarse emocionalmente. Expresaban un miedo al abandono, a la crítica y al rechazo, lo que propiciaba conductas de celos y un sentimiento de inseguridad constante. No establecían límites con sus parejas por miedo a ser rechazados, estableciendo relaciones inmaduras, y no relaciones entre iguales de manera simétrica. El vínculo en la relación de pareja era un vínculo dependiente en la mayoría de los casos, parcial y con una dificultad para entregarse, esto se observaba como un estilo de relación dentro del grupo.

Erikson (op cit) indica que la capacidad para la intimidad comienza a desarrollarse en la adolescencia, y que el individuo no llega a ser capaz de establecer una relación íntima plena hasta que su sentido de la identidad

personal está totalmente construido, lo que implica que la persona debe tener un sentido de quién es antes de fundir esta identidad con la del otro. En relación a lo anterior, se aprecia que los miembros del grupo aún se encuentran en proceso de consolidar un sentido de identidad personal, a pesar de que su edad cronológica correspondería a la etapa de la adolescencia tardía y la postadolescencia. Sin embargo, como grupo, estos sujetos se encuentran todavía en vías de encontrar un papel como adultos sexuales, productivos, responsables y con un repertorio maduro de relaciones interpersonales por desarrollar.

5. Una incapacidad para ser independientes

Manifestaban una sensación de impotencia para hacerse cargo de ellos mismos confiando en sus propias capacidades y en sus percepciones, a pesar de que dentro del grupo lograron descubrir situaciones importantes sobre su situación de vida actual, dificultándoseles ahondar más en la reflexión sobre estas cuestiones. También se puso de manifiesto una incapacidad para generar alternativas orientadas a buscar la independencia del núcleo familiar, pensando que sin el apoyo de sus padres lograrían obtener pocos logros personales. Principalmente en las primeras sesiones mostraban una posición de pasividad, esperando ser conducidos por la pareja terapéutica y obtener de ésta soluciones rápidas y relativamente fáciles, como una demanda que repetían hacia las figuras de los terapeutas como lo hacían con sus padres.

Era un grupo que postergaba el momento de ser independientes.

Existía un miedo ante la vida adulta con las implicaciones que este hecho conlleva. Hacían lo posible por permanecer en el núcleo familiar postergando el momento de ser independientes y poner en juego sus propios recursos. Hablaban de un deseo de postergar el crecimiento y la independencia, por eso se mostraban indecisos en qué carrera estudiar o estudiaban otra cosa, aplazando el momento de titularse, y en lo latente expresaban un miedo a enfrentar un mundo adulto. Blos (op cit) menciona que es tarea del adolescente liberarse de la dependencia que lo vincula a su padres. La madurez para

Erikson (op. cit.), empieza cuando la identidad ha sido establecida y ha surgido un individuo integrado e independiente.

Se les señaló que la responsabilidad por cambiar era del grupo, no de la pareja terapéutica. Al final del proceso psicoterapéutico fueron estableciendo opciones para llevar a cabo un plan de vida que les permitiera adquirir autonomía e independencia, estableciendo compromisos en cuanto a opciones laborales y orientación vocacional como herramientas importantes en las que podrían fundamentar una opción real para conseguir autonomía con respecto de sus figuras parentales, principalmente en lo económico.

6. Problemas de orientación vocacional y proyecto laboral

Se observó un deterioro en el ámbito escolar y laboral, así como una dificultad para establecer una identidad vocacional y establecer un compromiso y una responsabilidad en este sentido. En el discurso del grupo se apreciaba una insatisfacción en cuanto a la elección de carrera y una incertidumbre sobre su futuro laboral. Para Erikson (op cit), la identidad del Yo implica la integración de ambiciones y aspiraciones vocacionales, por lo que la confusión de rol implica una incapacidad para decidirse por una identidad ocupacional.

Se les señaló que la escuela era una opción para la capacitación que podía generar una alternativa más adaptativa para lograr su independencia y autosuficiencia. Se cuestionó al grupo qué querían hacer para ellos y con qué recursos contaban, además de señalar la importancia de elaborar un plan de vida en las áreas laboral y escolar.

7. Incapacidad para hablar de su condición emocional.

Principalmente al inicio del proceso psicoterapéutico, el grupo mostró una dificultad en cuanto a expresar lo que cada uno sentía, esta situación se asociaba con un miedo a la crítica que la mayoría manifestaba, hecho que

dificultaba la interacción entre los integrantes y la expresión emocional en su discurso. Por otra parte, se puso de manifiesto una tendencia a expresar sus conflictos emocionales por medio de una canalización somática, como una manera o un estilo aprendido de reaccionar ante la ansiedad, el coraje, la tristeza, la impotencia, etc.

Se apreció que dentro de su estructura familiar, el grupo no manifestaba lo que cada uno sentía por un miedo al rechazo por parte de los padres, situación que se repetía en otras relaciones interpersonales que los integrantes mantenían, en las cuales no podían expresar lo que sentían de manera abierta, por un temor de no ser aceptados. Con frecuencia comentaban una sensación de “estar a punto de explotar”, haciendo referencia a la dificultad de “no poder expresar sentimientos acumulados”.

En relación a lo anterior, la pareja terapéutica señalaba al grupo de manera recurrente que aquel que era capaz de tomar el riesgo de hablar sobre lo que sentía, era el que más se beneficiaba con la experiencia grupal.

CONCLUSIONES

- I. Los resultados obtenidos en el MMPI-2 y la entrevista inicial indicaban problemas de orientación vocacional y una insatisfacción en cuanto a la carrera elegida. Se planteó una dificultad en cuanto a la formación de su propia identidad personal. Todos manifestaban una incapacidad para generar alternativas orientadas a buscar la independencia del grupo familiar y, por lo tanto, una condición de dependencia y un miedo a ser independientes. Percibían una crítica reiterada por parte de las figuras parentales así como una actitud de rechazo por parte de éstos. En general, el grupo percibía su situación de vida actual como muy crítica, circunstancia que ocasionaba en ellos un monto de ansiedad elevado. Se observaron datos clínicos de depresión, asociados con sentimientos de pesimismo hacia sus propias capacidades y una autocrítica exacerbada.

- II. La principal problemática observada se refirió a dificultades de relación que cada uno de los miembros establecía en el vínculo con sus padres, hermanos, en sus relaciones de pareja y sus relaciones sociales. Ocasionando una tendencia al aislamiento y la dificultad por parte del grupo para establecer relaciones interpersonales significativas y estables. Con frecuencia los participantes manifestaban una percepción de no merecer el aprecio y el reconocimiento de los demás, limitando su contacto con el medio, provocando una disminución en las redes de apoyo de estos adolescentes. Además de que esta situación generaba en ellos sentimientos de soledad, así como una sensación, ilusoria, de ser muy diferentes y con una problemática muy grave en comparación con los demás. Sin embargo, la experiencia terapéutica ayudó al grupo a mitigar la ansiedad que les ocasionaba la interacción social, además de que cada integrante recibió por parte de sus compañeros una mirada más objetiva sobre sí mismos, diferente de las autoevaluaciones negativas que con frecuencia externaba el grupo.

En cuanto a las relaciones que el grupo mantenía con sus figuras parentales, se apreció que los adolescentes habían establecido un modelo de relación consistente en el establecimiento de vínculos inestables, situación que repetían en la manera en que se vinculaban con otras personas, mostrándose celosos, posesivos o no pudiendo poner límites de manera adecuada por un miedo al abandono.

Por otra parte, se puso de manifiesto una demanda afectiva y de dependencia por parte del grupo, hacia las figuras de los terapeutas, esperando que éstos resolvieran la problemática de los integrantes, brindándoles soluciones rápidas, concretas y fáciles, además de esperar ser guiados a lo largo del proceso terapéutico, con la expectativa de que los terapeutas propusieran el tema a tratar dentro de las sesiones. A pesar de lo cual, la postura de la pareja terapéutica consistió en no repetirles a los integrantes una historia de dependencia que éstos ya habían vivido en su núcleo familiar, sin indicarles qué decir, qué hacer y cómo hacerlo. Y en cambio, se le devolvió al grupo su responsabilidad para reflexionar sobre su situación de vida actual, y plantear, ellos mismos, soluciones y alternativas a su problemática.

Se observó, al inicio de las sesiones, que los integrantes del grupo mantenían una interacción limitada con sus compañeros, en ocasiones incluso descalificando algún comentario proveniente de algún otro participante, además de demandar la atención constante de parte de la pareja terapéutica, repitiendo una manera de interactuar como la que mantenían en el núcleo familiar en la relación con sus hermanos. Sin embargo, este tipo de interacción grupal evolucionó hasta que la interacción entre los miembros del grupo se volvió más dinámica y activa, provocando identificaciones que conectaban los discursos de los participantes.

- III. Se detectó una dificultad generalizada para ser independientes y autosuficientes, así como una tendencia a prolongar el periodo de la adolescencia evitando asumir compromisos en las áreas vocacional,

laboral, de pareja, de interacción social y en cuanto al desarrollo de sus propios recursos internos. En general, el grupo externaba sentimientos de impotencia, miedo, frustración, minusvalía, insuficiencia, etc. Y la creencia de que sin el apoyo de sus padres les iba a resultar muy difícil salir adelante por sí mismos. Sin embargo, esta postura también les otorgaba ganancias secundarias, como el hecho de evitar enfrentar un mundo adulto y establecer los compromisos correspondientes.

Asimismo, la falta de compromiso que mostraban los integrantes, se manifestaba, principalmente en una insatisfacción en cuanto a la carrera que cursaban en ese momento, pensando en cambiar de licenciatura pero sin llevar a cabo ninguna acción concreta, simplemente postergando la etapa de estudiantes de manera casi indefinida. En este sentido, se propició la reflexión grupal en cuanto a plantear, ellos mismos, alternativas viables encaminadas a fomentar la autonomía y un sentido de autosuficiencia, confiando y poniendo en juego sus propios recursos, asumiendo la posibilidad de equivocarse en este proceso, pero con la oportunidad de aprender de la experiencia.

Es importante resaltar que el grupo tampoco contaba con modelos de identificación adecuados por parte de las figuras parentales, los cuales brindarían un sentido de seguridad y aceptación, que repercutiera a su vez en una autoimagen positiva y, por el contrario, el grupo había internalizado un supéryo perseguidor y devaluador. Esta situación repercutió en una dificultad para establecer e integrar de manera óptima su identidad, y como consecuencia una dificultad para el logro de su autonomía.

IV. El discurso de los pacientes en la sesión de cierre, sugiere que los integrantes del grupo consiguieron los siguientes logros psicoterapéuticos:

-Pudieron identificar características de su propia personalidad, como la dificultad para poder hablar sobre sus emociones y la manera en que éstas eran canalizadas a través de manifestaciones somáticas. El modo

de vincularse en sus relaciones de pareja, mostrándose celosos, inseguros o no poniendo límites por miedo al rechazo. La inseguridad y la pasividad con que actuaban ante sus circunstancias, dificultándoseles plantear alternativas o, en otros casos, la manera impulsiva con que actuaban. La necesidad por recibir atención, aceptación y afecto por parte de sus figuras parentales, y el dolor y la tristeza por no recibir satisfacción ante esta necesidad. La preocupación permanente por pensar que son responsables de cuidar a unos padres incapaces de cuidarse a sí mismos.

-Reconocieron el papel que jugaban en las relaciones que establecían, sintiendo un miedo constante al rechazo o al abandono. Comprendiendo que si ellos han vivido vínculos inestables en su núcleo familiar, esto es algo que van a repetir en otras relaciones. Además de percibir que actuaban de manera demandante con la pareja terapéutica, depositando en éstos su responsabilidad para plantear opciones ante su situación de vida actual.

-Manifestaron un contenido emocional en su discurso, pudiendo expresar emociones de enojo, tristeza, impotencia, frustración, incertidumbre, vacío interno, miedo, ansiedad, decepción, soledad, rencor, vergüenza, etc. Modificando la dificultad que a lo largo de su vida habían mostrado para hablar de lo que cada una ha sentido. Situación que también repercutió en un sentimiento de bienestar y tranquilidad, al darse cuenta que podían externar toda esta gama de emociones en un espacio seguro en el cual no se sentían juzgados y además compartían sentimientos en común.

-Expresaron sentimientos hacia las figuras parentales, principalmente de enojo, decepción, rencor y sensación de abandono. Logrando identificar que tenían motivos para sentir lo que sentían hacia sus padres, situación que generó una disminución en la culpa y la ansiedad por creer que juzgaban a sus papás sin razón.

-Lograron objetivar la imagen de los padres, siendo más conscientes de la incapacidad de sus propios padres para cuidarse a sí mismos y, en este sentido, la incapacidad de sus figuras parentales para cumplir con este rol.

-Reconocieron potencialidades en ellos mismos, como el hecho de poder comprometerse en algunas áreas de su vida, así como involucrarse con la experiencia grupal, ya que en realidad sí se observó una adecuada adherencia al tratamiento. Además de poder vencer la dificultad para hablar de sus emociones en un grupo. En este sentido, se les señaló que el grupo es un espacio para ensayar nuevas maneras de relacionarse.

-Aceptaron que han prolongado el periodo de la adolescencia con conductas como el evitar comprometerse con una identidad vocacional, cambiando de carrera o postergando el momento de titularse. Acomodándose también a una situación familiar que, aunque en muchos casos no resultaba satisfactoria, sí brindaba seguridad y les evitaba la ansiedad de enfrentar un mundo adulto, con todas las implicaciones correspondientes.

-Consiguieron elaborar un plan de vida en las áreas académica y laboral. Al respecto, en el transcurso del tratamiento algunos de los integrantes consiguieron trabajo, otro consiguió una beca para estudiar en el extranjero y otros obtuvieron avances en sus procesos de titulación.

-Hubo un abatimiento sintomático de los síntomas depresivos y ansiosos. En sus discursos manifestaban un sentimiento de bienestar, asociado con una mayor tranquilidad y una mayor actividad física.

-Se observó una adherencia al tratamiento por parte del grupo. La tabla No. 2 muestra la frecuencia con que los integrantes asistieron a las sesiones grupales, mostrando que no hubo deserciones por parte de ningún miembro del grupo a lo largo del tratamiento. En promedio, se registró una asistencia de siete participantes por sesión, lo que favoreció la dinámica y la cohesión grupal.

-Al final del tratamiento, varios integrantes manifestaron su deseo de continuar un proceso psicoterapéutico para trabajar con aspectos estructurales de su personalidad. Se registraron comentarios expresando que la experiencia grupal, les había resultado enriquecedora, gratificante y útil. De la cual lograron obtener una visión más objetiva de sí mismos y de su situación de vida actual, pudiendo identificarse con sus compañeros en cuanto a sentimientos manifestados y experiencias de vida similares. Sintiendo motivados para continuar con un proceso de psicoterapia y poder adquirir un mayor conocimiento de sí mismos.

- V. La edad cronológica de los participantes del grupo discrepa con la edad psicológica, ya que todos presentaban problemas no resueltos en etapas previas de la adolescencia, como en la etapa de *identidad versus confusión (del rol) de identidad*, conforme a la teoría de Erikson (op.cit); manifestando una dificultad en cuanto a llevar a cabo un papel como adultos sexuales, productivos y responsables. Por lo que se puso de manifiesto que los integrantes del grupo aún no lograban la consolidación de una identidad personal estable, encontrándose en una etapa de consolidación de la misma. De acuerdo con el mismo autor, los individuos no llegan a ser capaces de establecer una relación íntima plena, hasta que su sentido de identidad personal está totalmente construido, de lo contrario se experimenta un sentimiento de aislamiento. Y es precisamente una dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales comprometidas y estables, una problemática central característica del grupo.
- VI. El trabajo llevado a cabo se fundamentó en los principios de la psicoterapia de grupo breve y focalizada, fundamentada en una comprensión psicodinámica. Por lo que a los miembros del grupo se les formuló una entrevista inicial y se les aplicó la prueba MMPI-2, con la finalidad de establecer los objetivos psicoterapéuticos de grupo, así como aplicar criterios de exclusión, ya que se excluyeron aquellos pacientes que manifestaran una patología severa como un episodio

depresivo mayor, psicosis, personalidad psicopática o paranoide y abuso de drogas.

- VII. El objetivo del trabajo consistió en describir la intervención psicoterapéutica breve en un grupo con características de la adolescencia tardía y postadolescencia, con base en un análisis sistemático de parámetros de observación grupal. En este sentido, una limitación del estudio consiste en que no se está midiendo la efectividad de la intervención, sino que únicamente se lleva a cabo una descripción de la misma.
- VIII. Por último, podemos concluir que el trabajo de psicoterapia de grupo promueve la participación de los integrantes, además de que ahorra tiempo, recursos materiales y económicos. Asimismo, el grupo ofrece una serie de factores curativos como lo describe Vinogradov y Yalom (op.cit). Mucho se ha escrito sobre el grupo psicoterapéutico, quedando demostrado que es una herramienta útil en los servicios de salud mental en instituciones, como es el caso del escenario en el que se llevó a cabo la intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Ausbel, D. (1954). *Theory and problems of adolescent development*. New York. Grune & Stratton.

-American Psychiatric Association. (1993). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Versión española de la cuarta edición de la obra original de la obra inglesa. México. Masson.

-Bach, G. (1968). *Psicoterapia intensiva de grupo*. Buenos Aires. Hormé.

-Bion, W. (1963). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires. Paidós.

-Blos, P. (1962). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México. Joaquín Mortiz.

-Blos. P. (1975). *La transición adolescente*. Buenos Aires. Paidós.

-Blum, G. (1953). *Psychoanalytic Theories of Personality*. Nueva York. MacGraw Hill.

-Erikson, E. (1974). *Sociedad y adolescencia*. México. Siglo Veintiuno Editores.

-Erikson, E. (1981). *Identidad, juventud y crisis*. México. Siglo Veintiuno Editores.

-Farmer, B. (1994). *Structured Adolescent Psychotherapy Groups*. Florida. Profesional Resource Press.

-Feixas, G. (1998). *Aproximaciones a la psicoterapia :una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona. Paidós.

- Fiorini, H. (1992). Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- Foulkes, S. & Anthony, E. (1966). Psicoterapia psicoanalítica de grupo. Buenos Aires. Paidós.
- Freud, S. (1996). Esquema del psicoanálisis. Buenos Aires. Paidós.
- González, Andrade, Morales, González, & Pérez. (2003). Programa de Estudios de la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes. México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González Núñez, J. & Rodríguez, M. (2002). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. México. Plaza y Valdés.
- González Núñez, J. J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. México. Manual Moderno.
- González Núñez, J. J. (1992). Interacción grupal. México. Planeta.
- Greenson, R. (1994). Técnica y práctica del psicoanálisis. México. Siglo Veintiuno Editores.
- Guimón, J. (2003). Manual de psicoterapias de grupos. Madrid, España. Biblioteca Nueva.
- Kadis, A., Krasner, J., Winick, C., & Foulkes, S. (1986). Manual de psicoterapia de grupo. México. Fondo de Cultura Económica.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1998). Psicoterapia de grupo. España. Ed. Mexicana Panamericana.
- Muss, R. (1997). Teorías de la adolescencia. México. Paidós.

- Nacht, S. (1967). La presencia del psicoanalista. Buenos Aires. Proteo.
- Slavson, S. (1976). Tratado de psicoterapia grupal analítica. Buenos Aires. Paidós.
- Speier, A., Schiff, R. & Boschetto, H. (1977). Psicoterapia de grupo en la adolescencia. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Sullivan, H. (1974). La teoría interpersonal de la psiquiatría. Buenos Aires. Psique.
- Vinogradov, S., Yalom, D. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona. Paidós.