

720785



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**¿ES POSIBLE REESTRUCTURAR VÍNCULOS AFECTIVOS A TRAVÉS  
DE UNA EXPERIENCIA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO BREVE?**

**INFORME DE PRÁCTICAS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**AMELIA FRIAS SÁNCHEZ**

**DIRECTORA:**

**LIC. DALILA YUSSIF ROFFE**



**MÉXICO, D.F. CIUDAD UNIVERSITARIA, 2013.**





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.



UNAM. 075  
2013

M.

TPs.

# DEDICADO A:

---

*Mis hijos:*

*Aura Vanessa y Christian*

*Gracias por su amor y por su paciencia.*

*Los amo y siempre los amare.*

# AGRADECIMIENTOS

---

Esto lo logré porque tú me lo permitiste, gracias Padre del cielo.

A mis padres por su amor, por la educación que me brindaron y porque a través de sus enseñanzas aprendí que puedo hacer realidad mis sueños.

A mis hermanos por su cariño, por su apoyo y porque sé que en todo momento cuento con ustedes.

A mi esposo, Tomás gracias por tu amor, tu cariño, tu paciencia y tu apoyo. Te amo.

A la familia Frias Vázquez porque gracias a ustedes llegue a donde he llegado, toda la vida les agradeceré la oportunidad que me brindaron.

A la familia Domínguez Sánchez por su inmenso e invaluable apoyo, siempre les agradeceré el haberme ayudado tanto.

A la Lic. Dalila Yussif Roffe por haber dirigido éste reporte y por haber sido mi MAESTRA, de la cual aprendí aspectos relacionados con la teoría pero principiante de la praxis. Profesora gracias porque usted contribuyó a que la psicología me apasionara e influyó para que me enamorara del psicoanálisis. Y lo más importante gracias por su amistad.

A la Dra. Andrómeda Valencia Ortiz, a la Mtra. María Isabel Martínez Torres, a la Mtra. María Asunción Valenzuela Cota y a la Lic. María Eugenia Díaz Martín porque sus comentarios fueron sumamente importantes en la elaboración de éste trabajo.

A Gabriela Aguilar Méndez por su ayuda pero sobre todo por su bella amistad.

A todos aquellos que contribuyen de una u otra forma con este proyecto.

# INDICE

---

<b>RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO 1. MARCO TEORICO</b> .....	<b>4</b>
1.1. VÍNCULO AFECTIVO PRIMARIO .....	5
1.1. 1. Teoría de las Relaciones de Objeto .....	5
1.1.2. Vínculo.....	7
1.2. ADOLESCENCIA TARDIA: UNA ETAPA TRASCENDENTAL EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS .....	9
1.3. PSICOTERAPIA DE GRUPO .....	12
1.3.1. Algunas características de la Psicoterapia de Grupo .....	12
1.3.2. Etapas de la Psicoterapia de Grupo.....	14
1.3.3. Factores Terapéuticos.....	15
1.3.4. Psicoterapia de Grupo Breve: Una Opción Vivencial de Instrucción para los Estudiantes. ....	19
1.4. FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO .....	22
1.4.1. La labor del terapeuta: que incluye el establecimiento de una nueva relación con el paciente.....	24
<b>CAPÍTULO 2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</b> .....	<b>26</b>
2.1 Modelo de Yussif: "Un Modelo De Formación" .....	26
2.1.1 Antecedentes Experiencias Similares .....	28
2.2 Antecedentes Contextuales .....	31
<b>CAPÍTULO 3. MÉTODO</b> .....	<b>33</b>
3.1 Justificación.....	33
3.2. Variables a observar.....	33
3.3. Tipo de estudio.....	36
3.4. Participantes.....	36
3.5. Escenario .....	37
3.6. Materiales.....	38
3.7. Procedimiento .....	39
3.7.1. Fases por las que discurrió el procedimiento .....	39
3. 8. Actividades principales .....	41
3.8.1. Entrevista psicodinámica.....	41
3.8.2. Conformación del grupo terapéutico .....	43

3.8.3. Actividades del grupo en formación pre tratamiento .....	43
3.8.4. Actividades específicas durante el trabajo terapéutico.....	45
3.9. Estrategias de evaluación.....	46
<b>CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
4.1. Fichas de Identificación de los Pacientes .....	48
4.2. Etapas del Desarrollo del Grupo y los Factores Terapéuticos que se identificaron en cada una de ellas .....	55
4.3. Algunos Tipos de Relaciones que se presentaron .....	78
4.4. Logros Terapéuticos de acuerdo al Modelo de Yussif (1994). .....	81
<b>CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>94</b>
<b>CAPÍTULO 6. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>102</b>
<b>CAPÍTULO 7. REFERENCIAS.....</b>	<b>106</b>
<b>CAPÍTULO 8. ANEXOS .....</b>	<b>111</b>
ANEXO A. Proceso Terapéutico.....	111
ANEXO B. Alianzas formadas durante el Proceso Terapéutico .....	126
ANEXO C. Rol que tuvieron los Integrantes durante el Proceso Psicoterapéutico.....	129
ANEXO D. Indicaciones durante la Supervisión .....	131
ANEXO E. Respuestas que los Terapeutas y Grupo de Observadores reportaron durante la Post sesión (Supervisión). .....	133

# RESUMEN

---

Este Informe de Prácticas, se basa en un Modelo de Formación utilizado durante el curso de la materia de Psicología Clínica y Psicoterapia I y II que comprendió los dos últimos semestres de la licenciatura en Psicología, el 8° y 9°. Dicho modelo fue desarrollado por la Lic. Dalila Yussif Roffe en 1994 y tiene por objetivo formar psicólogos en el campo clínico. Para lograrlo, se trabaja con un Grupo Terapéutico (GT) y con un Grupo en Formación (GF), el primero es utilizado como herramienta de trabajo y la modalidad empleada es psicoterapia de grupo de corte psicoanalítico, con objetivos y tiempos limitados. A su vez, el Grupo en Formación (GF) observa a través de una cámara de Gesell las sesiones del Grupo Terapéutico (GT) *"in situ"*. La labor terapéutica corresponde a dos coterapeutas que son integrantes del mismo grupo.

Quien sustenta este reporte fue integrante del GF que observó los procesos de esta modalidad terapéutica. Situación que me permitió preguntarme: ¿Es posible reestructurar vínculos afectivos a través de una experiencia de psicoterapia de grupo breve? Se examinaron dispositivos de la terapia de grupo que lo pudieran confirmar y se encontró que aunque no es posible una re-estructuración como tal en tan poco tiempo, se plantea la hipótesis de que los pacientes obtienen cierto grado de re-estructuración de sus vínculos, además de los beneficios del trabajo terapéutico.

La psicoterapia de grupo breve, permite que los integrantes evoquen representaciones inconscientes de su grupo primario y reproduzcan relaciones de autoridad y relaciones fraternales. Las transferencias son múltiples y simultáneas y se dirigen no sólo al terapeuta sino también hacia los otros integrantes. En el grupo se generan las condiciones en donde los integrantes al interactuar reeditan y le dan otro sentido a las relaciones que les generaban conflicto propiciándose la base de una experiencia terapéutica emocional correctiva.

Se observó la dificultad de los *terapeutas en formación* para lograr establecer una relación empática y positiva con **algunos** pacientes, lo que les dificultó o impidió tener una adecuada comprensión de las necesidades de estos. En cambio, con los pacientes con los que se logró una mejor comprensión de su problemática, pudieron reconocer y en algunos casos empezar a resolver en pocas sesiones situaciones difíciles por la que atravesaban y que motivaron su solicitud de tratamiento. Por lo que con los pacientes se logró una intervención en **prevención en salud mental**.

Palabras clave: Grupo Terapéutico (GT), Grupo en Formación (GF), vínculo, re-estructuración.

# INTRODUCCIÓN

---

En la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México la Lic. Dalila Yussif Roffe, desarrolló un modelo denominado "Formación y Adquisición de Habilidades Estratégicas Psicoanalíticas para el Psicólogo Clínico". Este es un modelo formativo – vivencial que se imparte durante los dos últimos semestres 8° y 9° de la licenciatura en Psicología, en la materia de Psicología Clínica y Psicoterapia I y II.

En 8° semestre se realizó una revisión teórica y además se realizaron una serie de ejercicios para la adquisición de dichas habilidades. Lo que permitió que en 9° semestre el Grupo en Formación se involucrara con una serie de actividades necesarias para llevar a cabo un proceso de psicoterapia grupal breve. En el modelo de Yussif (1994), tanto el Grupo en Formación como el Grupo Terapéutico son el dispositivo para incrementar o desarrollar habilidades estratégicas en los estudiantes que se están formando.

De esta manera el Grupo en Formación observó el proceso terapéutico "*in situ*" a través de la cámara de Gesell, la labor terapéutica que realizaron dos psicólogos pertenecientes al grupo en formación, los cuales, fueron seleccionados. El proceso de supervisión, incluyó tres momentos que comprendieron: a) Pre sesión en la que, se señalaron y dieron las indicaciones para el trabajo a realizar durante la sesión; b) durante la sesión y c) Post sesión en la que se revisó el material clínico y se analizaron los fenómenos producidos en ambos Grupos. En estos espacios se propiciaba la participación, la reflexión y el análisis de todos los estudiantes.

El objetivo, no sólo se dirigió hacia el éxito del proceso terapéutico sino que también a lograr que el psicólogo llevara a cabo un trabajo de introspección que le permitiría estar en contacto con sus afectos y ansiedades, así como, reconocer, identificar y utilizar los fenómenos propios del trabajo clínico.

# ***CAPÍTULO 1. MARCO TEORICO***

---

En este capítulo se revisaran las aportaciones de la teoría de las relaciones de objeto con la finalidad de comprender la formación de un vínculo afectivo conjuntamente con algunos de los dispositivos de la psicoterapia de grupo; ya que el proceso grupal fue la base de este reporte.

1. **VÍNCULO AFECTIVO PRIMARIO.** Se inicia con una breve reseña de la teoría de relaciones objetales y otras propuestas teóricas, para revisar el concepto de vínculo.
2. **"ADOLESCENCIA TARDÍA": UNA ETAPA TRASCENDENTAL EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.** Se realiza una breve descripción de la adolescencia tardía señalándose a la autonomía e independencia como recursos a desarrollar durante dicha etapa.
3. **PSICOTERAPIA DE GRUPO.** El capítulo continua con una breve reseña histórica de la psicoterapia de grupo y también se mencionan algunas de sus características. Se revisa algunas ventajas de la modalidad a corto plazo, Psicoterapia de grupo breve, indicando algunos de los parámetros con los que opera.
4. **FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.** Este apartado se aborda desde un ángulo teórico – práctico que señala las ventajas que surgen al hacer uso de una propuesta de este tipo. Por otro lado, se describe a la supervisión como una herramienta necesaria en los profesionales de la salud mental que puede ser instaurada desde la misma formación.

*“todo encuentro con el objeto es, en realidad, un reencuentro...”*

*(Freud como se citó en Kolteniuk, 1989)*

## **1.1. VÍNCULO AFECTIVO PRIMARIO**

En los dos siguientes apartados se presenta un breve resumen de algunos fundamentos de la teoría de las relaciones de objeto así como, la definición de vínculo y la importancia de éste concepto en las personas.

### **1.1. 1. Teoría de las Relaciones de Objeto**

La extensa obra de Freud estuvo enriquecida de vastos conocimientos y hallazgos que fundaron al psicoanálisis. Encontrándose en obras tales como Inhibición, síntoma y angustia en 1916; El yo y el ello en 1923; Duelo y melancolía en 1917; Análisis terminable e interminable en 1937, etc., un estudio cada vez más centrado en el desarrollo y la organización de la personalidad a través de la relación bebé – objetos en los primeros meses de vida (Coderch, 1987). Estos antecedentes esclarecen que Freud fue el precursor del estudio de las relaciones objetales y que así se emprendió progresivamente la investigación en torno a este tema.

Dentro de los mayores exponentes se encuentran Melanie Klein, quien en 1932 desarrolló la teoría de las relaciones objetales al explicar la importancia de las tempranas relaciones de objeto para el desarrollo normal y patológico. Fairbairn en 1952 postuló la existencia de un yo claramente diferenciado en el momento del nacimiento, que busca vincularse con un objeto. Winnicott en 1958 centró su atención sobre aspectos específicos de la relación madre – hijo, a partir de la cual se genera la evolución del niño. Éste autor hizo notar la importancia de una persona que ofrezca cuidados maternos y que proporcione un medio ambiente de sostén, ya que esto permitirá al niño expresarse y desarrollar sus potencialidades plenamente. En 1964 Jacobson describió la manera en la que las representaciones de la experiencia del individuo y de los demás se internalizan

en forma de self y representaciones objetales (como se citó en Kaplan & Sadock 1998).

Fundamentalmente para estos teóricos, de la relación madre (o cuidador) - bebé se originan las primeras representaciones internalizadas y se conforma la cualidad y tendencia de los intercambios sociales posteriores. En otras palabras se transforman las relaciones interpersonales en representaciones internalizadas de las relaciones (Quinodoz, 1993; Gabbard, 2002).

Dichas representaciones se llevan a cabo a través de una persona significativa para el individuo y es a lo que se le designa como objeto externo y a partir de éste el individuo va a construir una representación que va a recibir el nombre de objeto interno. Así, la imagen representada de ese objeto interno se va a inscribir en el individuo como una huella mnémica o plantillas (Kaplan & Sadock, 1998; Koltenuik, 2000).

Koltenuik (2000) explica que de esta manera se conforma la cualidad y tendencia de los intercambios sociales posteriores; ya que el objeto interno determina la relación del yo con el objeto externo y cualquier relación del yo con un objeto nuevo va a reactivar las huellas mnémicas y los afectos asociados al objeto interno.

El proceso en el que se internalizan las relaciones comienza en los periodos de lactancia en donde el infante, a través de la presencia de la madre, puede sentir experiencias positivas o negativas (Schafer, 1968 como se citó en Michaca, 1987). Las experiencias positivas actuarán como una fuente de reaseguramiento contra la ansiedad, en cambio las negativas le producirán al bebé altos niveles de ansiedad que generaran que en edades subsecuentes tenga baja tolerancia a la frustración. Así surge la frustración, ya que en un principio no se cubrieron las necesidades de seguridad básicas del individuo y porque éste "no posee en su mundo interno un objeto bueno y suficientemente sólido en el que apoyarse y por el que sentirse acompañado" (Coderch, 2006, p.229).

A partir de estas experiencias (positivas o negativas), Fairban menciona que el bebé realiza una integración del objeto porque a medida que los niños se desarrollan, no internalizan simplemente un objeto o una persona; internalizan más bien una relación completa (como se citó en Gabbard, 2002).

Los aspectos antes señalados permiten ver la forma en la que nos relacionamos pues, las relaciones que mantenemos con las imágenes de nuestros objetos internos tienen una influencia directa sobre nuestras relaciones con las personas reales de nuestro ambiente, a través del vaivén incesante de los mecanismos de proyección y de introyección (Quinodoz, 1993).

Resumiendo, la teoría de las relaciones de objeto comprende elementos estructurales y dinámicos del funcionamiento psíquico, determina la concepción que cada persona tiene de sí misma y del mundo que le rodea, influyendo en sus interacciones con los demás. Son modificables y evolucionan con una adecuada intervención terapéutica (como se citó en Fernández-Manchón, 2007).

### **1.1.2. Vínculo**

*“Pero los ojos son ciegos.*

*Hay que buscar con el corazón”.*

(El principito, 1943/ 2012).

La palabra vínculo deriva del latín *vinculum* que significa atadura, lazo; es decir, el ligamen caracterial, cotidiano, circular, entre integrantes de parejas, familias, grupos e instituciones (Solís, 2003). Guimón (2001) define un vínculo como un lazo, que en las personas tiene una finalidad la supervivencia del individuo y de la especie.

De acuerdo a Freud (como se citó en Bernal, 2010) el primer tipo de vínculo se denomina de «indefensión» o «desamparo». Este término se refiere a la satisfacción de la necesidad, es decir, el niño necesita de alimento, y la madre lo tiene; el niño necesita de calor para sobrevivir, y la madre se lo brinda. Así se produce un vínculo entre la madre, que tiene algo, y el niño que necesita. Lo anterior deja ver que el potencial innato del bebé no puede develarse sino mediante los cuidados maternos (Winnicott como se citó en Maricelli & De Ajuriaguerra, 2004).

Ahora bien, al comparar el tema anterior, relaciones de objeto, con éste, pareciera que ambos son iguales, pues los dos hablan de la relación madre – bebé. No obstante Pichón Riviére (1985) aclara las diferencias que existen entre éstas y dice que la relación de objeto es la estructura interna del vínculo, está implicada toda la personalidad, con su aparato psíquico, con sus estructuras y con los dos instintos básicos: la libido y la agresión. Y el vínculo es siempre un vínculo social que incluye la conducta.

Para Pichon – Riviére (1985) un vínculo es como una relación particular con un objeto; de la cual resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, formando una pauta de conducta que tiende a repetirse, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto. Esta perspectiva no sólo incluye elementos intrapsíquicos de la teoría de las relaciones de objeto sino que además refleja el aspecto social y la conducta observada.

Retomando lo último (el aspecto social y la conducta), Bowlby es un autor que ha escrito específicamente sobre el vínculo, y desde su enfoque coincide en que un vínculo es vital. Él desarrolló una amplia investigación sobre su etología y pensaba que un bebé y su cuidador primario forman un vínculo en el que el recién nacido está preparado biológicamente para desarrollar conductas de apego (Santrock 2006).

La conducta de apego es descrita como un enlace entre el niño y la madre o persona significativa que tiene como propósito garantizar la seguridad y

supervivencia del niño. Esta conducta involucra intercambios relacionados con la emoción, como cuando el bebé llora y la madre responde de forma sensible (Gabbard, 2002; Santrock, 2006).

De acuerdo a Vives y Lartigue (1994) las respuestas de la madre o del cuidador son primordiales en el desarrollo del individuo ya que:

“El tipo y la calidad del vínculo que se establezca con la madre será el factor de mayor trascendencia para lograr establecer una confianza básica – de acuerdo a Erikson – o por el contrario, para el desarrollo de una situación de desconfianza primaria, de una carencia emocional que dejará una falla básica – según Balint – desde la que se estructura una personalidad deficitaria y con numerosas debilidades estructurales y desventajas funcionales que determinaran buena parte de las dificultades y conflictos de ese sujeto en el curso de toda su vida” (p.52).

Si bien el desarrollo del individuo está clasificado en etapas que requieren del cumplimiento de tareas específicas, también a lo largo del desarrollo se refleja el tipo de vínculo que se estableció. En este trabajo se abordará la adolescencia tardía por ser la etapa de desarrollo en la que se sitúa la población con la que se trabajó.

## **1.2. ADOLESCENCIA TARDIA: UNA ETAPA TRASCENDENTAL EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS**

La adolescencia es el periodo vital del individuo que abarca el final de la niñez y el comienzo de la juventud adulta (Glenn & Stewart, 1965). Este término proviene del latín *adolescere* que para los romanos significaba ir creciendo, convertirse en adulto.

A través del tiempo se ha intentado delimitar esta etapa y quienes lo han hecho se han enfrentado con que se deben de considerar diversas variables como el nivel socioeconómico, la cultura, la época, etc.

Respecto a la época en la que vivimos, Ungar (2006) habla de una transformación acelerada de las instituciones, como lo son la familia y las instancias educativas, las cuales actúan como fuerzas externas normatizadoras del sujeto y moldeadoras de la identidad. Por su parte, Griffa y Moreno (2005 como se citó en Páramo 2008) comentan que con el desarrollo y la complejización de la sociedad actual, la duración de la adolescencia se ha ido prolongando, en algunos casos, hasta más allá de los 25 años.

Cuando la adolescencia se posterga influyen sectores como el laboral y el educativo; el sector laboral exige que el adolescente cuente con mayores competencias, por lo que él extiende su preparación formativa. En cambio, en las áreas rurales, marginales y en los grupos indígenas la adolescencia comienza a edades más tempranas y dura poco tiempo, ya que los adolescentes comienzan a trabajar, se casan o son padres a edades tempranas.

Por lo que dependiendo de las condiciones familiares, sociales y circunstanciales la adolescencia se acorta o se prolonga. En el caso de que la adolescencia se prolongue, hay que tener en cuenta que las fuerzas que originan dicha prolongación actúan con frecuencia como retardadoras de la madurez (Glenn & Stewart 1965).

De esta manera, se debe de considerar que son diversos factores los que convergen en quienes transitan la adolescencia, por lo que para el estudio y la comprensión de lo que ocurre ha sido necesario hacer subdivisiones de ésta (adolescencia temprana, media y tardía).

Específicamente, la adolescencia tardía es una etapa en la que se consolida la identidad psico-social del individuo y que al final de la misma, el sujeto logra la autonomía de sus objetos primarios (Blos, 1975; Erikson, 1968/1990; Aberastury & Knobel, 1985). Para Sullivan (como se citó en Kimmel & Weiner, 1998) ésta etapa empieza cuando los jóvenes han alcanzado una adecuada integración de las necesidades de seguridad e intimidad en sus relaciones interpersonales. Este autor hace referencia a la teoría de las fases psicosociales del desarrollo de

Erikson, quien menciona que la tarea principal del adolescente tardío se dirigiría a la construcción de relaciones íntimas con otros (fase de Intimidad frente a Aislamiento).

Desde la perspectiva de Yussiff (2003) la principal tarea que tiene el adolescente es diferenciarse y lograr la autonomía con respecto a los padres internalizados de la infancia, ya que la autonomía y la independencia emocional de sus padres le permitirá obtener una identidad propia y encaminarse en el logro de la madurez emocional y económica.

Al lograr el adolescente tardío lo anterior, él logra subjetivarse como sujeto; esto significa ser un sujeto capaz de decidir y elegir de acuerdo a sus propios deseos y no a los de los otros. Su inserción en el campo laboral, le permite no sólo alcanzar la independencia socioeconómica de su familia de origen sino que será importante cuando él decida establecer su propia familia (Yussif, 1989; Anzaldúa, 2005). Esto no implica que en algún momento se tenga que romper o debilitar el vínculo que une al adolescente con sus padres; ya que él requiere de su apoyo y de su aceptación, pues ellos influyen en su constitución como un individuo autónomo, capaz de desempeñarse socialmente asumiendo roles de adulto (Esteinou, 2005).

Ahora bien, los cambios que se presentan en el adolescente tardío son diversos y complejos por lo que la opción que se brinda a través de un tratamiento terapéutico resulta ser una opción en donde el terapeuta "no tratará de combatir la crisis, ni de curarla, ni de abreviarla, sino más bien de acompañarla" (Mannoni, Deluz, Gibello, & Hébrard, 1989, p.20).

También la psicoterapia de grupo resulta ser una alternativa para adolescentes tardíos, de hecho resulta ser el tratamiento preferible porque facilita la elaboración de las ansiedades relativas al desprendimiento evolutivo de la familia de origen (Puget, Bernard, Games Chaves & Romano, 1991).

### **1.3. PSICOTERAPIA DE GRUPO**

#### **1.3.1. Algunas características de la Psicoterapia de Grupo**

En 1921 Freud observó que la experiencia en grupo evoca vínculos emocionales intensos y que la interacción grupal parece traer a la luz manifestaciones de modelos arcaicos, previamente reprimidos (como se citó en Kaplan & Sadock, 1998).

Posteriormente las construcciones teóricas de la psicoterapia de grupo se organizaron principalmente alrededor de los modelos propuestos por Bion y por Foulkes en Inglaterra, Pichon-Rivière en Buenos Aires, en Francia por Anzieu y por Kaës. Todos estos modelos tienen como fundamento la hipótesis de que el grupo es una organización y un lugar de producción de la realidad psíquica (Kaës, 1996).

El grupo surgió como una representación del grupo primario, en el que se manifiestan las experiencias que posee el individuo provenientes de éste primer grupo, y estas experiencias, al ser comunes a todos los individuos, son poderosas activadoras del dinamismo personal (López-Yarto, 1997).

La psicoterapia de grupo se basa en la comprensión de los dinamismos grupales intrapsíquicos y vinculares y la utilización de los mismos en el tratamiento de la psicopatología individual. Su objetivo consiste en una re-estructuración lo más amplia posible de la personalidad a través de un encuadre, que incluya una serie de elementos que permitan alcanzar este fin (Bleger & Pasik, 1997).

En relación a la re-estructuración Puget, et al., (1991) señala que de acuerdo con el Esquema Referencial Operativo, la curación puede comprender desde la resolución o alivio de los síntomas hasta la re-estructuración profunda. Esta autora sintetiza, a partir del grado de integración del yo, los siguientes ítems: 1) Plasticidad de los mecanismos de defensa; 2) Resolución o atenuación de los síntomas; 3) Mayor integración en las relaciones de objeto; 4) Capacidad de discriminación ante la realidad; 5) Capacidad de tolerancia a la frustración, y,

como una forma particular de este género, capacidad de tolerancia a la incertidumbre.

Conforme a los ítems anteriores la re-estructuración es un proceso, a partir del cual se hace consciente lo inconsciente, específicamente, lo recuperado en la conciencia, se somete a la contrastación con otras representaciones que contribuyen a rectificar fantasías y representaciones arcaicas (Bleichmar, 2004).

El grupo propicia lo anterior, ya que actúa como *una nueva matriz familiar* que permite que los integrantes evoquen representaciones inconscientes de su grupo primario y reproduzcan relaciones de autoridad y relaciones fraternales (Yalom, 1985 como se citó en Kaplan & Sadock, 1998). Dichas representaciones surgen a partir del desarrollo de identificaciones y de la escenificación de los grupos internos. Los cuales tomarán la forma de roles variantes que los pacientes adquirirán durante el tratamiento y de este modo, ellos podrán obtener gratificaciones directas, apoyo, orientación y alivio de sentimientos de culpa, al compartir con otros sus conflictos (Puget, et al., 1991).

En este sentido, todo evento que surja en el grupo implica a todo el grupo pues, aunque sólo participen o se involucren algunos integrantes estos eventos forman parte de una gestalt, es decir, una configuración, de la cual ellos constituyen las figuras (el primer plano), mientras que el fondo (el plano posterior), lo constituye el resto del grupo (Kissen, 1994). En lo anterior se fundamenta el Modelo integral, ya que el grupo es contemplado como un todo y, en esta concepción (gestalt) radica la principal motivación y fuerza para el cambio terapéutico (Kaplan & Sadock, 1998).

De esta forma, Foulkes (como se citó en Käes, 1995, p.78) menciona:

“La naturaleza social del hombre es un hecho fundamental e irreductible y considera que toda enfermedad se produce en el interior de una red compleja de relaciones interpersonales. Propone a la psicoterapia de grupo como un ensayo para tratar a la red entera de las perturbaciones,

sea en el punto de origen en el grupo de origen, sea colocando al individuo perturbado en condiciones de transferencia en un grupo ajeno".

Por consiguiente el ingreso al grupo no sólo implica *per se* la posibilidad de hallar cierta facilitación hacia la solución concreta de la demanda, sino que permite dar una salida a las tendencias reprimidas que llevaron al individuo a la enfermedad (Puget, et al., 1991).

Para terminar, la psicoterapia de grupo se conforma de una serie de dispositivos que se encuentran entrelazados y que actúan en conjunto, lo que posibilita que se obtengan resultados positivos al hacer uso de esta modalidad. A continuación se describen algunos de estos, iniciando con las etapas en las que se lleva a cabo el proceso grupal.

### **1.3.2. Etapas de la Psicoterapia de Grupo**

La psicoterapia de grupo presenta una secuencia en la que se desarrollan una serie de tareas. Este desarrollo se plantea a través de etapas; en la que cada una posee características específicas. En la propuesta de Alonso (1995) se encuentran las Etapas de Compromiso, Diferenciación y Terminación. También habla de una Etapa de Trabajo Interpersonal en la que el líder evalúa la conducta del grupo (este trabajo no incluye a dicha etapa por estar involucrada mayoritariamente con el trabajo del terapeuta).

Las primeras sesiones corresponderían a la Etapa de Compromiso que se caracteriza por el desarrollo de identificaciones entre los integrantes y a su vez una identificación colectiva con el grupo. En ésta los integrantes adquieren un compromiso con las tareas a realizar y se llevan a cabo aperturas emocionales superficiales que reflejan el surgimiento de la confianza entre ellos.

Destaca el factor de universalidad que actúa como un mecanismo poderoso que permite que los integrantes del grupo comiencen a darse cuenta de que han tenido experiencias, reacciones o síntomas similares. Esta conciencia de similitud, que se

genera, impulsa a los integrantes a unirse. Conjuntamente a las tareas anteriores el grupo debe de desarrollar un sentido de fortaleza y confianza, lo que les permitirá posteriormente manejar de manera efectiva el material de conflicto.

Después pasan a la Etapa de Diferenciación y la tarea básica del grupo se dirigirá al reconocimiento de las diferencias entre los integrantes. Esta etapa se caracteriza por la polarización, enojo y conflicto y en este periodo el grupo está en riesgo de perder a los integrantes más vulnerables, resistentes o descontentos.

Mackenzie y Livesley (como se citó en Alonso, 1995) afirmaron que una vez que se atraviesan estas dos etapas el grupo puede avanzar a una introspección más significativa y a la exploración interpersonal.

Para concluir, la Etapa de Terminación se centra alrededor de la adaptación a la pérdida. Los integrantes pueden encontrar que su tristeza ante la terminación se asocia con situaciones pasadas de aflicción. Por lo que es de esperarse que haya elementos de enojo.

En la descripción de las etapas se incluyen a los factores terapéuticos, que actúan como un parámetro para considerar que el grupo ha pasado a otra etapa o continúa en la misma; puesto que las necesidades y los objetivos de los pacientes cambian durante el curso de la psicoterapia y en consecuencia también lo hacen los factores terapéuticos que les son más útiles (Vinogradov & Yalom, 1996).

### **1.3.3. Factores Terapéuticos**

Los factores curativos o terapéuticos han sido identificados por los investigadores como una serie de mecanismos de cambio en la psicoterapia de grupo (Vinogradov & Yalom, 1996).

Corsini y Rosenberg (como se citó en Yalom, 1986) reunieron los factores curativos que aparecieron en trescientos artículos sobre terapia de grupo anteriores a 1955; en donde encontraron 175 factores que agruparon en nueve categorías. Sin embargo, Yalom (1986) señala que no es posible ordenar categóricamente los factores curativos dado que se deben de considerarse

muchas contingencias como, la diversidad de los factores curativos que dependen del tipo de terapia que se practique.

Si bien existen factores que son exclusivos de ciertas etapas, están otros que se presentan desde la primera etapa y se van consolidando en las posteriores; como el altruismo y la cohesión de grupo pues, estos están presentes durante todo el tratamiento, pero su naturaleza y el modo en que se manifiestan cambian considerablemente según la etapa en la que se encuentre el grupo. Por ejemplo, la cohesión inicialmente se refleja en apoyo y en aceptación grupal; mas adelante, facilita la ventilación y, a la larga, posibilita que los integrantes examinen diversas preocupaciones, las cuales al revisarse en el grupo resultan esenciales para el aprendizaje interpersonal (Vinogradov & Yalom, 1996).

Yalom (1986) menciona que en la psicoterapia de grupo operan los siguientes once factores terapéuticos: infundir esperanza, universalidad, transmisión de información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, comportamiento imitativo, catarsis, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, factores existenciales, cohesión del grupo y aprendizaje interpersonal.

Desde la perspectiva de Kães (1995) los principales factores terapéuticos del grupo son cuatro: 1) la estimulación a la integración social y el alivio del aislamiento; 2) la reacción de espejo; 3) el proceso de comunicación; y 4) la interdependencia de las modificaciones que sobrevienen en el grupo y en los individuos que lo componen.

En la reacción de espejo, Foulkes (como se citó en Kissen, 1994; en Kães, 1995) explica que un paciente puede reflejarse a partir de las interacciones que surgen entre los otros integrantes del grupo. Al ver reaccionar a sus compañeros de la misma forma o de manera contraria en la que él lo hace aprende a conocerse a sí mismo por la acción que ejerce sobre los otros y por la imagen que ellos se forman de él.

Como se puede ver, no existe una clasificación unánime y exacta de los factores terapéuticos; aunque se ha descrito la acción que ejerce cada uno de ellos. Pero la definición que se realiza sólo se efectúa en beneficio de tener claridad pues, a los factores terapéuticos se les consideran como entidades independientes cuando son interdependientes, y repercuten de manera diferente entre los integrantes de un mismo grupo (Yalom, 1986).

Teniendo claro que operan en conjunto se revisa los factores de transferencia lateral, aprendizaje interpersonal y la experiencia emocional correctiva.

- **Transferencia Lateral**

La terapia de grupo tiene cualidades diferentes a la terapia individual, una de las principales diferencias estriba en que, el grupo permite que las transferencias sean múltiples y simultáneas y se dirijan hacia otros integrantes del grupo (Gabbard, 2002).

Grotjahn (1979) realizó una descripción de los tipos de transferencia que se llevan a cabo dentro de un grupo y en su clasificación se encuentran:

- Transferencia hacia la figura central, modelada según la neurosis de transferencia propia del análisis.
- Transferencia hacia los pares del grupo, modelada según la neurosis familiar.
- Transferencia del grupo como totalidad.

Respecto al último punto refiere Grotjahn (1979, p. 24) que "cualquiera de sus integrantes será padre o hijo, madre o tía, hermano o hermana, maestro o alumno, terapeuta o paciente. Todos los roles pueden invertirse o modificarse según las necesidades inconscientes de cualquiera de los integrantes".

El término *matriz* se refiere a la red de relaciones transferenciales que surgen en el grupo. Se compone por los antecedentes del desarrollo de un grupo tomando

en cuenta la comunicación que los integrantes establecen, de este modo, se fundamenta en las experiencias compartidas, el desarrollo de relaciones y en un aumento de comprensión entre los integrantes (Foulkes, como se citó en Alonso, 1995).

De esta manera Pichon-Rivière (como se citó en Fumagalli, 2007, p. 6) establece que existe "una significativa relación entre transferencia y aprendizaje. Aprendizaje como apropiación de la realidad para modificarse y modificarla, en un sujeto que requiere reconocerse como temporal en un aquí-ahora en relación con su pasado... El conocimiento como situación nueva implica la exigencia de una adaptación activa a la realidad, es decir una re-estructuración de los vínculos del sujeto".

- **El Aprendizaje Interpersonal: un Factor Terapéutico**

Este factor se refiere al aprendizaje que se da a partir de las relaciones que el paciente forma con los demás integrantes del grupo, y a través de ellos.

La terapia de grupo propicia que se generen las condiciones en donde los integrantes al interactuar reeditan y le dan otro sentido a las relaciones que les generaban conflicto. Debido a la amplia gama de experiencias emocionales correctivas que ofrece el escenario grupal (Vinogradov & Yalom, 1996).

Mackenzie (como se citó en Alonso, 1995) indica que existe clara evidencia de que los pacientes que comienzan a aplicar con rapidez lo que aprenden en la terapia a sus relaciones actuales tienden a tener mejores resultados.

- **La Experiencia Emocional Correctiva.**

Considerando que el grupo es una confirmación de que toda manifestación conductual está determinada por factores individuales, interaccionales y sociales, los cuales se entrelazan y condicionan (O'Donnell, 1974 como se citó en Vives, 2003). Este factor se refiere a que, en el proceso grupal se repite una gran parte de la situación familiar primaria como experiencia emocional familiar correctiva; que

ejerce un impacto patógeno menor que el que produce una familia enferma, proporcionándose la base de una experiencia familiar analítico – terapéutica emocional correctiva (Grotjahn, 1979). En otras palabras, en psicoterapia de grupo no sólo se reinterpretan los conflictos familiares tempranos, sino que estos se recapitulan de forma correctiva (Vinogradov & Yalom, 1996).

Ahora bien, de la psicoterapia de grupo surgió una variable, la psicoterapia de grupo breve, la cual ha contribuido en la disciplina en diversos sentidos. Entre ellos, como un dispositivo de enseñanza.

#### **1.3.4. Psicoterapia de Grupo Breve: Una Opción Vivencial de Instrucción para los Estudiantes.**

La psicoterapia de grupo breve ha sido considerada como una opción en el proceso de enseñanza; ya que a través de ésta propuesta vivencial los estudiantes pueden ser testigos de la evolución de un grupo desde el principio hasta el final (Kaplan & Sadock, 1996).

Este tipo de terapia no presenta una variación considerable en comparación a la terapia a largo plazo, ya que, ésta se ha desarrollado en paralelo con los avances en el trabajo psicoterapéutico individual, aunque con un retraso de varios años y, el reto de esta variante consiste en adaptar las prácticas clínicas comunes a las restricciones del límite de tiempo (Alonso, 1995).

La mayoría de las terapias breves, ya sean individuales o de grupo, comparten ciertas características como: (1) el manejo terapéutico de las limitaciones temporales; (2) la limitación de los objetivos terapéuticos; (3) centrar en el presente el contenido de la terapia; (4) manejo directivo de las sesiones por el terapeuta; (5) valoración rápida; (6) prontitud en la intervención; (7) flexibilidad por parte del terapeuta; (8) establecimiento rápido de una relación interpersonal a partir de la cual obtener influencia terapéutica (9) adecuada selección de pacientes; ya que no todos pueden beneficiarse de un contacto terapéutico breve; y (10) la ventilación o catarsis como parte importante del proceso (Butcher & Koss, 1978 como se citó en Kaplan & Sadock, 1996).

La duración del tratamiento no es un obstáculo, de hecho, la escasez del tiempo puede ser benéfica si se cubren elementos que lo favorezcan, tales como una intensa empatía de parte del terapeuta, el acceso hacia los estados afectivos del paciente, y la rápida internalización del terapeuta como un objeto bueno que encabeza una nueva y perdurable configuración self-object (Binder, 1977 como se citó en Stadter, 1996). En relación al manejo del grupo, es esencial que el contexto grupal sea usado para tratar aquí y ahora los temas que surjan. Ya que esto generará resultados positivos, como el que los pacientes después entren a un proceso terapéutico a largo plazo (Kaplan & Sadock, 1996; Stadter, 1996).

Se ha requerido que esta modalidad se organice en base a ciertos parámetros, entre ellos: la selección de pacientes, la composición de grupos homogéneos, los criterios de exclusión e inclusión y los objetivos terapéuticos.

#### **a) selección de pacientes**

Una selección adecuada contribuye al desarrollo de la cohesión, incrementa la tasa de asistencia y acelera el establecimiento de las conductas grupales que propician el cambio (Kaplan & Sadock, 1996).

Cuando se toman en cuenta los criterios de selección, se debe de recordar que los mismos sólo tienen sentido en relación a las características de un grupo en particular (Bleger & Pasik, 1997). Por tal motivo, si se desea que la terapia sea eficaz es necesario una cuidadosa selección, preparación y organización del grupo (Kaplan & Sadock, 1996).

#### **b) composición de grupos homogéneos**

Originariamente los grupos homogéneos fueron importantes ya que el profesional se dirigía a todo un grupo con indicaciones similares, y el mismo grupo esclarecía a sus integrantes (Bleger & Pasik, 1997). Paulatinamente esta condición fue necesaria, porque en estos grupos los pacientes comparten síntomas o conflictos específicos (Kaplan & Sadock, 1996).

Actualmente, la condición de homogeneidad permite que los integrantes al centrarse sobre un problema en común compartan fácilmente sus experiencias, reduciendo al mismo tiempo los conflictos entre ellos y facilitando, en cambio, el apoyo mutuo (Guimón, 2001).

#### **c) criterios de exclusión**

Los criterios de exclusión son sumamente importantes para los grupos con tiempo limitado, pues son necesarios para que el trabajo se desarrolle con rapidez (Alonso 1995).

Este procedimiento permite identificar a los pacientes que pueden obstruir gravemente la efectividad del grupo. Por tal motivo, está contraindicado para personas que pudiesen sentirse sobreestimuladas dentro del grupo, para quienes presenten rasgos sociopáticos psicopáticos y perversión, pues estos pacientes tienen dificultades con el encuadre por falta de desarrollo superyoico. También se excluyen crisis agudas y duelos recientes ya que, este estado se antepone y absorbe la atención del paciente, dificultándole la comprensión del carácter intrapsíquico de sus conflictos (Bleger & Pasik, 1997).

#### **d) criterios de inclusión**

En los grupos con tiempo limitado se puede incluir a los pacientes que tengan capacidad para: llevar a cabo la tarea de grupo, dar y recibir feedback, asumir una problemática de índole interpersonal, permitir que el grupo les influya, ser empáticos, comprometerse a cambiar en sus relaciones, comprometerse a una apertura apropiada hacia los demás y estar motivado para ayudar al resto del grupo (Kaplan & Sadock, 1996).

Los criterios de inclusión están ligados al criterio de homogeneidad que se puntualizó en la selección de pacientes y a los objetivos terapéuticos que se persiguen.

#### **e) objetivos terapéuticos**

Los objetivos de grupo se desarrollan principalmente en relación con las necesidades de una población específica; ya que en la terapia breve se deben de tener objetivos claros y limitados, los que influirán, principalmente, en los resultados (Alonso, 1995).

De acuerdo a Stadter (1996) al trabajar el terapeuta en torno a uno o algunos conflictos el paciente no sólo aprende a cambiar en un punto en particular; sino que también aprende un proceso de cambio, que internaliza y después aplica hacia otras áreas de su vida (conscientemente o inconsciente). Del mismo modo Mackenzie (como se citó en Alonso, 1995) comenta que si se han elegido bien los objetivos, el o los cambio (s) que se presenten, serán significativos y se ampliarán a otras áreas de funcionamiento.

Finalmente el logro de los objetivos implica la orientación y la movilización de los esfuerzos de los integrantes hacia el desempeño de las tareas colectivas, las cuales conducen a la expresión de emociones positivas y negativas, principalmente en relación con el líder y otros integrantes del grupo (Kaplan & Sadock, 1996).

*También habrá que tener en cuenta lo  
desconocido del otro o*

*de sí mismo que sólo podrá ser conocido si hay  
un otro que*

*escucha y mira, oye y ve.*

*Janine Puget y otros (1995)*

#### **1.4. FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO**

La formación del psicólogo clínico involucra una serie de habilidades y competencias que repercuten en diversos planos sobre todo cuando el profesional se enfrenta al mundo laboral. Pero durante la preparación del

estudiante se generan los conocimientos y las habilidades con las que éste debe de contar para ejercer.

Resulta difícil implementar procesos formativos – vivenciales ya que el tiempo es un factor que determina la manera en la que estos, se presenten. Aunque existe una gama de opciones, en donde, tanto en la disciplina de la psicología como en los métodos de enseñanza se han ido generando.

Como se revisó anteriormente la psicoterapia de grupo breve es una propuesta que permite que el conocimiento se genere desde varios ángulos: a) la revisión teórica del modelo, b) la observación de un Grupo Terapéutico y c) la supervisión. Enriqueciendo de modo considerable el proceso formativo.

Sin embargo, Valenzuela refiere que existen pocas propuestas o programas para desarrollar la supervisión a nivel licenciatura (2011). Generalmente, durante este periodo formativo la supervisión es abordada desde un plano teórico porque esta tarea conllevaría, entre otras cosas, el contar con un escenario directo en donde el supervisor y el estudiante pudiesen llevar a cabo esta actividad.

Kernberg (2007) define a la supervisión como una medida esencial de control de calidad, como una experiencia de aprendizaje que combina de manera óptima las características académicas y experimentales. Este autor resalta la importancia que tiene la supervisión en el proceso de enseñanza pues no sólo se le proporciona al estudiante un aprendizaje teórico sino que también un aprendizaje que le permite conocer su propio inconsciente a través de la interacción activa que brinda el supervisor al profesionista.

La supervisión también es una tarea de integración teórico clínica, proporciona el espacio adecuado para metabolizar y elaborar las perturbaciones contratransferenciales, lo que permite mantener la situación analítica mediante la elaboración de la contratransferencia y la transferencia del equipo terapéutico (Kaës, 1982 como se citó en Yussif, 1995).

En el psicólogo clínico debe de haber una consideración primordial en la atención y comprensión de su propio inconsciente ya que influye en el modo en el que realiza su labor, y en este punto se aprecia la importancia y la necesidad de la supervisión desde la formación.

#### **1.4.1. La labor del terapeuta: que incluye el establecimiento de una nueva relación con el paciente**

Rothenberg (como se citó en Leiberman, Magaril & BleichMar, 1990) considera a la empatía como una de las mayores construcciones clínicas del psicoanálisis. El término significa literalmente "sentirse dentro de" y hace referencia a la posibilidad de entender y compartir algo de una manera que va más allá de sentir lo mismo que otra persona.

En el tratamiento psicoterapéutico se requiere de un proceso empático, el cual consiste en "sentirse dentro de otro objeto" y, a través de este proceso el terapeuta puede entender y conocer la vida mental del paciente y responder a las dificultades vinculadas con la patología (Leiberman et al., 1990).

Otros fenómenos que están inmersos en el trabajo del terapeuta, son la transferencia y la contratransferencia, en la primera; el paciente repite con el terapeuta la forma de relación que estableció con las personas significativas en su vida y la segunda, es entendida como la totalidad de las respuestas psicológicas del terapeuta frente al paciente (Yussif, 2003). Es decir, a través de estos fenómenos el terapeuta y el paciente experimentan en forma inconsciente al otro como a alguien del pasado (Gabbard, 2002).

El identificar los procesos señalados conlleva, no sólo, los conocimientos del terapeuta sino además sus afectos. Pues, de acuerdo a Baranger (como se citó en Boari, 2010) en esta labor se escucha con la mente y con los afectos, es decir, la mente y los afectos del terapeuta son las herramientas para escuchar al paciente. Esto le permitirá al terapeuta establecer una nueva relación con el paciente, semejante a las primeras que éste tuvo con sus padres y de ésta nueva relación surgirán diferencias, que le permiten al paciente entender el origen de sus

conflictos y ser consciente de lo inapropiado de sus experiencias emocionales (Alexander, 1956 como se citó en Stadter, 1996).

Desde esta perspectiva el trabajo del terapeuta cumple dos funciones: a) el análisis del conflicto; y b) ellos también sirven como un nuevo objeto a ser internalizado por sus pacientes para apuntalar las estructuras intrapsíquicas deficientes. Ya que las relaciones de objeto interno del paciente no son grabadas en granito; ellas están abiertas a la modificación a través de nuevas experiencias (Gabbard, 2002).

*“Adiós –dijo el zorro-. He aquí mi secreto. Es  
muy simple: sólo con el corazón se ve bien.*

*Lo esencial es invisible a los ojos.*

*-Lo esencial es invisible a los ojos- repitió el*

*Principito, para recordarlo”*

*(El principito, 1943/ 2012).*

# ***CAPÍTULO 2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN***

---

En este apartado se describió el programa de intervención que se utilizó y a través de algunos trabajos, se señalan los antecedentes del Modelo de Yussif (1994). Por otro lado se señalaron los antecedentes contextuales de la institución en la que se desarrolló este trabajo.

## **2.1 Modelo de Yussif: “Un Modelo De Formación”**

El Modelo de Yussif (1994) *Un Modelo de Supervisión en la enseñanza de la psicoterapia de grupo* se encuentra principalmente orientado a la formación del psicólogo, psicoterapeuta y psicoanalista. Éste modelo parte del proyecto de investigación *La Supervisión Vivencial en la Formación de los Psicoterapeutas* (1997) que se lleva a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM en el CSP (Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”).

Yussif (2006, p.8) menciona: “durante años hemos observado en psicólogos y en terapeutas noveles la resistencia a la comprensión de la problemática del paciente de manera empática, debido al dolor intenso y a la ansiedad que les despierta su relato de lo vivido”.

Por tal motivo su objetivo principal es formar especialistas altamente calificados durante el último año de la formación que comprende el curso. Así durante este periodo se ponen en práctica los conocimientos teóricos – técnicos adquiridos por los estudiantes en formación y se vincula el aprendizaje con la práctica (Yussif 1997).

Ahora bien, un grupo psicoterapéutico es utilizado como herramienta de trabajo y la modalidad empleada es psicoterapia de corte psicoanalítico, con objetivos y tiempos limitados. “En el que se ve al grupo como un todo, orientado a realizar una tarea. Por lo que se promueve la libre participación de sus integrantes dentro del mismo, y se busca hacer consciente lo inconsciente” (Yussif, 1997).

El trabajo se realiza en el “aquí y el ahora” y “no se privilegia la transferencia central con los coterapéutas”.

El Grupo en Formación se encuentra bajo la supervisión de la catedrática. Y este observa a través de una cámara de Gessell las sesiones en *in situ* del Grupo Terapéutico.

Los objetivos generales y terapéuticos que se plantean en el modelo de Yussif (2005) son los siguientes:

#### OBJETIVOS GENERALES:

- Propiciar la capacidad de insight (darse cuenta de su problemática)
- Promover la separación – individuación (aspectos familiares), propiciar la autonomía, toma de decisiones (aspecto académico y laboral), independencia emocional, económica.
- Entender las motivaciones inconscientes que modulan la conducta.

#### OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Fortalecimiento de la alianza terapéutica
- Participación libre y espontánea
- Disminución de la angustia
- Promover, hacer consciente los conflictos, temores, ansiedades, deseos, etc.
- Aprender a relacionar la conducta con el sentimiento.
- Permitir que los sentimientos lleguen a la conciencia y recordar el pasado.
- Aumentar sus habilidades para enfrentarse al futuro.
- Aprender a sublimar necesidades instintivas.

- Promover la independencia emocional y económica
- Fortalecer su autoestima
- Promover relaciones afectivas fuera del núcleo familiar
- Consolidar su identidad psicosexual

### **2.1.1 Antecedentes Experiencias Similares**

El Modelo de Yussif se plantea en diferentes artículos, a continuación se presentan algunos de sus trabajos que describen lo que ha realizado, por un lado, con adolescentes a partir del proceso psicoterapéutico y, por otro lado, con psicólogos a partir del proceso de formación.

- La Terapia de Grupos con Adolescentes. Experiencias en el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia. Trabajo presentado en el Primer Coloquio del Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, A.C., octubre de 1990. México, D.F. Carillo J., Llanes J., & Yussif D. En este trabajo se presenta una breve revisión histórica del trabajo efectuado con grupos de adolescentes en la clínica del IMPPA. Se recopiló y organizó el material disperso y parcialmente perdido. Yussif considera que se trabaja poco con grupos de adolescentes porque para trabajar con ellos es importante desarrollar una técnica más activa en la que el terapeuta se permita una cercanía tanto física como emocional. Se concluyó que la mejor forma de contrarrestar el impacto que se provoca al trabajar con adolescentes tempranos, es que el terapeuta cuente con un espacio de reflexión y de diálogo clínico, posterior a las sesiones, y/o un equipo de trabajo que contenga las ansiedades que se despiertan. Asimismo que para trabajar con grupos terapéuticos de adolescentes es importante: 1) Tener un entrenamiento especial en el que se revise y se trabaje con modificaciones a la técnica tradicional del psicoanálisis; 2) Trabajar en coterapia, situación que permite que uno de los terapeutas se meta en la dinámica grupal con la seguridad de que será rescatado cuando el otro interprete la situación clínica del grupo; 3)

Prever un diálogo interclínico posterior a la sesión; 4) Observar las sesiones y tener registro de las mismas, pues sabemos que se da una represión inmediata en los terapeutas; 5) Contar con un espacio de discusión, de reflexión y de conceptualización de la experiencia clínica; y 6) Incluir a los padres en el tratamiento de los adolescentes tempranos y medios.

- Los Adolescentes en el grupo Terapéutico. Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia (I.M.P.P.A.), Yussif D. Memorias de la III Jornada de Trabajo del IMPPA; noviembre de 1988. Se trabajó en paralelo, con los padres y con los adolescentes en la disolución del vínculo simbiótico que existe entre padres e hijos. La población fue: a) adolescentes tempranos; cuyas edades se encontraban en el rango de los once a los quince años, b) adolescentes medios; entre los diecisiete y los diecinueve años, y c) prepúberes; con edades entre los ocho y los once años. Los motivos de consulta; en los adolescentes tempranos eran problemas escolares, de conducta o familiares; en los adolescentes medios: inhibición, depresión y angustia homosexual. El nivel socioeconómico predominante fue el medio y el medio – bajo. Y la escolaridad variaba según la edad. Predominaron en el tratamiento las familias de tipo aglutinado, en donde el padre estaba ausente, siendo la madre la figura que ejercía el dominio de la situación familiar. Las familias que desertaron fueron aquellas cuyo diagnóstico era más severo. Dentro de las conclusiones de este trabajo se señala la importancia de realizar un trabajo con prepúberes y adolescentes tempranos junto con los padres en grupos paralelos al proceso terapéutico, donde estos tengan un espacio en donde puedan revisar la problemática por la que la familia solicita tratamiento. Resulta necesario implementar una técnica más activa para este tipo de población en donde la participación del terapeuta muestre mayor plasticidad al realizar su labor.

- Supervisión de la Psicoterapia Grupal, una Experiencia Formativa. Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", Yussif, et al., 11 de mayo de 1995. Se describe la experiencia del curso "Psicoterapia de Grupo Bajo

Supervisión”, partiendo de que es fundamental para los psicoterapeutas de grupo, la práctica clínica supervisada, de la aplicación del conocimiento adquirido por los estudiantes, vinculando el aprendizaje con la experiencia. 40 pacientes entre los 18 y 23 años, fueron distribuidos por la constitución de los grupos denominados “A” y “B”. El grupo “A” fue observado a través de la cámara de Gesell, por todo el equipo. Al grupo “B”, se le supervisó, en base a la relatoría que proporcionaban los observadores y los terapeutas. Se concluyó: que a través de este trabajo, se atendió de manera más eficiente un mayor número de pacientes en comparación de los que podría atender un solo terapeuta experimentado. Los estudiantes pudieron trabajar como terapeutas hábiles desde el principio de su curso gracias a las herramientas y técnicas proporcionadas durante la supervisión. El análisis interclínico y las discusiones en grupo que se realizaban del trabajo terapéutico permitió un aprendizaje más rápido de la dinámica y del manejo grupal.

- El Centro de Servicios Psicológicos: Un Espacio para la Formación de Psicólogos y el Servicio a la Comunidad bajo un enfoque Psicodinámico. Octubre de 1998, Yussif D. Universidad Nacional Autónoma de México. Se presentó un Modelo de Supervisión Vivencial diseñado para trabajar con los estudiantes de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones de la Facultad de Psicología de la UNAM. El objetivo era formar especialistas altamente calificados; a través de propiciar el desarrollo de habilidades personales del estudiante o supervisado: 1) mejorar la habilidad clínica; 2) propiciar el desarrollo de una forma empática y respetuosa de percibir al paciente; 3) aprender a conocer su contratransferencia y sobre todo a usarla dentro del contexto terapéutico; 4) analizar abiertamente aspectos personales o grupales que interfieren con el trabajo clínico, en un marco de respeto y comprensión; 5) promover el crecimiento individual del estudiante, el desarrollo de estilo individual de percibir, de reaccionar, de integrar a su objeto de estudio, los pacientes y a ellos mismos. Lo que facilita la consolidación de su identidad personal y profesional y 6) proporcionar a los pacientes una atención más eficiente. Dicho curso de supervisión se impartió en el Centro de

Servicios Psicológicos aprovechando las instalaciones de la institución y la demanda de los pacientes.

- Proceso de Formación de Psicólogos, mediante una Práctica Supervisada, utilizando como Dispositivo de Aprendizaje un Grupo en Formación y un Grupo Terapéutico. Diciembre de 2011. Ciudad Universitaria, México D.F. Informe de Prácticas de: Hernández C. y Núñez G. Directora Lic. Yussif D. Se utilizó el Modelo de Formación desarrollado por la Lic. Dalila Yussif Roffe en 1994 (en Yussif 2006), llevándose a cabo una descripción y análisis cualitativo de las siguientes habilidades terapéuticas: Atención de procesos inconscientes, Incremento de la capacidad de insight o introspección, Percepción de la ansiedad, y Detección de la respuesta contratransferencial, utilizando como dispositivo de aprendizaje un Grupo en Formación y un Grupo Terapéutico. El modelo consta de un año y se lleva a cabo en los dos últimos semestres de la licenciatura. El Grupo en Formación en 8° semestre, estuvo integrado por 14 alumnos: 7 mujeres y 7 hombres y en 9° semestre, estuvo constituido por 17 alumnos: 13 mujeres y 4 hombres. El Grupo Terapéutico se integró por 8 pacientes: 4 hombres y 4 mujeres con problemáticas como ansiedad, angustia, depresión y baja autoestima, entre otras. En este reporte se concluyó que hay una diferencia en la frecuencia de adquisición de habilidades, cuando se concluye el proceso formativo y cuando se toma sólo una parte. Asimismo se concluyó que los logros terapéuticos de los pacientes están íntimamente ligados a la adquisición de las habilidades de los coterapeutas en formación.

## **2.2 Antecedentes Contextuales**

Este trabajo se desarrolló en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila que comenzó a dar servicio desde 1981 teniendo como objetivo apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes que cursan la Licenciatura, Especialidad, Maestría o Doctorado, bajo la instrucción y supervisión de catedráticos de la Facultad de Psicología. Se fomenta en el estudiante el desarrollo de habilidades y competencias en el área clínica desde diversos enfoques teóricos – metodológicos de la Psicología.

El Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila se guía con una serie de valores como la: confianza, ética, honestidad, lealtad, optimismo, respeto y responsabilidad; los cuales son parte de la enseñanza y valores que se transmite a los estudiantes.

El Centro proporciona servicio psicoterapéutico a alumnos, personal de la UNAM y personas externas a la institución. Se ofrece diferentes tipos de psicoterapia, entre los que se encuentran: sistémico, psicodinámico, cognitivo – conductual, terapia narrativa y terapia en línea; así como, talleres enfocados a desarrollar habilidades sociales, desarrollo de emociones, manejo de crisis, desarrollo infantil y habilidades parentales, entre otras. Se atiende una amplia gama de problemas psicológicos y emocionales, a diversas poblaciones (niños, adolescentes y adultos), y el tratamiento se realiza de manera individual, pareja, familiar o grupal.

De este modo, en el Centro de Servicios Psicológicos se logra integrar: EL SERVICIO A LA COMUNIDAD, LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN (Yussif, 1995).

El Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila se ubica en el sótano del edificio "D" de la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria, Av. Universidad 3004, Del. Coyoacán, Col. Cópilco Universidad.

# **CAPÍTULO 3. MÉTODO**

---

## **3.1 Justificación**

Uno de los objetivos principales del Programa de Formación y Supervisión fue desarrollar modelos de intervención y prevención eficaces, para los adolescentes tardíos que solicitan asistencia en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", así como, desarrollar habilidades estratégicas en los psicólogos en formación.

Existen circunstancias internas y externas que impiden al adolescente transitar adecuadamente esta etapa en la que se consolida la identidad psico-social del individuo y que le permite, al final de la misma, lograr la autonomía y la independencia emocional y económica. Por lo que la psicoterapia de grupo resulta ser una opción para trabajar en torno a sus conflictos.

Es por esto que al presenciar las fuerzas del grupo, que propician cambios en los pacientes se formuló la premisa: ¿Es posible reestructurar vínculos afectivos a través de una experiencia de psicoterapia de grupo breve?

El grupo genera las condiciones para propiciar una experiencia emocional correctiva.

## **3.2. Variables a observar**

Para este trabajo se consideró las definiciones de los factores terapéuticos que proponen Kaplan y Sadock (1998, p. 74). En seguida se presenta la definición de cada factor:

- **Abreacción.** Proceso por el que el material reprimido, especialmente una experiencia o un conflicto doloroso vuelven a la conciencia. La persona no sólo recuerda sino que revive el material, que se acompaña de la respuesta emocional adecuada; suele dar lugar a insight.

- **Aceptación.** Sentimiento de ser aceptado por otros integrantes del grupo, con tolerancia hacia opiniones diferentes y ausencia de censura.
- **Altruismo.** La acción de un integrante sirve de ayuda a otro; anteponer la necesidad de otro a la propia y aprender que es valioso dar a los demás.
- **Catarsis.** Expresión de ideas, pensamientos y material suprimido que se acompaña de una respuesta emocional generadora de alivio en el paciente.
- **Cohesión.** Sentimiento de que el grupo está trabajando unido hacia un objetivo común; también se refiere a la sensación del "nosotros", se considera el factor más importante para lograr efectos terapéuticos positivos.
- **Validación consensual.** Confirmación de la realidad comparando las propias conceptualizaciones con las de otros integrantes del grupo; de este modo pueden corregirse las distorsiones interpersonales.
- **Contagio.** Proceso por el que la expresión de una emoción por un integrante del grupo estimula la conciencia de una emoción similar en otro integrante.
- **Experiencia familiar correctora.** El grupo recrea para algunos integrantes la familia de origen, lo que permite elaborar conflictos originales a través de las interacciones grupales.
- **Empatía.** Es la capacidad de los integrantes del grupo para ponerse en el lugar psicológico de los demás, comprendiendo así sus sentimientos, pensamientos y comportamiento.
- **Identificación.** Mecanismo de defensa inconsciente por el que la persona incorpora las cualidades y características de otra persona a su propio sistema yoico.

- Imitación. Emulación consciente de la conducta de otro tomado como modelo.
- Insight. Comprensión consciente de la propia psicodinámica y de los síntomas de conducta maladaptada. La mayoría de los terapeutas distinguen dos tipos: (1) insight intelectual: conocimiento y conciencia sin cambios en la conducta; (2) insight emocional: toma de conciencia y comprensión que inducen cambios positivos en la personalidad y la conducta.
- Inspiración. Proceso por el que se insufla una sensación de optimismo a los integrantes del grupo; reconocimiento de la propia capacidad para resolver los problemas; también se habla de instalación de esperanza.
- Interacción. Intercambio libre y abierto de ideas y sentimientos entre los integrantes del grupo; la interacción eficaz conlleva carga emocional.
- Interpretación. Proceso por el que el terapeuta formula el significado de las resistencias, las defensas y los símbolos de los pacientes; el resultado es que el paciente obtiene un entramado cognitivo dentro del cual comprender su conducta.
- Aprendizaje. Los pacientes adquieren conocimiento sobre nuevas áreas, como habilidades sociales y conducta sexual; reciben consejo, obtienen guía e intentan influir sobre y son influidos por otros integrantes del grupo.
- Prueba de realidad. Capacidad de la persona para evaluar objetivamente el mundo exterior al self; incluye la capacidad para percibirse acertadamente a sí mismo y a los demás integrantes del grupo.
- Ventilación. Expresión de sentimientos, ideas o acontecimientos suprimidos ante los demás integrantes del grupo; compartir secretos personales, lo que alivia del sentimiento de culpa o pecado.

- Universalización. Conciencia de que no es uno sólo quien tiene problemas.
- Transferencia. Proyección de sentimientos, y deseo sobre el terapeuta, que ha pasado a representar objeto del pasado del paciente. Estas reacciones, quizás adecuadas para la situación del paciente al comienzo de su vida, resultan inapropiadas y anacrónicas cuando se aplican al terapeuta en la actualidad. Los pacientes pueden dirigir también estos sentimientos hacia otros integrantes del grupo, lo que se denomina transferencia múltiple.

### 3.3. Tipo de estudio

Al ser este un reporte de prácticas, se realizó un estudio de tipo descriptivo en el que se refirió lo que aconteció en el Proceso Formativo, que incluyó el Proceso Terapéutico.

### 3.4. Participantes

Los participantes pertenecieron a dos grupos: 1) el Grupo en Formación (GF) que eran los psicólogos que tomaban la materia de Psicología Clínica y Psicoterapia I y II, en 8° y 9° semestre respectivamente y; 2) el Grupo Terapéutico que se conformó por pacientes (con ciertas características), que acudieron a solicitar tratamiento al CSP por diferentes causas.

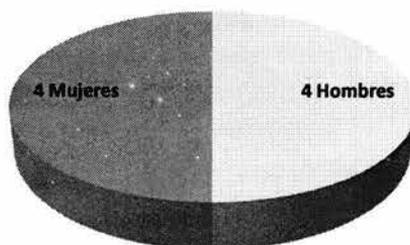
**Grupo en Formación:** En 8° semestre el GF estuvo conformado por 14 alumnos: 7 mujeres y 7 hombres. En 9° semestre continuaron 9 integrantes del semestre anterior y se incorporaron 8 alumnos, siendo un total de 17 integrantes: 13 mujeres y 4 hombres. En ambos semestres permanecieron 2 estudiantes de generaciones anteriores que contribuyeron con su experiencia.

**Grupo Terapéutico:** A través de un proceso de selección, el GT se integró por 8 pacientes: 4 mujeres y 4 hombres con edades oscilantes entre los 17 y 25 años de edad. Dos de ellos eran estudiantes de bachillerato, tres se encontraban cursando la licenciatura y tres ya habían concluido éste nivel de estudios. En sus motivos de consulta refirieron: baja autoestima, depresión y ansiedad, entre otros.

El número de integrantes que conformaron el Grupo Terapéutico, así como, la cantidad de hombres y de mujeres se presenta en la siguiente gráfica:

**Gráfica.3.1. Distribución de la muestra: hombres y mujeres.**

### INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPÉUTICO



*Nota:* La presente indica que del total de los 8 integrantes del GT, 4 de ellos eran hombres y 4 mujeres.

### 3.5. Escenario

En los dos semestres las clases fueron impartidas en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" ubicado en el sótano del Edificio "D" de la Facultad de Psicología de la UNAM con domicilio en Av. Universidad 3004 Col. Copilco Universidad, Delegación Coyoacán, México DF. Se ocuparon los salones 5 - 6 y 14 - 15 porque cada uno quedaba contiguo a una cámara de Gesell. La superficie de cada salón era de 5 metros de ancho por 6 metros de largo aproximadamente.

Las clases se llevaban a cabo "a manera de seminario" (señalado por la catedrática) por lo que se solicitaba que las sillas se colocaran en forma de círculo. En 9° semestre sólo durante la sesión terapéutica las sillas eran puestas en

dirección hacia la cámara de Gesell. Esta última tenía una dimensión similar a la de los salones, con diferencias en el largo (2 metros).

Se utilizó la Cámara de Gesell que contaba con equipo de sonido y sillas, una video grabadora y una pantalla LCD que se encontraba en el salón anexo (donde observaba el Grupo en Formación). También una grabadora de sonido, computadora y memorias USB.

### **3.6. Materiales**

Se hizo uso de las minutas, viñetas clínicas, entrevistas psicodinámicas, fichas de identificación de los pacientes y formato de áreas afectadas que se incluyeron en las pre consultas.

**Minutas.** En las minutas se tenía que reportar todo lo que acontecía durante las clases, se indicaba la fecha, el lugar de reunión, los asuntos a tratar, una lista de los participantes y de manera textual se escribían los comentarios realizados durante la clase.

**Viñetas clínicas.** Se tenía que hacer un registro textual de lo que decían los pacientes y los terapeutas durante el proceso terapéutico. Se indicaba la fecha, nombres de los pacientes y de los terapeutas, número, hora de inicio y término de la sesión.

**Entrevistas psicodinámicas:** Se retomaron los puntos establecidos en las fichas de admisión y se contemplaron otros aspectos. Incluían los datos personales del paciente, motivo de consulta, historia personal, historia familiar, familiograma, exploración del estado mental, descripción general del paciente, áreas afectadas, formulación psicodinámica, mecanismos de defensa y expectativas del tratamiento (cabe señalar que estas entrevistas las realizaron los estudiantes del Grupo en Formación).

**Fichas de identificación.** Éstas se obtuvieron de las fichas de admisión que los pacientes llenaron al acudir al CSP (Centro de Servicios Psicológicos). Reúne los

datos más importantes de los pacientes que llegan por primera vez al Centro como lo son: nombre, edad, escolaridad, motivo de consulta, entre otros.

**Formato de áreas afectadas:** En las fichas de admisión se incluye un cuadro de las áreas afectadas (amistades; laborales; familiares; académicas; sexuales y salud). En éste los pacientes califican del 1 al 10 cada área, donde el 1 representa menor problema y el 10 mayor problema.

### **3.7. Procedimiento**

Los participantes acudieron al CSP (Centro de Servicios Psicológicos) a solicitar tratamiento psicoterapéutico, de acuerdo a las características que presentaron (rango de edad, problemáticas) fueron canalizados al programa del modelo de la profesora Dalila Yussif Roffe. Se realizaron un total de 28 entrevistas, en donde 13 pacientes cubrieron los criterios de inclusión establecidos en el modelo. A través de llamadas telefónicas se citaron a 13 pacientes, de los cuales 8 se presentaron a la primera sesión. Se utilizó el material de las 10 sesiones y el material de las fichas de admisión, el cual se concentró en minutas, viñetas clínicas, entrevistas psicodinámicas, fichas de identificación de los pacientes y formato de áreas afectadas con la finalidad de examinar a través de los factores terapéuticos indicios de re- estructuración en los pacientes.

#### **3.7.1. Fases por las que discurrió el procedimiento**

Este reporte de prácticas se fundamentó en un proceso formativo que constó de un año. A continuación se presenta una descripción general de lo que aconteció en el grupo de 8° y de 9° semestre (Psicoterapia I y II):

##### **Psicoterapia I (8° semestre)**

En este semestre se realizó de forma paralela una revisión teórica y se llevaron a cabo actividades tales como: role playing, análisis de casos, autobiografía, reflexiones del material teórico así como minutas en cada clase para llevar a cabo un registro puntual de lo que acontecía.

A través de las actividades teórico – prácticas se trabajó con los estudiantes en torno a los objetivos de la materia y del programa de Yussif (1994), siendo estos: a) generar la capacidad de introspección; b) percepción de la ansiedad; c) atención de los procesos inconscientes; y d) detección de la respuesta contratransferencial.

Cada actividad implicó un análisis introspectivo pues se solicitaba a los estudiantes que se colocaran en el lugar de los pacientes (empatía) o en el papel del terapeuta, en otras ocasiones se pedía la autoreflexión de temas teóricos y de casos. Además la profesora Yussif solicitaba que se hablaran de los procesos que se presentaban para fomentar la habilidad de reconocerlos. Muchas de estas situaciones provocaron angustia por lo que se trabajó en torno a la percepción de la ansiedad así como en el manejo de ésta.

En la última clase todos los estudiantes entregaron un trabajo integrativo de uno o varios temas en específico que incluyó lo sucedido durante el semestre y, el grupo tenía que dar retroalimentación al trabajo de cada compañero.

### **Psicoterapia II (9° semestre)**

En este curso se tenía el conocimiento de que se llevaría un proceso de enseñanza más práctico, puesto que se observaría a un Grupo Terapéutico (GT) a través de una cámara de Gessell. De este modo se realizó una revisión teórica de la Terapia de grupo con enfoque psicodinámico así como del trabajo psicoterapéutico (además de otros textos).

Inicialmente los alumnos realizaron entrevistas en el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) para reunir a los posibles candidatos del GT. Consecutivamente se hizo una valoración del material clínico obtenido de éstas entrevistas junto con los criterios de inclusión y exclusión del modelo de Yussif (1994) para conformar al GT.

El trabajo con éste grupo duro 10 sesiones y se contó con una pre y una post sesión en las que se analizó lo sucedido.

### **3. 8. Actividades principales**

Se mencionan las concernientes a 9° semestre ya que en este informe se trabajó con el material del proceso psicoterapéutico grupal.

#### **3.8.1. Entrevista psicodinámica**

El trabajo inicial en 9° semestre fue realizar entrevistas clínicas de corte psicodinámico para conformar a un Grupo Terapéutico (GT). Éstas se efectuaron en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Primeramente se llevaron a cabo reuniones en donde la profesora Yussif les indicó a varios psicólogos del Grupo en Formación (GF) el procedimiento a seguir.

La primera instrucción fue seleccionar a la población con la cual se trabajaría a través de los criterios de inclusión y exclusión del modelo de Yussif (1994).

- **Criterios de exclusión:**

- a) Sociopatías
- b) Psicosis
- c) Patologías suicidas
- d) Duelos recientes o patológicos
- e) Violación
- f) Farmacodependencia
- g) Incesto
- h) Homosexualidad
- i) Estudiantes de Psicología

## j) Perversiones

En el modelo de Yussif (1994) se excluye a ésta población debido a que, el tratamiento es parte primordial del proceso formativo por lo que se busca facilitar la experiencia a los terapeutas que inician su labor.

- **Criterios de inclusión:**

- a) Estudiantes universitarios
- b) Dentro de un rango de edad de 18 a 25 años
- c) Disponibilidad de horario (miércoles de 11:30 a.m a 13:00 p.m)

En el modelo reseñado se incluye a esta población por la etapa del desarrollo en la que se encuentran (adolescencia tardía). Se trabaja con estudiantes universitarios porque dentro de los objetivos se promueve la autonomía y la independencia en el sector familiar, así como en el académico.

- **Entrevistas**

En base a estos criterios se realizaron las entrevistas en el CSP y a través de estas se recolectaron los datos de los pacientes.

- **Análisis del material clínico**

A partir de las entrevistas se desarrollaron las historias clínicas de los pacientes. El material clínico que se recolectó fue revisado en clase por el GF y por la catedrática considerándose desde ese momento posibles hipótesis de la psicodinámica que subyacía en la conflictiva del paciente.

Asimismo los estudiantes que realizaron las entrevistas tenían que identificar los elementos contratransferenciales durante esta labor clínica.

- **Total de entrevistas realizadas**

Se realizaron 28 entrevistas, en donde 13 pacientes cubrieron los criterios de inclusión establecidos para poder integrarse al grupo.

### **3.8.2. Conformación del grupo terapéutico**

El paso siguiente fue contactar a los pacientes a través de llamadas telefónicas para informales la fecha y el horario en el que iniciaría el tratamiento.

Se conformó al Grupo Terapéutico (GT) citando a 13 pacientes y las pautas establecidas que se fijarían en el encuadre serían las siguientes:

1. Las sesiones se llevarían cabo en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM.
2. El tratamiento tendría una duración de 10 sesiones.
3. El costo por sesión sería de \$50.00
4. Las sesiones se llevarían a cabo los días miércoles (suspendiéndose la sesión en caso de que se presentara algún día festivo; ya que el Centro no presta servicios en dichos días).
5. En un horario de 11:30 hrs. a 13:00 hrs.
6. Se le informaría al Grupo Terapéutico (GT) que sería observado por un Grupo en Formación (GF) a través del cristal de la cámara de Gesell. Asimismo que éste último estaría dirigido y supervisado por la Lic. Dalila Yussif.

Los puntos precedentes permitieron ver el trabajo inicial para conformar al GT. Aparte de este procedimiento el GF desempeña otras actividades para iniciar el tratamiento.

### **3.8.3. Actividades del grupo en formación pre tratamiento**

Las tareas comprendieron:

- **Revisión del material teórico**

La profesora Yussif proporcionó al inicio del semestre un listado de la literatura a revisarse durante el curso. Se establecieron fechas para tratar los temas en cada clase y los estudiantes debían de entregar un resumen que reflejara la comprensión de éste material.

- **Revisión del material clínico**

Como se mencionó anteriormente la finalidad de este proceso era proporcionar habilidades en los estudiantes del GF a través del GT. Por lo que la revisión del material clínico y de todo lo que ocurrió con los pacientes era de suma importancia para desarrollar habilidades.

A continuación se presentan los objetivos propuestos en el modelo de Yussif (1998) que se consideraron para trabajar en el GF:

1. Mejorar la habilidad clínica.
2. Propiciar el desarrollo de una forma empática y respetuosa de percibir al paciente.
3. Aprender a conocer su contratransferencia y sobre todo a usarla dentro del contexto terapéutico.
4. Analizar abiertamente aspectos personales o grupales que interfieren con el trabajo clínico, en un marco de respeto y comprensión.
5. Promover el crecimiento individual del estudiante, el desarrollo de estilo individual de percibir, de reaccionar, de integrar a su objeto de estudio, los pacientes y a ellos mismos. Lo que facilita la consolidación de su identidad personal y profesional.
6. Proporcionar a los pacientes una atención más eficiente.

- **Manejo de minutas en cada clase**

Las indicaciones para la realización de las minutas era transcribir de manera textual todo lo que se dijese en el Grupo Terapéutico y en el Grupo en Formación. Este ejercicio se llevó a cabo durante los dos semestres y permitió contar con la información de lo que se generaba en ambos grupos. Eran leídas al inicio de cada clase y durante el proceso terapéutico contenían las consignas y las recomendaciones para la sesión en turno.

- **Selección de los estudiantes que llevarían a cabo la coterapia**

En este punto se consideraron tres criterios: Primero; se tomaron en cuenta las características que debía de poseer un terapeuta, siendo estas: a) Flexibilidad, b) Empatía, c) Capacidad de escucha, d) Tolerancia a la frustración, e) Capacidad de insight: abstracción y observación, f) Fortaleza yoica, g) Presencia, h) Liderazgo, i) Habilidades para coordinar el grupo, j) Capacidad de autoreflexión, y k) Habilidad para dar y recibir información.

Segundo; algunos estudiantes se postularon o propusieron a otro compañero, la condición era que sólo se podían designar a los alumnos que permanecían desde el semestre anterior.

Tercero; se realizó una votación y quienes tuvieron el mayor número de votos desempeñaron esta labor. Así los terapeutas electos fueron: terapeuta 1 y el terapeuta 2.

### **3.8.4. Actividades específicas durante el trabajo terapéutico**

Una vez iniciado el proceso terapéutico se requirieron de otras actividades y la clase se organizó en 3 tiempos:

- **Pre sesión**

El GF se reunió 30 minutos antes de que iniciase la sesión para aclarar dudas, explicar el procedimiento para realizar el trabajo terapéutico, así como realizar las indicaciones necesarias para la próxima intervención.

- **Sesión terapéutica**

A través de una cámara de Gesell el Grupo en Formación observó las sesiones que duraban 1:30 minutos. En este lapso se realizaron viñetas clínicas que se plasmaron en las minutas para contar con la información precisa de lo acontecido.

- **Post sesión**

En estos espacios que duraban poco más de una hora se realizaron dos análisis, el primero tenía que ver con la revisión de los fenómenos que habían surgido en el GT y en el segundo se atendieron las respuestas de los terapeutas y del GF (identificaciones, contratransferencias, ansiedades, etc.) que habían sido propiciadas por lo ocurrido durante la sesión.

### **3.9. Estrategias de evaluación**

Finalizado el proceso de selección del grupo, se hizo una revisión de las fichas de admisión con la finalidad de organizar los datos de los pacientes y realizar las fichas de identificación. Asimismo se revisó, el formato de áreas afectadas, considerando en mayor medida las áreas familiar y amistades.

A través de los registros de las viñetas clínicas y de las minutas se identificaron los factores terapéuticos que se presentaron en las 10 sesiones. Para esto se tomó en cuenta las definiciones de los factores terapéuticos que proponen Kaplan y Sadock (1998).

Posteriormente los factores encontrados se clasificaron en las siguientes etapas del desarrollo del grupo: Etapa 1: Compromiso; Etapa 2: Diferenciación; y Etapa 3: Terminación (en base a Alonso, 1955). De este modo, se realizaron 3 tablas en las

que se agrupó los factores que se observaron, la viñeta clínica que ejemplificaba dicho factor y la etapa en la que se estaban presentando.

Lo anterior permitió señalar algunos tipos de relaciones que los integrantes del grupo establecieron.

Por otro lado, considerando el Programa de Intervención, se retomó los Objetivos Terapéuticos del modelo del Yussif, para mostrar a través de viñetas clínicas los Logros Terapéuticos que obtuvieron los pacientes (en este punto no se utilizaron las etapas; ya que se indicó el número de la sesión en la que se presentaron).

Los puntos descritos se utilizaron con el propósito de recabar indicios de reestructuración en los vínculos afectivos de los pacientes.

# **CAPÍTULO 4. RESULTADOS**

---

Una vez que se conformó el grupo terapéutico y se citaron a los pacientes para iniciar el tratamiento, se revisó a detalle la información recabada. Por lo cual, a continuación se presentan las fichas de identificación de cada uno de los pacientes. Posteriormente, considerando lo que ellos reportaron en las fichas de admisión se mostrara las puntuaciones totales de las áreas afectaras del grupo terapéutico así como la de cada uno de los pacientes (ver Grafica 4.1 y 4.2). Asimismo, se compara el área familiar y de amistad que resulta importante de analizar (ver Grafica 4.3). Debido a los objetivos establecidos de este trabajo se presentaran los factores terapéuticos identificados a través de las etapas del desarrollo del grupo, algunos tipos de relaciones que se establecieron y los logros terapéuticos en base a los objetivos que se plantean en el modelo de Yussif (1994).

## **4.1. Fichas de Identificación de los Pacientes**

Ilustración 4.1.1. Paciente María

<b>María</b>
Mujer de 23 años de edad, no trabaja, vive con tíos y primos, licenciatura terminada, soltera y depende económicamente de su padre.
Motivo de consulta: "sufro de celos y comportamientos obsesivos".
Antecedentes del problema: señaló que desde que su novio la engaño duda de él, por lo que se ha vuelto muy celosa e insegura.
Síntomas: Falta de concentración y pensamientos negativos (no reportó tratamientos anteriores).

#### Ilustración 4.1.2. Paciente Mónica

##### **Mónica**

Mujer de 18 años de edad, no trabaja, estudiante de licenciatura, soltera y depende económicamente de su madre.

Motivo de Consulta: "creo que tengo problemas de ansiedad y angustia se me ponen moradas las manos y me duelen las piernas".

Antecedentes del problema: Desde que estaba en 6° de preparatoria y empezó una relación de pareja.

Síntomas: Dolor de piernas, dedos morados, sudor, dolor en el pecho, incapacidad para comer y caída de cabello, alopecia (no reportó tratamientos anteriores).

Historia Familiar y Personal: Actualmente vive con su mamá, su papá y su hermana menor, tiene otra hermana que es mayor que ella y está casada. Para ella la figura de autoridad es su mamá pues es quien trabaja; esta circunstancia hace que su padre sienta celos y peleen constantemente. Describe a su hermana mayor como una persona agresiva e impulsiva y la comunicación con ella es escasa, con su mamá la comunicación es ligeramente mejor y con su hermana menor la relación es buena. Ha tenido pocos novios y las relaciones son breves.

#### Ilustración 4.1.3. Paciente Francisco

##### **Francisco**

Hombre de 23 años de edad, no trabaja, estudiante de licenciatura, soltero y depende económicamente de su padre.

Motivo de Consulta: "Apoyo psicológico, baja autoestima y depresión".

Antecedentes del problema: hace un año fue asaltado y se siente inseguro por lo que ha dejado de salir con sus amigos, se considera co-dependiente de su novia y ha tenido problemas tanto en la escuela como laboralmente pues no hace lo

que él quisiera.

Síntomas: Ansiedad, depresión, pérdida de apetito, problemas musculares e insomnio (reportó tratamiento psiquiátrico con administración de antidepresivos).

Historia Familiar y Personal: vive con sus padres, es el mayor de sus hermanos y se siente muy responsable por estos últimos. Si bien la relación con sus hermanos es buena también tiende a ser muy estricto con ellos. Presenta problemas de comunicación con su padre, pues considera que es muy estricto aunque lo admira por los logros que ha conseguido. Considera que su madre está muy inmiscuida en asuntos religiosos.

#### Ilustración 4.1.4. Paciente Andrés

##### Andrés

Hombre de 25 años de edad, no trabaja, vive con abuelos, madre y medios hermanos, estudiante de licenciatura, soltero y depende económicamente de su abuelo.

Motivo de Consulta: "Depresión, malas relaciones interpersonales, ansiedad y desconfianza".

Antecedentes del problema: comenta que ha tenido problemas de depresión desde la niñez.

Síntomas: Ansiedad, depresión e ideación suicida (reportó tratamiento psiquiátrico con administración de antidepresivos).

Historia Familiar y Personal: actualmente vive con sus abuelos y la relación con ellos es mala por lo que prefiere permanecer en su cuarto. Para él su abuela es su figura de autoridad; pues su madre lo tuvo a los quince años y su papá que; casi le triplicaba la edad, no se hizo cargo de él. El embarazo fue complicado y su madre presentó depresión post parto. Ella estuvo con él hasta que tuvo seis años, después se fue y se casó con otra persona con la cual tuvo dos hijos; por lo que sus abuelos se hicieron cargo de él. En la actualidad su madre vive con su pareja y sus dos hijos en la misma casa en la que vive Andrés con sus abuelos, pues la casa esta seccionada en departamentos y aun así él no convive con ellos.

Generalmente ha sido muy retraído, agresivo y antisocial. En cuanto a sus relaciones de pareja comentó que han sido insatisfactorias, ya que en su primera relación él vivió violencia física de parte de su novia y en su relación actual él ha ejercido violencia física hacia su pareja.

#### Ilustración 4.1.5. Paciente Pedro

##### **Pedro**

Hombre de 25 años de edad, trabaja, vive con madre, padre y hermanos, licenciatura terminada, soltero, depende económicamente de su padre y de sus propios ingresos.

Motivo de Consulta: "Insalubridad emocional, problemas de nerviosismo e inseguridad, crisis de ansiedad y depresión".

Antecedentes del problema: Indicó que hace varios meses había presentado un ataque de ansiedad que incluían problemas digestivos y en la piel, además de una acumulación de ansiedad y de soledad, pues sentía que en el trabajo lo presionaban mucho.

Síntomas: Ansiedad (reportó tratamiento psicoterapéutico con enfoque sistémico).

Historia Personal y Familiar: Explicó que la comunicación con sus padres es mala, tiene dificultades para relacionarse con ellos y considera alejamiento de parte de su padre. Tiene dos hermanos mayores y la relación con ellos tampoco ha sido buena pues considera que ellos por la condición de ser mayores tienen más capacidades para desempeñarse como adultos.

#### Ilustración 4.1.6. Paciente Marcos

##### **Marcos**

Hombre de 17 años de edad, no trabaja, vive con sus padres y un hermano menor, estudiante de bachillerato, soltero y depende económicamente de sus padres.

Motivo de Consulta: "Baja autoestima".

Antecedentes del problema: Siempre fue muy apegado a su padre; pero desde que comenzó a bajar sus calificaciones su papá le mostró poco interés.

Síntomas: Bajo rendimiento académico (reportó tratamiento psicoterapéutico grupal durante la secundaria con objetivos para trabajar en torno a problemas de mala conducta).

Historia Familiar y Personal: señaló que vive con sus padres y su hermano menor y su padre lo quiere más a él que a su hermano. Con su mamá tiene una buena comunicación.

#### Ilustración 4.1.7. Paciente Karla

##### Karla

Mujer de nacionalidad extranjera, de 23 años de edad, no trabaja, vive con su pareja, licenciatura terminada y en trámites para continuar sus estudios, unión libre y depende económicamente de sus padres y de sus ahorros.

Motivo de Consulta: "Necesito cambiar mis pensamientos y mi conducta (mis actitudes)".

Antecedentes del problema: Siempre ha buscado escaparse de su entorno, buscar cosas extraordinarias y experiencias nuevas.

Síntomas: Pensamientos negativos, poca tolerancia a la frustración y se enoja con facilidad (no reportó tratamientos anteriores).

Historia Personal y Familiar: indicó que no se lleva bien con su padre pues nunca se acercó a ella. Para ella su papá tiene mucha ira, es pesimista y considera que no es feliz. Con su mamá la comunicación siempre ha sido buena y siente confianza hacia ella. Durante su adolescencia se volvió rebelde y tenía dificultades para comunicarse con su familia; nunca tuvo un mejor amigo y eso la hacía sentir muy triste.

Actualmente vive en casa de su pareja y siente que la familia de él no la quiere, aunque esta sensación ha disminuido. Ella quiere mejorar la comunicación con ellos ya que tienen fricciones porque no sabe expresar sus sentimientos y opiniones. Se siente muy dependiente de su novio, pues no conoce a nadie más en este país y convive solamente con el grupo social de él. Extraña a su familia principalmente a su madre.

#### Ilustración 4.1.8. Paciente Paulina

##### Paulina

Mujer de 19 años de edad, no trabaja, vive con padre, madre y hermana, estudiante de preparatoria, soltera y depende económicamente de sus padres.

Motivo de Consulta: "baja autoestima y déficit de atención".

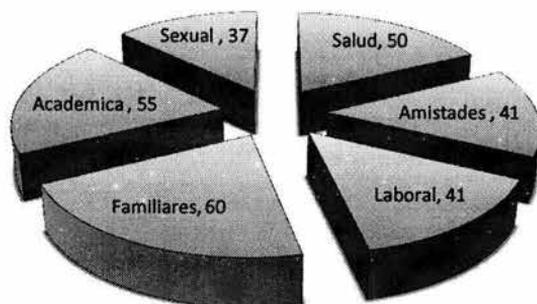
Síntomas: desde hace cuatro meses ha presentado problemas de insomnio, falta de concentración e ideación suicida, esta situación ha aumentado progresivamente (no reportó tratamientos anteriores).

Antecedentes del problema: desde la secundaria presentó los problemas señalados, pero a partir de que no aprobó el examen para la preparatoria cree que no puede pasar los exámenes, además sus padres le recriminan porque no logra concluir.

Historia Familiar y Personal: para ella su madre siempre ha sido su figura de autoridad y es con quien tiene mayor comunicación. La relación con su padre no es buena pues es cerrado y prepotente y con su hermana la relación es distante. La relación familiar cambió en la adolescencia pues su padre fue más impositivo y actualmente es muy tensa debido a que sus padres la presionan por la escuela. Para ella sus relaciones interpersonales, siempre han sido buenas.

En la siguiente gráfica se presenta el puntaje total de las áreas afectadas que en conjunto otorgaron los pacientes del grupo terapéutico:

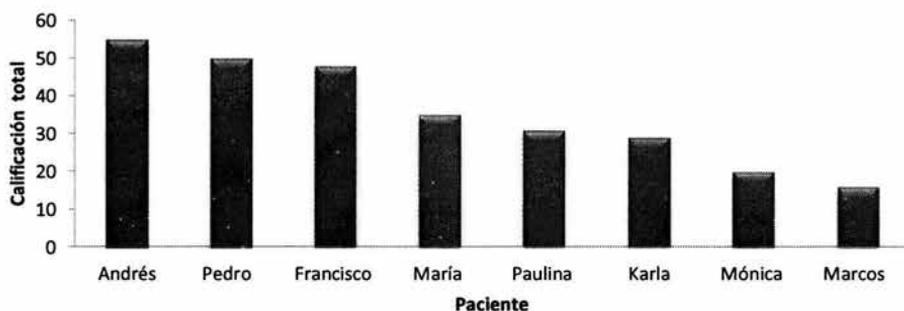
**Gráfica 4.1. Áreas Afectadas del Grupo Terapéutico**



*Nota:* Puntuaciones totales que los integrantes del grupo otorgaron a cada área.

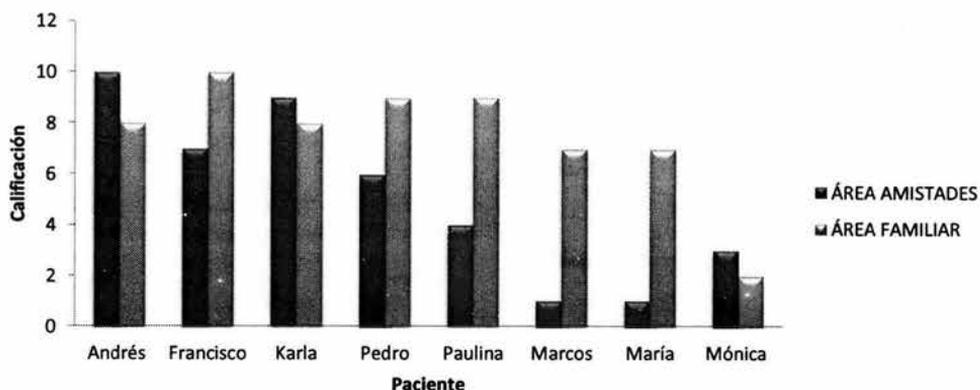
La siguiente gráfica ilustra los puntajes totales de las áreas afectadas en cada paciente.

**Gráfica 4.2. Calificación total de las Áreas Afectadas por Paciente**



*Nota:* Se muestra el puntaje total de las áreas afectadas por paciente, observándose que de los ocho integrantes tres presentaron puntuaciones considerablemente elevadas y con ligeras diferencias entre ellos.

**Gráfica 4.3. Calificación que otorgó cada paciente en las Áreas Amistades y Familiares**



*Nota:* De los ocho integrantes del grupo cuatro de ellos señalaron conflictos en ambas áreas.

#### 4.2. Etapas del Desarrollo del Grupo y los Factores Terapéuticos que se identificaron en cada una de ellas

En las siguientes tablas se muestran los factores terapéuticos que se identificaron en las diez sesiones. La secuencia se presenta a través de las etapas del desarrollo del grupo que sugiere Alonso (1955).

**Tabla 4.2.1. Etapa 1: Compromiso (sesiones 1-3)**

FACTORES TERAPÉUTICOS	VIÑETAS CLÍNICAS	
Identificación	Inicialmente se generaron identificaciones en torno a las relaciones familiares.	<p>Pedro dijo: “pongo las expectativas de mis papás antes que las mías”.</p> <p>María: “creo que todos hemos pasado por cumplir las expectativas de los otros, sobre</p>

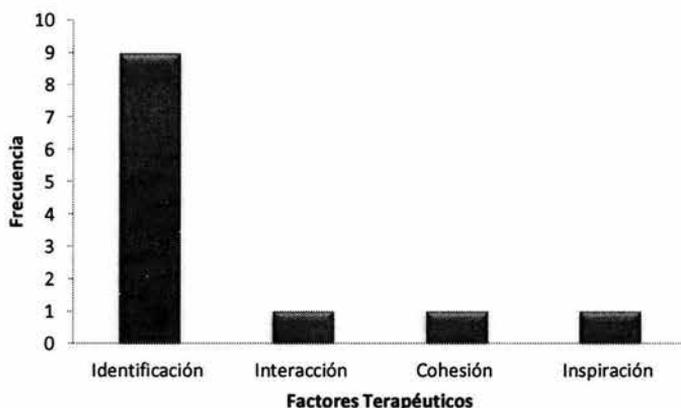
		todo con los papás".
Identificación	María hablo de la persistencia de su mamá para que estudiara una carrera que ella no quería, dijo: "mis papás querían que estudiara medicina, y después me metí a una escuela de artes plásticas".	Mónica expresó que se identificó con la situación de Leticia porque tuvo que decidir entre dos carreras.
Identificación	Paulina comentó que sus papás la comparan con su hermana menor porque ella "lo hace todo bien".	Mónica se identificó y se proyectó en la hermana de Paulina y señaló que si se hartan de "ser la número 1".
Interacción	Se observó el factor de interacción, sólo en las mujeres, cuando Paulina dijo que se lleva más o menos con su hermana.	Karla le comentó que "se alien que tal vez ella esté harta de ser la número 1".  Mónica le dijo que se acercara a su mamá y que platicara con ella.
Identificación	Karla solicitó terapia individual y hablo de dificultad para el trabajo de grupo; ya que "puede agredir a alguien".	Mónica también solicitó terapia individual y expresó: "no me sentiría muy a gusto, tengo miedo de que te juzguen, que no te entiendan (refiriéndose al grupo)".
Cohesión	Ante la renuencia de Mónica y de Karla para quedarse, el grupo se dividió en los que consideraban que esta modalidad terapéutica no les ayudaba, señalando: "¿Para qué vengo si no me va a servir?", y el resto de	Los integrantes que consideraban benéfico el grupo Dijeron:  María: "Se realiza un trabajo en el que das y recibes, y te puede ayudar; a mí sí me

	<p>los integrantes se unió. De esta manera se inició un proceso de cohesión reflejado en la aceptación grupal.</p>	<p>serviría el grupo".</p> <p>Pedro: "la ventaja de este grupo es que existen puntos en común, características similares. Creo que si funciona esto, hablar y escuchar la experiencia de los otros y todos llevan un problema en común".</p> <p>Paulina: "... Igual y si puede funcionar".</p>
Identificación	<p>Se generaron identificaciones entre Pedro y Francisco en torno a un estado de ánimo depresivo. Pedro hablo de un "vacío para redactar o trabajar" (en su tesis).</p>	<p>Francisco expresó: "deprimido, de malas, angustiado, la verdad he sido una bomba de tiempo".</p>
Identificación	<p>Estos diálogos se dieron a lo largo de la sesión y no fueron contiguos. Francisco hablo de dificultad para recordar. Expresó: "creerás que no me acuerdo. No sé si ya suprimo los eventos o..." (represión).</p>	<p>Pedro: "cada que algo me importaba como que lo reprimía" (represión).</p>
Identificación	<p>El grupo hablo a lo largo de la sesión de actuar en función de otros.</p>	<p>Francisco: "llevaba muchos meses haciendo lo que él quería (refiriéndose a su padre)".</p> <p>Pedro: "cada que yo intentaba tener un poco de iniciativa eran mis papás, mis profesores o del trabajo que lo frustraban".</p>

Identificación	Francisco comentó que tuvo problemas con su papá y con unos policías (figuras de autoridad).	Pedro manifestó tener dificultades para relacionarse con los profesores.  Paulina hablo de una mala relación con sus padres expresó: "tengo resentimiento con mis papás porque no creen que puedo llegar a ser alguien".
Identificación	Paulina dijo que empezó a reprobar materias cuando sus padres eligieron la escuela en la que estudia, agregó: "fue una forma de decirles no me gusta".	Pedro en el ámbito académico indicó: "me pongo necio de no hacer algo, es como mi manera de protestar".
Inspiración	El grupo hablo a lo largo de esta etapa de actuar en función de otros, al final tuvieron otra perspectiva.	Paulina: "Lo que hagas, hazlo por ti y porque a ti te sienta bien hacer eso".  Mónica: "al final el que tiene la última palabra eres tú".

*Nota:* Los factores que se observaron en la Etapa 1 fueron: identificación, interacción, cohesión e inspiración (ver Gráfica 4.4).

**Gráfica 4.4. Frecuencia de los Factores Terapéuticos en la Etapa 1: Compromiso**



*Nota:* El factor de identificación se presentó un mayor número de veces y en menor grado aparecieron los factores de interacción, cohesión e inspiración.

**Tabla 4.2.2. Etapa 2: Diferenciación (sesiones 4-7)**

FACTORES TERAPÉUTICOS	VIÑETAS CLÍNICAS	
Interacción	Marcos inició la sesión hablando de la duda que le producía el cambio de actitud de su papá. Dijo: "Está tratando de ver que nos gusta, cambio de actitud para conocernos más. Está buscando la relación padre-hijo".	Pedro le respondió: "una base sería tener la seguridad de que siente amor por ti, no habría porque desconfiar que hay algo oculto". También le comentó que debería de valorar cualquier esfuerzo o cambio de actitud de su padre.

Identificación	Pedro mencionó que su padre ya no lo va a seguir apoyando económicamente y esto le causa ansiedad e incertidumbre señaló: "yo no sabía tanto de los miedos, tengo temor a enfrentarme al día a lo que va a pasar".	Francisco se identificó con éste discurso y le preguntó a Pedro (proyección) "¿tienes miedo al fracaso?".
Insight	Paulina narró que un taxista la seguía y la molestaba, esta situación la presenció su mamá y por la noche sus padres platicaron con ella de lo sucedido. En base al siguiente discurso se presumió que ella hizo insight.	Refirió: "Si les importo. Su enojo me demostró que le importa su hija; antes no me pelaba (refiriéndose su padre). Sacaron el tema de mi novio, pensé que no se daban cuenta, la que no está viendo soy yo."
Identificación	La narración de Paulina, de lo sucedido con el taxista, género que Mónica se identificara.	Dijo: "yo viví una situación así. A los 12 años me molestaban, te quedas traumada, una vez me intentaron subir en un carro".
Interacción	Posteriormente el grupo le realizó algunos comentarios a Paulina.	Mónica: "no hay que dejar pasarlo, afecta demasiado a tu vida".  Francisco le recomendó "levantar una denuncia por acoso sexual por si le pasaba algo".
Ventilación	Se observó el factor de ventilación cuando Francisco hablo de: mentiras en una relación de pareja.	Dijo: "tuve una discusión con mi novia, he dicho muchas mentiras, ella se sintió traicionada".

Interacción	Después del discurso de Francisco el grupo le comentó:	<p>Paulina: "una mentira te lleva a otra y a otra y nunca se acaba".</p> <p>Marcos: "la comunicación es la base de una relación".</p> <p>Pedro: "dale un valor o reconocimiento a la persona".</p>
Ventilación	La secuencia ventilación – interacción se repitió cuando Francisco hablo de falta de respaldo en sus proyectos.	Comentó: "Yo me desanimo muy rápido de las cosas que quiero hacer, cuando se las cuento a otras personas desmoronan mi trabajo. A mi papá le cuento algo sencillísimo y me desanima muchísimo...se lo comente a ella (novia) y me echaron abajo las premisas de mi cuento de ficción".
Interacción	Se generaron respuestas de parte de sus compañeros.	<p>Paulina: "no le puedes dar gusto a todos; date gusto a ti y quiérete".</p> <p>Pedro: "no vas a alcanzar la perfección, pero si la constancia de hacerlo mejor cada vez...es más para el disfrute sirve para expresarte".</p>
Insight	Se consideró que los comentarios anteriores propiciaron que Pedro	Dijo: "siento impotencia, incapacidad, son mis

	hiciera insight ya que admitió que en su vida él mismo se pone barreras.	propias evaluaciones y juicios sobre las cosas".
Identificación	Mónica se identificó con el discurso de Pedro.	Señaló: "A veces yo también me pongo mis propias barreras, digo no puedo, no puedo y no lo hago".
Ventilación	Se apreció este factor cuando Mónica hablo de una mala relación con su padre y de vivir violencia física y psicológica en su familia.	Narró: "no tengo mucha comunicación con mi papá; es muy sónico y sarcástico...En ocasiones me siento culpable porque mi mamá dice: -yo estoy aquí por ustedes, yo viví con un padrastro y no quiero darles uno a ustedes-..." "
Insight	En el siguiente discurso se presumió que Mónica hizo insight puesto que consideró patrones repetitivos en su familia.	Dijo: "A mí se me hace muy difícil porque también mi mamá vivió violencia física y psicológica. Yo no viví la violencia física, mi hermano sí. Todos los patrones que vivió con sus papás los vive con su esposa en su matrimonio. No quiero sufrir lo mismo que él".
Inspiración	Este factor se apreció en el siguiente comentario de Mónica.	Expresó: "el cambio está en uno mismo. Si tú quieres algo tienes que luchar por eso. Debes de ponerte a pensar más en

		las cosas que te gusten".
Interacción	Paulina a través del factor de interacción le hizo ver a Mónica que ella no tenía porque sentir culpa por la decisión de su mamá.	Paulina dijo: "si no deja a su esposo es porque quiere esa vida y por eso no lo deja".
Ventilación	Mónica inició la sesión comentando que había tenido un problema con su amiga y se sentía muy mal.	Ella refirió "sentirse decepcionada, su amiga le había dicho que ya no quería saber nada de ella, esto le provocó mucha ansiedad e incertidumbre puesto que la considera como su hermana".
Identificación	A partir de lo anterior Paulina se identificó con ella.	Comentó que tuvo un evento similar con su amigo.
Interacción	Posteriormente Paulina se dirigió a Mónica.	Le recomendó "alejarse un poco de su amiga, darle su espacio y posteriormente ella la va a buscar porque es como su hermana".
Identificación	El tema de los amigos generó identificaciones y surgió el miedo a perderlos.	Mónica habló del temor de perder a su amiga, dijo: "es mi fuerza, es parte de mí; siento que sin ella me voy a sentir sola, ella lo es todo".

		Pedro comentó que se sintió abandonado cuando las personas ya no lo ayudaban y teme que en el futuro tenga problemas "para encontrar amistades".
Insight	Paulina señaló que había terminado con su novio. Se presumió que hizo insight pues hablo de un patrón de relación repetitivo.	Dijo: "era como mi papá, pero como mi novio, no podía salir con mis amigos, por todo preguntaba".
Ventilación	Marcos relató el momento en que su amigo y su novia se besaron aún cuando no habían finalizado formalmente la relación.	Expresó: "me enoja que no terminamos y se fue con él; no tomaron en cuenta mis sentimientos".
Identificación	Se observó que Pedro se identificó con Marcos.	Indicó: "sí abres tu corazón pueden herirte...antes de que me sienta amenazado, me alejo".
Abreacción	Pedro expresó que cuando trabajó en una cafetería su jefe le gritaba.	Comentó: "me traumó con sus palabras, sus llamadas de atención eran muy fuertes... la relación con él fue muy violenta. Constantemente sentía ganas de llorar".
Interacción	A través de la interacción Francisco le hizo ver a Pedro que existía una similitud entre el jefe y el asesor de tesis.	Francisco: "¿crees que esa experiencia influyó con lo de tu asesor?"

<p>Transferencia lateral</p>	<p>Se observó que el tema de las relaciones fraternales propició una transferencia lateral.</p> <p>Primero Pedro comentó: "los hermanos mayores adquieren más habilidades para la vida". Agregó que cuando peleaba con su hermano mayor éste le ganaba y lo definió como dominante.</p>	<p>Los integrantes del grupo que eran hermanos mayores inmediatamente reaccionaron ante el comentario.</p> <p>Francisco dijo que a su hermano menor "no le pegaba pero si lo dominaba, cosa que hacía sin mala gana".</p> <p>Marcos agregó: "la dominancia de los hermanos mayores no se da de mala gana, sino que es para que el menor aprenda y sepa que hacer".</p> <p>Paulina mencionó: "al hermano menor se le protege, buscando que no le suceda lo mismo que al hermano mayor".</p>
<p>Insight</p>	<p>Se infirió que el diálogo de los hermanos mayores propició un insight en Pedro pues expresó que:</p>	<p>"Podía comprender a su hermano un poco más, generándole beneficios".</p>
<p>Identificación</p>	<p>En la séptima sesión los 3 integrantes presentes se identificaron cuando hablaron de su relación con la figura paterna.</p>	<p>Pedro: "Siento que no me ha enseñado a sobrevivir por mi propia cuenta (refiriéndose a su papá). Pareciera que ha renunciado a enseñarnos cualquier cosa de la vida como si tuviera algún problema..."</p>

		<p>Francisco: "tengo el mismo resentimiento de cualquier hijo a su padre...igual que Pedro tuve un padre ausente que no me enseñó a manejar proyectos".</p> <p>Mónica: "en mi caso he recibido muy poco apoyo de mi padre, desde pequeños no nos ha apoyado, no se acercaba, siento que no le importa mucho esa parte de ser padre porque él tampoco tuvo un padre".</p>
Ventilación	Francisco habla de actuar en función de su papá. Señaló que esto le genera conflictos porque no hace lo que él realmente quiere.	Expresó: "hubo una época de la que ya me estoy recuperando en la que tenía tantas ganas de darle gusto a mi padre y cada que me regañaba me enfermaba y me di cuenta que no podía estar a merced de él. Me molesto conmigo mismo; por no poder ser lo que ellos quieren pero tampoco quiero ser lo que él quiere".
Insight	Se consideró que el comentario anterior influyó en Pedro, pues habla de tomar sus propias decisiones.	Pedro: "Ahora he estado pensando que es muy importante escucharte, quiero tomar las decisiones de lo que relámete me interesa, no de lo que los demás dicen

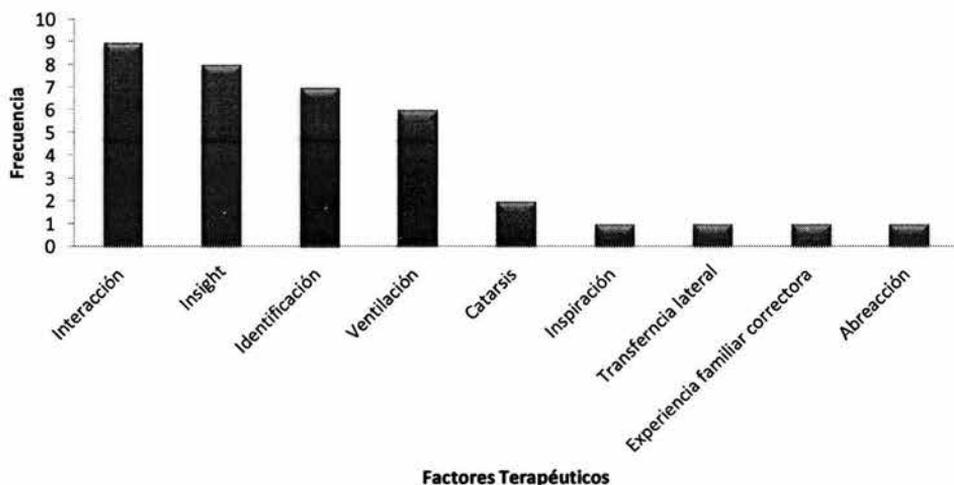
		que es importante”.
Abreacción	Se presenció éste factor cuando Mónica hablo de su motivo de consulta y del origen de la dificultad que tiene para expresarse.	Explicó: “estaba deprimida y me dolían las piernas, el corazón, la cabeza, no comía nada y vomitaba... Soy una persona que no sabe decir lo que siento, solo a una que otra amiga, pero a la familia no. Fui criada en un hogar en donde mi mamá nos enseñó a ser fuertes, entonces no es fácil sacar las cosas”.
Catarsis	Se observó que en esta narración Mónica hizo catarsis.	Comentó: “no sabía qué hacer con mi vida, me sentía inútil al estar ahí, sentía que había decepcionado a mi mamá”. Al decir esto permaneció con la mirada hacia abajo, la voz se le cortaba y lloro.
Aprendizaje	No obstante, ella hablo de un cambio para expresarse.	Señaló: “muchas veces no sé cómo expresarlo, me desesperé mucho y me estresó pero ahorita estoy aprendiendo a manejarlo”.
Experiencia familiar correctora	Mónica dijo que tenía dificultad para expresar lo que pensaba, lo que sentía y lo que quería, temía a ser juzgada por sus compañeros, y por estas circunstancias solicitó terapia individual.	Los diálogos de los recuadros anteriores posiblemente demuestran el factor experiencia familiar correctora, ya que como se puede ver Mónica hablaba de que en su

		familia no se expresaban los sentimientos y por el contrario en el grupo logró exteriorizarlos.
Insight	Asimismo se consideró que Mónica hizo insight, ya que reconoció que ante lo que le enseñaron en su familia, ser fuerte, también existían otros matices.	Refirió: "pues ahora lo veo como que puedes tener momentos de debilidad, el punto no es que te dejes caer sino que te caigas y que te levantes".
Interacción	Después de lo que Mónica había dicho se le observó abatida, los terapeutas y sus compañeros permanecieron en silencio por un largo rato hasta que Pedro le hizo el siguiente comentario:	"creo que es una virtud ser fuerte, mi abuela sobrevivió a situaciones muy adversas y ella siempre opto por luchar".
Interacción	Los tres integrantes del grupo dieron su punto de vista de lo que les impedía expresar sus sentimientos.	Mónica: "debilidad". Pedro: "pena". Francisco: "pero la debilidad no te tiene que impedir decir lo que sientes porque si no te haces más daño".
Aprendizaje	Pedro solicitó conocer al Grupo de Observadores y consecutivamente el resto de los integrantes se unieron en esta demanda. El factor de aprendizaje se evidenció pues Pedro señaló al grupo lo siguiente:	"si me regreso a años atrás no hubiera dicho lo que pensaba, lo hubiera expresado afuera, no me hubiera sentido bien de decirlo a las personas que pueden hacer algo al respecto. Es algo que he aprendido y hasta ahora lo sigo llevando a cabo".

Insight	Se consideró que él hizo insight ya que reconoció que al haberse expresado en el grupo podía continuar haciéndolo.	Señaló: “yo siento algo que me impide expresarme, pero no creo que sea imposible, sino no hubiera podido decir nada”.
---------	--	---

*Nota:* Los factores que se encontraron en la Etapa 2 fueron: identificación, interacción, inspiración, insight, ventilación, aprendizaje, experiencia familiar correctora, abreacción, transferencia lateral y catarsis (ver Gráfica 4.5).

**Gráfica 4.5. Frecuencia de los Factores Terapéuticos en la Etapa 2:  
Diferenciación**



*Nota:* En comparación a la etapa 1 se destaca un incremento en los factores. La interacción se presentó un mayor número de veces seguida del insight, la identificación y ventilación. El resto de los factores presentaron una frecuencia mínima.

Tabla 4.2.3. **Etapa 3: Terminación (sesiones 8 – 10)**

FACTORES TERAPÉUTICOS	VIÑETAS CLÍNICAS	
Altruismo	Encontrándose a dos sesiones de que concluyera el proceso se apreció el factor de altruismo pues Pedro le cedió la palabra a Francisco.	Pedro: "pues yo con bastantes cosas" y le dio la opción a su compañero de empezar a hablar.
Ventilación	Francisco hablo de situaciones relacionadas con su padre que le causaban conflicto.	Expresó: "Las envidias que me tienen son por mi papá, tiene una de relaciones terribles. Pero en mí, mi padre, es un impedimento en ciertas cosas y ellos no se dan cuenta, piensan que tengo la vida profesional resuelta cuando es todo lo contrario".
Insight	A partir de que Pedro solicitó conocer al Grupo de Observadores se confirmó el insight que se reportó, pues en esta sesión se apreció un insight emocional.	Refirió: "el miércoles cuando termino la terapia me fui fortalecido me quede con la idea de que si está bien que uno exponga sus sentimientos y puntos de vista".
Ventilación	A través de este factor se corroboró el insight emocional ya que Pedro señaló que había hablado con su padre de lo que le enojaba.	En esta conversación él le expresó a su familia que: "le seguía irritando lo de la tele, tenía resentimiento acerca del porque estaba gastando, su papá, en artículos suntuosos

		cuando necesitaba su apoyo”.
Catarsis	Se advirtió que Pedro hizo catarsis durante la conversación que tuvo con su familia y al verbalizarlo en el grupo el factor se repitió.	Comentó: “allí explote y empecé a llorar y a sacar todo el enojo que tenía sobre el tema de la televisión...mi hermana me empezó a decir porque estaba tan enojado...” (En este momento Pedro lloró en el grupo y su lenguaje era confuso).
Insight	Se presumió que ésta conversación permitió que él hiciera insight en el grupo pues identificó que en su familia existían dificultades para manifestar lo que sienten.	Señaló: “me di cuenta de que si tenemos un serio problema del hecho de no poder expresar nuestros sentimientos”
Transferencia lateral	Se deduce que a partir de de las frecuentes interacciones con Francisco y de la transferencia lateral de la 6° sesión Pedro reporto tener otra impresión de su hermano mayor.	Mencionó: “mi hermano en ese sentido me apoyo, fue diferente como se cambiaron los roles”.
Experiencia familiar correctora	Se observó que este factor se extendió hacia otros integrantes de la familia de Pedro.	Pedro narró: “mi hermano dijo que él estaba de acuerdo en que él iba a expresar sus sentimientos”.  Su papá hablo de cosas que no había expresado antes, les dijo que: “ellos son imparciales, su mamá les ha inculcado cosas

		<p>buscó alternativas de solución.</p> <p>Dijo: "el problema principal que yo tengo es resentimiento y enojo contra mí mismo y contra mi papá, y otras personas. Yo pensaba que igual ya lo tenía superado, pero no, nada mas lo había minimizado".</p> <p>"para arreglarlo va a tener que ser un proceso de reconocer que si están presentes".</p>
Identificación	Francisco se identificó con el sentimiento que Pedro admitió.	Señaló: tener resentimiento de cómo lo trataban a él y a sus hermanos.
Transferencia lateral	Al final de la sesión Pedro agradeció a su hermano mayor porque "en lugar de lastimarlo le ayudo a aceptar el miedo".	No obstante se observó que en la 4ª sesión Francisco fue quien primero le ayudo a aceptar este sentimiento al haberle preguntado: "¿tienes miedo al fracaso?". De este modo se presumió una transferencia lateral al haberse dado el agradecimiento en el grupo.
Insight	Pedro reportó que se habían reunido con su familia y que se dio cuenta del apoyo que le han	Mencionó: "tengo personas que me apoyan afectivamente".

Transferencia lateral	Al final de la sesión Pedro agradeció a su hermano mayor porque "en lugar de lastimarlo le ayudo a aceptar el miedo".	No obstante se observó que en la 4ª sesión Francisco primero le ayudo a aceptar este sentimiento al haberle preguntado: "¿tienes miedo al fracaso?". De este modo se presumió una transferencia lateral al haberse dado el agradecimiento en el grupo.
Insight	Pedro reportó que se habían reunido con su familia y que se dio cuenta del apoyo que le han proporcionado.	Mencionó: "tengo personas que me apoyan afectivamente".
Experiencia familiar correctora	Se apreció un cambio que coincidió con el factor experiencia familiar correctora, pues Pedro hablo de lo sucedido en su reunión familiar.	Señaló que él y su padre "pudieron perdonarse, reconciliarse y abrazarse".
Insight	Pedro indicó que reconoció que detrás de su problema de inseguridad se encuentra él mismo y sus padres.	Dijo: "tiene que ver él, refiriéndose a su padre, mi mamá y parte de mí".
Identificación	Francisco se identificó con el resentimiento del que Pedro hablo y aceptó que él también lo había minimizado.	Comentó que: "el darse cuenta que aún está presente le molesta".
Interacción	A través de la siguiente secuencia se observó una interacción.	Pedro: "si harían una disección ¿qué cosas buenas, malas habrían

		<p>dentro de ti?".</p> <p>Francisco: "rencor, me duele el cuello, demasiado rencor, siempre he perdonado muy rápido a las personas, no siento que sea vengativo, ni rencoroso".</p>
Ventilación	<p>Se consideró que la secuencia anterior le permitió a Francisco hablar de situaciones relacionadas con sus conflictos.</p>	<p>Dijo: "tengo brotes de insomnio de años".</p> <p>Señaló que desde la secundaria disminuyó considerablemente su ingesta de alimentos y en estos momentos continuaban sus problemas. Dijo: "... a comer todavía no".</p> <p>Hablo de "encierro, desesperación, decepción y frustración". Añadió: "ahorita todo me duele, no he podido hacer deporte, no he podido estar bien en la escuela".</p>
Identificación	<p>Los temas que surgieron propiciaron que Francisco y Pedro se identificaran en torno a un estado de ánimo depresivo y de rechazo.</p>	<p>Pedro: "las personas que están a mi alrededor me dicen: - No me conviene sentarme contigo por el estado de ánimo que traes-".</p> <p>Francisco hizo mención a un estado de ánimo "contagioso...como un</p>

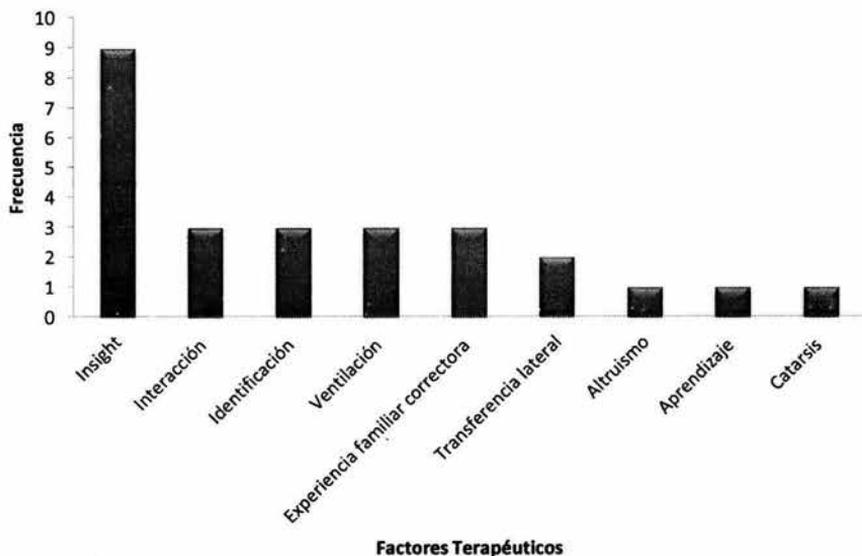
		espiral depresivo”
Interacción	Antes de que finalizara la sesión surgió una interacción.	Pedro le recomendó a Francisco “escribir aunque sea en un renglón las cosas que le pasan para que no las olvide”.
Aprendizaje	En esta última sesión Pedro hablo de las aportaciones que obtuvo de sus compañeros.	<p>Comentó acerca de Marcos: “me sirvió que él esperaba que su papá fuera el que tomara la iniciativa para mejorar la relación... fue bueno darme cuenta que yo podía dar el primer paso”.</p> <p>Respecto a Paulina dijo: “me ayudó cuando compartió la experiencia de una persona que la molestaba (taxista). Uno tiene la tarea de ir recuperando el valor para poder abrirte con tus papás. Tal vez te puedan tratar a veces un poco mal, pero en el fondo te quieren y te pueden ayudar a pasar eso”.</p> <p>En relación a Mónica indicó: “nos abrió su corazón para decirnos cosas que le afectaban. Esto te ayuda a abrir los ojos, de cómo hay problemas, cuando no resolvemos lo de nuestras relaciones con las</p>

		<p>personas a las que les tenemos mucho afecto”.</p> <p>Agradeció a Francisco “por sus muestras de apoyo” (de la misma manera en la que agradeció a su hermano mayor en el grupo).</p>
Interacción	Marcos le dijo a sus compañeros lo siguiente:	<p>A Pedro le dijo: “Ah pues, yo siento que tienes miedo a vivir, miedo a regarla. Siento que, yo también siento ese miedo...pero de tus errores aprendes y mucho...siempre vas a tener el apoyo de alguien”.</p> <p>A Francisco: “No tienes que tenerle miedo a tu papá. Tienes que hablar con él y decirle: déjame aprender a mi modo. Si no me sirve pues va a ser culpa mía, yo la voy a regar no tú, es mi vida”.</p>
Experiencia familiar correctora	Se observó que Marcos acepto el cambio de su padre. Se infirió que para esto influyeron los comentarios de sus compañeros cuando le sugirieron que no tenía porque dudar sino valorar el esfuerzo que hacia su papá.	Refirió: “Pues para bien, su cambio me gusta. Después de 17 años de no llevar una relación, poder platicarle como me fue es ¡wow!, aunque sí, me costó trabajo adaptarme”.
Insight	Pedro realizó un proceso de integración ya que señaló que su papá también tenía cosas	Expresó: “descubrí que sí, mi papa si tiene como un lado feliz”.

	positivas.	
Insight	Pedro señaló que a través del grupo logro entender algunos conflictos.	Comentó: "pero si es bueno...algo que reprodujiste...lo tenías..."

*Nota:* Los factores que se encontraron en la Etapa 3 fueron: identificación, interacción, insight, altruismo, ventilación, aprendizaje, experiencia familiar correctora, transferencia lateral y catarsis (ver Gráfica 4.6).

**Gráfica 4.6. Frecuencia de los Factores Terapéuticos en la Etapa 3:  
Terminación**



*Nota:* Se advirtió que el factor de insight se presentó en mayor medida, los factores de interacción, identificación, ventilación y experiencia familiar correctora tuvieron la misma frecuencia y la presencia del resto de los factores no fue significativa.

### 4.3. Algunos Tipos de Relaciones que se presentaron

Se ejemplificó con algunas viñetas clínicas los tipos de relaciones observadas; considerando las etapas del desarrollo del grupo (Alonso 1995) y los factores terapéuticos que se presume que estuvieron involucrados.

**Tabla 4.3.1. Algunos Tipos de Relaciones que se presentaron**

ETAPA	TIPO DE RELACIÓN OBSERVADA	VIÑETA CLINICA	FACTORES TERAPÉUTICOS QUE PODRÍAN ESTAR INTERACTUANDO
Etapa 1: Compromiso (2° sesión)	Fraternal	Paulina dice... que se lleva más o menos con su hermana porque todo lo hace bien y sus padres la prefieren a ella. Sus compañeras le comentaron que "se alien que tal vez su hermana esté harta de ser la número 1".  Mónica comentó que "si se hartan de ser la número 1", ya que en su caso su hermana es la que se siente menos y han habido comparaciones (de parte de sus padres)". Le recomendó que se acercara y platicara con su mamá.	Interacción, Empatía e Identificación
Etapa 2: Diferenciación	Paterna	Marcos dudaba del cambio de actitud de su papá y	Interacción, Empatía, Cohesión

(4° sesión)		Pedro le dijo: "una base sería tener la seguridad de que siente amor por ti, no habría porque desconfiar que hay algo oculto...valora cualquier esfuerzo o cambio de actitud".	y Experiencia familiar correctora
	fraternal	<p>Paulina relató que un taxista la seguía y la molestaba, una compañera se identificó y habló de lo que a ella le había sucedido, el grupo le aconsejó: "no hay que dejar pasarlo, afecta demasiado a tu vida".</p> <p>Francisco le recomendó "levantar una denuncia por acoso sexual por si le pasa algo" y ofreció su apoyo; ya que éste paciente tenía conocimiento de leyes.</p>	Identificación, Interacción, Cohesión y Empatía
	Fraternal	<p>Francisco comentó que le mintió a su novia. Sus compañeros le señalaron que le dijera la verdad, ellos dijeron: "la comunicación es la base de una relación"; "dale un valor o reconocimiento a la persona"; "una mentira te lleva a otra y a otra y nunca se acaba".</p> <p>Después, él hablo de falta de respaldo en sus</p>	Ventilación, Interacción, Cohesión, Empatía y Aprendizaje



		<p>proyectos y sus compañeros le señalaron: "no le puedes dar gusto a todos; date gusto a ti y quiérete".</p> <p>"no vas a alcanzar la perfección, pero si la constancia de hacerlo mejor cada vez...".</p>	
<p>Etapa 3: Terminación (8° sesión)</p>	<p>Fraternal</p>	<p>En las primeras sesiones Pedro hablaba de rivalidad y competencia con su hermano mayor, en esta etapa mencionó: "mi hermano... me apoyo, fue diferente como se cambiaron los roles".</p>	<p>Transferencia lateral, Interacción, Cohesión, Aprendizaje, Empatía y Experiencia emocional correctiva</p>
<p>(9° sesión)</p>	<p>Paterna</p>	<p>Pedro dijo que se había reunido con su padre y logró "perdonarse, reconciliarse y abrazarse con él".</p>	<p>Interacción, Transferencia hacia el terapeuta, Identificación, Empatía, Cohesión, Experiencia familiar correctora y Aprendizaje</p>
<p>(9° sesión)</p>	<p>Familiar</p>	<p>Inicialmente, Pedro señalaba que no contaba con el apoyo de su familia; en esta etapa comentó: "tengo personas que me</p>	<p>Experiencia familiar correctora, Cohesión, Insight, Interacción y Aprendizaje</p>

		apoyan afectivamente".	
--	--	------------------------	--

*Nota:* en la 9° sesión (tipo de relación paterna), se consideró que lo que ejemplificó la viñeta fue uno de los resultados del tratamiento; en el que influyeron las respuestas de los terapeutas y del grupo en general.

#### **4.4. Logros Terapéuticos de acuerdo al Modelo de Yussif (1994).**

Se presentan los objetivos que se alcanzaron con ciertos integrantes del grupo.

- ✓ PROMOVER RELACIONES AFECTIVAS FUERA DEL NÚCLEO FAMILIAR.

Por ejemplo, en la primera sesión Paulina mencionó que tenía problemas familiares.

*Expresó: "siento mucho rechazo de mis papás porque no entre a la Universidad...ellos me critican mucho". Además señaló que había mala comunicación e incomprensión de parte de ellos.*

En la tercera sesión hablo de falta de apoyo y de credibilidad de sus padres.

*Dijo: "El que no crea tu papá y tu mamá que lo vas a hacer, entonces piensas quien cree... Esas críticas si te destruyen..." Agregó que tiene resentimiento hacia ellos.*

En la cuarta sesión a partir del problema con el taxista que la molestaba comentó que sus padres la apoyaron y se preocuparon por ella.

*Señaló: "no tengo una comunicación con mis papás, se molestaron porque no les había contado... me apoyaron y yo no sentía apoyo de parte de ellos, los dos van a ir a levantar un acta conmigo" Concluyó: "si les importo...sacaron el tema de mi novio, pensé que no se daban cuenta, la que no está viendo soy yo."*

En la sexta sesión, después de la plática que Paulina había tenido con sus padres, señaló que finalizó la relación con su novio.

*Manifestó: "era como mi papá, pero como mi novio, no podía salir con mis amigos, por todo preguntaba".*

Asimismo se presentaron cambios en las relaciones fraternales, en la primera sesión Paulina habló de:

*"competencia" y "rivalidad" con su hermana menor así como de llevarse "más o menos con ella porque todo lo hace bien".*

En la sexta sesión el grupo habló de las relaciones entre hermanos y Paulina participó señalando:

*"al hermano menor se le protege, buscando que no le suceda lo mismo que al hermano mayor".*

También durante la sexta sesión Pedro habló de lo que le había sucedido en diversos contextos. Encontrándose similitudes en las descripciones que hizo de las personas con las que se relacionaba; ya que le hacían sentir temor, ansiedad y amenaza.

En las relaciones de pareja comentó que:

*"si alguien le gusta se pone ansioso porque predice en todas ocasiones el fracaso y por ello prefiere detenerse". La última relación que tuvo fue hace 4 años y la refirió como inestable.*

*Además señaló: "si me he dado cuenta que tengo demasiada precaución con las chicas, ya no tengo soltura para ligar...si abres tu corazón pueden herirte".*

En el ámbito laboral narró que había tenido un jefe "autoritario y opresivo" que le gritaba.

*Dijo: "me traumo con sus palabras, sus llamadas de atención eran muy fuertes. Estaba asustado, la relación con él fue muy violenta, me daban muchas ganas de llorar y no podía... A partir de ahí en muchas cosas siento mucha ansiedad, siento que mis sentimientos están muy sensibles".*

En lo académico su profesor mantenía la idea de que la letra entra con sangre y esta situación lo hacía sentir intensamente estresado.

*Expresó: "te acorralaba, detectaba tu punto débil para humillarte. Su pedagogía era atacar el sistema límbico para ver si reaccionaban enfrente de todos los demás, te deja humillado. Llegaba a mi casa y quería llorar".*

En su familia sus papás lo corregían con golpes, principalmente su mamá, sin llegar a un grado extremo de violencia. En la séptima sesión hablo específicamente de lo que sucedía con su padre.

*Comentó: "no tengo mucha comunicación con mi papá... Siento que no me ha enseñado a sobrevivir por mi propia cuenta... no he recibido apoyo de parte de él".*

Después, en la octava sesión Pedro narró que hablo con su familia y les expresó lo que sentía.

*Refirió: "fue muy útil escuchar lo que opinaban los demás y también lo que yo pensaba de mi familia...me hizo reflexionar sobre algunos aspectos que me lastimaban...".*

En esa misma sesión Pedro consideró restablecer la relación con personas que eran descritas igual que su padre.

*Dijo: "he estado reconsiderando la relación con mis asesores".*

En la novena sesión reportó que se reunió con su familia y él y su padre pudieron:

*“perdonarse, reconciliarse y abrazarse”.*

En la decima sesión realizó un proceso de integración, así consiguió ver características que omitía de su padre.

*Expresó: “descubrí que mi papa si tiene como un lado feliz”.*

Pedro también logró establecer una relación más sana con su hermano mayor. Este proceso se ejemplificó en el factor transferencia lateral e interacción.

Otros objetivos que se encontraron:

- ✓ PROPICIAR LA CAPACIDAD DE INSIGHT (DARSE CUENTA DE SU PROBLEMÁTICA)

Este punto quedo representado en el factor terapéutico de insight

- ✓ PROMOVER LA SEPARACIÓN – INDIVIDUACIÓN (ASPECTOS FAMILIARES)

En la quinta sesión Pedro señaló que después de varios intentos consiguió mudarse.

*Dijo: “Siento que me haría sentir mejor ser capaz de valerme por mí mismo, me preocupo por mi mamá que también tiene problemas emocionales; tratare de hablarle regularmente o visitarla. Siento que me hace más daño quedarme”.*

- ✓ PROPICIAR LA AUTONOMÍA, TOMA DE DECISIONES (ASPECTO ACADÉMICO Y LABORAL)

Este objetivo se observó en la decima sesión.

*Pedro mencionó: “No sé qué hubiera pasado si no hubiera tenido éste apoyo (refiriéndose al apoyo que le proporcionó el grupo), porque a lo mejor seguiría cancelando proyectos y oportunidades. Acabo de negar*

*una participación muy importante en un congreso fue una decisión mía, que nadie me la impuso. Fue padre que ya no le hecho la culpa a los demás ahora sé que la decisión principalmente es mía”.*

Asimismo en la segunda sesión se apreciaron principios de autonomía en Mónica.

*Dijo: “siento impotencia de no poder hacer las cosas, temor, desesperación ante los cambios y miedo de buscarlos. Traigo problemas cargándolos desde la infancia”.*

Posteriormente en la cuarta sesión se apreció un cambio.

*Comentó: “Trato de ser mas independiente, valerme por mí misma, en la parte económica generarme mis ingresos, me cuesta trabajo pedirles dinero a mis papás...trato de liberarme más de mis padres, sin alejarme más de ellos”.*

- ✓ TOMA DE DECISIONES Y AUMENTO DE HABILIDADES PARA ENFRENTARSE AL FUTURO

En la primera sesión Mónica expresó que tuvo que decidir entre dos carreras, y no estaba conforme con la que eligió. En cambio, en la tercera sesión mencionó que empezó a sentir gusto por su carrera pues ingreso a un taller de teatro y ésta era su segunda opción para estudiar. Al tener sus dos opciones juntas señaló que se sentía mejor.

*Dijo: “ya no me dio gripe, reflexione acerca de mi carrera y voy a continuar estudiando. Considero que estoy mejor en comparación de otras veces”.*

- ✓ DISMINUCIÓN DE LA ANGUSTIA

Francisco en la decima sesión señaló sentirse “un poco aliviado”.

*Agregó: “Sin el apoyo de un grupo no es lo mismo que estando tu solo”.*

- ✓ PERMITIR QUE LOS SENTIMIENTOS LLEGUEN A LA CONCIENCIA Y RECORDAR EL PASADO.

Este punto se ilustró a partir de los factores terapéuticos: abreacción y catarsis

- ✓ AUMENTAR SUS HABILIDADES PARA ENFRENTARSE AL FUTURO Y FORTALECER SU AUTOESTIMA

Pedro mencionó en la novena sesión:

*"Me siento más fortalecido para solucionar las cosas".*

En la decima sesión concluyó:

*"Me han dado las herramientas puedo por mi mismo salir adelante".*

- ✓ APRENDER A SUBLIMAR NECESIDADES INSTINTIVAS.

Se identificó a través del motivo de consulta de Francisco, al presentar depresión e ideación suicida, así como, en los siguientes comentarios que hizo durante las sesiones:

*"deprimido, de malas, angustiado, la verdad he sido una bomba de tiempo".*

*"A veces cuando estaba deprimido no pensaba en matarme, sino mas bien echarme en la cama y dejar de existir".*

*"me dio una racha de molestia, de rebeldía, es lo que me está moviendo, no es lo más positivo pero es mejor que estar todo el día tirado en la cama...no estoy viviendo lo que quiero eso me entristece... Prefiero sentir enojo a no sentir nada".*

En la decima sesión cuando se le cuestionó sobre los objetivos que logró, se apreció la sublimación del instinto de destrucción.

*Expresó: "Pues no me he matado, eso ya es un paso (río)... Aquí igual y no he mostrado mucho progreso pero se te queda clavadita la espina y pues a lo largo de la semana yo lo termino resolviendo".*

✓ PARTICIPACIÓN LIBRE Y ESPONTANEA

Este punto coincidió con los factores terapéuticos de: ventilación e interacción principalmente.

Ahora bien recordando que este es un proceso formativo el siguiente objetivo terapéutico se ligó de manera directa con la función realizada por los terapeutas, que reflejaba también lo que sucedía con los psicólogos del Grupo de Observadores.

✓ FORTALECIMIENTO DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

Francisco señaló en la tercera sesión que no había acudido a la anterior porque había discutido con su papá y estaba muy enojado. Durante la sesión se mostró resistente para hablar del tema y dijo que tenía problemas con las figuras de autoridad. A pesar de lo anterior, el terapeuta 1 le insistió a Francisco para que hablara de lo que le había sucedido y le dijo que era importante que continuara en el grupo.

No obstante se observaron dificultades como, la dificultad para ahondar en la depresión e ideación suicida de Francisco; ya que los terapeutas evadían tocar el tema o se dirigían a otros integrantes.

Por otro lado se observó que el Grupo de Observadores y los terapeutas presentaron dificultades para entender a las mujeres.

En la primera sesión Karla solicitó ayuda para cambiar su manera de actuar, señaló:

*“yo vine porque tengo pensamientos negativos, algunas veces pienso que todo el mundo está en mi contra, y vengo a cambiar esos pensamientos”.*

En la segunda sesión, a pesar de que solicitó que se le cambiara a terapia individual, continuó demandando ayuda y además hablo de situaciones que le generaban conflicto, manifestó:

*“necesito cambiar respecto a mis conductas hago cosas que no debo hacer, siento que aquí no puedo”.*

*“estoy de turista y no puedo trabajar, eso no lo había dicho, ahorita me rechazaron la maestría y eso me frustra”.*

*“... pensaba que mi mamá no me querían por mi pensamiento, me pesa como una mochila de culpa y a veces odio a la gente, siento miedo de hacer lo mismo... siento como culpa, ya no tanta, ya no quiero hacerlo pero siento miedo de volver a hacer lo mismo”.*

Finalizada la sesión, durante la supervisión los terapeutas y el Grupo de observadores señalaron un sentimiento de devaluación proveniente de lo sucedido con Karla. Las respuestas fueron:

*El Terapeuta 1 dijo que: “siempre le he sacado a ser confortativo” y se sintió agredido.*

*El Terapeuta 2 “no se preocupó por lo que pasaba con esta paciente porque tenía miedo de que se fueran los demás”.*

*Un integrante del Grupo de Observadores manifestó “sentimientos de coraje e impotencia” y la mayoría de éste grupo concordó con este sentimiento.*

También en la séptima sesión se presentaron dificultades con Mónica. Ella hablo de violencia física y psicológica en su hogar, ante esta narración lloró y

permaneció abatida; esto produjo un silencio muy largo en el grupo. Se observó que los terapeutas permanecieron consternados, no obstante Pedro se dirigió a Mónica y le dijo:

*"creo que es una virtud ser fuerte, mi abuela sobrevivió a situaciones muy adversas y ella siempre opto por luchar".*

Asimismo se apreció que en ésta sesión uno de los terapeutas interrumpió a ésta paciente y a Pedro cuando hablaron de su padre.

En la cuarta y quinta sesión, Paulina produjo respuestas contratransferenciales en los terapeutas, lo que ocasionó dificultad para entenderla.

*El terapeuta 1 señaló: "me harta Paulina, me desespera, ya sé de donde viene".*

*Después dijo: "Habla y habla y se queja y no dice nada". Agregó que "la paciente le recordaba a su mamá".*

*El terapeuta 2 dijo: "Su discurso es repetitivo, parecería que es un discurso que utiliza para llamar la atención de los demás".*

Se observó en las gráficas 4.1- 4.3 los puntajes de las áreas que les representaban mayor conflicto a los pacientes, sobresalió el área familiar como la más afectada.

Se encontró que cuatro pacientes (una mujer y tres hombres) presentaban dificultades, tanto en el área familiar como en el área de amistades, por lo que se consideró que esta situación contribuyó a que ella y uno de los hombres abandonaran el grupo en las dos primeras sesiones. Durante éstas, la paciente tuvo una actitud altamente demandante y solicitó terapia individual; situación que provocó un sentimiento de devaluación en los terapeutas y en el Grupo de Observadores, lo que impidió que se le comprendiera y que se le ayudara.

Otro paciente que sólo hablo en dos ocasiones y en esa misma sesión solicitó terapia individual y que reportó en su motivo de consulta dificultad para relacionarse, ansiedad y desconfianza, se infirió que influyeron para que no se quedara en el grupo. Este paciente también tuvo las puntuaciones más elevadas en el total de las áreas afectadas, seguido de dos de sus compañeros, los tres integrantes refirieron depresión en sus motivos de consulta. Aun así dos de ellos permanecieron durante todo el proceso.

Se apreció, a través del análisis de los factores terapéuticos el grupo ejerció una función terapéutica que se reflejó a partir de los cambios que se presentaron en algunos pacientes. Los cuales se observaron secuencialmente durante las etapas del grupo que se consideraron (Alonso 1995).

Respecto a lo encontrado en las etapas del desarrollo de grupo, en la primera etapa (compromiso), se presentó el mayor número de identificaciones entre los integrantes y fue disminuyendo en las etapas restantes (ver gráfica 4.4.).

Las identificaciones que se presentaron generaron una conciencia de que no era sólo un integrante quien tenía problemas. Además se presentó una cohesión inicial inducida por la división que surgió en el grupo durante la segunda sesión, este evento provocó que varios integrantes se unieran y manifestaran apoyo y aceptación grupal.

A pesar de estas muestras de cohesión, tres integrantes desertaron del grupo; anteriormente se revisaron algunos de los posibles motivos del porque dos de ellos solicitaron terapia individual y otra de las paciente ya no se presentó.

En la etapa 2: diferenciación se encontró que el factor de interacción presentó la mayor frecuencia especialmente en los temas que correspondían a la familia y a las relaciones interpersonales (ver gráfica 4.5.). En algunos casos este factor fue posterior al de ventilación y en esta secuencia, interacción – ventilación, se reflejó escucha, apoyo y comprensión.

La confianza también se apreció a través del factor transferencia lateral cuando surgió el tema de la relación entre hermanos. Los integrantes primero hablaron de los conflictos que tenían, consecutivamente adquirieron un rol dentro del grupo; en este caso, en el rol del hermano menor se observó la expresión de enojo, envidia y reclamo y en los roles de los hermanos mayores se generó una respuesta latente de enseñanza y protección.

En la tercera etapa (terminación), el insight presentó una frecuencia elevada en relación al resto de los factores (ver gráfica 4.6). Este factor se observó principalmente en el paciente que permaneció durante todo el tratamiento y se produjo en su entorno familiar y en sí mismo.

Asimismo se encontró que el factor de experiencia familiar correctora inicio en la etapa de diferenciación pero hasta esta etapa, terminación, los resultados fueron evidentes. Se advirtió que para que se presentara este factor influyeron las interacciones grupales, por lo que a partir de éstas, un paciente logró disipar la duda del cambio que presentaba su papá.

También al final del tratamiento este paciente reportó modificaciones en la relación padre – hijo, en la comunicación y en la confianza. Resulta necesario señalar que el cambio del padre de este paciente coincidió con un evento que se presentó simultáneamente, de acuerdo al paciente los cambios surgieron cuando su papá llevo a su hermano menor al CSP a la aplicación de la historia clínica y le hicieron ver varias cosas.

En esta etapa se presencié una transferencia cuando un integrante solicitó a los terapeutas conocer al Grupo de observadores. Esta acción dentro del grupo propició que ese mismo día este paciente hablara con su papá de situaciones que le molestaban. Se pensó que en este caso surgieron representaciones que propiciaron la reproducción de relaciones de autoridad en donde el terapeuta tuvo un rol de padre diferente. Además esta acción trascendió e influyó para que su hermano y su padre también se expresaran.

Finalmente se observó que todos los factores fueron interdependientes y se influyeron unos a otros.

En cuanto a los logros terapéuticos del modelo de Yussif, se encontró que cuatro de los ocho integrantes lograron realizar situaciones que requerían de una rápida atención. Un paciente logró mudarse de su casa después de varios intentos realizados, este evento sucedió a la mitad del proceso (5° sesión). Además se observó indicios de autonomía en dos pacientes así como respuestas que indicaron que ellos mismos estaban tomando sus propias decisiones, circunstancias que en un principio señalaron que no podían llevar a cabo.

Un hombre y una mujer reportaron, cambios en su núcleo familiar y posteriormente hablaron de modificaciones en la relación de pareja y en la relación académica. Asimismo se observó que los integrantes más constantes al final presentaron una ligera disminución de la angustia y un aumento en sus habilidades para enfrentarse al futuro.

Por otro lado, en los resultados también se apreció como influyó la labor terapéutica. Frecuentemente los terapeutas reflejaron los fenómenos que sucedían en el Grupo de Observadores. Por lo que lo siguiente no sólo concernirá a los terapeutas sino también a los psicólogos de dicho grupo.

Se consideró que la gráfica de asistencia (ver gráfica 1.A.) permitiría explicar que con ciertos pacientes fue más fácil de establecer una relación terapéutica; sin omitir que existen un sinnúmero de motivos por los cuales los pacientes no continúan. En esta gráfica se observó que los hombres fueron quienes prevalecieron y terminaron el proceso.

Se observó que el segundo integrante más constante, tuvo una participación significativa dentro del grupo, sus intervenciones y contribuciones fueron importantes para que uno de sus compañeros tuviera una perspectiva diferente de apoyo y comprensión hacia su hermano mayor, rol desempeñado por este paciente tanto en el grupo como en su familia. No existieron evidencias de un

cambio directo en éste contexto, sin embargo pensamos que el rol que él tuvo en el grupo le generó un aprendizaje que implicaba “no solo dar sino también recibir” (comentario realizado por la Supervisora durante la clase).

Cuando este paciente hizo referencia a sus problemas de depresión e ideación suicida los terapeutas lo evadían. En cambio con las mujeres existieron dificultades para establecer una adecuada relación con ellas (alianza terapéutica).

En la gráfica D.1 se observó cómo fue disminuyendo progresivamente la asistencia de las mujeres hasta que en la etapa de terminación sólo permanecieron los hombres. Ésta gráfica reflejó lo que se mostró en la tabla del anexo E, es decir, que desde el principio existieron dificultades para comprenderlas.

Durante la supervisión se atendió las dificultades que se presentaban, pero principalmente se proporcionó una explicación a los fenómenos que se experimentaban (ver anexo B).

Para terminar se encontró que todos los puntos anteriores se conjugaron en esta búsqueda de indicios de reestructuración en los vínculos de los pacientes, influyendo para lo anterior:

La modalidad grupal que propició representaciones del grupo primario, los factores terapéuticos que generaron conductas diferentes dentro del grupo y que posteriormente se llevaron principalmente al contexto familiar, las alianzas y los roles que adquirieron los integrantes(ver anexos C y D), la labor terapéutica y la supervisión(ver tabla 1D).

## ***CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN***

---

Las fichas de admisión y el cuadro de las aéreas afectadas mostraron que existieron ciertas similitudes entre los pacientes, principalmente, en lo que respecta a los problemas reportados en el área familiar, que además sobresalió como el área más afectada (ver Gráfica 4.1). Se esperaba entonces que en el grupo se abordaran los conflictos que presentaban en esta área. Lo anterior se confirmó durante el proceso, pues en todas las sesiones ellos hablaron de los problemas que tenían con integrantes de sus familias.

Se observó que aquellos pacientes que solicitaron terapia individual eran quienes mostraron mayor grado de dificultad en sus relaciones personales y presentaban severos problemas familiares (ver Gráfica 4.3) que involucraban en un caso abandono de parte de los padres y en el otro una nula relación con el padre. Por lo que se consideró que estos antecedentes de vida influyeron para rechazar al grupo y solicitar terapia individual. De acuerdo a López-Yarto (1997) en el grupo se manifiestan las experiencias que posee el individuo provenientes de éste primer grupo, en estos casos las experiencias eran difíciles y dolorosas.

Una de las pacientes que también solicitó terapia individual y que continuó en el grupo no reportó problemas en el área familiar. No obstante, en una de las sesiones refirió violencia intrafamiliar a nivel psicológico y físico por lo que se consideró que el grupo influyó para que lograra expresar sus conflictos familiares. En esa sesión (7°), al igual que ella, el resto del grupo exteriorizó los conflictos que tenían con los integrantes de su familia. Por tanto, en el grupo existió la confianza necesaria para que se presentaran los factores terapéuticos.

### **Respecto a los factores terapéuticos que se identificaron en las etapas del desarrollo del grupo:**

El factor de universalidad que señala Alonso (1995) es importante y fundamental al inicio del tratamiento (etapa 1: Compromiso), sin embargo se considero que es más viable observarlo a partir de las identificaciones que surgieron entre los

integrantes (ver Gráfica 4.4). Por lo que la universalidad e identificación como factores podrían medirse a partir de la presencia de uno o de otro. La conciencia de similitud que es una característica de estos factores agilizó la aparición de otros factores que requerían de mayor confianza como los que se observaron en la etapa 2 de Diferenciación (ver Gráfica 4.5), tal fue el caso de los factores de ventilación e interacción que fueron fundamentales para que los integrantes abordaran sus conflictos, ya que al expresarlos en el grupo obtuvieron a través de sus compañeros como señala Puget, et al., (1991) gratificaciones directas, apoyo, orientación y alivio de sentimientos de culpa.

Cabe mencionar que lo anterior también se obtuvo a través de los factores transferencia y experiencia familiar correctora. Como se sabe la transferencia (o transferencia lateral) es un proceso inconsciente, en donde existe una proyección de sentimientos y deseos sobre el terapeuta (u otros integrantes) (Kaplan & Sadock, 1998). Se encontró que para que se presentaran las transferencias influyeron: 1) los temas que surgieron en el aquí y el ahora; 2) las identificaciones, proyecciones e interacciones que se generaron en el escenario grupal; 3) las alianzas que se establecieron entre ellos; y 4) el rol que tuvo cada integrante en el grupo (ver Anexos B y C). Lo que propició que se estableciera una red de comunicación entre los integrantes a través del tiempo y se fundamentó en las experiencias compartidas, el desarrollo de relaciones y el aumento en comprensión, primero entre ellos y posteriormente con sus familiares como propone Foulkes al hablar de la matriz grupal (como se citó en Alonso, 1995).

La transferencia se reconoció a partir de los cambios que reportaron con las personas con las que interactuaban cotidianamente. De acuerdo a Pichon-Rivière (como se citó en Fumagalli, 2007) que establece que por medio de la transferencia se da el aprendizaje como una apropiación de la realidad que implica una re-estructuración de los vínculos del individuo, quien requiere reconocerse como temporal en un aquí-ahora en relación con su pasado.

En relación al factor experiencia familiar correctora, se observó que durante el tratamiento los integrantes repitieron la manera en la que se relacionaban en sus

familias de origen, pero a su vez, a través de las expectativas que tenían del grupo ellos establecieron nuevas formas de relacionarse y de tratarse. Estas situaciones coincidieron con lo referido por Grotjahn (1979), Vinogradov y Yalom (1996), pues los integrantes no sólo repiten la manera en la que se relacionan en sus familias, sino que al interactuar reeditan y le dan otro sentido a las relaciones que les generaban conflicto. Asimismo, se consideró la hipótesis de que en esta breve intervención la experiencia familiar correctora posibilita que los pacientes lleven a cabo en otro momento y en otro contexto lo que realizaron en el grupo.

La cohesión es un factor cuestionado en los tratamientos breves, sin embargo Vinogradov y Yalom (1996) señalan que la naturaleza de este factor y el modo en que se manifiesta cambia notablemente según la fase en la que se encuentre el grupo, pues éste está presente durante todo el tratamiento. Lo que señalan estos autores coincidió con los resultados, ya que la cohesión inicialmente se reflejó en apoyo y en aceptación grupal y, más adelante, facilitó la ventilación que posibilitó que los integrantes examinaran algunos de sus conflictos. A través de los factores de ventilación, abreacción y catarsis se observó la expresión de sentimientos y de acontecimientos suprimidos, advirtiéndose en los discursos de la mayoría, enojo y resentimiento, principalmente hacia la figura paterna. Estas situaciones que involucraban parte de sus conflictos causaron una identificación colectiva y la polarización de estos sentimientos.

En la última etapa (etapa 3: Terminación), el grupo en general contribuyó a los insights que algunos pacientes reportaron (ver Gráfica 4.6). Se encontró que este factor propició la comprensión de los problemas y dio la posibilidad de responsabilizarse, lo que influyó en cambiar la forma de relación.

Lo revisado a través de los factores terapéuticos permitió pensar que en general el factor aprendizaje estuvo presente en el tratamiento. En un nivel de aprendizaje o re aprendizaje en el que influyó el otro, pues el otro actuó como el modelo de un otro o de sí mismo. Lo que coincide con el factor de reacción de espejo que plantea Foulkes (como se citó en Kissen, 1994; en Käes, 1995).

Con la intención de tener una mayor comprensión de cada factor terapéutico se pensó en valóralos por separado. Pero como bien señala Yalom (1986) a éstos se les consideran como entidades separadas cuando son interdependientes. Lo cual coincidió con lo observado en donde los factores no actuaron como entidades separadas sino de manera interdependiente.

De manera general, algunos de los factores terapéuticos como la identificación y la cohesión que se reportaron coincidieron con los que se encuentran en las etapas propuestas por Alonso (1995). Se consideró que a través de los factores no sólo se evidencia la función que éstos ejercen en el grupo sino que también permiten ver que los factores se entrelazan con otros componentes de esta modalidad terapéutica como lo son los criterios de exclusión e inclusión, selección de pacientes, la condición de homogeneidad y los objetivos terapéuticos.

#### **Respecto a los objetivos del modelo de Yussif (1994):**

Se pensó que los objetivos que lograron algunos integrantes eran situaciones que requerían de una rápida atención, ya que estas comprendían adquirir autonomía e independencia. Yussif (2003) afirma que estos dos recursos le permitirán al adolescente tardío obtener una identidad propia y encaminarse en el logro de la autonomía emocional y económica.

El adolescente tardío requiere de apoyo y aceptación de sus padres, pues ellos influyen en su constitución como un individuo autónomo, capaz de desempeñarse socialmente asumiendo roles de adulto (Esteinou, 2005). Pero los resultados apuntaron lo contrario ya que hablaron de falta de apoyo, incompreensión, nula relación o dificultades en la relación con el o los padre (s), etc.

Además, la mayoría de ellos presentaban baja tolerancia a la frustración y Coderch (2006) explica que esto sucede porque el individuo no posee en su mundo interno un objeto bueno y suficientemente sólido en el que apoyarse y con el cual sentirse acompañado. Esto se encontró en el discurso de varios pacientes

al reportar directa e indirectamente altos niveles de ansiedad, frustración, la falta de apoyo y el sentimiento de vacío.

Se observó que lo anterior también se asoció a las dificultades que presentaban algunos de los pacientes para lograr la autonomía emocional y económica, pues implicaba lo que señalan Glenn y Stewart (1965), una separación física y emocional de los padres. Siguiendo a estos autores, estas dificultades que presentaban los pacientes ocasionan una prolongación de la adolescencia en las que las fuerzas que originan dicha prolongación actúan como retardadoras de la madurez.

A partir de lo que refieren Glenn y Stewart (1965) y de los objetivos del modelo de Yussif (1994), se pudo ver la función preventiva de esta intervención terapéutica en la que se propició la autonomía familiar y económica, promoviendo las herramientas básicas que les ayudaron a tomar decisiones en los ámbitos en los que se encontraban. La intervención resultó significativa porque por un lado los pacientes comenzaron a atender algunos de los conflictos que les obstaculizaban y por otro lado promovió el incremento de los recursos que les permitirían desarrollar sus capacidades. Incluso, en el modelo de Yussif (1994) se propició la introspección en los pacientes, lo que permite que después del tratamiento ellos continúen realizando cambios en sus vidas.

Si bien, en este proceso breve se atendieron algunos objetivos específicos, también actuó como un proceso que posibilita que los pacientes consideren, de ser necesario, entrar a otro tratamiento (Kaplan, & Sadock, 1996; Stadter, 1996).

#### **Respecto al trabajo de los Terapeutas y Grupo de Observadores:**

Un paciente a la mitad del proceso logró mudarse de la casa de sus padres y al final de dicha experiencia realizó un proceso de integración de la percepción de la imagen que él tenía de su padre, a la que incorporó cualidades y características que omitía. Posteriormente él reconsideró la relación con su asesor de tesis quien también, al igual que su padre, sólo era referido negativamente. Estos hechos

coinciden con lo que refieren Puget, et al., (1991) en torno al trabajo grupal que promueve una mayor integración en las relaciones de objeto y facilita la elaboración de las ansiedades relativas al desprendimiento de la familia de origen.

Para lograr lo anterior fue necesaria la participación de todo el grupo, se observó que quienes lo propiciaron en mayor medida fueron los terapeutas, ya que con este paciente los terapeutas lograron establecer una buena relación además de mostrarse empáticos. De acuerdo a Alexander (1956 como se citó en Stadter, 1996) el terapeuta al establecer una nueva relación con el paciente, semejante a las primeras que éste tuvo con sus padres; hace que surjan diferencias, que le permiten al paciente entender el origen de sus conflictos y ser consciente de lo inapropiado de sus experiencias emocionales.

Sin embargo se encontró que esta tarea no se pudo realizar con todos los pacientes. Para los estudiantes en formación tanto terapeutas como grupo de observadores, resultó difícil establecer una relación con las mujeres a pesar del deseo y de la disposición que existían para realizarlo. Por lo que tampoco se comprendió lo que ellas solicitaban y necesitaban.

Durante la experiencia terapéutica se observó en los estudiantes en formación dificultad y resistencia a la comprensión de la problemática de las pacientes de manera empática, debido al dolor intenso y a la ansiedad que les despertaban sus relatos. Lo anterior refleja que detrás del psicólogo o del terapeuta existe una persona con una historia de vida en la que están presentes un cúmulo de aprendizajes y sentimientos, y en el manejo adecuado de estos radica no sólo el éxito que se tenga con el paciente, sino que además deja ver la importancia de la labor del psicólogo o del terapeuta, que requiere de su mente y de sus afectos, pues éstas son las herramientas que le permiten escuchar al paciente (Yussif, 2006; Baranger, como se citó en Boari, 2010).

### **Respecto a la Supervisión:**

El hecho de ser psicólogos clínicos no implica que sólo a través de la teoría se tenga que conocer los fenómenos. Como se observó, procesos como la empatía y el establecimiento de una buena relación con el paciente son herramientas básicas que posibilitaron que los terapeutas realizaran su trabajo; ya que a partir de estas ellos pudieron entender y conocer la vida mental de algunos pacientes y responder a las dificultades vinculadas con la patología (Leiberman et al., 1990).

Para que los terapeutas y el grupo en formación logaran entender dichos procesos y ponerlos en práctica implicó que un tercero, la supervisora, los señalara y los explicara para que el psicólogo en formación los reconociera, identificara y utilizara, esto en base a lo referido por Yussif durante la supervisión del presente trabajo. En este sentido, Kernberg (2007) resalta la importancia que tiene la supervisión en el proceso de enseñanza pues no sólo se le proporciona al estudiante un aprendizaje teórico sino que también un aprendizaje que le permite conocer su propio inconsciente a través de la interacción activa que brinda el supervisor al profesionalista.

De acuerdo a Valenzuela (2011) existen pocas propuestas o programas para desarrollar esta actividad a nivel licenciatura, pues generalmente los fenómenos referidos sólo se enseñan a nivel teórico. Por lo que se sugiere la implementación de modelos formativos de supervisión en donde cobra relevancia no sólo las competencias inherentes al trabajo clínico sino que va más allá al incorporar aspectos que corresponden al trabajo terapéutico.

### **Para concluir:**

Se encontró que todos los puntos anteriores se conjugaron en esta búsqueda de indicios de re-estructuración en los vínculos de los pacientes. Aunque en este estudio los parámetros principales fueron los factores terapéuticos o curativos, que como lo señala el propio término son curativos y se les define como mecanismos de cambio en la psicoterapia de grupo (Vinogradov & Yalom 1996).

Puget et al., (1991) menciona que en el tratamiento psicoterapéutico la curación puede comprender desde la resolución o alivio de los síntomas hasta la reestructuración profunda. Siguiendo a estos autores se conjetura que la curación se encuentra en un continuo en donde el tiempo al igual que otros factores resultan ser determinantes para los beneficios que obtienen los pacientes del tratamiento. Por tanto al considerar que la resolución o alivio de los síntomas se dirige o se encamina hacia la re-estructuración profunda deja ver que existen grados en ésta.

En el grupo, se agilizan los procesos que propician una re-estructuración pues Foulkes (como se citó en Käes 1995) considera que toda enfermedad se produce en el interior de una red compleja de relaciones interpersonales. La psicoterapia de grupo es una tentativa de tratar el total de las perturbaciones, sea en el punto de origen en el grupo de origen, sea colocando al individuo perturbado en condiciones de transferencia en un grupo ajeno.

Durante esta intervención y a partir del análisis de los resultados se puede señalar que se obtuvo cierto grado de re-estructuración en los vínculos afectivos de 3 pacientes durante esta breve intervención. Se consideró que resultaría conveniente el desarrollo de un método que permita mantener continuidad en aquellos pacientes en los que se identifiquen indicios de cambios en sus vínculos afectivos, para contar con la información de los alcances que puede tener la psicoterapia de grupo breve en este tenor. No cabe duda que una reestructuración profunda requiere de una duración ilimitada y una frecuencia intensiva que posibilite una serie de fenómenos para alcanzar este fin (Bleger & Pasik, 1997).

## ***CAPÍTULO 6. CONCLUSIÓN***

---

Dando respuesta a la pregunta que se planteó en este informe de prácticas se concluyó que a través de una psicoterapia de grupo breve no es posible una reestructuración profunda, ya que este es un proceso que requiere de mayor tiempo. Aunque de acuerdo a los resultados que se presentaron con tres integrantes se propone la hipótesis de que a partir de la influencia de varios dispositivos inmersos al proceso psicoterapéutico grupal si es posible que los pacientes obtengan cierto grado de re-estructuración en sus vínculos afectivos.

Lo anterior se fundamentó principalmente en los factores terapéuticos, a través de los cuales se observaron indicios de cambios que implicaron desde una atenuación en sus motivos de consulta hasta ciertas modificaciones en sus relaciones, principalmente, con integrantes de su familia, los que influyeron para realizar ciertos cambios en otros escenarios como fueron: relaciones de pareja y relaciones académicas.

Asimismo, los factores terapéuticos junto con las formas de relación que se establecieron contribuyeron a las modificaciones que se presentaron, ya que las últimas involucraron representaciones del grupo primario a través de los diversos roles que surgieron entre los integrantes, los cuales les permitieron contar con una perspectiva diferente del propio rol o del rol del otro.

En el grupo se repitieron las primeras formas de relación que se establecieron en el grupo primario y a su vez algunas de ellas se corrigieron. Se encontró que lo que surgió en el grupo se presentó como nuevas experiencias y los cambios que se presentaron fueron más allá de poner en práctica algo, pues implicó un aprendizaje que se adquirió en una nueva unidad grupal. Por estos motivos, se consideró que es posible que el grupo terapéutico pudiera quedar inscrito en los pacientes como un nuevo punto de referencia para la manera en la que se vinculan.

De acuerdo a lo que reportaron los integrantes que permanecieron por lo menos dos etapas, adquirieron alguno (s) de los siguientes recursos: toma de decisiones, autonomía, autoestima, independencia y la sublimación de las necesidades instintivas. Incluso, en algunos casos, lograron tener mayor claridad para identificar lo que les causaba conflicto; se consideró que este paso es importante pues influye en la resolución de los problemas.

A través de esta experiencia, algunos pacientes atendieron ciertos conflictos que resultaban apremiantes y en otros este proceso fue un preámbulo para identificar que requerían de un trabajo terapéutico a largo plazo.

Se encontró que la labor que se realizó con esta población operó a nivel terapéutico y a nivel preventivo, pues varios de estos pacientes tenían dificultades para realizar las tareas de su etapa y de aquellas que socialmente ya correspondían a la etapa del desarrollo subsiguiente.

Resultado ser independiente la cantidad de integrantes que finalizaron para los logros obtenidos pues el grupo siempre fue el mismo pero su historia se fue modificando durante el proceso.

A partir de la psicodinámica que se presentó en el grupo, se concluyó que para el individuo resulta importante su grupo primario, no fragmentado sino completo, pues en este primer grupo se fundamentan las bases que le permiten relacionarse adecuadamente en los grupos que se le van presentando a lo largo de su vida. Por lo tanto los integrantes del grupo primario determinan e influyen en el individuo, no sólo en las relaciones que establece cotidianamente, sino además para una homeostasis interna y externa.

Parte importante de los logros obtenidos involucró el trabajo que realizaron los terapeutas y los espacios de supervisión. El trabajo que realizaron los terapeutas fue relevante en cuanto a los logros que se observaron, aunque se presentaron algunos obstáculos. Se encontró que al existir dificultad para comprender el impacto emocional y la respuesta contratransferencial se entorpece la relación

paciente–terapeuta, y ésta es vital en la labor del psicólogo en general como en la psicoterapia en particular. Por lo que la empatía queda lejos de ser una herramienta por si sola para llevar a cabo un adecuado trabajo.

No existieron diferencias entre el ser terapeuta y estar como observador, ya que el modelo de Yussif propició que ambos vivieran y experimentaran los fenómenos de la labor clínica y terapéutica. Las dificultades que existieron para comprender y relacionarse con ciertos integrantes, tuvo que ver con que en esta experiencia vivencial los terapeutas y los psicólogos se confrontaron con situaciones nuevas y diferentes, resultado de haber llevado la teoría a la praxis, ya que el encuentro directo e indirecto con los pacientes propició la movilización de objetos internos y reacciones inconscientes en torno a éstos.

A partir de la supervisión fue posible detectar y comprender las dificultades y las habilidades que existieron con los pacientes. Al contar con un proceso de supervisión durante la formación se provee conocimientos, pero principalmente un mayor número de competencias relacionadas con el trabajo clínico. Resulta indispensable que los psicólogos desde la licenciatura cuenten con modelos formativos vivenciales con espacios de supervisión, pues brindan técnicas de aprendizaje no sólo ligadas a la teoría sino que también permiten contar con el espacio para desarrollar las habilidades reales y necesarias para el adecuado ejercicio.

Ciertamente una reestructuración profunda no es posible en una psicoterapia breve. No obstante, el supuesto que se plantea en este trabajo queda abierto a futuras investigaciones que fortalezcan la premisa de que los pacientes pueden obtener cierto grado de reestructuración en sus vínculos afectivos a través de una experiencia psicoterapéutica breve.

Limitaciones: No fue posible contar con un método de seguimiento que permitiera estar al tanto de los cambios que los pacientes presentaron con los integrantes de su familia y otras personas.

Como todo tratamiento psicoterapéutico no se pudo controlar la asistencia y la deserción de los pacientes pues cada paciente se compromete de diferente forma con el tratamiento, además hay que tener presente que existen circunstancias externas e internas que les impiden a algunos finalizar el tratamiento.

Sugerencias: Un método de seguimiento beneficiaría considerablemente las investigaciones que se realicen en un futuro.

Se sugiere que al desarrollar los objetivos terapéuticos que se tendrán en cuenta al trabajar con adolescentes o con cualquier población se incluya el promover relaciones afectivas dentro del núcleo familiar, ya que al parecer el proceso del grupo impacta primero en el ámbito familiar, y este a su vez propicia que se generen cambios en otros contextos.

En cuanto al modelo de Yussif, ampliar la duración del curso de formación, posibilitaría que el psicólogo desarrolle un mayor número de competencias relacionadas con el trabajo clínico y terapéutico. Asimismo, en un periodo mayor las competencias que ellos hayan adquirido se consolidarían e influirían en el modo en el que el psicólogo realice su labor.

# CAPÍTULO 7. REFERENCIAS

---

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1985). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós Educador.
- Alonso, A. (1995). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México: El manual moderno.
- Anzaldúa, R. (2005). *Jóvenes frente al abismo*. Ed. Tramas.
- Bleichmar, H. 43° Congreso Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). New Orleans 2004: Panel: *Psicoanálisis y psicoterapia cognitiva. Aplicación a un caso clínico*. Publicado en la revista nº017. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000294&a=43o-Congreso-Asociacion-Psicoanalitica-Internacional-IPA-New-Orleans-2004-Panel-Psicoanalisis-y-psicoterapia-cognitiva-Aplicacion-a-un-caso-clinico-Introduccion>.
- Bernal, H. (2010). *Sobre la teoría del vínculo en Enrique Pichon-Rivière. Una sistematización del texto Teoría del vínculo de Pichón*. Recuperado de [www.funlam.edu.co/uploads/facultadpsicologia/578481.pdf](http://www.funlam.edu.co/uploads/facultadpsicologia/578481.pdf)
- Bleger, L. & Pasik, N. *Psicoanálisis Grupal. Cuando, como, por qué*. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. 1997. Recuperado de <http://www.campogrupal.com/Psicoanalisisgrupal.pdf>
- Blos, P. (1975). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Editorial Joaquín Mortiz.
- Boari, D. (2010). *Historia, contratransferencia y resignificación*. SAP – Sociedad Argentina de psicoanálisis. Recuperado de [http://cpsea.org/inicio/images/stories/historia\\_contratransferencia\\_y\\_resignificacion.pdf](http://cpsea.org/inicio/images/stories/historia_contratransferencia_y_resignificacion.pdf)
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

- Coderch, J. (2006). *Pluralidad y Dialogo en el Psicoanálisis*. Editorial, S. L., Barcelona, Herder.
- De Saint – Exupéry, A. (1943/2012). *El principito*. México: Ediciones Leyenda, S.A. de C.V.
- Erikson, E. (1968/1990). *Identidad. Juventud y crisis*. Taurus Humanidades.
- Esteinou, R. (2005). *La juventud y los jóvenes como construcción social en Mier y Terán M. y Rabell, C. Jóvenes y niños*. México: Editores varios.
- Fernández-Manchón, A. (2007). *Diferencias individuales en la calidad de las relaciones objetales y el proceso terapéutico: Estudio de las respuestas al test de Rorschach*. Universidad Autónoma de Madrid Facultad de Psicología. Recuperado de [http://digitool-uam.greendata.es//exlibris/dtl/d3\\_1/apache\\_media/L2V4bGlicmlzL2RObc9kM18xL2FwYWNoZV9tZWVpYS82Mzcx.pdf](http://digitool-uam.greendata.es//exlibris/dtl/d3_1/apache_media/L2V4bGlicmlzL2RObc9kM18xL2FwYWNoZV9tZWVpYS82Mzcx.pdf)
- Fumagalli, C. (2007). *Grupo y transferencia en Enrique Pichon-Rivière*. Recuperado de <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.asp?id=188&idd=3>
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. (3ª Edición) México: Médica Panamericana.
- Glenn, M., & Stewart, J. (1965). *Cómo es el adolescente y cómo educarlo*. Buenos Aires: Paidós.
- Grotjahn, M. (1979). *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica*. Argentina: Paidós.
- Guimón, J. (2001). *Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas*. México: Biblioteca Nueva.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1996). *Terapia de Grupo*. México: Médica Panamericana.

- Käes, R. (1995). *El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kernberg, O. (2007). *Controversias contemporáneas de las teorías psicoanalíticas, sus técnicas y aplicaciones*. Manual Moderno.
- Kimmel, D., & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel, S. A.
- Kissen, M. (1994). *Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo*. Limusa Noriega.
- Kolteniuk, M. (1989). *La matriz epistemológica de la teoría psicoanalítica*. Cuadernos de psicoanálisis, Vol. XXII N. 1-2.
- Kolteniuk, M. (2000). *¿Qué es el aparato psíquico? en Dupont, M. Manual clínico de psicoterapia*. México: JGH.
- Leiberman, C., Magaril, G., & Bleichmar, N. (1990). *Actualizaciones en Psicoanálisis 1987-1989*. México: ELEIA. Editores asociados: Raitzin, M. & Etinger, D.
- Lopez-Yarto, L. (1997). *Dinámica de grupos cincuenta años después*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Mannoni, O., Deluz, A., Gibello, B., & Hébrard, J. (1989). *La crisis de la adolescencia*. Gedisa.
- Maricelli, D., & De Ajuriaguerra, J. (2004). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Michaca, P. (1987). *Desarrollo de la Personalidad. Teoría de las Relaciones de Objeto*. México: Pax México.
- Páramo, M. (2008). *Adolescencia y psicoterapia: análisis de significados a través de grupos de discusión*. Tesis doctoral: volumen I. Universidad de Salamanca. Recuperado de

[http://books.google.es/books/about/Adolescencia\\_y\\_psicoterapia\\_an%C3%A1lisis\\_de.html?hl=es&id=9VYEXtAti\\_4C](http://books.google.es/books/about/Adolescencia_y_psicoterapia_an%C3%A1lisis_de.html?hl=es&id=9VYEXtAti_4C)

- Pichon-Rivière, E. (1980). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Puget, J., Bernard, M., Games Chaves, G., & Romano, E. (1991). *El Grupo y sus configuraciones. Terapia Psicoanalítica*. Lugar Editorial.
- Quinodoz, J. (1993). *La soledad domesticada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. España: Mc Graw Hill.
- Solís, H. (Diciembre, 2003). La teoría vincular en parejas, familias, grupos e instituciones. *Revista de psicoanálisis y grupos*, vol. 1, núm. 1. Recuperado de [http://www.ampag.edu.mx/files/psic\\_y\\_grupos\\_1-1.pdf](http://www.ampag.edu.mx/files/psic_y_grupos_1-1.pdf)
- Stadter, M. (1996). *Object relations brief terapy*. Estados Unidos de América: Jason Aronson.
- Tarragó, A., & Sánchez, J. (Diciembre, 2003). Regresión y procesos inconscientes en el dispositivo grupal. *Revista de psicoanálisis y grupos*, vol. 1, núm. 1. Recuperado de [http://www.ampag.edu.mx/files/psic\\_y\\_grupos\\_1-1.pdf](http://www.ampag.edu.mx/files/psic_y_grupos_1-1.pdf)
- Ungar, V. (2006). *Adolescencias: Trayectorias turbulentas en Rother, M.* Paidós Psicología Profunda.
- Valenzuela, M. (2011). *Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico*. México: Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. España: Paidós
- Vives J., & Lartigue T. (1994). *Manual de psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia*. México: Universidad Iberoamericana, A. C.

- Vives, J. (Diciembre, 2003). Fundamentos teóricos de la praxis grupal. *Revista de psicoanálisis y grupos*, vol. 1, núm. 1. Recuperado de [http://www.ampag.edu.mx/files/psic\\_y\\_grupos\\_1-1.pdf](http://www.ampag.edu.mx/files/psic_y_grupos_1-1.pdf)
- Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Yussif D. (1988). *Los adolescentes en el grupo terapéutico*. Memorias de la III Jornada de Trabajo del IMMPA. México: Crea/sep. Subsecretaría de Educación e Investigación Científica.
- Yussif, D. (1994). *Un modelo de supervisión en la enseñanza de la psicoterapia de grupo*. México: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Yussif, D. (1996). *La supervisión una experiencia vivencial en la formación de los psicoterapeutas de grupo. Ensayos sobre psicoterapia e investigación clínica en México*. México: Editorial UNAM.
- Yussif, D., et al., (1995). *Supervisión de la psicoterapia grupal. Una experiencia formativa*. Memorias: Sesión Científica de Investigación Supervisión de la psicoterapia grupal, una experiencia formativa. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Yussif, D. (Septiembre, 2006). El Psicólogo como su propio instrumento de trabajo. Conferencia Magistral. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial. Publicada por la Sociedad Mexicana de Psicología A.C.
- Yussif, D. (2003). *Los adolescentes tardíos y su familia*. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

# CAPÍTULO 8. ANEXOS

---

## ANEXO A. Proceso Terapéutico

En las siguientes viñetas clínicas se mostró lo que aconteció en cada una de las diez sesiones:

### Ilustración A1. Viñeta clínica de la sesión 1

#### 1° sesión

Asistieron ocho integrantes: cuatro mujeres y cuatro hombres.

Temas: depresión, ansiedad, celos, pensamientos negativos, dificultad para cumplir con las expectativas externas, rechazo e incomprensión de los padres así como insatisfacción personal.

Comenzaron con la presentación de los terapeutas; que solicitaron a los integrantes que también se presentaran y hablaran de las expectativas que tenían del grupo. La mayoría de ellos esperaban: "ayudarse, compartir, escuchar y ser escuchados, apoyar, aprender de las perspectivas de otros, mantener confidencialidad y tratarse con respeto".

Tres integrantes se centraron más en sus problemáticas.

Karla: "yo vine porque tengo pensamientos negativos, espero cambiarlos".

Paulina: "siento mucho rechazo de mis papás porque no entré a la Universidad, ellos me critican mucho". En estos momentos lloró y agregó que sus padres la comparan con su hermana.

Andrés: "he estado cargando depresión...yo no sé cuál es la finalidad de que estemos aquí".

Marcos comentó que ninguno de ellos se conoce y van a ver sus propios errores para tratar de ayudarse. Después los temas giraron en torno a la familia y el terapeuta 1 preguntó: "a alguien le ha pasado esto de poner al otro antes que a uno".

Pedro asintió con la cabeza y dijo: "pongo las expectativas de mis papás antes que las mías".

María comentó: "yo creo que todos hemos pasado por cumplir las expectativas de los

otros, sobre todo con los papás". Añadió que sus papás querían que estudiara medicina pero terminó estudiando la carrera que ella quería, Artes plásticas.

Mónica señaló que "se identifica con María porque tuvo que decidir entre dos carreras, y no estaba conforme con la que eligió".

Consecutivamente se desplegó el tema de la relación con los hermanos y Paulina dijo llevarse "más o menos con su hermana porque todo lo que hace está bien".

Karla le sugirió que "hablara con ella para que se alíen, tal vez ella esté harta de ser la número 1".

Mónica respondió que "si se hartan de ser la número 1", ya que en su caso... su hermana es la que se siente menos y han habido comparaciones (de parte de sus padres)". Le mencionó a Paulina que se acercara y platicara con su mamá.

Finalmente los terapeutas hicieron el encuadre y cerraron la sesión.

#### Ilustración A2. Viñeta clínica de la sesión 2

#### 2° sesión

Asistieron seis integrantes: cuatro mujeres y dos hombres.

Temas: rechazo y temor al grupo, enojo, frustración al actuar en función de otros y al no cumplir con las expectativas, sobre todo de los padres.

Antes de iniciarse la sesión Karla le solicitó a uno de los terapeutas hablar con alguien del CSP para que la cambiaran a una terapia cognitivo - conductual. El terapeuta le pidió que compartiera su decisión en el grupo, ella aceptó y la sesión comenzó con su petición.

Informó: "Sólo vine a decir que yo vengo a que me cambien a terapia individual, necesito cambiar respecto a mis conductas hago cosas que no debo hacer, siento que aquí no puedo...Si alguien me contradice yo ataco, no puedo expresarme libremente en el grupo".

Estos comentarios influyeron para que Mónica también solicitara terapia individual y expresara: "siento impotencia de no poder hacer las cosas, temor, desesperación ante los cambios y miedo de buscarlos. Traigo problemas cargándolos desde la infancia, no me sentiría muy a gusto, tengo miedo de que te juzguen, que no te entiendan

(refiriéndose al grupo)".

A lo largo de la sesión el terapeuta 1 se mostró insistente para que Karla hablara en el grupo y cambiara su decisión de irse. Esta persistencia produjo que ella hablara de las siguientes situaciones:

"estoy de turista y no puedo trabajar, eso no lo había dicho, ahorita me rechazaron la maestría y eso me frustra..."

Posteriormente añadió: "pensaba que mi mamá no me quería por mi pensamiento, me pesa como una mochila de culpa y a veces odio a la gente... siento como culpa, ya no quiero hacerlo pero siento miedo de volver a hacerlo".

Su último comentario fue: "me molesta que no me hagan caso".

Lo sucedido con Karla propició a que tres integrantes se unieran para señalar los beneficios del grupo.

María: "se realiza un trabajo en el que das y recibes y te puede ayudar. A mi si me serviría el grupo, recibes información".

Pedro: "la ventaja de este grupo es que existen puntos en común, características similares... creo que si funciona esto, hablar y escuchar la experiencia de los otros y todos llevan un problema en común".

Paulina: "...Igual y si puede funcionar".

### Ilustración A3. Viñeta clínica de la sesión 3

#### 3° sesión

Asistieron cuatro integrantes: dos mujeres y dos hombres.

Temas: muerte, evasión, maltrato, enfermedad, problemas con los padres y con las figuras de autoridad, inseguridad, miedo, necesidad de sentirse apoyados, enojo y frustración al no hacer lo que ellos quieren.

Los discursos iniciales de dos pacientes mostraron indicios de depresión, Pedro comentó respecto a su tesis: "siento que me maltrataron... entonces ya no avanzo, es un proyecto que ya no me importa... Me meto a una actividad extra para decir que estoy haciendo

algo y no enfrentarme al momento de vacío para redactar o trabajar”.

Por otro lado Francisco explicó los motivos del porque no acudió a la sesión pasada, dijo: “Deprimido y angustiado, la verdad he sido una bomba de tiempo. La semana pasada, me enfermé del estómago tuve fiebre y gripa”. Aclaró que él sí había asistido “pero no pudo entrar porque estaba a punto de explotar”.

Uno de los terapeutas indagó acerca de lo que le había pasado y Francisco respondió: “Crearás que no me acuerdo. No sé si ya suprimo los eventos o...”.

Ante su respuesta el terapeuta insistió para que hablara de lo que había pasado. Francisco finalmente manifestó: “...era mi cumpleaños y tuve una fricción fuerte con mi papá, innecesaria”. El terapeuta 1 le hizo ver la importancia de estar presente en ese momento.

Pedro señaló sentirse en medio de un gran vacío y con mucha inestabilidad. Pero el terapeuta 1 regresó a la situación de Francisco y le cuestionó sí pudo hablar con su padre. Él respondió: “No, no hemos cruzado palabra en varios días, llevaba muchos meses haciendo lo que él quería y ya me di cuenta de que era absolutamente miserable”.

El terapeuta 1 le preguntó por cómo se sentía en ese momento y Francisco contestó: “un poco enojado. Tuve un problema con unos policías...Pues pareciera que yo tengo problemas con la autoridad pero no es así. No quiero hablar de eso ahorita”.

Pedro participó señalando que primero considera la opinión de otras personas para poder actuar y agregó: “...cada que algo me importaba como que lo reprimía...me crearon más inseguridad...”. Posteriormente se comparó con su hermano mayor diciendo: “A él le ha ido bien y yo no, así como medio fracasado...”.

Por lo que el terapeuta 1 hablo de la influencia que tienen “los otros” y preguntó: “¿Qué tanto nos han hecho sentirnos limitados las figuras externas en las que yo deposité gran autoridad y me rechazan?”.

Paulina respondió que tiene “resentimiento” hacia sus papás y explicó: “El que no crea tu papá y tu mamá, entonces piensas quien cree”. Además señaló que sus padres eligieron la preparatoria en la que estudia y no la tomaron en cuenta, entonces, ella empezó a reprobado materias fue su forma de decirles “no me gusta”.

Por su parte Pedro dijo que tiene dificultad para relacionarse con sus profesores y por tal motivo no hace las cosas que le piden; señaló: “me pongo necio de no hacer algo, es como mi manera de protestar; decir que renuncié más que por castigo, por venganza”.

En otro contexto, Mónica comentó que le está empezando a tomar gusto a su carrera. Explicó que ingreso a un taller de teatro y ésta era su segunda opción para estudiar, al tener sus dos opciones juntas se siente mejor, menciona: “ya no me dio gripe, reflexione acerca de mi carrera y voy a continuar estudiando. Considero que estoy mejor en

comparación de otras veces”.

Finalmente dos integrantes hablaron de actuar en función de sí mismos:

Paulina: “Lo que hagas, hazlo por ti y porque a ti te sienta bien hacer eso”.

Mónica: “por mi parte mi familia me ha dicho tú puedes, te ayudan a tomar tus decisiones pero al final el que tiene la última palabra eres tú”.

#### Ilustración A4. Viñeta clínica de la sesión 4

#### 4° sesión

Asistieron cinco integrantes: dos mujeres y tres hombres.

Temas: relaciones familiares, incertidumbre o duda ante los cambios, miedo al fracaso, relaciones de pareja, mentiras, incomprensión, barreras y sentimientos de culpa.

Marcos inició la sesión hablando del drástico cambio que había tenido su papá porque “ya no se enoja y se preocupa por lo que hace”. Explicó que esta situación lo confunde y surgió cuando su padre acompañó a su hermano menor al CSP (Centro de Servicios Psicológicos) a la aplicación de la historia clínica. Marcos describió: “salió llorando yo creo que le hicieron ver muchas cosas en las que estaba mal...ahora está tratando de ver que nos gusta, que hacemos...Está buscando la relación de padre-hijo”.

Marcos también refirió que estos cambios le produjeron sentimientos de incertidumbre e inquietud, por lo que Pedro le comentó: “una base sería tener la seguridad de que siente amor por ti, no habría porque desconfiar que hay algo oculto; valora cualquier esfuerzo o cambio de actitud”.

Posteriormente Paulina narró que al salir de su clase de inglés un taxista la seguía y la molestaba verbalmente. Esta situación era frecuente y en una ocasión su mamá al ir detrás de ella observó lo que sucedía y por la noche sus padres hablaron con ella, dijo:

“no tengo una comunicación con mis papás, se molestaron porque no les había contado... me apoyaron y yo no sentía apoyo de parte de ellos, los dos van a ir a levantar un acta conmigo”. Concluyó: “si les importo...sacaron el tema de mi novio, pensé que no se daban cuenta, la que no está viendo soy yo.”

Mónica dijo: “yo viví una situación así, a los 12 años me molestaban, te quedas traumada, una vez me intentaron subir en un carro, no hay que dejar pasarlo, afecta

demasiado a tu vida, sientes que te van siguiendo”.

Francisco le recomendó levantar una denuncia por acoso sexual. Expresó: “Es un acta especial por si te pasa algo”.

Después Francisco sonrojado mencionó: “pues yo tuve una discusión con mi novia, he dicho muchas mentiras, ella se sintió traicionada”.

El grupo respondió señalándole que le dijera la verdad.

Paulina: “alimentas esas mentiras, pues una mentira te lleva a otra y a otra y nunca se acaba”.

Marcos: “la comunicación es la base de una relación...si tu andas con alguien tiene que ser para bien tuyo”.

Pedro: “dale un valor o reconocimiento a la persona, dile pues mira te estoy contando esto porque eres importante...”

Francisco no estuvo de acuerdo con las propuestas de sus compañeros; ya que eso “le provocaría más broncas, con la persona que lo mantiene cuerdo”. Cambio de tema comentando: “Yo me desanimó muy rápido de las cosas que quiero hacer, cuando se las cuento a otras personas desmoronan mi trabajo. Mi padre tiene unos estándares muy altos en su vida, es excelente en todo”.

Asimismo explicó que él quería realizar un cuento de ficción y tanto su papá como su novia echaron abajo su proyecto. Finalizó diciendo: “A veces cuando estaba deprimido no pensaba en matarme, sino mas bien echarme en la cama y dejar de existir”.

El grupo le comentó: “No le puedes dar gusto a todos; date gusto a ti y quíerete”. “No vas a alcanzar la perfección, pero si la constancia de hacerlo cada vez mejor”.

En seguida Pedro dijo: “pues voy a buscar personas que les importe mi tema de tesis y no profesores rígidos. Si me quedo pensando en lo de los profesores, me quedo paralizado”.

Consecutivamente dos integrantes hablaron de que ellos mismos se ponen barreras. Pedro: “Siento impotencia, incapacidad, son mis propias evaluaciones y juicios sobre las cosas”. Mónica: “a veces yo también me pongo mis propias barreras...Trato de ser mas independiente, valerme por mí misma, en la parte económica generarme mis ingresos, me cuesta trabajo pedirles dinero a mis papás”.

Mónica amplió su participación hablando de su familia, señaló: “No tengo mucha comunicación con mi papá; es muy sínico y sarcástico...” Explicó que él ejercía violencia física y psicológica en su hogar. Respecto a su mamá dijo: “en ocasiones me siento culpable porque mi mamá dice: -“yo estoy aquí por ustedes, yo viví con un

padrastra y no quiero darles uno" -. A mí se me hace muy difícil porque también mi mamá vivió violencia física y psicológica. Yo no viví violencia física, mi hermano sí y todos los patrones que vivió con sus papás los vive con su esposa en su matrimonio. No quiero sufrir lo mismo que él".

Ella concluyó: "el cambio está en uno mismo. Si tú quieres algo tienes que luchar por eso... Trato de liberarme más de mis padres, sin alejarme más de ellos" (Francisco suspiro al escucharla).

Para terminar Paulina le comento a Mónica: "si no deja a su esposo es porque ella quiere esa vida y por eso no lo deja".

#### Ilustración A5. Viñeta clínica de la sesión 5

##### 5° sesión

Asistieron cinco integrantes: dos mujeres y tres hombres.

Temas: amigos (as), miedo, duda, separación física y emocional de los padres.

Mónica comentó que había tenido problemas con su mejor amiga y esto le provocó mucha ansiedad e incertidumbre puesto que la considera como "su hermana".

Inmediatamente Paulina refirió que vivió algo similar con su amigo y le recomendó alejarse un poco, darle su espacio y posteriormente ella la va a buscar, porque "es como su hermana".

El terapeuta 1 le preguntó a Mónica por los miedos que le surgen al saber que su amiga ya no lo va a ser. Ella respondió: "es mi fuerza, es parte de mí; siento que sin ella me voy a sentir sola, ella es todo".

El tema provocó que Pedro dijera que se sintió "abandonado cuando las personas ya no lo ayudaban" y hablo de temor para encontrar amistades en el futuro.

Marcos señaló que la relación con su papá ha mejorado sin embargo la duda persiste; mencionó: "solo hay que descubrir porque cambio, él lo va a demostrar en su momento".

Por otra parte Pedro comentó que después de varios intentos consiguió mudarse de la casa de sus padres, refirió:

"Siento que me haría sentir mejor ser capaz de valerme por mí mismo, me preocupó por

mi mamá tratare de hablarle regularmente o visitarla. Siento que me hace más daño quedarme”.

El terapeuta 1 le hizo ver que fue un logro y que dio el primer paso. Pero Pedro continuó hablando de una dificultad para “lograr una separación física y emocional de los padres”.

Francisco señaló que “emocionalmente está bastante separado, pero que a veces le afecta mucho lo negativo que le dicen. Agregó que en la sesión no va a manifestar su enojo, lo guarda, si lo saca todo puede volver a recaer en la hueva, en la antipatía y prefiere sentir enojo a no sentir nada”.

#### Ilustración A6. Viñeta clínica de la sesión 6

##### 6° sesión

Asistieron cuatro integrantes: una mujer y tres hombres.

Temas: relaciones de pareja, traición, desconfianza, relaciones con las figuras de autoridad y con los hermanos.

Paulina dijo que había terminado con su novio y finalizó su participación agregando: “era como mi papá, pero como mi novio, no podía salir con mis amigos, por todo preguntaba”.

Pedro retomó lo sucedido hace dos sesiones y le preguntó a Paulina por la demanda que iba a levantar en contra del taxista. Ella respondió que no había podido llevar a cabo el trámite porque acompañó a su hermana al CSP (Centro de Servicios Psicológicos) por problemas de salud (hablo de un posible trastorno alimenticio).

Durante esta explicación Pedro revisaba una libreta, y al finalizar su compañera hablo de dificultades para iniciar una relación de pareja. Dijo: “no me puedo quitar de la mente que eso va a fracasar...La relación anterior fue inestable y me he dado cuenta de que ya no poseo soltura para ligar”.

El tema de las relaciones de pareja continuo y Marcos narró que en su relación anterior vio a su ex novia y a su amigo besarse; expresó: “me enojo que no terminamos y se fue con él; no tomaron en cuenta mis sentimientos”.

El terapeuta 1 cuestionó al grupo sobre los sentimientos que se generaron al escuchar a sus compañeros.

Pedro respondió: “si abres tu corazón pueden herirte...antes de que me sienta

amenazado, me alejó". Cambio de tema comentando que cuando trabajó en una cafetería su jefe le gritaba, expresó: "me traumó con sus palabras, sus llamadas de atención eran muy fuertes... la relación con él fue muy violenta y constantemente sentía ganas de llorar".

Francisco le preguntó: "¿crees que esa experiencia influyó con lo de tu asesor?" (refiriéndose al asesor de su tesis).

Pedro asentó con la cabeza y contestó que "el profesor se mantenía bajo la idea de que la letra entra con sangre a nivel psicológico, haciéndole sentir intensamente estresado y al llegar a su casa quería llorar. Debido a estas experiencias tiene conflictos con gente intransigente y autoritaria". En su familia, sus padres lo corregían con golpes, sin llegar a un grado extremo de violencia y se siente en desventaja por no ser el hermano mayor. Indicó: "Los hermanos mayores adquieren más habilidades y en mi caso me ha costado mucho trabajo". Su hermano siempre fue dominante e imponente con él y cuando peleaban éste ganaba.

Por lo que los integrantes que ocupaban el lugar de hermano (a) mayor en sus familias hablaron de su experiencia.

Francisco señaló "haber sido muy estricto en la infancia con su hermano menor, no le pegaba pero si lo dominaba, cosa que hacía sin mala gana, no había una intención perjudicial detrás".

Marcos "reconoció que la dominancia de los hermanos mayores no se da de mala gana, sino que es para que el menor aprenda y sepa que hacer".

Paulina agregó que "al hermano menor se le protege, buscando que no le suceda lo mismo que al hermano mayor".

Después de estos comentarios Pedro expresó que podía "comprender a su hermano un poco más, generándole beneficios".

La sesión concluyó con el comentario del terapeuta 2 que dijo: "el ser el hermano menor no implica tener menos recursos".

## Ilustración A7. Viñeta clínica de la sesión 7

### 7° sesión

Asistieron tres integrantes: una mujer y dos hombres.

Temas: problemas de salud, relación con los padres, falta de apoyo, fuerza versus debilidad.

Pedro inició señalando: "Siento dolor de gastritis relacionado con angustia y nervios. No tengo mucha comunicación con mi papá; él toma sus decisiones..." Narró que su papá compró un televisor "que no necesitan ya que tienen muchas carencias y su papá ya no lo va a apoyar porque no le dio una fecha de cuando se va a titular".

Posteriormente en el grupo se habló de una mala relación con la figura paterna.

Pedro dijo: "Siento que no me ha enseñado a sobrevivir por mi propia cuenta..."

Francisco: "tengo el mismo resentimiento de cualquier hijo a su padre... igual que Pedro tuvo un padre ausente que no me enseñó a manejar proyectos..." Amplió su participación señalando: "Hubo una época en la que tenía tantas ganas de darle gusto a mi padre y cada que me regañaba me enfermaba, me di cuenta que no podía estar a merced de él. Me molestó conmigo mismo por no poder ser lo que ellos quieren, pero tampoco quiero ser lo que él quiere".

Posterior a este discurso Pedro señaló: "ahora he estado pensando que es muy importante escucharte, quiero tomar las decisiones de lo que relámete me interesa, no de lo que los demás dicen que es importante".

Mónica retomó el tema de la relación con la figura paterna y dijo: "he recibido muy poco apoyo de mi padre, desde pequeños no nos ha apoyado, no se acercaba, siento que no le importa mucho esa parte de ser padre porque él tampoco tuvo uno". Agregó: "Ya no quiero que me pase lo mismo que antes cuando estaba deprimida y me dolían las piernas, el corazón, la cabeza, no comía nada y vomitaba. No sabía qué hacer con mi vida, me sentía inútil, sentía que había decepcionado a mi mamá". Bajo la mirada, se le cortó la voz y lloró (se hizo un silencio bastante largo en el grupo).

Después de este lapso habló de dificultad para expresarse, señaló: "me desesperé mucho y me estresé pero ahorita estoy aprendiendo a manejarlo. No sé decir lo que siento, sólo a una que otra amiga, pero a la familia no". Explicó que su mamá "los enseñó a ser fuertes; entonces no era fácil sacar las cosas".

Al parecer la etiqueta de "ser la fuerte" tuvo otro significado para Mónica ya que comentó: "también implica tener momentos de debilidad, el punto no es que te dejes caer sino que

te caigas y que te levantes”.

Ante el silencio de los terapeutas Pedro se dirigió a Mónica con la intención de hacerla sentir mejor y le dijo: “creo que es una virtud ser fuerte, mi abuela sobrevivió a situaciones muy adversas y ella siempre optó por luchar”.

Dos integrantes señalaron que la “la debilidad” y “la pena” les impiden expresar sus sentimientos; aunque Francisco opinó: “la debilidad no te tiene que impedir decir lo que sientes porque si no te haces más daño”.

Antes de concluir la sesión Pedro solicitó conocer al Grupo de Observadores esperando una opinión de ellos que le ayudase, lo que ocasiono que el resto de sus compañeros se uniera a esta demanda. Después este paciente señaló “haber sentido la confianza de decirlo y años atrás no hubiera dicho lo que pensaba, lo hubiera expresado afuera”. Finalizó la sesión comentando que había algo que le impedía expresarse; aunque dijo: “pero no creo que sea imposible, sino no hubiera podido decir nada”.

#### Ilustración A8. Viñeta clínica de la sesión 8

##### 8° sesión

Asistieron dos hombres.

Temas: envidia, problemas con los padres, enojo, resentimiento, debilidad, traición, miedo y respaldo de parte de los hermanos.

Antes de que iniciara la sesión y a lo largo de ésta Pedro estuvo revisando constantemente su libreta; luego le dio la opción a Francisco de que comenzara, él accedió diciendo que sus amigos le tienen envidia porque su papá tiene relaciones importantes en la profesión que ejerce, sin embargo agregó: “Pero en mí, mi padre, es un impedimento...piensan que tengo la vida profesional resuelta cuando es todo lo contrario”.

Por su parte Pedro comentó: “el miércoles cuando terminé la terapia me fui fortalecido me quede con la idea de que si está bien que uno exponga sus sentimientos y puntos de vista”. Narró que al llegar a su casa platicó con su familia de cosas de las que no había podido hablar. Explicó al grupo: “allí exploté y empecé a llorar y a sacar todo el enojo que tenía sobre el tema de la televisión”.

Enseguida dijo que su papá estuvo a la defensiva, pero no les decía nada; ésta reacción le hizo darse cuenta de que tienen “un serio problema al no poder expresar sus

sentimientos". Se sintió apoyado por su hermano, por lo que dijo: "fue diferente como se cambiaron los roles". La acción que Pedro en su familia, produjo que su hermano le dijera que "él también iba a expresar sus sentimientos".

En este momento Pedro lloraba y después de una pausa dijo: "mi papá tiene más de 60 años, tiene problemas de hipertensión y tiene que ver con que no puede decir sus sentimientos". Este paciente refirió que su papá hablo pocas veces y les dijo: "que ellos son imparciales, su mamá les ha inculcado cosas negativas hacia él y solo lo ven cómo el malo...Intentara abordar asuntos que le cuestan mucho trabajo para poder mejorar la relación".

El terapeuta 1 le preguntó a Pedro: "¿Qué pudieras rescatar de todo esto?". Él contestó: "fue útil escuchar lo que opinaban los demás y también lo que yo pensaba de mi familia... me hizo reflexionar sobre algunos aspectos que me lastimaba". También señaló que esta plática le permitió reconocer que su problema principal era enojo y resentimiento contra sí mismo, contra su papá, y otras personas, quiere arreglarlo y considera que el primer paso es reconocer que esos sentimientos están presentes.

El terapeuta 1 se dirigió a Francisco y le preguntó cómo se sentía al escuchar a su compañero. Respondió que Pedro tuvo mucho valor al enfrentarse a su papá y que él jamás lo ha intentado.

Pedro señaló que después de lo sucedido con su padre ha estado reconsiderando la relación con sus asesores de tesis. Además comento que "le ayudo a expresarse en su casa; la fortaleza que ha adquirido en el grupo".

Francisco dijo que tiene cosas que reclamarle a su padre, pero prefiere "olvidarlas". Además tiene resentimiento de cómo lo trataban a él y a sus hermanos y por esta razón dejo de hablarle a su padre durante mucho tiempo.

Pedro cerró la sesión diciendo que su padre "tiene miedo a abrir sus sentimientos por miedo a que lo lastimen" y agradeció a su hermano "porque en lugar de lastimarlo le ayudo a aceptar el miedo".

#### Ilustración A9. Viñeta clínica de la sesión 9

##### 9° sesión

Asistieron dos hombres.

Temas: Apoyo de la familia, reconciliación, frustración, inseguridad rencor, depresión,

muerte, fortaleza y olvido.

Pedro eligió sentarse en un lugar diferente (quedo de espaldas al Grupo de Observadores). Francisco le cedió la palabra a Pedro, quien inició la sesión diciendo que había reflexionado y conversado con su familia; por lo que comentó al grupo: "tengo personas que me apoyan afectivamente".

Explicó que había tenido una reunión familiar y en esta ocasión él y su padre pudieron "perdonarse, reconciliarse y abrazarse". Pero aún considera que su padre tiene "una actitud tiránica"; ya que le solicita fechas de sus proyectos y le frustra no poder hacerlo.

Pedro reconoció que "detrás de su problema de inseguridad están sus padres y parte de él".

Ambos pacientes refirieron libertad para expresarse dentro del grupo y Francisco le agradeció a Pedro por su retroalimentación. Posteriormente Francisco hablo de dolor en el cuello y Pedro le preguntó: "si harían una disección ¿qué cosas buenas, malas habrían dentro de ti?"

Francisco: "rencor, me duele el cuello, demasiado rencor, siempre he perdonado muy rápido a las personas, no siento que sea vengativo, ni rencoroso". Explicó que se le presentó la opción de entrar a una empresa transnacional, en donde el horario es nocturno y no tiene problemas con el horario ya que tiene "brotes de insomnio de años". También hablo de sus problemas alimenticios y dijo "encontrarse en un ciclo vicioso de cansancio".

Los discursos de ambos reflejaban síntomas depresivos, pues Pedro manifestó: "las personas dicen no me conviene sentarme contigo por el estado de ánimo que traes. Aquí no te van a hacer daño, no hay problema, afuera en la calle son selectivos hay discriminación".

Francisco: "...Quiero seguir durmiendo o quiero hacer algo, poner de mi parte, para salir adelante. Las raíces de amargura que tenemos no se quitan". Resumiendo, hablo de un estado de ánimo "contagioso...como un espiral depresivo".

Pedro mencionó que en su caso se han atendido muchos aspectos "los más urgentes" y añadió: "Me siento más fortalecido para solucionar las cosas".

Por otro lado Francisco hablo de "encierro, desesperación, decepción y frustración y para que no le afecten las cosas no les da importancia y "olvida". Por lo que Pedro le recomendó: "escribir aunque sea en un renglón las cosas que le pasan para que no las olvide". Francisco respondió que "al escribirlas va a tener que encararlas" e intentara seguir su recomendación.

## Ilustración A10. Viñeta clínica de la sesión 10

### 10° sesión

Asistieron tres hombres.

Temas: cambios, relaciones familiares, recordaron a los integrantes de grupo que ya no se encontraban, muerte, miedo y apoyo del grupo.

Pedro saco su libreta y se respaldo de sus escritos para hacer sus comentarios. Hablo de las aportaciones que había recibido de sus compañeros, dijo:

"Marcos; me sirvió que él esperaba que su papá fuera el que tomara la iniciativa para mejorar la relación... fue bueno darme cuenta de que yo podía dar el primer paso".

"Paulina; me ayudó cuando compartió la experiencia de una persona que la molestaba. Uno tiene la tarea de ir recuperando el valor para poder abrirte con tus papás...en el fondo te quieren y te pueden ayudar a pasar eso".

"Mónica; nos abrió su corazón para decirnos cosas que le afectaban. Esto te ayuda a abrir los ojos, de cómo hay problemas, cuando no resolvemos lo de nuestras relaciones con las personas a las que tenemos mucho afecto".

Agradeció a Francisco "por sus muestras de apoyo".

Francisco señaló que "trae muchas cosas; pero las quiere guardar para sí mismo". Ante esta resistencia el terapeuta 1 le preguntó por lo objetivos que logro. Él respondió: "Pues no me he matado, eso ya es un paso (río)... Aquí igual y no he mostrado mucho progreso pero se te queda clavadita la espina y a lo largo de la semana yo lo termino resolviendo".

Marcos le realizó una devolución a sus compañeros. A Pedro le dijo: "siento que tienes miedo a vivir, miedo a regarla. Siento que, yo también siento ese miedo...pero de tus errores aprendes y mucho...siempre vas a tener el apoyo de alguien". A Francisco le señaló: "No tienes que tenerle miedo a tu papá. Tienes que hablar con él y decirle: déjame aprender a mi modo. Si no me sirve pues va a ser culpa mía, yo la voy a regar no tú, es mi vida".

Cambiando de tema, Pedro explicó que negó su participación en un congreso, dijo: "ya no le hecho la culpa a los demás. Ahora sé que la decisión principalmente es mía".

Después, el terapeuta J le preguntó a Marcos por la manera en la que había tomado el cambio de su papá y él respondió: "Pues para bien, su cambio me gusta...después de 17

años de no llevar una relación, poder platicarle como me fue es ¡wow! aunque sí, me costó trabajo adaptarme... ¿Por qué cambia hasta este momento y no desde antes?".

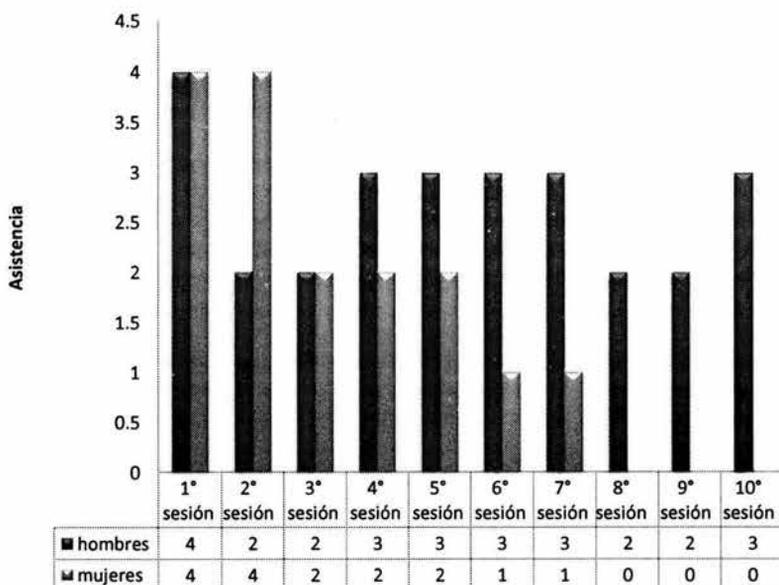
Pedro dijo: "yo descubrí que mi papá si tiene como un lado feliz". Concluyó: "Me han dado las herramientas puedo salir adelante por mí mismo".

Francisco por su parte señaló sentirse "un poco aliviado" y coincidió con Pedro señalando que "sin el apoyo de un grupo no es lo mismo que estando tú sólo".

Finalmente recordaron a sus compañeros que ya no estaban y Pedro señaló sentir "una satisfacción" al llegar al final, realizó una analogía y expresó: "Es como cuando estás en una competencia llegas a la meta; en este caso igual, pero algo que reprodujiste...lo tenías...".

Para concluir Francisco solicitó información para continuar en otro proceso terapéutico y uno de los terapeutas explicó que la terapia de grupo a corto plazo permite que los pacientes "vean por si mismos situaciones que se requieren tratar en un proceso a largo plazo".

**Gráfica D1. Asistencia del Grupo Terapéutico**



*Nota:* Se advirtió un decremento progresivo en la asistencia de las mujeres y que los hombres permanecieron durante todo el proceso.

## ANEXO B. Alianzas formadas durante el Proceso Terapéutico

En las siguientes tablas se presenta algunos sucesos significativos que ampliaron la información de lo que ocurrió en el Grupo Terapéutico y en el Grupo en Formación.

TABLA A1. Reseña general de las Alianzas Formadas durante el Proceso Terapéutico

<b>Etapa de Compromiso (sesiones 1 – 3)</b>	<b>Etapa de Diferenciación (sesiones 4 – 7)</b>	<b>Etapa de Terminación (sesiones 8 – 10)</b>
Al hablar de sus problemas familiares, de no poder cumplir con sus metas y de un sentimiento de frustración se identificaron rápidamente; lo que facilitó la interacción entre la mayoría de los integrantes y la formación de alianzas entre ellos.	En la cuarta sesión una paciente narró que fue molestada por un taxista, inmediatamente dos de sus compañeros se aliaron para apoyarla y señalarle que no le restara importancia.	Las transferencias que se consideraron impactaron directamente en las relaciones fraternales de un paciente, pues al final reportó que tenía una sensación de apoyo de parte de su hermano mayor que antes no sentía.
Las alianzas iniciales se formaron entre las mujeres cuando se habló de la relación entre hermanas.	A lo largo del proceso se formaron alianzas para hablar de las relaciones familiares. Aunque en esta etapa se intensificaron para	Este resultado tuvo que ver con la alianza que este paciente formó con otro integrante, sin dejar de reconocer que todo el

	<p>expresar el tipo de relación que mantenían con sus papás. Por lo que les resultó más fácil abordar conflictos que tenían que ver con enojo, resentimiento y rencor hacia esta figura (el grupo incluyó a los terapeutas en estos temas).</p>	<p>grupo influyó.</p> <p>A través de los factores terapéuticos y de los objetivos planteados en el modelo de Yussif se apreció que la mayoría de los pacientes obtuvieron beneficios del grupo.</p>
<p>En la segunda sesión se presenció una alianza por bloques, pues una integrante solicitó terapia individual y otra se unió a esta petición. Este evento propició a que el resto de los integrantes formaran otro bloque para señalar que el trabajo grupal si funcionaba.</p>	<p>En el caso de la relación entre hermanos el grupo no involucró a los terapeutas y las alianzas se formaron sólo entre los integrantes. Tres de ellos se unieron para expresar lo que vivían como hermanos mayores y por otro lado un paciente manifestó lo que a él le sucedía en el lugar del hermano menor.</p> <p>Se presumió que estos hechos generaron transferencias laterales entre los integrantes.</p>	<p>Generalmente los terapeutas tuvieron el rol de figuras de autoridad y algunos pacientes mostraron dificultades para aceptar este rol y abordar conflictos que se relacionaran con lo que ellos representaban.</p> <p>Aunque para otros este rol fue importante dentro del grupo; pues a través de una transferencia se generaron respuestas significativas en la relación padre – hijo de un integrante.</p> <p>En conclusión se logró</p>

		apreciar la función correctiva del grupo a través de los roles variantes que los integrantes asumieron.
En esta etapa tres integrantes se van del grupo; un hombre y una mujer solicitaron terapia individual y otra integrante dejó de asistir.	En esta etapa aconteció que las dos mujeres que quedaban abandonaron el grupo.	Finalizaron tres hombres.

*Nota:* Se observó que las alianzas que se establecieron se relacionaron con sus historias de vida e influyeron en los procesos del grupo.

## ANEXO C. Rol que tuvieron los Integrantes durante el Proceso Psicoterapéutico

Tabla D1. Descripción del Rol que tuvieron los Integrantes en el Proceso Psicoterapéutico

PACIENTES							
Marcos	Karla	Paulina	Francisco	Pedro	Mónica	María	Andrés
Asistió a 6 sesiones en la mayoría de estas tuvo un rol pasivo mostrando poco interés dentro del grupo. A lo largo de las sesiones no se pudo identificar cual era el papel de Marcos dentro del grupo.	Asistió a 2 sesiones causó controversia dentro del grupo e influyó para que en éste se comenzaran a movilizar factores como la cohesión.	Asistió a 6 sesiones, al expresar sus problemas el grupo inmediatamente respondía protegiéndola y preocupándose por ella, por lo que se consideró que éstas respuestas del grupo contribuyeron a los logros que obtuvo. Participó ayudando y escuchando atentamente a sus compañeros.	Asistió a 9 sesiones frecuentemente tuvo el rol de padre y de hermano mayor; aunque en menor grado también tuvo el rol de hermano menor al permitir que el grupo lo respaldara en situaciones difíciles. En las sesiones tendía a identificarse en los comentarios del grupo, y a proyectarse en sus	Asistió a todas las sesiones, jugó el rol de hermano mayor protector, su participación era activa, aunque en muchas ocasiones por los altos niveles de ansiedad tendía a tener un discurso circular. Su contribución dentro del grupo fue valiosa ya que se mostraba	Asistió a 6 sesiones. Tuvo un rol pasivo esperándose generalmente hasta el último para hablar.	Asistió a la primera y segunda sesión, en ésta última, ella se unió al bloque que señalaba que el grupo era benéfico.	Asistió sólo a la primera sesión y su participación fue mínima; ya que presentaba problemas de depresión. Fue canalizado a otra modalidad terapéutica en el mismo CSP.

			compañeros. Evadía, negaba y reprimía para no contactar con situaciones dolorosas. Los dos primeros roles que se señalaron fueron importantes para que sus compañeros, principalmente Pedro, consiguiera los logros que obtuvo.	solidario y apoyaba a sus compañeros cuando hablaban de situaciones difíciles.			
--	--	--	---	--	--	--	--

*Nota:* De manera general los integrantes adquirieron roles variantes, en donde, a través de estos ellos se brindaron una escucha atenta, respeto y apoyo durante el tratamiento. En el GF se analizó que Paulina junto con Marcos tenían el rol de “los hermanitos pequeños”. Las participaciones de Mónica contenían una gran carga emocional, lo que causó dificultad para que los terapeutas y el Grupo de Observadores se mostraran empático y la comprendiera. Karla generó sentimientos de devaluación en los terapeutas y en el Grupo de Observadores, lo que provocó dificultad para entenderla.

## ANEXO D. Indicaciones durante la Supervisión

SESIÓN	INDICACIONES
1°	Los terapeutas iniciarían la sesión presentándose, posteriormente le solicitarían a cada integrante que también se presentara, que dijera el por qué estaba allí y las expectativas que tenían de trabajo de grupo, se finalizaría con el encuadre. Después de la sesión la supervisora señaló que se tenía que ser empático para ir comprendiendo lo que le pasa a los pacientes.
2°	No sugerir a los pacientes, el mismo grupo lo puede hacer, romper con sus discursos propiciando la libre participación, contactar con los problemas de los pacientes, sostener los silencios y si surgían elementos resistentes, no incluirse, detectarlos y apoyarse mutuamente. Asimismo se tenía que poner atención en el contenido manifiesto y en el contenido latente.
3°	Favorecer la participación de todos los integrantes, escucha atenta a lo que ellos dicen, explorar la fantasía del grupo a partir de los integrantes ausentes, orientarlos y cuando digan algo relacionado con sus problemas intervenir.
4°	<b>Propiciar que surjan los aspectos inconscientes</b> , encaminarse hacia los objetivos específicos y el trabajo que se realice debe ligarse al comportamiento. También favorecer que las recomendaciones se den entre ellos y estar al pendiente del reloj para concluir a tiempo.
5°	Las indicaciones se dieron en base a los objetivos terapéuticos; con Marcos: profundizar en sus emociones, en sus fantasías frente al cambio del padre. Pedro: dirigir el trabajo hacia las funciones yóicas. <b>Francisco: a partir del material que no ha compartido promover su participación.</b>

6°	<p><b>Se tenía que romper con la contención emocional de Francisco; ayudarle a Pedro a tener claridad en la toma de decisiones, propiciar que Mónica hablara de la violencia intrafamiliar que ha vivido.</b> Resultaba importante que Marcos no se excluyera del grupo para poder entender lo que pasaba con él. Traer a el aquí y el ahora lo que surja en el momento.</p>
7°	<p><b>Relacionar lo que los pacientes llevan a sesión con el contexto terapéutico, evitar hablar con tecnicismos para que los pacientes no racionalicen.</b> En cuanto a las dificultades para terminar a tiempo la sesión, tener presente al "yo observador" y estar al pendiente del tiempo, poniendo atención en el lenguaje que utilizan entre ellos y planear el cierre.</p>
8°	<p><b>Propiciar la reflexión en los pacientes en base a lo qué han avanzado, tratando de que los mismos integrantes lo digan.</b> Con Francisco era necesario trabajar con la ambivalencia que siente hacia su padre.</p>
9°	<p>Se iniciaría una etapa de devolución hacia los pacientes. <b>En Francisco se fomentaría que se permita recibir de los demás. Reconocerle a Pedro lo que había logrado.</b> Si se presentaban inquietudes se les indicaría que sus datos únicamente serían utilizados con fines estadísticos y de investigación. <b>Promover la catarsis, la devolución y la retroalimentación.</b></p>
10°	<p><b>Los terapeutas les preguntarían: ¿Qué les había dejado esa experiencia? y ¿Qué otros aspectos les faltaría por trabajar? Se tenía que recapitular en la historia del grupo, considerando las aportaciones de cada integrante. La devolución, primero tenía que darse entre ellos y posteriormente los terapeutas las harían.</b></p>

**Nota:** Las indicaciones que los terapeutas lograron llevar a cabo se mostraron en **negritas**.

**ANEXO E. Respuestas que los Terapeutas y Grupo de Observadores reportaron durante la Post sesión (Supervisión).**

Tabla D1. Respuestas de los terapeutas y grupo de observadores por sesión

SESIÓN	RESPUESTAS
1°	En este primer encuentro con los pacientes los terapeutas mencionaron sentirse demandados, cuestionados y descalificados.
2°	Al no entenderse el nivel de ansiedad y los motivos por los que solicitó atención, Karla provocó un sentimiento de devaluación tanto en los terapeutas como en el GF al haber manifestado que no quería estar en el grupo terapéutico. A partir de este evento surgió el miedo a que los pacientes se vayan.
3°	Los terapeutas se concentraron en hablar sólo de Karla como miembro ausente y Andrés y María también se habían ido del grupo.
4°	Al revisarse lo sucedido en esta sesión el terapeuta 1 dijo: "me harta Paulina, me desespera, ya sé de donde viene".
5°	<p>A partir de las dudas que se estaban presentando para el cómo realizar la labor terapéutica se retomaron los objetivos generales a trabajar con cada paciente.</p> <p>El GF presentó dificultades para comprender a Paulina y realizar sugerencias en torno al trabajo que se tenía que llevar a cabo con ella.</p> <p>Específicamente los terapeutas señalaron:</p> <p>Terapeuta 1: "habla y habla y se queja y no dice nada". Asimismo añadió que</p>

	<p>ella le recuerda a su mamá.</p> <p>Terapeuta 2: "su discurso es repetitivo, parecería que es un discurso que utiliza para llamar la atención de los demás".</p> <p>A la mayoría de los integrantes del GF le resulto difícil mostrarse empático y entender a Mónica, por lo que la supervisora expresó: "es alguien que ha sufrido violencia y en nuestra labor debemos tener un acercamiento real al dolor del otro ya que este es uno de los factores que inducen a los pacientes a solicitar terapia".</p>
6°	<p>Se señaló que había sido una buena una sesión; más espontanea, fluida, los pacientes estuvieron menos tensos y más tranquilos.</p>
7°	<p>En esta sesión se abordaron temas difíciles, ya que hablaron de desprotección y de conflictos con sus padres.</p> <p>Mónica estuvo excluida del dialogo del grupo, se señaló que permaneció "en su dolor". Además el terapeuta 2 interrumpió el dialogo de ésta paciente al igual que el de Pedro cuando hablo de la relación con su padre.</p> <p>Ya para finalizar la sesión los terapeutas mostraron inseguros para proporcionar una respuesta a la demanda de los pacientes de conocer al Grupo de Observadores.</p>
8°	<p>Se consideró que las sesiones han ido evolucionando ya que ha habido un trabajo detrás, cada una de las cosas que se hacen se quedan.</p>
9°	<p>Se revisó que en ambos grupos había predominado: indiferencia, cansancio, enojo, resistencia para contactar y un tono depresivo. Además dos integrantes del GF se quedaron dormidos durante la sesión y otro se sintió enojado.</p>

10°	<p>Al ser esta la última sesión, se manifestó la ansiedad desde el inicio. Uno de los terapeutas señaló que se sentía mal del estomago, agrego que no le gustan las despedidas y temía a que le ganara el sentimiento y se le cortara la voz. También comentó que se involucro mucho con los pacientes.</p> <p>El otro terapeuta dijo que no sabe si siente nostalgia o cansancio, pues se siente tenso y para él las despedidas son tristes y nostálgicas.</p> <p>La sesión concluyó una hora después, los terapeutas presentaron dificultades debido a la nostalgia y a la ansiedad que involucraba el cierre del proceso. El discurso de los terapeutas en varias ocasiones fue confuso y su lenguaje no verbal denotaba altos niveles de angustia así como su tono de voz que fue bajo en ciertos momentos presumiéndose un tono depresivo y de duelo.</p>
-----	--

*Nota:* Estas respuestas reflejaron la ansiedad y las dificultades que tuvieron los terapeutas y los psicólogos del Grupo de Observadores ante ciertos pacientes, temas y eventos que se suscitaron en el Grupo Terapéutico. Asimismo se apreció la detección de algunos fenómenos como la contratransferencia.