



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

**REPORTE DE UNA INTERVENCIÓN DE PSICOTERAPIA GRUPAL, BREVE  
Y FOCALIZADA CON ENFOQUE PSICOANALÍTICO EN EL CENTRO DE  
SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS**

**PRESENTA:**

**EDITH RAMÍREZ HERNÁNDEZ**

**DIRECTORA:**

**DRA. MARTHA LÓPEZ REYES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MTRA. RAQUEL CORRALES ESPARZA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**México D.F.**

**Junio 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la Facultad de Psicología y al Programa Único de Especializaciones en Psicología por darme la oportunidad de ser una de sus estudiantes, por sus enseñanzas, por acogerme a lo largo de algunos años para formarme no sólo como profesionalista sino como ser humano.

A la Dra. Martha López Reyes por su supervisión, acompañamiento y apoyo constante para el logro de este trabajo, de lo contrario no tendría el valor y el significado que tiene, por sus valiosas palabras, observaciones, el aliento en cada encuentro, por compartir conmigo su experiencia, conocimiento y cariño.

A la Mtra. María Asunción Valenzuela Cota y Mtra. Rosario Muñoz Cebada, por su ejemplo, por su incansable labor para crear las condiciones para que estudiantes como yo continúen desarrollándose en el arte de la Psicología Clínica.

A la Mtra. Beatriz Alejandra Macouzet Menéndez por su calidez y confianza, por su acompañamiento a lo largo de mi formación como especialista, sus valiosos y acertados comentarios, su interés y motivación constante para seguir adelante.

Al Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa y a la Mtra. Raquel Corrales Esparza por darse el tiempo de leer este trabajo y contribuir con su experiencia y conocimiento para mejorarlo.

A Jair por su presencia en mi vida, por ser mi fuente de inspiración, por su amor sincero e incondicional, porque su apoyo y motivación constantes me han impulsado a realizar mis sueños, a cumplir metas, por compartir conmigo este proceso, escucharme y creer siempre en mí, por eso y mucho más con todo mi amor y especial dedicación.

A mi mamá, por las grandes enseñanzas para hacer frente a la vida, por haberme inculcado la perseverancia, la fortaleza y el ímpetu para luchar día con día.

A mi papá, por su amor y por estar presente en mi mente y corazón.

A mi hermana por ser mi eterna acompañante, por las lecciones de vida, por ayudarme a creer y a soñar.

A mis amigos y familia por ser seres maravillosos que han compartido conmigo este bello andar, por sus palabras, su aliento y su cariño invaluable.

Y a la Dra. Ángeles, a quien encontré en un momento crucial de mi vida, porque gracias a ella he aprendido a ser más feliz y porque sin su compañía, este logro no tendría el valor y satisfacción que tiene.

## INDICE

<b>Introducción</b> .....	1
<b>Resumen</b> .....	3
<b>Abstract</b> .....	5
<b>Antecedentes</b> .....	7
<b>Capítulo 1. LA VIDA SOCIAL</b> .....	9
1.1 La Trascendencia del lazo social en la vida del ser humano .....	9
1.2 Importancia del vínculo en el Ser Humano.....	10
1.3 ¿Qué es un grupo? .....	13
1.4 Antecedentes de las Formaciones Grupales.....	14
1.5 Clasificación de los Grupos.....	16
<b>Capítulo 2. LOS GRUPOS TERAPEUTICOS</b> .....	19
2.1. ¿Qué son los Grupos Terapéuticos? .....	19
2.2. Antecedentes de los Grupos Terapéuticos .....	23
2.3. Clasificación de los Grupos Terapéuticos .....	25
<b>Capitulo 3. EL PSICOANALISIS Y LOS GRUPOS</b> .....	28
3.1. Planteamientos de Sigmund Freud sobre la Psicología de las masas.....	28
3.2 Grupos Terapéuticos Psicoanalíticos.....	32
3.3. Dider Anzieu.....	36
3.4. Rene Kaës .....	37
3.5. Wilfred Bion.....	40
<b>Capítulo 4. LA PSICOTERAPIA BREVE</b> .....	43
4.1. ¿Qué es la Psicoterapia Breve?.....	43
4.2. Antecedentes de la Psicoterapia Breve .....	45
4.3. La Psicoterapia Breve y los Grupos .....	50
<b>Capítulo 5. LOS GRUPOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD</b> .....	55

5.1. La atención Psicológica en las Instituciones .....	55
5.2. Funcionamiento Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila” y sus repercusiones en la integración de un grupo.....	59
5.2.1. Limitaciones del Centro.....	62
<b>Capítulo 6. METODOLOGÍA.....</b>	<b>67</b>
6.1. Justificación.....	67
6.2. Objetivos .....	67
6.2.1. Objetivo general .....	67
6.2.2. Objetivos específicos .....	67
6.3. Participantes .....	67
6.4. Escenario .....	68
6.5. Procedimiento para la Conformación del Grupo .....	68
<b>Capítulo 7. INTERVENCIÓN GRUPAL.....</b>	<b>71</b>
7.1 Desarrollo del proceso terapéutico.....	71
7.1.1. Inicio.....	71
7.1.2. Desarrollo.....	72
7.2.3. Cierre .....	90
<b>Capítulo 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>93</b>
<b>Capítulo 9. REFERENCIAS .....</b>	<b>99</b>
<b>Capítulo 10. ANEXOS .....</b>	<b>105</b>
10.1. Valores en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila ....	105
10.2. Funcionamiento del CSP “Dr. Guillermo Dávila” .....	107
10.3. Tipo de atención.....	108
10.4. Entrevista inicial del usuario adulto.....	112
10.5. Inserción de Grupos Terapéuticos .....	118

## Introducción

Los problemas de salud mental que aquejan a la población han aumentado considerablemente. La pobreza, el desempleo, el bajo nivel educacional, la violencia, la discapacidad, el aumento de las adicciones, la migración etc., pueden ser consideradas como factores generadores de enfermedad mental (López, 2014).

Entre las enfermedades mentales más frecuentes, se consideran los trastornos limítrofes, psicosis, esquizofrenia, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos compulsivos, alcoholismo, adicciones y fenómenos sociales como la corrupción y la conducta antisocial (López, 2014).

Los hospitales de salud y salud mental, ofrecen tratamientos a través de medicamentos a pacientes con trastornos graves, quedando sin atención psicológica un gran número de la población, siendo algunas Instituciones privadas las que con muchas dificultades han dado respuesta a este problema de salud mental (Morales, 2000).

Las Instituciones públicas se han mostrado ineficientes para ofrecer atención psicológica a la población y con muchas dificultades han surgido algunas de carácter privado de orientación psicoanalítica, que ofrecen servicios de salud mental, resultando muy pocas para una población de acuerdo a datos del INEGI en el 2010 de 112 322 757 millones de habitantes. Y en las Instituciones Públicas de Salud, la atención psicoanalítica grupal, es prácticamente nula (INEGI, 2010).

Campuzano y Bello (2004), plantean que las Instituciones públicas que ofrecen psicoterapia requieren de técnicas de cobertura amplia para no verse rebasadas por la demanda y caer en la ineficacia. La psicoterapia de grupo bajo la modalidad de tiempo limitado es una de las técnicas ideales para dar respuesta, pues esta técnica ha resultado ser más eficaz que la psicoterapia individual vista desde el escenario de lo Institucional, siempre y cuando sea realizada por profesionales debidamente especializados. Por tanto se hace cada vez más necesario el

fortalecimiento de las técnicas grupales en las Instituciones que prestan servicios de salud mental.

En la Facultad de Psicología de la UNAM se dio inicio al Programa Único de Especializaciones en Psicología con la finalidad de capacitar a profesionales de la salud mental, y de esta forma contribuir proporcionando atención especializada para atender el problema de salud mental que aqueja a la población.

El Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila”, de la Facultad de Psicología de la UNAM proporciona un espacio a los estudiantes de la Especialización de Intervención Clínica en Adultos y Grupos para establecer un vínculo entre la teoría y la práctica de dicha Especialización, por lo tanto el objetivo general de este trabajo es dar a conocer la intervención con un grupo de psicoterapia con enfoque psicoanalítico donde se observa y describe el proceso interno del Centro.

En este trabajo también se intenta resaltar la importancia que tienen los grupos terapéuticos en este momento contextual, donde se apremia la individualidad, domina el narcisismo y las relaciones interpersonales y afectivas atraviesan una crisis significativa. Vinculado a esto se revisa el panorama de la atención psicológica que se brinda por parte de las Instituciones y se valora la inserción de los grupos de psicoterapia en este escenario.

Se hará referencia a las condiciones del CSP, contexto donde se realiza el trabajo grupal, describiendo las condiciones y la manera en la que inciden en la conformación y desarrollo de un grupo de terapia breve y focalizada con enfoque psicoanalítico.

## Resumen

En el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) de la Facultad de Psicología “Dr. Guillermo Dávila” se realizó una intervención terapéutica con un grupo de 4 personas, se utilizó la técnica de Psicoterapia Breve con Orientación Psicoanalítica, la cual fue dirigida por la Dra. Martha López Reyes y donde me desempeñé como coterapeuta en el proceso de la terapia de grupo.

Con el interés de reportar la intervención, se desarrolla un contexto teórico que exponga el sentido e importancia del trabajo realizado.

En el capítulo 1 se intenta dar un panorama amplio de la importancia que tiene para el ser humano el “otro”, como ser social para interactuar, relacionarse y vincularse. Se hace hincapié en la presencia que tienen los grupos a lo largo de la historia, abriendo la posibilidad constante de que el ser humano se vea inmerso en uno de ellos, de una forma o de otra.

En el capítulo 2 se desarrolla el tema de los grupos terapéuticos, con el fin de apreciar y valorar el alcance que tienen cuando son una alternativa terapéutica en la vida del ser humano. También se plantea una descripción general que permita diferenciar los grupos de acuerdo a la teoría y técnica específica a la que se apegan.

En el capítulo 3 se hace una revisión de algunos planteamientos del psicoanálisis y su relación con los grupos de psicoterapia, iniciando con Freud y su artículo “*La psicología de las masas y análisis del yo*” (1921) y otros psicoanalistas que se han interesado e influido en el trabajo terapéutico a nivel grupal.

En el capítulo 4 se describe la técnica de la psicoterapia breve con el propósito de conocer las posibilidades de intervención en la psicoterapia de grupo.

El capítulo 5 habla del tipo de atención psicológica que se brinda de manera general en las Instituciones, se describe el panorama Institucional del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, su funcionamiento, el tipo de

atención que brinda, la descripción de los distintos procedimientos y las condiciones en la inserción de los Grupos Terapéuticos. Lo anterior se refleja durante la experiencia de conformación de un grupo, mostrando las condiciones del CSP en las que se realiza dicha intervención, describiendo algunos de los factores que inciden y favorecen el éxito o fracaso de una intervención de psicoterapia grupal.

En el capítulo 6 se expone la metodología del trabajo realizado.

En el capítulo 7 se reporta el proceso (inicio, desarrollo y cierre) de intervención grupal efectuada bajo el modelo de la psicoterapia psicoanalítica grupal breve y focalizada. La descripción y observaciones realizadas de las sesiones durante el proceso de psicoterapia grupal, se realizan en términos generales.

El capítulo 8 concluyó con un análisis del trabajo realizado, enfocado a reflexionar la necesidad de abrir brecha en los espacios a nivel Institucional e insertar el dispositivo de lo grupal. Y por otro lado, reconsiderar los procedimientos que el CSP lleva a cabo para brindar atención psicológica a la población con la intención de optimizarlos.

## **Abstract**

In the psychological service center of “Dr. Guillermo Davila”, therapeutic intervention was performed conformed of a group of ten persons. The technique of psychotherapy was used and it was directed by Dr. Martha Lopez Reyes. I had the honor to serve as an assistant therapist in the intervention, in which we were able to develop theoretic context to portray the importance of our work.

Chapter 1 attempts to give us a broad overview about human relationship interactions; such as being able to socialize, interact, and bond with one another. It emphasizes the history of existing groups by showcasing that us, as humans have always shown interest in one another under any circumstance.

Chapter 2 leads us to the development of therapeutic groups which helps us assess and evaluate the importance it has in our life. A general description is explained to us; which helps us distinguish the groups according to the theory and techniques of the human groups developed within time.

In chapter 3 we review the article “La psicología de las masas y análisis del yo” (1921). Sigmund Freud along with other psychoanalyst show us some approaches to psychoanalysis and it’s relation to psychotherapy.

Chapter 4 describes a brief technique of psychotherapy with the purpose of demonstrating us the possibilities that exist when a psychotherapy intervention group is conformed.

Chapter 5 gives us and insight about the psychological care provided in the institutions. An overview of “Dr. Guillermo Davila” Psychological Service Center is given to us. We are told about the institutions performance, type of care provided, different procedures and conditions in which therapeutic intervention groups are performed. All this is reflected in the experience the groups showcase, which describe the factors that affect and enhance the success or failure the psychotherapy intervention groups have.

Chapter 6 exposed the methodology of the work performed.

Chapter 7 demonstrates us intervention group processes, such as the start, development, and closing under the psychotherapy psychoanalytic model which targets, describes and observes group sessions during psychotherapy.

In conclusion, chapter 8 tells us about the analysis of the work done, which makes us reflect the necessity of having intervention groups at any institutional level. It also makes us consider the procedures used in Dr. Davila's Psychological Service Center. Which always strives to provide psychological care to all its population with the intent to optimize each day.

## Antecedentes

Fue realizada una búsqueda con la finalidad de encontrar trabajos en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” que hicieran referencia a sus condiciones y procedimientos de funcionamiento para dar atención a la demanda psicológica y los resultados fueron los siguientes:

1. En un trabajo recepcional titulado: *“Servicio Social en el Centro de Servicios Psicológicos, “Dr. Guillermo Dávila”*, la autora comenta en el apartado de *“Recomendaciones o Sugerencias”* que observó que los pacientes que asisten, pierden tiempo valioso hasta llegar al comienzo de algún tratamiento. Sugiere que haya más personal encargado de realizar las evaluaciones iniciales para acortar el tiempo de espera pues describe que transcurren alrededor de tres semanas después de terminar su historia clínica, tres más para el proceso de evaluación y un mes más para poder ser asignado a un tipo de tratamiento (Barragán, 2010).
2. En el trabajo: *“La evaluación psicológica infantil: un encuentro entre la formación teórica y la formación en la práctica: la experiencia del Servicio Social en el Centro de Servicios Psicológico “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología*. La autora discute diversos puntos, uno de ellos referente a los *tiempos*, ahí analiza la relación entre el motivo de consulta y el tiempo que transcurre hasta ser tratado, señala el largo proceso que recorre el niño desde la evaluación hasta que recibe tratamiento, corriendo el riesgo de que la problemática inicial haya cambiado. Además refiere que en el caso particular del programa de intervención infantil, se evalúa de nueva cuenta al niño una vez que ha sido asignado a su tratamiento. Por lo que sugiere que se articule de manera congruente la evaluación en el área (Rodríguez M. M., 2009).
3. En *“La terapia cognitivo conductual aplicada a las actividades de preconsulta, intervención terapéutica e impartición de talleres en el Centro*

*de Servicios Dr. Guillermo Dávila*". La autora señala que la demanda de servicio psicológico es muy alta aún cuando se entregan veinte fichas diarias, lo cual motiva que algunos usuarios desistan por la larga espera. Por otro lado propone que el personal del CSP realice un control más puntual de sus espacios para realizar una mejor conducción de las actividades grupales y evitar confusión entre los usuarios (Ramírez, 2008).

4. En el "*Reporte de intervención breve en terapia grupal mixta en adultos para el control del enojo*", considera la autora en su capítulo de *Recomendaciones y Sugerencias* que existe un significativo número de personas interesadas en obtener el apoyo psicológico en el CSP, sin embargo debido a horarios laborales y escolares los usuarios se ven con dificultades para asistir y dada la alta demanda del Centro, hay poca flexibilidad en los horarios ya asignados, lo cual motiva el abandono de algunos usuarios para continuar con su proceso (Gallegos, 2011).

## **Capítulo 1. LA VIDA SOCIAL**

### **1.1 La Trascendencia del lazo social en la vida del ser humano**

Se han visto en varias ocasiones fenómenos conductuales que se refieren a la tendencia del hombre a asociarse con los demás. Su necesidad de afiliación, complementareidad y la tendencia a socializar que le produce la sencilla presencia de otros, son factores de la atracción interpersonal (Munné, 1987).

Comencemos hablando del sedentarismo que fue la primera manifestación de agrupación del hombre, pues debido a la búsqueda del espíritu y de acción se vio en la necesidad de organizarse en pequeños grupos. Y así, aprendiendo a vivir en conjunto con otros seres formó la primera Institución social: la familia (Malcolm & Hulda, 1973).

Recordemos que los primeros hombres y mujeres se agruparon como hordas, se reunían momentáneamente para satisfacer sus necesidades más básicas. La humanidad fue haciendo con las manos y pensando con la cabeza (Garnica, 2010).

Y fue así como transmitiendo sus conocimientos de generación en generación, crearon la cultura. Empezaron organizándose en grandes familias o clanes, luego surge una nueva forma de organización social: la tribu y posteriormente el estado. De esta manera, del miedo a la confianza, de la rivalidad a la cooperación; los seres humanos fueron comprendiendo que el camino de su desarrollo pasa inevitablemente por la relación social y la necesidad de organizarse (Garnica, 2010).

Notamos que las personas vivían en lo cotidiano la pertenencia a los grupos, pero no daban crédito a la importancia de reconocer su experiencia grupal, pues aunque la vida social no es patrimonio exclusivo de la especie humana, hay una característica, cualitativa y fundamental que diferencia a las sociedades animales de las humanas y es el lenguaje, como comunicación simbólica y su consecuencia, la cultura. Esto ha permitido el extraordinario desarrollo humano,

permitiendo la agrupación consiente, la organización para determinados fines y la dimensión social dirigida los que nos rodean y comparten de algún modo lo que nos es exterior (Munné, 1987).

Gómez (1994) considera y parte del hecho de la sociabilidad, que podemos vivir unos con otros, que tendemos y tenemos una vida en común; somos personas sociales. La convivencia se basa en la insuficiencia de cada individuo para asegurar su propia supervivencia, teniendo que depender en gran medida de los demás.

Retomando el término de la sociabilidad humana, encontramos en el alcance de su significado que cada hombre cuando nace es capaz para ésta. Este proceso de aprendizaje y de adaptación sociales se desarrolla de forma lenta y gradual, pues el niño aprende a convivir inicialmente a través de su madre, y sucesivamente va entrando en el mundo social. Los primeros agentes de nuestra vida, graban una profunda impronta en nuestra persona, debido a la plasticidad y receptibilidad del niño y a lo simplificado de su mundo (Munné, 1987).

Finalmente el proceso de sociabilización tiende a hacernos aptos para convivir en el seno de un grupo o de una sociedad, proporcionándonos la preparación y experiencias necesarias para ello. Cada persona reacciona de un modo específico, propio, ante el proceso de sociabilización, formándose de este modo su personalidad social (Munné, 1987).

## **1.2 Importancia del vínculo en el Ser Humano**

Vivimos en un mundo relacional. No se puede concebir un individuo completamente solo y aislado. El vínculo es el puente relacional que nos une al otro, nos permite conocerle y relacionarnos con el mundo que nos rodea. El hecho de relacionarnos no implica necesariamente la creación de un vínculo, pues este es más estrecho (Rojas & Pujol, 2009).

Resulta inevitable vincularse si partimos de la creencia de que es la base de relación con nosotros mismos y con nuestro entorno, incluso con lo que aparentemente no tiene nada que ver con los afectos (Rojas & Pujol, 2009).

El concepto de vínculo para Pichón Riviére es la mínima unidad de análisis de la psicología social, pues el objeto de estudio no es en sí el individuo, la persona o sujeto en sí, sino el vínculo que se establece con otro. Pichón Riviére entiende este vínculo como una relación bidireccional (Pichón, 1985).

Los efectos subjetivos que tiene el encuentro con el otro son en la medida en que es tomado como:

- Modelo o ideal
- Auxiliar o semejante
- Objeto de amor y/o deseo
- Rival o enemigo

Pichón Riviére, denomina el primer vínculo como de “indefensión o desamparo” y afirma que el vínculo es condición para la supervivencia, pues dadas las condiciones de nacimiento es imposible que el recién nacido sobreviva sin la atención de otro ser social, regularmente la madre o la persona que cumple la función materna. En este primer vínculo de lo que se trata es de la satisfacción de la necesidad, de un vínculo con otro que aparenta ser completo, es con un otro que da lo que tiene. Señala que esta necesidad del bebé se debe a que nace prematuro e inmaduro a tal desamparo y que necesita de la madre para seguir vivo.

Pichón Riviére describe características sobre el vínculo, el cual es una estructura compleja:

- Triangular, pues hay un tercero en juego en la relación sujeto a sujeto, que es la cultura; es decir, siempre hay una tercera persona presente en la relación bi-corporal.

- Conflictiva, debido a la tensión agresión intrínseca y una rivalidad imaginaria entre el sujeto y el otro.

Por su lado Puget (1982), refiere que cuando un individuo nace comienza un proceso de construcción de matriz simbólica de su grupo interno, que le permitirá constituirse como un individuo capaz de interactuar y comunicarse (Puget, 1982).

El vínculo es primeramente dual, de fusión con un objeto que ocupa el lugar del sujeto y con un tercero excluido y como ya lo menciono Pichón Riviére la relación se triangulariza en torno a la escena primaria entre el sí mismo y el objeto. La representación de dicho contexto ocupa un lugar en la adquisición del concepto de "grupo" (Puget, 1982).

El bebé adquiere desde su nacimiento una noción simbólica de elementos en interacción recíproca según relaciones de causalidad que lo facultan para percibir y administrar su deseo y obtener satisfacción del mismo, tanto provocando reacciones en el mundo externo, como buscando recursos propios de autosatisfacción momentánea (Galeano, 1997).

La primera configuración grupal externa en que se instala el bebé es a su nacimiento para el grupo familiar un desorganizador del equilibrio grupal previamente adquirido y él se instala como un organizador monopolista. El grupo interno del bebé está dado por la fantasía inconsciente. Su grupo externo es aquel en el que siente que todos se ocupan de él, por lo tanto están fusionados (Puget, 1982).

El primer grupo al que pertenece el bebé brinda la posibilidad de crearse un mundo interno poblado con aspectos parciales de aquellos objetos externos. El grupo externo-internalizado convierte sus necesidades en centro tiránico, omnipotente y exigente, hace de los demás dependientes absolutos y proveedores de sus necesidades mediante acciones específicas. Este grupo da cuenta de las experiencias intersubjetivas entre el sujeto y sus objetos fundamentales, madre y padre: atribuyen roles (Galeano, 1997).

El niño tiene un primer grupo interno en vías de discriminación proveniente de la hegemonía de su fantasía inconsciente que lo organiza estructuralmente. Además posee una representación de configuración grupal radial. El modelo radial en que el bebé se instaló como monopolista del grupo de referencia y de pertenencia familiar, podrá ser el germen de su futura matriz operativa grupal sociocultural (Galeano, 1997).

Puget (1982), menciona que la adquisición de la noción de grupo no es solamente el resultado de un mero desarrollo de la representación del modelo familiar primario. Un grupo primario es condición necesaria para el desarrollo de la identidad del individuo.

### **1.3 ¿Qué es un grupo?**

Para Munné (1987), la palabra “grupo” es una de las más importantes de todas las ciencias sociales; el significado común considera cualquier conjunto de varios individuos, pero su significado es tan amplio que abarca toda forma de agrupamiento humano.

Este autor resalta que un grupo es un sistema de interacción social, sin embargo resulta demasiado abstracto porque hay otros sistemas de interacción social que no son grupos, tal como los fenómenos de masa y sociedad. En realidad lo que define como grupo a un agrupamiento humano, es que está dotado de una organización interna.

Por su parte Díaz (2000), define un grupo como una conjunto de individuos que se hallan en contacto, que tienen en cuenta la existencia de unos y otros, y que tienen conciencia de algún elemento común de importancia. Agrega que en cualquiera de los escenarios vale la pena reconocer que los grupos son valiosos objetos de estudio pues constituyen ambientes importantes del comportamiento individual.

Autores como González (1999) y Olmsted (1962), coinciden en definir al grupo en función de elementos compartidos, como la reunión voluntaria de personas, que interactúan, están en contacto y que se reúnen para lograr determinadas metas. Anzieu (1993) agrega que la percepción de las personas en grupo se efectúa tanto a nivel individual como social, además hace notar la formación de subgrupos dentro del propio grupo, habla del surgimiento de roles, reglas y creencias únicas en cada grupo.

Malcolm (1962), define al grupo social como algo más que la suma de sus miembros, es decir, como totalidad. Forja la hipótesis de una conciencia colectiva y esboza el análisis de las funciones psicológicas del grupo.

Sea cual sea la definición, se habla de los grupos y de la existencia de una característica constante que consiste en que sus miembros poseen algo en común y ese algo establece la diferencia entre unos y otros. Intereses, creencias, tareas, territorio y muchas otras son características que pueden ser los lazos originales y significativos para los grupos. Algunos tienen tan sólo una característica común; otros, en cambio, tendrán muchas (Garnica, 2010).

#### **1.4 Antecedentes de las Formaciones Grupales**

Vale la pena comenzar pensando en que la vida del hombre gira en torno a la convivencia, al diálogo y a la participación, que es un ser social y su sociabilidad lo lleva a formar grupos y a integrarse en los ya formados. Tiene un sentido innato de afiliación, que se traduce en conductas de pertenencia activa y participativa. Son universales las banderas, medallas, escudos y camisetas que proclaman las afiliaciones (Estrada, 1985).

Entonces nos podemos remontar a pensar en la familia humana, no obviamente como un mero hecho biológico sino como un fenómeno social. Los animales forman parvadas, hatos, bancos, rebaños, pero no familias; andan juntos pero no necesariamente actúan en conjunto; coexisten pero no colaboran y careciendo del lenguaje, carecen del elemento esencial para la vida social. De allí en adelante la

vida del ser humano transcurrirá en la interacción social y en el desarrollo de actividades en común en el seno de grupos de toda índole (Estrada, 1985).

En todas las épocas de la historia el grupo ha sido trascendental en la vida humana, pero hoy lo es más que nunca, pues las grandes urbes crean nuevos problemas humanos y elevan en forma desmedida los niveles de tensión, agresión y frustración. Por otro lado las empresas han ido creciendo y generando nuevos problemas humanos. En una sociedad así, el grupo toma una importancia valiosa; tiene el significado intermediario entre la pequeñez y debilidad del individuo (López, 2009).

Es así como a lo largo de la perspectiva histórica vemos que el grupo ha sido siempre un medio importante para la realización de los propósitos humanos (González, 1999).

El grupo aparece como contrapartida a una concepción modernista del mundo, en la que se privilegió el conocimiento como representación de una realidad objetiva, que existe con independencia de la mente y de los sentimientos, que es observable, verificable y universal. (Anderson, 1999).

En ilustrativo contraste con la vida en las comunidades primitivas, la gente educada en el mundo civilizado parece tener mucho que ocultar. El individuo, cada vez más a menudo, se encuentra a sí mismo incapaz de expresar opiniones espontáneas acerca de gran cantidad de tópicos que le afectan profundamente (Munné, 1987).

Es interesante saber cómo en la actualidad hay revelaciones que se dan únicamente en los confesionarios, pues la gran mayoría de personas raramente se dan la oportunidad de revelar sus sentimientos personales. La sociedad cree que la vida pública y la privada se deben mantener separadas, que las actitudes socialmente aceptables se ponen junto con la ropa, y que tan solo en condiciones de descuido emocional se permiten abrir paso a sus sentimientos y emociones (Puget, 1982).

Una de las líneas más influyentes de pensamiento fue la desarrollada por el sociólogo francés Emilio Durkheim. Se interesó en el proceso de acción recíproca y sentó la teoría de que las ideas individuales se alteran en el proceso de “síntesis psicosocial” que ocurre en los grupos y que de ese modo emerge un producto de grupo, que no puede ser explicado en función de procesos mentales individuales (Munné, 1987).

Y entonces el método de psicoterapia de grupo hizo su aparición oponiéndose a las tradicionales creencias médicas en relación médico-paciente envuelta en una capsula. La psicoterapia de grupo, llegó a abrir una brecha en esta inviolable privacidad y ponerla de manifiesto. Al hacerlo así ha llenado una real y particular necesidad en la práctica psiquiátrica actual. Su valor original para la investigación en las ciencias sociales también está logrando reconocimiento (Garnica, 2010).

Es a partir de la última guerra, que la psicoterapia del grupo se ha difundido enormemente, en especial en los Estados Unidos (González, 1999).

### **1.5 Clasificación de los Grupos**

Foulkes, hace años, propuso una clasificación de los grupos que retomaremos en sus líneas generales, modificando algunos aspectos (Gómez, 1994).

#### **A) Grupo terapeutico.**

Es un grupo de desconocidos, reunidos exclusivamente en función de propósitos psicoterapéuticos, sin ocupación o relaciones preexistentes que los vinculen. El número de integrantes suele tener entre ocho y diez miembros (pacientes) y uno o dos terapeutas de grupo, quienes son responsables de la coordinación y conducción. Este tipo de grupos no existe de manera “natural” por lo cual se da solo en los consultorios, públicos o privados. Todas estas características (ausencia de ocupación, de vínculos previos, reunión sólo para propósitos psicoterapéuticos), le hacen ser un grupo donde se desarrolla fácilmente la transferencia, posibilitando su instrumentación técnica para la

cura. El grupo se convierte, por ello, en el medio poderoso que permite alcanzar los fines últimos de cambio individual intrapsíquico. En el caso del grupo terapéutico, la búsqueda de cambios es en cada individuo, y el grupo se utiliza como instrumento para lograrlo.

#### B) Grupo familiar.

Grupo natural, primario y jerarquizado, donde sus miembros están vitalmente relacionados y tienen un tejido previo de vínculos e intereses. En este tipo de grupos la transferencia no puede manifestarse plenamente. Por ejemplo, en el caso de los hijos, se encuentran frente a los objetos parentales reales, por lo que no puede darse la transferencia (que es proyección de objetos internalizados del pasado, a un nuevo objeto externo actual), dado que no es un nuevo objeto el que está, sino el original y además, puede haber una desactualización entre los objetos internalizados del pasado y los objetos reales del presente. Por otra parte, la presencia parental real, dificulta la reedición de la relación con el objeto pasado, que como mencionamos, es el sentido clásico de la transferencia. En el grupo familiar, los cambios en un miembro del sistema producen reacciones en los demás, con tendencia a restablecer el equilibrio original, los síntomas aparecen claramente interdependientes, y de ahí la necesidad de intervenir para modificar al sistema global, que busca romper su estereotipia modificando sus reglas de funcionamiento y sus interrelaciones.

#### C) Grupo de trabajo, de tarea o grupo no terapéutico.

Comprende aquellos conjuntos que tienen una tarea o trabajo a desarrollar y esta es la que los define y crea su existencia como grupo. Por ejemplo: grupos de trabajo, grupos de enseñanza-aprendizaje y grupos institucionales en general. Son grupos “naturales” que existen en función de la tarea que los vincula y liga a una estructura social más amplia, habitualmente jerarquizados y, en tanto grupos preformados, con un contenido provisto de vínculos, intereses y códigos de comunicación. Por último, en el caso del grupo de tarea,

cuando se requiere una intervención psicológica, ésta gira alrededor de la función del mismo, considerando en primer plano las relaciones grupo-tarea, sus dificultades, alternativas y posibilidades de cambio.

Los enfoques para la comprensión e intervención psicológica de este último tipo de grupos, suelen ser los de la psicología: dinámica de grupos, grupo T, grupos de sensibilización; el grupo operativo y los grupos de diagnóstico, como enfoques de inspiración psicoanalítica, y las diversas aproximaciones del análisis Institucional. Como un caso especial, dirigido al aprendizaje de la relación médico-paciente, se encuentran también los “grupos Balint” (López, 2014).

## **Capítulo 2. LOS GRUPOS TERAPEUTICOS**

### **2.1. ¿Qué son los Grupos Terapéuticos?**

Algunos expertos como lo son los psicólogos sociales y antropólogos reconocen que el grupo es un dispositivo con propiedades terapéuticas por sí mismo y las psicoterapias tratan de establecer ciertos controles sobre los procesos de cambio espontáneos en una realidad que se condiciona y planifica por el terapeuta en función de un objetivo terapéutico. Es un proceso psicosocial en el que un terapeuta especializado en la técnica grupal, utiliza la interacción emocional en grupos pequeños para llevar a cabo la mejoría de las disfunciones en la personalidad de los pacientes (Díaz , 2000).

Algunos autores coinciden en remontarse a la historia para mostrarnos que la vida del ser humano ha estado influida desde sus orígenes por dinámicas e interacciones grupales, sin embargo, la terapia grupal como tratamiento conducido por un profesional, planeado para el abordaje de la patología del individuo es, literalmente, hija del siglo (Díaz , 2000).

Vale la pena citar a Didier Anzieu (1993), cuando refiere que no existe posibilidad alguna de que una persona esté psicológicamente aislada de otras, y el estudio de las relaciones con los demás es un capítulo necesario de la psicología individual.

Los grupos terapéuticos son utilizados desde diferentes perspectivas teóricas y con diversos objetivos. Los contextos de intervención son preferentemente los ámbitos de la salud, tanto a nivel preventivo como curativo. La práctica clínica dentro de un grupo demuestra que estas intervenciones son valiosas para cualquier objetivo relacionado con el aprendizaje y el cambio en la calidad de vida o en los hábitos de las personas (González, 1999).

Puntualicemos que la formación de un grupo terapéutico comienza en un medio que se crea artificialmente, donde se establecen encuentros pautados y en el que un conjunto de personas interaccionan, se comunican y comparten normas. Los encuentros se realizan de una a más veces por semana durante un periodo

definido con anticipación, aunque limitado o terminable. El objetivo fundante de las reuniones es la terapia. Por definición está centrado en el proceso del propio grupo; es decir, centrado en los beneficios relacionados con el funcionamiento individual que proporciona a sus miembros la experiencia de pertenecer a él (Gómez, 1994).

Actualmente hay diversos métodos y técnicas que se utilizan en terapia de grupo, y a veces, el terapeuta echa mano de ellas, las utiliza en función de las necesidades del grupo, de sus capacidades o de sus habilidades personales (González, 1999).

Díaz (2000), habla del grupo terapéutico como el único grupo en el que la admisión se establece en función de alguna deficiencia reconocida y admitida. El terapeuta al inicio selecciona a los integrantes de acuerdo a criterios terapéuticos de inclusión y exclusión definidos que se establecen de acuerdo al objetivo terapéutico.

Los miembros de los grupos de psicoterapia tienen un objetivo común y puede decirse que la motivación es la misma: mejorar; se mantienen ligados por el conflicto personal, sus interacciones son abiertas, predominan las que corresponden a sentimientos y emociones por lo que es necesario explorar sus fuentes psicológicas (Grinberg, 1977).

En términos generales la realidad del grupo es condicionada, planificada y estructurada por el terapeuta. No existe un dirigente en el sentido estricto de la palabra, pues la única desigualdad entre pacientes y terapeuta consiste en la función reguladora de este último y papel interpretativo (Yalom, 1996).

Siguiendo con la descripción del grupo terapéutico, diremos que es un dispositivo de tratamiento que se propone dos tareas: curar al grupo como un todo y al mismo tiempo al miembro individual a través del propio grupo (Zamanillo, 2002).

Ahora bien, la incursión del tratamiento de grupo trae consigo una serie de problemas teóricos y técnicos, entre ellos: la composición de los grupos, la

selección de pacientes aptos para el tratamiento, los síntomas característicos del grupo y los métodos para tratar con éxito al grupo y al individuo. A esto sumemos lo importante que en este campo es el entrenamiento, la experiencia y la habilidad del especialista (González, 1999).

Hablemos brevemente del proceso diagnóstico en terapia grupal, en el cual se establece un proceso de selección, lo que implica la consideración de agrupabilidad.

**Selección:** La selección consiste en conocer las características de un paciente a fin de identificar si la indicación terapéutica es o no la psicoterapia de grupo (Zimmerman, 1969).

**Agrupamiento:** Por este concepto se debe entender la elección adecuada del paciente, ya seleccionado, para determinado grupo terapéutico. Ahora bien, en el agrupamiento, deben tenerse en cuenta no sólo las características de los demás pacientes que constituirán o que ya constituyen el grupo, sino también las características del terapeuta, teniendo como objetivo la formación de un grupo bienamente constituido y equilibrado desde el punto de vista terapéutico (Zimmerman, 1969).

El diagnóstico en terapia grupal incluye la valoración de los mundos externo e interno del paciente, se crea en el campo de la entrevista entre paciente y terapeuta junto con la intención de contribuir en un intercambio benéfico dentro del grupo terapéutico, tanto para el paciente como para los demás miembros (Díaz, 2000).

En conjunto se verifica la importancia de la selección y del agrupamiento de los pacientes, pues, de tales tareas previas puede depender, no solamente el comienzo de un buen funcionamiento en el grupo terapéutico, sino también su continuación así como del ingreso de un nuevo participante al grupo. De hecho, la mayoría de los autores que se han dedicado al estudio de la selección y del agrupamiento de pacientes, están de acuerdo en resaltar su importancia,

atribuyendo ciertos fracasos terapéuticos a una selección inadecuada y a un agrupamiento incorrecto (Zimmerman, 1969).

Sin embargo, durante el desarrollo de la terapia de grupo apareció una nueva dificultad, pues se hizo evidente que las relaciones entre los miembros del grupo no se reducían a la comunicación verbal, sino que actuaban unos sobre otros y esto planteó la cuestión de cómo podría utilizarse en bien de los participantes este comportamiento inconsciente, se buscó por diferentes caminos pero se encontró que justo es la interacción de los miembros, sus relaciones recíprocas lo que llega a tener más importancia en comparación con la interacción única y exclusiva con el terapeuta (Moreno, 2013).

Al realizar una mirada retrospectiva a civilizaciones tanto primitivas como altamente desarrolladas muestra como una arcaica sabiduría el adscribir un papel decisivo a las fuerzas de grupo en la configuración de la vida social. Pronto se reconoció que dentro del grupo es más fácil objetivar y resolver los problemas individuales. Su pertenencia a un grupo terapéutico lo llevará a revisar vivencialmente su inscripción en la vida desde su nacimiento como ser social, a fin de comprender las motivaciones inconscientes que lo llevaron a ocupar un rol determinado. Así, la organización grupal sería entonces el resultado de un complejo proceso estructurante en el que los integrantes son simultáneamente sujeto y objeto de dicha organización (Moreno, 2013).

Y así, hoy pensamos que para que un grupo terapéutico llegue a serlo, debe pasar por un proceso de concientización de la estructura significativa y adquirir una representación interna de la interacción específica, del sí mismo y del otro, lo que sucederá cuando bien comiencen a producirse hechos psicológicos fundantes (Bauleo A. , 1997).

Todo ser humano es fuente y centro de efectos psicológicos, es estimulado y a su vez estímulo, ya que la gente interacciona con referencia recíproca. Para que dicha interacción participacionista se transforme en comunicación con representación psicológica en un grupo terapéutico deberá producirse la

necesidad, sentimiento, emoción y pensamiento, deberá rozar o llegar al otro a partir de un mecanismo de identificación. En ese preciso momento, se producirá un “hecho social fundante” del proceso terapéutico (Gómez, 1994).

La interacción y comunicación pueden darse simultáneamente; sin embargo es útil discriminar interacciones parciales, imitativas, de contagio y una comunicación basada en el conocimiento de la existencia del “sí mismo y del otro”. La multiplicidad de cuerpos en la situación de terapia grupal abre un abanico de posibilidades de encuentros y desencuentros entre el deseo propio y el deseo del otro. Es un campo de interacciones que favorece la discriminación intersubjetiva (Serebrinsky, 2012).

## **2.2. Antecedentes de los Grupos Terapéuticos**

Las prácticas grupales que se habían iniciado a principios del siglo XIX experimentan un fuerte impulso después de la segunda guerra mundial, las numerosas neurosis traumáticas que se producen empiezan a ser tratadas con métodos grupales. Esta metodología experimenta un fuerte desarrollo, coincidiendo con los cambios histórico-sociales y, en un momento en el que lo colectivo se consideraba un instrumento importante para el cambio (Gómez, 1994).

Debemos señalar dos ideas centrales:

1. El grupo es algo más que la suma de sus miembros.
2. La trascendencia de las relaciones afectivas en los grupos.

Son estas relaciones transferenciales las que aumentan la complejidad del tratamiento (Gómez, 1994).

La psicoterapia de grupo fue iniciada por Pratt en 1905 cuando introdujo el sistema de “clases colectivas” con pacientes tuberculosos. El objetivo consistía en acelerar la recuperación física mediante una serie de medidas sugestivas para que los enfermos cumplieran de la mejor forma su régimen dentro de un clima de

emulación. El proceso grupal tenía varias ventajas pues además de reducir el tiempo que debía dedicársele a cada enfermo, parecía tener un efecto terapéutico (Vaimberg, 2012).

En los grupos que realizaba Pratt con pacientes crónicos observaba que los lazos emocionales que se establecían con el líder del grupo y entre los miembros influían de manera importante en el cumplimiento del tratamiento y en la evolución clínica. Su mérito fue el de utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas en la persecución de una finalidad terapéutica. Su técnica se apoya en dos pilares: activa en forma controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad; por el otro, el terapeuta asume el papel de una figura parental idealizada y se estimula la identificación del enfermo con el médico (Yalom, 1996).

Hablando un poco sobre el recorrido histórico del fenómeno grupal iniciamos con Edward Lazell, psiquiatra del Hospital St. Elizabeth de Washington, D.C., aplicó en 1921 los métodos de Pratt al tratamiento grupal con pacientes psiquiátricos (sobre todo esquizofrénicos). Su método, conocido como la “arenga etiológica”, combina los conceptos freudianos sobre psicología de los grupos junto con interpretaciones transferenciales referidas de la familia a la interacción grupal (Díaz , 2000).

En los abordajes de Marsh, Low, Wender y Lazell, los ex pacientes dados de alta regresan a la institución a compartir sus experiencias con los internos (Gómez, 1994).

De esta misma corriente se derivan las terapias con análogos dinamismos que actúan “por el grupo con estructura fraternal”, aunque en vez de que se establezca la relación con un terapeuta-padre idealizado, se estimula la fraternidad homogeneizadora de los miembros, que disminuye la rivalidad y envidia dentro del grupo. El ejemplo mejor conocido es el de Alcohólicos Anónimos (A.A.) organización nacida en 1935 (Díaz, 2000).

Jacob Levy Moreno (1889-1974) nació en Bucarest y se trasladó a Viena donde estudió medicina. Sus primeros escritos fueron más filosóficos y poéticos que

psicológicos. Organizó sesiones grupales para prostitutas en 1913. Acuñó el término “psicoterapia de grupo” (Moreno, 2013).

Por último, Samuel R. Slavson introdujo el concepto de *pequeño grupo* en 1934, e inició grupos de actividad para niños. Fundó la Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo en 1940. Consideraba que en el grupo, el terapeuta representa al padre, el grupo en sí a la madre y los compañeros a los hermanos (Díaz I. , 2000).

### **2.3. Clasificación de los Grupos Terapéuticos**

Como ya se ha descrito, la participación en la psicoterapia de grupo es una experiencia única en nuestra cultura tanto para el paciente como para el terapeuta. En ninguna otra situación social el grupo es práctico para formular para sí mismo y compartir con otras experiencias emocionales de naturaleza muy personales (Campuzano & Bello, 2004).

Los grupos terapéuticos manifiestan una gran variedad de complejos fenómenos psicológicos. Uno nunca termina de sorprenderse por la variabilidad, complejidad e intensidad de los procesos emocionales e interpersonales que ocurren en los grupos terapéuticos. Es la búsqueda de un fin explícito de provecho personal, de un fin individual, privado, suficiente para explicar tal agrupamiento (Campuzano & Bello, 2004).

Las orientaciones teóricas desde donde se realizan las tareas grupales en el terreno de la psicología, son por demás variadas, Cartwright y Zander señalan siete (Macias, 2003):

#### 1) Teoría del campo.

Enfoque originado por Kurt Lewin, en el cual se considera que la conducta es resultado de un campo determinante e interdependiente, considerado espacio vital o social. Desde esta teoría se originan los “grupos T” y, en general, la psicociología, con un impacto importante en las esferas de la educación y la administración.

## 2) Orientación interaccional.

En esta se considera a los grupos como un sistema de individuos que interactúan a través de ciertas pautas repetidas y reconocibles, que mantienen cierta constancia en su interior y en las interacciones con otros sistemas mediante la utilización de mecanismos. Comprende fundamentalmente una teoría del equilibrio y en sus desarrollos más recientes una teoría del cambio. Como elementos teóricos suelen utilizarse la teoría general de los sistemas, creada por Von Bertalanffy, así como la teoría general de la comunicación desarrollada por diversos autores. Esta orientación ha sido de fundamental importancia en el desarrollo de la psicoterapia familiar.

## 3) Orientación sociométrica

Fue originada por Jacob L. Moreno, creador del psicodrama y desarrollada por otros autores que centran su atención en las elecciones interpersonales que mantienen unidas a las personas en los grupos. En el campo de la psicología clínica y la psicoterapia ha sido el psicodrama, más que la sociometría, la aportación de mayor importancia y permanencia.

## 4) Teoría psicoanalítica

La teoría psicoanalítica propone la existencia de procesos inconscientes, además de los conscientes, que influyen la conducta humana, se centra en los procesos de motivaciones y defensa que ocurren en el individuo, estableciendo una teoría psicosexual del desarrollo de donde se desprende un continuo desequilibrio. Es también una técnica de tratamiento para las alteraciones emocionales que incluye una teoría de la cura. Posteriormente Freud desarrolla el enfoque psicoanalítico de la terapia de grupo desde distintas escuelas psicoanalíticas: Kleiniana, psicología del yo, Horney, Sullivan, Adler, etc., y con distintos enfoques técnicos: terapia en el grupo, del grupo, por el grupo, e incluso con desarrollos no terapéuticos como la técnica de grupo operativo iniciada por Pichon Riviére.

#### 5) Orientación cognoscitiva

En esta orientación se comprende la preocupación por entender cómo los individuos reciben e integran la información sobre el mundo social, y cómo esta información afecta su conducta. Asch y Festinger son autores conocidos en el campo de la psicología social que desarrollaron este enfoque (Recepción e integración de la información. Consecuencias en la conducta).

#### 6) Orientación empírico-estadística.

Esta orientación es resultado de dos fuertes influencias: por un lado la sociología funcionalista y por el otro los procedimientos elaborados en relación a las pruebas o test psicológicos.

#### 7) Orientación de los modelos formales

Representa para algunos la “línea dura científicista” en el campo de las ciencias sociales, y para otros, la vertiente utópica de la “extrapolación del modelo científico y físico-matemático a las ciencias sociales”. Se caracteriza por la búsqueda, con ayuda de las matemáticas, de la construcción de modelos formales para manejar rigurosamente ciertos aspectos más bien limitados de los grupos.

## Capítulo 3. EL PSICOANÁLISIS Y LOS GRUPOS

### 3.1. Planteamientos de Sigmund Freud sobre la Psicología de las masas.

“En la vida anímica individual aparece integrado siempre el otro, como modelo, objeto auxiliar, adversario. La psicología individual es al mismo tiempo psicología social” (Freud, 2001).

Cuando se habla de psicología colectiva se enfatiza en los fenómenos de influencia simultánea ejercida sobre el individuo por un gran número de personas, producto de un instinto social, que surge cuando hay una masa. A Freud le resulta difícil atribuir solo al factor numérico la expresión del instinto social, para él la psicología colectiva debe buscarse en uno de los grupos más primarios: la familia (Bauleo A. , 1997).

Las preguntas de investigación que se plantea Freud serían las siguientes:

¿Por qué el individuo por el simple hecho de incorporarse a una masa psicológica siente, piensa y actúa de manera inesperada y diferente a cuando se encuentra aislado?, ¿Qué es una masa?, ¿Por qué medios adquiere la facultad de ejercer tan decisiva influencia sobre la vida anímica individual?, ¿En qué consiste la modificación psíquica que impone al individuo? (Freud, 2001).

Primero hay que describir el objeto a investigar y para eso le da la palabra a Le Bon que en su trabajo solo describe qué le pasa al sujeto cuando se incorpora a una masa:

El alma colectiva según Le Bon: a) cualquiera que sean los individuos que la componen y por diversos o semejantes, el solo hecho de hallarse transformados en una multitud les dota de una especie de alma colectiva; b) esta alma colectiva les hace sentir, pensar y obrar de manera por completo distinta (Freud, 2001).

La masa psicológica es un ser provisional compuesto de elementos heterogéneos, parecida a las células del cuerpo humano que cuando se juntan forman un nuevo

ser que muestra características diferentes de las que cada una de las células posee individualmente.

Freud (Freud, 2001) dice: debe existir algo que los una unos a otros, y eso es lo que podría ser lo que caracterice a la masa. Le Bon reconoce que existe una vida inconsciente que no conocemos, describe muy bien qué le pasa al individuo cuando forma parte de una masa. A continuación se expresa el cambio del individuo cuando forma parte de una masa:

- a) Se borran las adquisiciones individuales, desapareciendo la personalidad.
- b) Desaparece la personalidad consciente y aparece el inconsciente.
- c) El inconsciente social surge en primer término.
- d) Lo heterogéneo se funde con lo homogéneo.
- e) Hay una tendencia a transformar en actos las ideas sugeridas.
- f) La multitud es anónima.
- g) Desaparece el sentimiento de responsabilidad.
- h) Por el solo hecho de formar parte de una masa desciende el hombre varios escalones en la escala de la civilización
- i) La superestructura psíquica queda destruida apareciendo desnuda la uniforme base inconsciente común a todos.

Le Bon (Freud, 2001) explica tres factores que cree favorecen los cambios en el individuo:

- a) El individuo integrado en una masa adquiere por el sólo hecho del número de personas o sea una multitud, un sentimiento de potencia invencible, los instintos que antes estaban reprimidos se expresan, y se pierde el valor de la responsabilidad, poderoso y constante freno de los impulsos individuales.

- b) El contagio mental, es comprobable pero inexplicable, hasta el punto de que el individuo sacrifica su interés personal por el de la masa.
- c) La sugestionabilidad de la cual el contagio es su efecto, al grado de que un sujeto que habiendo perdido su personalidad consciente obedezca a todas las sugerencias del operador y realice actos totalmente opuestos a su manera de ser cae en un estado de fascinación como el hipnotizado cae en estado similar con el hipnotizador. No tiene consciencia de sus actos.

Resume Le Bon que se trata de la desaparición de la personalidad consciente y el predominio del inconsciente, la orientación de los sentimientos y las ideas en igual sentido por sugestión, contagio y la tendencia a transformar inmediatamente en actos las ideas sugeridas. Estos son los principales caracteres del individuo integrado a una masa. Le Bon no se limita en comparar al individuo dentro de la masa con el estado hipnótico sino que establece una verdadera identidad entre ellos (Jolibert, 1993).

Para Freud Le Bon deja de lado la acción fascinante del hipnotizado, la masa y enfatiza más el estado contagioso entre unos y otros, que viene a reforzar la sugestión primitiva (Jolibert, 1993).

En la masa desaparecen todas las inhibiciones individuales, mientras que todos los instintos crueles, brutales y destructivos, residuos de épocas primitivas latentes en el individuo, buscan su libre satisfacción, pero por otro lado las masas son capaces del desinterés y el sacrificio por un ideal (Freud, 2001).

En los rasgos de la masa que describe Le Bon puede verse la gran similitud entre el grupo y los hombres primitivos. En la masa las ideas más opuestas pueden coexistir sin estorbarse unas a otras y sin que surja un conflicto, se encuentra más accesible al poder mágico de las palabras, la razón y los argumentos no pueden contra ciertas palabras, no se conoce la sed de la verdad, dan preferencia a lo irreal y tienen una tendencia a no hacer distinción entre lo real y lo irreal (Freud, 2001).

Le Bon dice que los elementos individuales se colocan instintivamente bajo la autoridad de un jefe. La multitud es un dócil rebaño incapaz de vivir sin amo, tiene la sed de obedecer (Freud, 2001).

El jefe debe poseer determinadas aptitudes personales:

- a) Fascinado por una intensa fé en una idea que pueda transmitir en la multitud.
- b) Debe poseer una voluntad potente e imperiosa para transmitir a la masa.

Le Bon les atribuye a los directores un poder misterioso e irresistible llamado prestigio, que es una especie de fascinación y la fascinación paraliza la crítica. Para Le Bon hay dos clases de prestigio: el adquirido y el artificial. El adquirido queda para las personas por su nombre, sus riquezas y su honorabilidad. El artificial es adorno del que muy pocos gozan y por lo mismo se imponen y se hacen obedecer como si poseyeran un mágico talismán (Freud, 2001).

Para Freud nada de lo dicho por Le Bon le es nuevo. En circunstancias particulares surge en las colectividades el fenómeno de entusiasmo el cual capacita a las multitudes para los actos más nobles y generosos (Jolibert, 1993).

Se cree que las grandes creaciones del pensamiento así como descubrimientos importantes solo son posibles en el individuo aislado. El alma colectiva también es capaz de dar vida a creaciones espirituales de un orden genial como lo prueban el idioma, los cantos populares y el folklore (Freud, 2001).

Le Bon y otros hacen referencia a las masas pasajeras o efímeras que están constituidas por asociación de individuos movidos por un interés común. Su observación se basó en las masas de la revolución francesa. Hay otras masas y asociaciones permanentes deben tener algo en común, es decir que un mismo interés los enlace a un mismo objeto (Jolibert, 1993).

Partiendo de las íntimas y frecuentemente inconscientes bases de cohesión y control en el grupo familiar, Freud hizo hincapié en los aspectos emocionales de la

dirección y de la formación del grupo, más que en la organización de miembros para trabajo consciente (Malcolm & Hulda, 1973).

Freud indicó que para que un grupo se forme hace falta un propósito y la emergencia de un líder neto. Planteó la hipótesis de que los miembros del grupo establecen vínculos libidinales con el líder (Jolibert, 1993).

### **3.2 Grupos Terapéuticos Psicoanalíticos**

Sigmund Freud comenzó a trabajar con principios analíticos como el inconsciente y la transferencia, pero sus contribuciones se basan en los hallazgos de la psicología individual. En la actualidad se acepta la aplicación de conceptos psicoanalíticos a la terapia de grupo modificándolos significativamente (Bernard, 2007).

Freud sugirió que el mejor acceso a la psicología del yo, podría ser la investigación de los desórdenes de la sociedad y se planteó el fundamento psicoanalítico para la psicología de grupo, se afirmó que la vida mental del individuo incluye invariablemente al otro como modelo, objeto, ayuda u oponente. Por esto la psicología individual es, al mismo tiempo, psicología social. Sólo rara vez y bajo condiciones excepcionales, puede la psicología individual desentenderse de las relaciones del individuo con los demás (Díaz, 2000).

Freud ve en la conducta grupal la emergencia de lo reprimido, gracias al anonimato del sujeto inmerso en la masa y a su relación especial con el líder se posibilita la emergencia de:

- a) Sentimientos de omnipotencia
- b) Un estado de “fascinación”, debido a la sugestibilidad recíproca entre los miembros del grupo
- c) Contagio emocional e inducción a la actuación sacrificando el interés personal por el colectivo

d) Pérdida de inhibiciones sociales que convierten al individuo en una criatura guiada por el instinto (Díaz I. , 2000).

El grupo es una revivencia de la horda primitiva. La psicología individual sólo surge en modo gradual de la primitiva y antigua psicología de grupo. La esencia de la mente grupal obedece a los lazos emocionales y amorosos entre los individuos (González, 1999).

La psicopatología se entiende como el resultado de conflictos intrapsíquicos; de forma que el tratamiento consistía en analizar al paciente como individuo. Sin embargo se observa que la transferencia se desarrolla bien en el marco del grupo, aunque su naturaleza sea diferente, hacia los compañeros del grupo se instala rápidamente y con más intensidad que las transferencias hacia la figura de autoridad, referente al terapeuta (González, 1999).

Aunque en el grupo no se dispone de mucho tiempo para la exploración intensiva de las historias individuales, el grupo ofrece muchas más oportunidades para comparar y contrastar percepciones presentes con las experiencias pasadas. La posibilidad de observar a los pacientes en interacciones interpersonales múltiples ofrece una perspectiva sobre el tipo de carácter mucho más rica que en el psicoanálisis individual (López, 2009).

Los principios psicoanalíticos son aplicables a la terapia de grupo con algunas variaciones, pero la aplicación del psicoanálisis en el encuadre grupal ofrece algunas ventajas y un potencial curativo peculiares (Vaimberg, 2012).

Díaz (2000) reafirma el carácter psicoanalítico del enfoque grupal al recordar que para Freud, el psicoanálisis se basa esencialmente en:

a) La teoría del inconsciente, vinculada con las de resistencia y la represión.

b) La existencia de una sexualidad infantil y preedípica.

c) Considerar a la resistencia y la transferencia como ejes del tratamiento (Díaz I. , 2000).

El grupo aparece como matriz del individuo y reactiva la reacción dual con la madre (objeto bueno y malo), el conflicto defensivo, la estructuración del Yo y de la personalidad, de las relaciones de objeto y de las identificaciones (Galeano, 1997).

El cambio que busca el psicoanálisis se relaciona con crear o modificar las estructuras del aparato psíquico (yo, ello y superyó). Los terapeutas psicoanalíticos están alertas de los significados inconscientes del material que aportan sus pacientes en los grupos, atienden a las resistencias que se oponen a su expresión; a las transferencias que revelan la reactualización de relaciones pasadas y que interfieren con la correcta percepción del aquí y ahora de la situación grupal, distorsiones que en el grupo y fuera de él, frustran y lesionan al paciente (Bauleo, 1997).

Si bien la interpretación es la herramienta que permite integrar todos estos elementos, llegar a ella implica una serie de tareas previas, que preparan el terreno para que los pacientes estén dispuestos a recibirlas, comprenderlas y utilizarlas en su beneficio (Díaz I. , 2000).

La psicoterapia psicoanalítica de grupo es un tipo de intervención terapéutica que utiliza los fenómenos grupales como agentes catalizadores del cambio para el individuo, pues el grupo aporta un escenario que permite hacer presente en forma actual al grupo familiar primario, actualizando los conflictos para ser reelaborados en la situación grupal (Bauleo, 1997).

Es así como en el grupo pueden revivirse sentimientos asociados a las relaciones fraternales, lo que en terapia individual es más difícil alcanzar. El grupo ofrece también la posibilidad de identificación con otros miembros, formando un clima de confianza en el que cada uno de los participantes tiene la posibilidad de asumir distintos roles y establecer relaciones que canalicen sus sentimientos (Bernard, 2007).

En la constitución del grupo hay una serie de pasos intermedios: en un primer momento se establecen normas para mantener el equilibrio aún frágil; la organización narcisista de cada uno, transmitida a través del ideal del yo en función de los valores propios, no entra en colisión sino que, al contrario, se sostiene mutuamente con la de los demás. Existe un segundo momento de desequilibrio, incertidumbre y crisis. Un tercer momento comprende el “descubrimiento” del tercero ya no como terrible, disruptivo, inquietante sino como la posibilidad de reconocer los valores ajenos que se diferencien del propio (Bernard, 2007).

Dentro de la psicoterapia de grupo psicoanalítica surgen teorías y técnicas grupales con una finalidad en común, y ésta es, que el individuo alcance la cura mediante el grupo, las cuales presentan importantes diferencias en sus conceptos y nociones (González, 1999).

Para Foulkes, (1964) terapeuta y pacientes se instalan en un espacio-tiempo, siendo el encuadre el organizador de los encuentros y el objetivo a cumplir, el polo estructurante. Esta red básica servirá para:

1. Detectar situaciones patológicas que han originado, detenciones o distorsiones en el proceso de maduración de un individuo.
2. Producir cambios en la estructuración de la personalidad resolviendo transferencias primitivas y descubriendo una nueva semantización de la comunicación.
3. Facilitar la articulación del mundo individual y el campo sociocultural, así como detectar fracturas desconocidas entre ellos.
4. Reanudar la marcha de un proceso vital mediante el cual se adquieran identidades válidas y un adecuado nivel de autonomía.
5. Facilitar la toma de conciencia de que el paciente es parte y promotor del proceso grupal.

Puget, (1982) considera que es útil definir los grupos terapéuticos como secundarios primarizados mediante la regresión grupal característica, que será la encargada de dar acceso a niveles primitivos del funcionamiento tanto individual como grupal y que intervendrán en la formación de un vínculo que es en sí una estructura.

La multiplicidad de cuerpos en la situación de terapia grupal abre un abanico de posibilidades de encuentros y desencuentros entre el deseo propio y el deseo del otro. La ausencia de correspondencia entre el deseo del sujeto y el deseo del otro marca una discriminación que se inscribe también como pérdida y desilusión (Baz, 1999).

Consideramos que todo proceso interaccional y de comunicación corresponde a una necesidad del ser humano de defenderse contra dos estados de máxima indefensión que son el caos y la masificación. La vivencia de caos en un grupo corresponde a una imposibilidad de encontrar formas mínimas de vínculos, quedando el encuadre, como único elemento que protege contra el caos (Bauleo A. , 1997).

La vivencia de masificación es equivalente a la sensación de pérdida del yo individual en pro de un yo ilusorio grupal en el que ya no existe el nosotros sino una entidad concentrada "grupo" a la cual se le atribuyen significaciones. En estos dos casos, la masificación y el caos, se ha perdido la posibilidad de una estructuración interaccional (Jolibert, 1993).

### **3.3. Dider Anzieu**

Para Anzieu (1993), un grupo se diferencia de un simple agregado de personas en que tiene una envoltura que mantiene juntos a los integrantes.

Esta envoltura que consiste en un entramado simbólico permite al grupo tener un espacio interno donde se puede pensar, sentir y actuar, y donde se tiene un pasado y proyectos futuros. Los procesos inconscientes que se dan en los grupos, vinculan el sujeto y el grupo.

La envoltura tiene dos caras una interna y otra externa, la primera se dirige hacia la realidad exterior, física y social hacia otros grupos y es una barrera protectora contra el exterior, la segunda mira hacia adentro del grupo, donde sus integrantes proyectan sus fantasías, además le permite al grupo tener un Sí mismo grupal (Anzieu,1993).

Para este mismo autor en el grupo se construyen imágenes, por ejemplo, cuando una emoción común se apodera de los miembros y les aporta la impresión de estar muy unidos. Estas emociones las desencadenan, imágenes de cada miembro del grupo que no advierten conscientemente.

Para Anzieu (1993) en los grupos siempre está presente la pulsión de muerte expresada en rivalidades, peleas, conflictos y diferentes maneras de ver la realidad. Los grupos para mantenerse unidos crean una ilusión grupal, una imagen de unidad que los protege contra la desintegración.

Menciona que el grupo es vivido por cada uno de sus miembros como un espejo de muchas facetas que le devuelve su propia imagen deformada y repetida hasta el infinito.

La situación grupal despierta esta imagen de fragmentación del individuo, y, ante todo, de su propio cuerpo. Esto genera angustia y amenaza la identidad individual, lo que explica la resistencia de las personas a integrar grupos (Anzieu, 1993).

### **3.4. Rene Kaës**

Para Kaës (1995) los grupos internos son formas de la grupalidad psíquica, son estructuras intrapsíquicas, son una organización originaria de la materia psíquica

actualizada por la epigénesis y organizadores psíquicos inconscientes del vínculo intersubjetivo de grupo.

El grupo interno es una configuración de vínculos entre pulsiones. Sus funciones tanto en el espacio intrapsíquicos como en los vínculos intersubjetivos son de: ligazón, representación y transformación.

En este sentido para Kaës (1995) no todos los grupos internos son el resultado de una internalización de experiencias relacionales, de una interiorización de relaciones de objeto y de una organización de las identificaciones. Ellos tienen que ver con una organización inherente a la propiedad de la materia psíquica, de asociarse y de organizarse en grupo. La materia psíquica tiende a organizarse estructuralmente según un modelo de grupo.

Kaës (1995) ha descrito siete principales grupos internos al mostrar su rol organizador psíquico inconsciente en la construcción de esta representación. Ellos son: la imagen del cuerpo, los fantasías originarias, los sistemas de relación de objeto, la red de identificaciones, los complejos edípicos y fraternales, las imagos (familiares) y la imagen del aparato psíquico.

Para Kaës (1995) el inconsciente estaría estructurado como un grupo constituido por formaciones grupales internas o grupos internos (en plural), es decir formaciones intrapsíquicas estructuradas grupalmente, cumpliendo funciones específicas de ligazón en el aparato psíquico.

Para Kaës (1995) los grupos internos son fantasías de carácter grupal, (fantasías originarias, secundarias, la imagen del cuerpo, complejos familiares, imagos y representación del aparato psíquico) modelo de la organización y del funcionamiento intrapsíquicos.

Concebir el aparato psíquico como un grupo interno ofrece un modelo para pensar al hombre entramado en el contexto social. Al incorporar la dimensión sociocultural con sus múltiples determinantes enriquece la comprensión y la interpretación de

los fenómenos psicológicos, individuales, grupales e institucionales, desde una perspectiva psicoanalítica vincular (Kaës, 1995).

A la forma en que se estructuran y organizan los grupos internos en la psique Kaës (1995) la denomina “Grupalidad Psíquica”, que hace referencia al funcionamiento específico de la psique, organizada y estructurada en grupos.

Para Kaës (1995) no todos los grupos internos son meras internalizaciones de las experiencias vinculares, no son procesos de identificación con los grupos externos, no son la simple proyección antropomórfica de los grupos intersubjetivos, sino se trata de una característica propia de la psique, de estructurarse y organizarse en grupo, en este sentido se trata de los grupos internos, la introyección de los objetos y de las relaciones intersubjetivas.

Los grupos internos son regidos por los principales procesos primarios: condensación, desplazamiento, difracción, multiplicación del elemento idéntico, la permutación o la inversión, todos ellos contribuyen a la creación de representaciones mentales. En esta definición, la estructura fundamental de los grupos internos define tanto a los fantasmas originarios, como los sistemas de relación de objeto, el Yo, la estructura de las identificaciones, los complejos y la *imago*, incluyendo la de la psique y la imagen del cuerpo (Kaës, 1995).

Kaës (1995) considera que el inconsciente está estructurado como un grupo, se trata de estructuras intrapsíquicas, formaciones y procesos intrapsíquicos fundamentales, primarios o primordiales, que ya se encuentran ahí, como organizadores psíquicos. Con esta forma de concebir el mundo interno le da una gran consistencia a la formación y a la lógica endopsíquica, sin descuidar los procesos intersubjetivos de la formación y de la función de ciertos grupos internos.

Para Kaës (1995) los organizadores psíquicos del grupo son formaciones inconscientes complejas que sostienen y expresan el desarrollo integrado de los vínculos de agrupamiento; están constituidos por los principios, los procesos y las formas asociadas de la realidad psíquica inconsciente que opera en el ensamble,

la ligazón, la integración y la transformación de los elementos componentes de un grupo.

Kaës (1995) distingue dos tipos de organizadores: A) los organizadores psíquicos y B) los organizadores socioculturales

- a) organizadores psíquicos: estos son los que definen las relaciones de objeto, por una meta de satisfacción pulsional. Estos organizadores son cuatro: la imagen del cuerpo, la fantasmática originaria, los complejos familiares y la imagen del aparato psíquico subjetivo
- b) los organizadores socioculturales son el resultado de la transformación por el trabajo de lo social de la cultura, de los núcleos inconscientes de la representación del grupo

Para Kaës (1995) el grupo constituye el espacio intermedio entre el espacio del adentro y el espacio del afuera. Puede poseer algunas de las características del espacio transicional o del fetiche. Como espacio fetiche es un espacio saturado y repetitivo. Es entonces espacio de la ilusión, lugar de la experiencia cultural, eventualmente ordenamiento creador de relaciones entre los grupos del adentro y los grupos del afuera.

Kaës (1996) considera al grupo como una formación intermediaria que a través de las identificaciones, los síntomas compartidos, los contratos y las alianzas inconscientes, se vinculan los sujetos en el grupo y de la misma forma sucede con la institución, que puede ser tomada como lugar de proyección de los propios deseos, uniéndose a los ideales de la institución, a su proyecto, a su espacio.

### **3.5. Wilfred Bion**

De acuerdo con Bion (Grinberg, 1991) el ser humano no puede evitar ser miembro de un grupo y son las experiencias grupales las que permiten observarlo en el ejercicio de determinadas características.

Ya Freud resaltó desde un inicio la importancia del grupo familiar, al igual que Melanie Klein ha destacado que el individuo desde los comienzos de su vida forma parte de un grupo familiar, estableciendo contacto con su madre y otras personas con quienes desarrolla importantes cualidades (Grinberg, 1991).

El individuo debe establecer contacto con la vida emocional del grupo, lo cual le plantea el dilema de evolucionar, diferenciarse y enfrentar los temores asociados a esta evolución.

Una de las primeras experiencias de Bion con grupos como objeto de estudio fue como director del sector de rehabilitación de un hospital psiquiátrico militar durante la Segunda Guerra Mundial. Esta tarea puso en evidencia la necesidad de un examen más exhaustivo de la estructura e interacción dinámica dentro de los grupos. Más adelante en Tavistock Clinic, de Londres, Bion se ocupó del tratamiento de pequeños grupos que le fueron encomendados como terapeuta (Bion, 1991).

Bion en su participación activa en diversos grupos, observó que el ser humano dispone de diferentes modos de reacción.

En los grupos para efectuar una tarea pueden diferenciarse dos tipos de tendencias:

1. una dirigida a la realización de la tarea
2. otra que parece oponerse a la misma

A partir de estas observaciones, construye un planteamiento teórico de los grupos donde destacan los siguientes conceptos: mentalidad grupal, cultura grupal, grupo de supuesto básico (supuestos básicos), y grupo de trabajo (Grinberg L. S., 1991).

La mentalidad grupal es la actividad mental colectiva que se produce cuando las personas se reúnen en grupo. Está formada por la opinión, voluntad o deseo unánimes del grupo en un momento dado. La cultura del grupo es la organización que resulta del interjuego entre la mentalidad grupal y los deseos del individuo.

Para dar mayor precisión a estos conceptos, Bion introduce el de supuesto básico (Bion, 1991).

El supuesto básico nos dice algo acerca del contenido de esta opinión, o de sus diferentes contenidos posibles y están configuradas por emociones intensas de origen primitivo. Su existencia determina en parte la organización que el grupo adopta y el modo en que encara la tarea que debe realizar (Grinberg L. S., 1991).

El término grupo bajo determinado supuesto básico se refiere a la particular estructura y organización adoptada por el grupo en función del supuesto básico en actividad. Opuesta a esta estructura está aquella basada en el grupo de trabajo (Bion, 1991).

Los supuestos básicos jerarquizados por Bion son tres:

- 1.- Supuesto básico de dependencia, narra que el grupo sustenta la convicción de que está reunido para que alguien, de quien el grupo depende en forma absoluta, provea la satisfacción de todas sus necesidades y deseos.
- 2.- El segundo llamado de ataque-fuga consiste en la convicción grupal de que existe un enemigo, y que es necesario atacarlo o huir de él.
- 3.- En el tercer y último supuesto básico de apareamiento se tiene la creencia colectiva e inconsciente de que, cualesquiera que sean los problemas y necesidades actuales del grupo, la idea es que un hecho futuro lo resolverá (Grinberg L. S., 1991).

## Capítulo 4. LA PSICOTERAPIA BREVE

### 4.1. ¿Qué es la Psicoterapia Breve?

La denominación de “psicoterapia focal” constituye un intento de Malan para atraer la atención sobre un problema técnico que se puso en evidencia durante la práctica de la llamada psicoterapia breve (Braier, 1999).

Cabe reconocer la denominación de psicoterapia breve desde el punto de vista del terapeuta, siempre que se compare su duración con la del tratamiento psicoanalítico. Tal denominación es discutible, pues una psicoterapia puede ser de duración ciertamente prolongada, pero tener procedimientos como focalización y planeación (Braier, 1999).

Vale la pena hacer referencia a las psicoterapias de tiempo limitado, que denotan no solo brevedad sino la fijación de un límite de tiempo para el tratamiento. También pueden ser denominadas como psicoterapias de objetos limitados (Braier, 1999).

Las psicoterapias breves surgieron esencialmente como respuesta al problema asistencial planteado por una masa cada vez mayor de la población consultante. Los terapeutas, en cantidad eran insuficientes, no alcanzaban a cubrir la demanda de los pacientes (Malan, 1974).

En la técnica de la psicoterapia breve se encuentra una amplia capacidad operativa del terapeuta, que puede hacer mucho por un gran número de pacientes para quienes otras técnicas tradicionales son ineficientes o no están indicadas (Malan, 1974).

Un aspecto a resaltar son las limitaciones económicas de muchos de los que acuden en busca de ayuda terapéutica pues, sin duda, es un factor que ha venido influyendo de manera decisiva en el desarrollo y difusión de las terapias breves, naturalmente más accesibles para las personas de pocos recursos (Pinkus, 1984).

Esto nos lleva a reconocer que hay casos en los que una terapia a corto plazo es mucho más necesaria, indicada y útil que una técnica compleja y de tiempo indefinido. Entonces, los fines terapéuticos deben centrarse en la superación de síntomas y episodios agudos o situaciones perturbadoras actuales que se presentaban como prioritarias por su urgencia y/o importancia (Pérez, 2013).

Vale la pena entonces entender aquí, el concepto de “terapia focal”, que procura localizar un foco o centro principal del conflicto, pues dejando de lado otros aspectos de la personalidad, para resolver el problema.

El sentido de “foco” fue explicado por Kenia M. Ballvé Behr, como el conflicto en la vida actual del paciente, detrás del cual existe un conflicto nuclear exasperado. Entonces el paciente expresa como motivo de consulta la lucha entre las dificultades ante una situación específica a la que debe enfrentarse en relación al conflicto infantil aun no resuelto (Braier E. , 1999).

Vera B. Lemgruber, ve en la técnica de psicoterapia breve una triada basada en:

- La actitud
- La planificación
- El foco

Esta autora considera que psicoterapia breve y técnica focal son prácticamente sinónimas (Malan, 1974).

La psicoterapia breve empieza a ser usada no sólo como instrumento técnico, sino basada en motivos de carácter temporal, económico o simplemente como resultado de la necesidad real que tiene el paciente de recibir ayuda psicológica. Actualmente se puede decir que existe un considerable número de Instituciones y de terapeutas donde figura la utilización de esta técnica (Malan, 1974).

Y se debe aterrizar en lo importante que es, el no desatender al número extenso de pacientes que no pueden ser abordados por medio de un tratamiento psicoanalítico, sino que se tienen que adaptar los recursos técnicos a las posibilidades y necesidades del paciente, sin esperar que sea siempre éste quien deba amoldarse a un único método terapéutico (Pinkus, 1984).

Cabe agregar que en muchas ocasiones una terapia de objetivos y tiempo limitados podrá traer como resultado un cambio en las condiciones del paciente y que lo vuelva apto para efectuar luego una psicoterapia prolongada (Braier, 1999).

De un tiempo a la fecha son ya muchos los que hablan de la importancia del empleo de este método terapéutico, pero pocos los que ponderan y aplican procedimientos técnicos apropiados al contexto en que aquel tiene lugar (Bach, 1975).

#### **4.2. Antecedentes de la Psicoterapia Breve**

Los primitivos tratamientos efectuados por el propio Freud, en cierto modo, eran terapias breves pues duraban sólo algunos meses, él se hallaba empeñado inicialmente en lograr curaciones rápidas, al principio dirigidas hacia la solución de determinados conflictos y síntomas (Balint, 1996).

Freud asistió a Gustav Mahler, durante más de cuatro horas, lo que trajo resultados satisfactorios. El Hombre de las ratas, arrojó también buenos resultados y duró solo once meses (Malan, 1974).

En los *Estudios sobre la histeria* encontramos en “Catalina”, la primera psicoterapia breve de orientación analítica que se haya publicado. La aparición de material nuevo y confirmatorio le permitió a Freud reconstruir los hechos y los procesos psíquicos que determinaron los síntomas de la histeria de ansiedad. Algunos autores coinciden en señalar que la mayoría de los casos clínicos más famosos de Freud fueron experiencias de psicoterapia breve (Malan, 1974).

Gradualmente, y con los progresos del psicoanálisis, el tratamiento se iba tornando más prolongado y los primeros analistas, que seguían haciendo terapias breves, publicaban poco sobre sus casos y hacían menos seguimientos de ellos (Bellack, 1983).

Durante la Primera Guerra Mundial y a su término, se hizo obvia la necesidad de contar con terapias psicoanalíticas más breves. Esta necesidad estaba relacionada con el hecho de que la terapia psicoanalítica al ser más prolongada y compleja, llevaba al reconocimiento de nuevos problemas y nuevos obstáculos para la cura. Acortar el análisis y contrarrestar la pasividad del analista parecía ser una solución lógica (Malan, 1974).

En 1914, con el historial clínico del Hombre de los lobos, Freud dice que fijó por primera vez una fecha de terminación del análisis, en un intento por acelerar la marcha del tratamiento (Braier, 1999).

Ferenczi habla por primera vez de la necesidad de una psicoterapia breve y experimenta con nuevos enfoques para solucionar los problemas técnicos en la terapia. Su llamada “técnica activa” es pertinente en el breve análisis histórico. Mostró sensibilidad ante las exigencias externas, como la necesidad social de contar con formas terapéuticas al alcance de un sector más amplio de la población (Malan, 1974).

En el trabajo presentado en el 5to. Congreso Psicoanalítico Internacional en Budapest en 1918, Freud se refirió a la “técnica activa” de Ferenczi como el camino posible para la evolución del psicoanálisis (Braier, 1999).

Freud consideró que un proceso terapéutico menos prolongado es tan necesario y conveniente, para que se pudiera ofrecer la terapia psicoanalítica en gran escala y en forma gratuita en clínicas de pacientes externos subvencionadas por el gobierno. Así, Freud anticipó las necesidades y los requisitos de la sociedad, que hasta hoy siguen en permanente aumento y dicha propuesta es de importancia decisiva para fundamentar posteriormente la configuración de una terapia breve psicoanalíticamente orientada (Farre, 1992).

Pocos analistas han aceptado el desafío de desarrollar una psicoterapia psicoanalítica breve; Ferenczi aceptó el desafío, esperaba resolver algunos de los problemas del psicoanálisis propiamente dicho y encontrar la manera de acortar el tratamiento. A la “pasividad” del analista oponía la siguiente “actividad” (Hewitt, 2009):

1. Prevenir o prescribir ciertos tipos de conducta.
2. Establecer un límite de tiempo para la terapia en forma arbitraria.
3. Emplear “fantasías forzadas”.
4. Adoptar un papel definitivo en relación con el paciente.

Ferenczi y Rank realizaron intentos para abreviar la cura psicoanalítica pensaban que una vez que los conflictos pasados se repetían en la transferencia y se les comprendía en forma cabal, incluso sin relacionarlos con los hechos genéticos, el analista podía fijar una fecha para la terminación del análisis (Braier, 1981).

Rank, defiende la posibilidad de un tratamiento analítico breve, basado en el intento de superar, en pocos meses de análisis, el trauma del nacimiento, al que considera el nódulo de la neurosis (García, 2013).

En “Análisis terminable e interminable” Freud (1937), señala que los intentos de abreviar la duración del análisis, no requieren justificación y se basan en imperativas consideraciones de razón y conveniencia (Braier, 1999).

El renovado interés por contar con modalidades de psicoterapia breve durante la Segunda Guerra Mundial dio origen a nuevos y perdurables esfuerzos por seguir desarrollando técnicas terapéuticas breves de orientación analítica (García, 2013).

Alexander y French hicieron hincapié en la elaboración y colocaron la “experiencia emocional correctiva” en el eje terapéutico de todo tipo de psicoterapia (Malan, 1974).

La experiencia emocional correctiva es el resultado de la diferencia entre la respuesta original de los padres y la del analista durante el análisis. El hecho de que las actitudes del analista difieren de las de los padres le proporciona al paciente una oportunidad para corregir sus distorsiones. Una vez alcanzada cierta estabilidad, dicho insight permite encontrar soluciones nuevas, más actualizadas y realistas, para viejos conflictos (Farre, 1992).

La discusión giró alrededor de si las nuevas técnicas eran psicoanalíticas o simplemente constituían otro tipo de psicoterapia, la mayor parte de los psicoanalistas rechazaron la idea de que las recomendaciones de Alexander “mejoraban” el procedimiento estándar y de este modo, el segundo intento sistemático en el campo del psicoanálisis por encontrar modalidades terapéuticas más breves y más eficaces fracasó de la misma manera que el primero (Braier, 1999).

Siguieron otros intentos por desarrollar formas más breves de psicoterapia psicoanalítica. Uno de los ejemplos se refiere al manejo de los fenómenos transferenciales (Braier, 1999).

French en su esfuerzo por desarrollar un método sistemático para hacerle frente a los datos clínicos psicoanalíticos y obtener modelos para las actividades interpretativas del clínico, introdujo el concepto de “conflicto focal “y conflicto nuclear” (Balint, 1996).

Los conflictos focales derivan de conflictos más profundos y tempranos, estos permanecen en su mayoría latentes o reprimidos; uno de ellos se activa y constantemente parece estar en lo profundo de la conducta con el aspecto de conflictos focales, que se pueden identificar como variaciones sobre un mismo tema (Malan, 1974).

La técnica terapéutica de French comprende un constante esfuerzo por interpretar los conflictos focales y al mismo tiempo permite el surgimiento de otros posibles conflictos nucleares a medida que la terapia progresa (Bellack, 1983).

Por otro lado, Balint pensaba que había ciertas cosas que no se podían negociar:

- a) Los resultados de esta terapia debían ser similares a los del tratamiento psicoanalítico.
- b) Debían tener un grado semejante de estabilidad.

Los riesgos:

- a) Podía haber mucha menos gente indicada para este tipo de terapia.
- b) Las posibilidades de fracaso podían aumentar (Braier, 1999).

Y en enero de 1955 hubo una investigación en este campo, trabajadores sociales intentaban ayudar a personas en sus problemas de pareja y con médicos que se proponían comprender y tratar los problemas psicológicos de sus pacientes. A estos intentos se les denominó psicoterapia breve o psicoterapia con objetivos limitados (Braier, 1999).

Fue un nuevo equipo conformado por Enid Balint, David Malan, Joseph Jacobs, Malcolm Pines, entre otros, el que desarrolló la idea y la metodología de los que más tarde se llamó terapia focal (Malan, 1974).

Apareció también Wolberg, con una obra acerca de la técnica de la psicoterapia breve y M. Knobel con psicoterapias breves (Malan, 1974).

Era muy difícil darse cuenta de que las nuevas técnicas y esta nueva manera de pensar no ponían en peligro ni la teoría ni la práctica psicoanalítica básica, sino que en realidad, la complementaba (Pinkus, 1984).

### **4.3. La Psicoterapia Breve y los Grupos**

En la conferencia pronunciada en Budapest (1918), Freud se refirió a hechos que pensaba surgirían posteriormente, entre los cuales incluyó, la aparición de los tratamientos breves como un intento de posibilitar la atención psicológica a un mayor número de personas (Braier, 1999).

Fue Freud quien señaló la necesidad futura de que los psicoanalistas se ocuparán de adoptar medidas para ampliar los tratamientos psicoterapéuticos y atender a las grandes masas de población, pues frente a la magnitud del conflicto neurótico que se padece, el rendimiento terapéutico es cuantitativamente insignificante y las condiciones sociales y económicas limitan la acción a las clases pudientes de la sociedad (Bach, 1975).

En resumen, habrá que despertar la conciencia de la sociedad y advertir a ésta que los pobres también tienen derecho al auxilio de la psicoterapia (Bach, 1975). Ahora bien, dentro de los procedimientos breves, se hace referencia a la técnica dirigida al insight. Y dentro de la terapia de objetivos limitados las metas son menores y más modestas. La limitación de los objetivos terapéuticos es característica del procedimiento y se halla en función de necesidades más o menos inmediatas del individuo. Los objetivos suelen plantearse en términos de superación de síntomas y problemas actuales de la realidad del paciente (Balint, 1996).

La solución de problemas inmediatos y el alivio sintomático deberán, en un sentido psicodinámico, responder al logro de un comienzo de insight. Malan habla precisamente de elaborar brevemente un aspecto dado de la psicopatología (Balint, 1996).

En las terapias breves la duración suele fijarse previamente y ser más corta, de unos meses por lo general, esto crea invariablemente una situación diferente en los distintos aspectos del vínculo terapéutico, en especial en la finalización del tratamiento (Malan, 1974).

En la psicoterapia breve como primer elemento a distinguir, hay una elección de los conflictos a tratar, de acuerdo a su urgencia y/o importancia, que subyacen al problema actual o motivo de consulta. El terapeuta deberá centrarse de preferencia en factores determinantes actuales que de esos conflictos subyacentes focales (Bellack, 1983).

Bion (1991), considera que con algunos pacientes en tratamientos breves es posible enfrentarlos con su conflicto original, sobre todo cuando se tiene la impresión de que de otro modo no se obtendrán mayores avances y/o cuando

aspectos de ese conflicto básico se hallan cercanos a la superficie psíquica del paciente. El terapeuta puede emprender una labor interpretativa prudente de ciertos componentes del conflicto original, vinculados a la problemática actual, que adquieran importancia a fin de lograr la superación de dicha problemática. Sin embargo, no deberán abordarse de manera indiscriminada poniendo al descubierto contenido que sin duda no habrá oportunidad de analizar suficiente y convenientemente.

En la psicoterapia breve se recomienda realiza una tarea interpretativa parcial de los conflictos relevantes y que a su vez se abordan de un modo también parcial. Siempre se hace un intento de resolución interpretativa parcial pero suficiente para lograr beneficios terapéuticos nada desdeñables (Malan, 1974).

Retomemos dos aspectos:

1. La regresión, que puede entenderse como el proceso por el cual cobran vigencia estados o modos de funcionamiento psíquico referentes a etapas anteriores del desarrollo del individuo (Braier, 1999).
2. Y la neurosis transferencial, que diremos que es la reproducción de la neurosis infantil en la relación con el analista. Presupone la reedición, selectiva, de determinadas situaciones y mecanismos infantiles en la relación terapéutica. Durante está el pasado se restaura en el presente con el propósito de provocar cambios estructurales en el aparato mental del paciente para que éste sea capaz de una adaptación óptima a la vida (Farre, 1992).

Al traer estos aspectos al plano de la psicoterapia breve, encontramos que no es tan conveniente favorecer el desarrollo de la regresión ni el de una neurosis transferencial, sino de aminorar los padecimientos actuales. Lo que cobra importancia es la búsqueda de insight en el paciente acerca de las situaciones

conflictivas actuales de su vida cotidiana, para lo cual la labor interpretativa recae más en lo relacionado con su realidad externa que en la relación con el terapeuta (Farre, 1992).

En el tratamiento psicoanalítico llamamos resistencias a los diversos obstáculos que el analizando opone a su acceso al propio inconsciente, esto es, a la labor terapéutica y a su curación (Farre, 1992).

En la psicoterapia breve, en la medida en que la relación terapéutica es menos frustrante para el paciente, el vínculo más real y hay una mayor proximidad afectiva de parte del terapeuta, la hostilidad que despierta en aquel suele ser en consecuencia menor que en el tratamiento psicoanalítico y, por ende, las resistencias también son menores (Pinkus, 1984).

Insight se refiere a la adquisición del conocimiento de la propia realidad psíquica y presupone una participación afectiva (Pinkus, 1984).

La finalidad de las interpretaciones es promover el insight de los conflictos del paciente. La adquisición de insight es hacer consciente lo inconsciente (Bach, 1975).

En psicoterapia breve propiciar la adquisición del insight debe constituir el principal propósito en la terapia dinámica breve. Esta actitud terapéutica permitirá aumentar la capacidad yoica para enfrentar y resolver las situaciones conflictivas. Pero en la técnica breve el insight estará, naturalmente, limitado en su extensión (Malan, 1974).

En terapia breve el insight posee mayor participación cognitiva que afectiva. Habrá que intentar que el paciente, comprenda las situaciones infantiles determinantes de su problema actual, lo cual no implica, un mero insight intelectual. El del

tratamiento breve ha de ser, un fenómeno en lo posible más controlado por medio de la actividad terapéutica (Farre, 1992).

Es importante resaltar aquellos aspectos de la conducta del paciente que indican un funcionamiento sano, partir de los recursos que el paciente posee, y al señalárselo ello promueva un sentimiento de reafirmación o reaseguramiento que puede obrar no solo fortaleciendo sino también activando diversos funcionamientos yoicos (Malan, 1974).

Fiorini proporciona algunas intervenciones capaces de apuntalar y activar el funcionamiento yoico, en el cual se tienen presentes las partes sanas del paciente y por ende se hace mención de sus aspectos adultos, progresivos y sanos manteniendo cierto equilibrio en las referencias de unos y otros (Braier, 1999).

La labor terapéutica en psicoterapia breve está enfocada hacia determinada problemática del paciente, que adquiere prioridad dada su urgencia y/o importancia, en tanto se dejan de lado las demás dificultades (Malan, 1974).

## **Capítulo 5. LOS GRUPOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD**

### **5.1. La atención Psicológica en las Instituciones**

Desde el punto de vista de la antropología social y la sociología, las Instituciones son modos de comportamientos normalizados o estandarizados que, desde una perspectiva funcional, se mantienen vigentes con el objetivo de dar utilidad en todo o en cierta parte a la Sociedad. Las finalidades o las tareas de las Instituciones, surgen de demandas de algún subsistema social o de la totalidad del mismo. Para satisfacer estas demandas, las Instituciones asumen determinadas formas de realizarlas (Espiro, 2009).

Las distintas formas en que asume la Institución la realización de las tareas, se distingue por ser un modo pautado de acción, es decir, sus normas explícitas e implícitas, que después pasan a ser “buenos o no” modos de actuar (Espiro, 2009).

La Salud Pública se pronuncia por medio de las Instituciones de salud. Entre ellas se encuentran las que tienen una actividad directa sobre la población como hospitales y centros de atención primaria; otras realizan actividades complementarias a favor de la salud de la población por ejemplo como lo son las instituciones educativas (Ayera, 1992).

Se entiende que una respuesta favorable por parte de los usuarios asociada a los problemas abordados por la Institución, favorece la implementación de acciones de detección y referencia oportuna en el contexto de la práctica cotidiana, medida que puede incluso llevarse a cabo sin la realización de una evaluación especializada por parte del psicólogo (Ayera, 1992).

Lo que se pretende es que aumente la comprensión de la salud mental como factor indispensable de la salud general del ser humano, con la intención de continuar abriendo la posibilidad en el ámbito Institucional, de recurrir a este especialista de manera certera y oportuna, cuando haya necesidad de su intervención (Morales, 2000).

Desde inicios del siglo pasado, ha existido una necesidad por ofrecer atención a aquellos pacientes que se encuentran asistidos en una Institución. Gradualmente las formas de abordaje de las personas que acudían a una Institución se fueron especializando, en gran medida por el incremento en las disciplinas que se iban involucrando en la atención, lo que más tarde dio origen a la creación de Instituciones condicionadas a un campo especializado (Morales, 2000).

La psicología como colaboradora en las Instituciones de salud es joven y se ha ido desarrollando, no sin tropiezos y bajo la observación de los médicos y/o psiquiatras. En el caso de las Instituciones exclusivas de atención psicológica, el paciente acude en busca de ayuda pues la presencia de un malestar psicológico le impide el funcionamiento de su situación vital, lo cual establece su motivo de consulta (Campuzano & Bello, 2004).

El psicólogo es responsable del papel que desempeña en las Instituciones y le correspondería solamente a él definir con claridad su participación Institucional y expresar la forma en que puede insertarse en el equipo de trabajo de la Institución. Es por eso que una práctica psicológica que no contemple las necesidades Institucionales, generará una resistencia a propósito de su segura ineficacia (Morales, 2000).

El trabajo de la psicología en las Instituciones sólo se hace posible si existe un órgano que coordine, regule, brinde una metodología del trabajo, planifique y evalúe todas las actividades relacionadas a la atención psicológica que se efectúen en dicha Institución. Este órgano lo constituye el propio servicio de Psicología (Psicología Online, 2001).

La relación terapéutica en Instituciones posee elementos concretos. La Institución es continente para el paciente y para el terapeuta, existe cierta dependencia del paciente respecto a la Institución, donde además hay un encuadre por encima del propio terapeuta y sucede que la demanda es generada de inicio a la Institución como tal (Rama, 2002).

Desde el ámbito Institucional, en primera instancia, se elige preferentemente la modalidad de psicoterapia grupal, porque:

1. Responde por una parte a factores de orden económico, pues posibilita una mayor cobertura de la demanda psicológica a la población con un menor empleo del recurso económico.
2. Por otra parte, se suman otros elementos como la posible facilidad de su implementación, la posibilidad de un trabajo breve, focalizado con objetivos limitados y específicos.

Sin embargo, la inserción Institucional parece un destino poco valorado para un psicoterapeuta (Rama, 2002).

Bauleo (1997), plantea no sólo que la metapsicología freudiana está incompleta en sus posibilidades de explicación y/o comprensión, sino que existen temas, elementos, paradigmas y problemáticas que, rodeándola, reclaman su pertinencia y filiación analíticas.

Esto nos debería llevar a repensar lo individual a partir de lo numeroso, lo heterogéneo, lo disperso que se incluye en la multiplicidad. Tanto los incrementos de las prácticas clínicas, que en definitiva, nos invita a valorar su vigencia o su capacidad (Bauleo, 1997).

Bauleo nos introduce a los grupos de la mano de Winnicott, quien nos recuerda que el estado es el siguiente: la unidad no la constituye el individuo sino la organización ambiental-individual. El centro de gravedad no empieza en el individuo sino que se encuentra en la estructuración total. Podemos así concluir que la identidad tiene una naturaleza individual y colectiva a la vez.

La complejidad latente que representa lo Institucional se desprende en las pequeñas historias transmitidas culturalmente, donde se seccionan los aspectos Institucionales inconscientes. Ocurre como con cada uno de nosotros, que aún antes de nacer ya somos resultado de un conjunto intersubjetivo de cargas por parte de nuestros progenitores: deseos irrealizables, represiones, renunciamientos

y frustraciones, en el tejido de sus discursos, de sus fantasmas y de sus historias (Ayerá, 1992).

La clínica actual nos llama a poner atención respecto a la relación estrecha entre las manifestaciones clínicas de las patologías limítrofe y lo que encontrado en el trabajo del psicoanálisis aplicado a lo vincular. Esto se debe a que ambos campos establecen una problemática en común: la de las vicisitudes en los límites del self, que se pronuncia siempre a través del vínculo con el otro. Entonces, el conflicto no es preferentemente intrapsíquico, sino que cuenta inevitablemente con la presencia del otro, no reconocido aquí totalmente como soporte de deposiciones y apuntalamientos, pero imprescindibles para el sostenimiento de una identidad que tiende a mantenerse en lo grupal (Bernard, 2007).

## **5.2. Funcionamiento Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila” y sus repercusiones en la integración de un grupo**

Con la idea de contextualizar e introducir el trabajo de intervención que se reporta, a continuación se describen de manera general algunos datos del CSP.

El CSP “Dr. Guillermo Dávila” es una entidad académica integrante de la estructura orgánica de la Facultad de Psicología UNAM. Fue inaugurado el 8 de mayo de 1982 por la Directora en turno la Dra. Graciela Rodríguez.

En sus inicios estaba vinculado al departamento de Clínica de Posgrado. El objetivo principal del Centro fue ser sede para el entrenamiento práctico de estudiantes de Maestría y Doctorado.

Entre sus principales objetivos se encuentran:

- Ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada en los niveles de estudios de Licenciatura y Posgrado.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa.
- Ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación.
- Ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y al sector social.

Su Misión es brindar a las (os) estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales; al ofrecer a la comunidad un servicio psicológico de calidad desde una perspectiva psicosocial.

La Visión está relacionada con ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación profesional y especializada de Psicólogos críticos y comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general.

Dentro del CSP se cuenta con académicos que son asignados para realizar supervisión directa a los estudiantes de los diferentes programas:

- Programas de Formación en la Práctica y escenarios especializados.
- Residencias de Maestría: Infantil, familiar neuropsicología clínica y adolescentes.
- Especialidad:  
Niños y adolescentes, adultos y grupos.
- Sistema de Universidad Abierta.
- Programas de prácticas.
- Programas especiales.

# ORGANIGRAMA



### 5.2.1. Limitaciones del Centro

A continuación analizaremos algunos aspectos que se retoman de los procedimientos que establece el CSP para brindar la atención de psicoterapia a los usuarios y que son consideradas como importantes limitaciones, pues terminan obstaculizando el desarrollo del trabajo psicológico, priorizando lo administrativo e Institucional, lo que en la mayoría de las ocasiones favorece la deserción y abandono de los tratamientos en psicoterapia.

Dentro de los objetivos, misión y visión del CSP, (**Anexo 1**) no se encontró algún punto relacionado a la situación de los pacientes, incluyendo el organigrama lo cual valdría la pena reflexionar, pues si bien los pacientes contribuyen de manera extraordinaria en la formación de los estudiantes, podríamos sugerir que el Centro considerará en ofrecer mejores condiciones a los pacientes para corresponder a esta acción. Lo anterior a razón de que pareciera que los pacientes “no existen” en el CSP, no son mirados como miembros importantes, no se les otorga un lugar, no hay una frase que haga referencia a ellos, sin embargo integran una parte muy importante del Centro.

El CSP establece diversos criterios para brindar el servicio a los usuarios, sin embargo se considera importante reformular algunos de ellos con la finalidad de optimizar el servicio.

Comenzaré analizando algunos aspectos:

**1.- Entrevista inicial del Usuario Adulto que se señalan en las Políticas y/o Normas de Operación (Anexo 4)**, donde se considera que se exige mucho al paciente y se le ofrece poco.

- Por ejemplo, se menciona que si el usuario no acude a la cita de entrevista inicial programada, se cancela la misma y deberá realizar una nueva solicitud en el siguiente periodo de solicitudes. Lamentablemente esto puede desanimar al usuario, pues una vez que por alguna razón no le fue

posible asistir a su cita, no hay opción para reagendarla y debe volver a realizar una solicitud. Si partimos de la dificultad que tiene una persona para aceptar que tiene un problema y en consecuencia animarse a buscar ayuda psicológica, puede resultar fatal el hecho de fracasar en este primer intento y difícilmente tendrá la capacidad para retomarlo.

- En otro punto, se establece que si el usuario no tiene comprobante oficial de ingresos, deberá realizar una carta dirigida a la Jefatura del CSP, indicando su forma de sustento económico y cuántas personas dependen de éste. En este punto es importante señalar a manera de sugerencia que se realizará un formato “muestra” con el fin de orientar al usuario en el contenido de dicha carta.
- El usuario debe pagar el servicio en cajas o en la administración de la facultad, sin embargo en este sencillo punto es muy común y frecuente que los usuarios no encuentren la caja, lo cual entorpece y enlentece el servicio, ocasionando que el paciente se retrase en la llegada a su proceso de psicoterapia.
- Por otro lado y en caso de que la entrevista vaya a ser observada en cámara de Gesell, transmitida por circuito cerrado o grabada, el terapeuta responsable deberá de informarlo al paciente, si éste no lo permitiera, el supervisor decidirá si continuar o suspender la entrevista. Este punto cobra fuerza si retomamos que los objetivos del CSP están enfocados a la formación de enseñanza practica a los estudiantes de psicología, lo cual coloca fuera del plano al paciente, el cual no es prioridad, pues la atención que se le brinda va en función del beneficio que pueda dar a los estudiantes.
- En el caso de intervenciones urgentes se le dará contención al usuario y se canalizará en su caso. Al respecto no se observa que en el CSP haya personal que se encuentre directamente encargado de atender las

urgencias, pues si bien puede ser atendida por algún académico, también puede realizarla un estudiante.

## **2.- Inserción de Grupos Terapéuticos (Anexo 5)** se plantea lo siguiente:

- En el propósito se establece que para llevar a cabo actividades de intervención por medio de grupos terapéuticos, se intentan identificar problemáticas comunes en la entrevista inicial para ser atendidas mediante un grupo. Sin embargo en la práctica clínica, no se observa que se lleve a cabo lo anterior, pues dentro de la actividad realizada en el CSP no se encontró alguna organización sobre los motivos de consulta de los usuarios.
- Dentro del alcance se menciona que los pacientes que aplicaron entrevista inicial y presentan una problemática que se pueda tratar a través de un grupo terapéutico, serán incluidos. Aquí, es importante decir que no es el terapeuta de grupo quien realiza esta selección, por lo tanto los criterios son contemplados por alguien que probablemente no está involucrado con el trabajo grupal y desconoce de la importancia de aspectos de selección y agrupabilidad, aspectos vitales para determinar quién es candidato a formar parte de un grupo de psicoterapia.
- Se lee que se abrirán grupos terapéuticos por problemáticas y grupos de edades similares. Lo ideal según la literatura, no es formar grupos de acuerdo a problemáticas pues hay mayor beneficio cuando existe heterogeneidad, por el contrario si, de adecuar los rangos de edad.
- Se requieren dos terapeutas por grupo terapéutico como mínimo, según el tipo de población (niños, adolescentes o adultos). Este aspecto es difícilmente cubierto, pues en el CSP es una minoría de terapeutas los que se enfocan al dispositivo grupal, así que en el mejor de los casos, quien dirige el grupo es un único terapeuta, acompañado de algún estudiante, como es el caso de este reporte.

- Se menciona, que la apertura de grupos terapéuticos depende del espacio físico disponible y del tiempo de los terapeutas. Importante hablar de la insuficiencia justo de los espacios físicos y temporales en el CSP para el trabajo grupal.
- En caso de que el paciente no sea localizado o no acepte participar en el grupo, el expediente causará baja. Este punto es realmente preocupante, pues ocurre con mucha frecuencia que tenga que enviarse a baja el expediente pues no hay una clara importancia por dar respuesta oportuna y adecuada a la demanda del usuario, lo cual está motivando la deserción ya desde este primer nivel.

Finalmente tratando de contextualizar el presente trabajo y con el análisis anterior, se reflejará a continuación la experiencia realizada en el CSP, retratando en la práctica clínica las distintas dificultades y limitaciones para formar un grupo de psicoterapia.

En el momento que se realizó este trabajo, el Centro realizaba un procedimiento de ingreso muy prolongado, es decir que desde la primera vez que el paciente acude para obtener una ficha y hasta que es asignado a un tratamiento transcurren algunas semanas, o en el peor panorama, meses. De inicio retrasa el proceso de los pacientes el hecho de no asistir a alguna de las fases que componen la evaluación lo cual en consecuencia va demorando el proceso, pues en el mejor de los casos se reagenda la cita, de lo contrario puede favorecer en los solicitantes la deserción.

Esto se traduce en una disminución significativa en la mayoría de las ocasiones de pacientes para iniciar un proceso psicoterapéutico. Por otro lado, aun cuando los pacientes concluyen el periodo de evaluación, en algunas ocasiones no son asignados de manera oportuna a algún tratamiento y para cuando se les notifica de su asignación, muchos de ellos ya no están interesados en el servicio, pues probablemente su motivo de consulta a cambiado, y de los que llegan a estarlo, en

su mayoría tienen dificultades con el horario asignado, lo cual los motiva a rechazar el servicio.

Ahora bien, retomando el panorama anterior y pensando que en el tratamiento grupal se requiere un mínimo de pacientes para comenzar, resulta limitado este tipo de intervención desde el momento en que no hay pacientes suficientes para formar un grupo, pues ya de los pacientes que concluyen el periodo de evaluación aún se debe valorar aquellos para quienes el dispositivo grupal es la alternativa más benéfica.

Es de notar que en el CSP no hay suficiente cultura psicológica de lo grupal, pues a este tratamiento no se le contempla un espacio, no se prioriza este tipo de atención. Podríamos entenderlo, por un lado a que existe aún desconocimiento de las bondades del grupo, lo cual se refleja al no ser vista como una de las principales alternativas de intervención, pues sucede que cuando se desconoce algo, se rechaza con facilidad y en el caso de la terapia de tipo grupal sucede similar, el poco interés para ser contemplada puede originarse de la duda sobre que sea una alternativa capaz de responder a las necesidades de los pacientes dentro de la Institución.

Es también necesario reconocer y mencionar que no se cuenta con los especialistas necesarios en el manejo de la psicoterapia grupal, aún menos enfocada al psicoanálisis y puede ser entonces que eso desmotive el interés por este tipo de intervención.

En consecuencia, es poco usual que los pacientes tengan altas posibilidades de ingresar a un grupo de psicoterapia, aun cuando la demanda del CSP se favorecería en gran medida para dar pronta respuesta a la solicitud de los pacientes.

## **Capítulo 6. METODOLOGÍA**

### **6.1. Justificación**

En este informe presento el trabajo realizado con un grupo en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” en el que se utilizó la técnica de Psicoterapia Breve y Focalizada con orientación psicoanalítica, el cual fue dirigido por la Dra. Martha López Reyes y donde participé como coterapeuta.

### **6.2. Objetivos**

#### **6.2.1. Objetivo general**

El objetivo del presente reporte es revisar, a partir de una intervención de psicoterapia grupal, las condiciones que inciden en la conformación y desarrollo de un grupo dentro del CSP.

#### **6.2.2. Objetivos específicos**

1. Apreciar los beneficios de la psicoterapia grupal y su inserción a las Instituciones, como un enfoque que atiende de manera oportuna la alta demanda de atención psicológica.
2. Describir de manera general el proceso de la intervención de psicoterapia grupal (inicio, desarrollo y cierre).
3. Establecer un vínculo teórico-práctico de la Especialización de *Intervención Clínica de Adultos y Grupos*.

### **6.3. Participantes**

Se realizó una intervención terapéutica con un grupo de 10 personas, tres mujeres y un hombre de entre 30-50 años de edad. Por motivos de confidencialidad se les

identificará con la letra P (Paciente) y se les asigna un número para diferenciarlos. Cada uno de ellos realizó solicitud en el CSP para recibir el servicio.

#### **6.4. Escenario**

Se trabaja en un cubículo del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de mediano tamaño, sin muebles más que suficientes sillas. Se conforma un grupo de terapia breve y focalizada con enfoque psicoanalítico durante un semestre, con sesiones de una vez por semana (sumando 14 sesiones totales) y duración de una hora y media, dirigido por la Dra. Martha López Reyes y donde participé como coterapeuta.

#### **6.5. Procedimiento para la Conformación del Grupo**

Cabe señalar que en el CSP el proceso de selección y agrupabilidad no se realiza por el terapeuta de grupo, por lo tanto no es él quien valora el estado emocional de los pacientes, ni determina su inclusión al tratamiento grupal.

A continuación se presentan los criterios de inclusión y exclusión que se consideraron para la conformación del grupo con el cual se trabajó en el CSP “Dr. Guillermo Dávila”:

##### *Criterios de exclusión:*

1. Trastornos psiquiátricos agudos.
2. Trastornos narcisistas y sociopáticos.
3. Familiares o amigos.
4. Pacientes con discapacidades mentales.
5. Incapacidad para tolerar el escenario grupal.

##### *Criterios de inclusión:*

1. Mujeres y hombres de entre 30-50 años.

2. Personas que puedan establecer vínculos.
3. Disposición para el trabajo grupal.
4. Compromiso y motivación de asistir a las sesiones de grupo.

(Yalom, 1996).

Una vez establecidos los criterios de inclusión y exclusión, entramos en un periodo de espera debido a que los pacientes que ingresan se someten al proceso de evaluación psicológica realizada por el CSP para poder ser canalizados a la alternativa de tratamiento ideal de acuerdo a su diagnóstico clínico.

Cuando ha sido concluida la evaluación inicial se nos asignan una serie de expedientes de pacientes que de acuerdo a su diagnóstico son candidatos para el ingreso al grupo.

Se realizan llamadas telefónicas a cada uno de los pacientes con la intención de informarles que han sido asignados a una alternativa de tratamiento, que consiste en un trabajo grupal y la importancia de que asistan a una primera sesión informativa.

Una vez que el grupo pudo conformarse, el trabajo grupal se enfocó a la libre expresión de los pacientes, siendo el material aportado por cada uno de ellos trabajado a lo largo de la sesión, se motiva la libre expresión y discusión de los diversos temas expuestos.

La intervención de quien reporta este trabajo estuvo enfocada a la observación y el registro en un diario de campo de los datos técnicos de cada sesión, así como un breve relato de los elementos relevantes que sucedieran durante la misma. Posteriormente al finalizar la sesión junto con la Dra. Martha López Reyes se realizaba el análisis y discusión de lo acontecido.

Recordando que el trabajo a nivel Institucional requiere de ciertos protocolos y requisitos, el CSP no es la excepción así que se realiza el llenado de una nota clínica cada sesión la cual se integra a cada uno de los expedientes. Siguiendo la

misma línea, cuando existen deserciones, en un inicio son detectadas como ausencias y es necesario realizar el rescate de los pacientes, sin embargo de no encontrar respuesta se procede a realizar el reporte de baja y a hacerlo en la base de datos.

## **Capítulo 7. INTERVENCIÓN GRUPAL**

### **7.1 Desarrollo del proceso terapéutico**

#### **7.1.1. Inicio**

Se presentó la oportunidad de trabajar en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, de la Facultad de Psicología, con la Doctora Martha López Reyes.

El objetivo será describir de manera general el proceso de la intervención de psicoterapia grupal organizada en inicio, desarrollo y cierre.

Se comienza adoptando un espacio físico y temporal, posteriormente como parte del proceso del CSP da lugar el proceso de admisión e ingreso y la asignación al tratamiento de acuerdo al diagnóstico del paciente.

El presente proyecto comienza a tomar significado pues al tratarse de una intervención grupal, había que realizar un segundo proceso diagnóstico, que en terapia grupal constituye un proceso de selección, lo que implica el diagnóstico y consideración de agrupabilidad.

La selección consiste en indagar sobre los vínculos de un paciente, con el objetivo de reconocer, si la psicoterapia de grupo, es la alternativa de tratamiento más viable para este paciente, de la cual pueda ser beneficiado él y el grupo. Es decir, se determina principal e indispensablemente si el paciente es agrupable, descartando aquellos trastornos como el narcisismo, sociopatía y psicosis en brote agudo, los cuales no consiguen dicho nivel de agrupabilidad.

En un primer momento, había que comenzar a trabajar en la conformación del grupo, lo cual implicaba una serie de actividades que consistían en un principio, en recibir en un período de tiempo una serie de expedientes, enseguida, hacer las llamadas necesarias a cada uno de los pacientes para hacer de su conocimiento que ya habían sido asignados a una alternativa de tratamiento, que consistía en

un trabajo grupal y que era importante que asistieran a una primera sesión informativa que duraría un promedio de una hora y media.

El trabajo clínico consiste en una psicoterapia breve (6 meses), grupal con enfoque psicoanalítico y focalizado en el desarrollo de crear cierta cultura psicológica, entiéndase ésta como el autoconocimiento del ser humano, de la realidad que lo circunda y lo limita, de la reflexión resultante de sus propios actos y de las realidades existentes en el mundo que le rodea y a su vez atendiendo de esta forma el motivo de consulta, en un grupo heterogéneo de al menos 6 pacientes, con sesiones una vez por semana y duración de una hora y media.

Una vez que se conformó el grupo, mis actividades como coterapeuta estuvieron enfocadas al análisis y discusión de cada sesión, a compartir puntos de vista, ampliar la gama de observaciones y a trabajar con los expedientes realizando e integrando a cada uno de ellos la nota clínica de acuerdo al material expuesto en la sesión.

Es importante agregar que las actividades también han tenido que abocarse a las necesidades del propio grupo; por ejemplo, las deserciones, las cuales en un inicio son detectadas como ausencias y es necesario realizar el rescate de los pacientes, sin embargo de no encontrar respuesta, proceder al reporte de baja y hacer las llamadas pertinentes para hacer de su conocimiento al paciente.

### **7.1.2. Desarrollo**

En un segundo momento del proceso grupal, nos continuamos enfrentando a dificultades que valen la pena describir, las cuales son definidas formalmente por Yalom (1996) como limitaciones intrínsecas y extrínsecas.

Las limitaciones intrínsecas están incorporadas al contexto clínico del grupo de terapia. Se trata de situaciones trascendentes, hechos vitales que sencillamente no pueden cambiarse, y el terapeuta del grupo debe encontrar el modo de

adaptarse a ellos e incorporarlos a la estructura del grupo del modo más terapéutico posible (Yalom, 1996).

Un ejemplo claro sobre este tipo de factores que se vive en el CSP es cuando el terapeuta debe salir constantemente durante el inicio de la sesión de grupo a recibir a los pacientes que se van integrando, pues si bien existe una recepción, el personal de está se limita a considerar por presente al paciente.

En cuanto a los factores extrínsecos, se dice que son aquellos que se han convertido en una práctica en el escenario clínico y, aunque a primera vista parecen inalterables, son factores en los que un terapeuta puede influir a medida que formula objetivos apropiados para un grupo de terapia. Pueden ser considerados como arbitrarios pero está en mano del terapeuta la posibilidad de cambiarlos. Muchos de ellos consisten en actitudes clínicas (Yalom, 1996).

En este tipo de factores podemos hablar de la falta de cultura psicológica grupal en el CSP, de la inadecuada selección de los pacientes que se integran a los grupos de terapia y a la poca sensibilización para la atención en general de los usuarios.

Y es que a nivel Institucional hay una serie de normas las cuales se anteponen y son prioridad para su funcionamiento. Sucede que al momento de realizar el presente trabajo de intervención grupal, en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” hay diversos cambios a nivel administrativo, el ingreso de pacientes se encontraba suspendido, así que había que trabajar con los pacientes ya ingresados, lo cual era una limitación si recordamos que la alternativa grupal requiere un número de pacientes para cubrir el mínimo necesario y trabajar.

Podría decir que se vivía una especie de “crisis” debido a que no había pacientes suficientes “listos”, es decir que hubieran concluido el periodo de evaluación y pudieran ser ubicados a una alternativa de tratamiento, por lo tanto se integraban pacientes que después podían ser excluidos cuando el terapeuta detectaba que el dispositivo grupal no era la opción de tratamiento adecuada.

En consecuencia se nos hace entrega de una serie de expedientes que han concluido el proceso de evaluación pero que no han sido analizados para ser canalizados a algún tipo de intervención. Nos damos a la tarea de revisar cada uno de los expedientes asignados para considerar los criterios de inclusión y exclusión.

Nos fueron asignados diez pacientes.

Los resultados obtenidos son los siguientes: De los diez pacientes que nos fueron asignados y contactamos, cinco confirman su asistencia.

(Px= Paciente)

## SESIÓN 1

Se contemplan para la primera sesión los pacientes que han confirmado su asistencia. Quedando un total de 5 pacientes confirmados, de los cuales 4 son mujeres y una de ellas no asiste. La sesión se desarrolla con un total de 4 pacientes: Px. 1, Px. 2, Px. 3, Px. 4. y Px. 5.

Se realiza la primera sesión donde los principales objetivos son dos:

- 1.- Conocer al grupo.
- 2.- Establecer una interacción a través del encuadre y motivo de consulta.

Tomando como referencia a Yalom, (1996) quien menciona que las normas se elaboran durante la fase inicial del grupo, resaltando que es importante gozar de una duración considerable y que esta fase se encuentra determinada tanto por las expectativas de los miembros del grupo en su inicio, como por el comportamiento del terapeuta en este primer periodo.

Es el terapeuta el que influye activamente en el proceso de establecimiento de las normas, pues señala explícitamente las reglas del comportamiento adecuado en el seno del grupo y una vez que el grupo se pone en marcha, las reglas se van configurando de un modo más sutil. En el grupo con el que se trabajó dichas

normas se establecieron durante la primera sesión, a la que se denominó como “informativa”.

También refiere Yalom (1996), que el terapeuta configura implícitamente las normas fijando modelos pues sin importar el nivel o rendimiento del grupo, da ejemplo de sinceridad y espontaneidad interpersonal a los miembros. Pero la sinceridad del terapeuta siempre se produce sobre un trasfondo de responsabilidad puesto que nada es más importante que el objetivo de ser útil a los pacientes.

Continuando con el autor, éste describe que el formato más terapéutico del procedimiento grupal es aquel que no está estructurado ni ensayado, sino que se desarrolla libremente, sin embargo también deja ver que el terapeuta puede necesitar intervenir enérgicamente para prevenir el desarrollo de un procedimiento no terapéutico.

Con el grupo que se trabajó precisamente, no hubo algún formato previo para esta primera sesión, la cual se fue desarrollando de manera espontánea, teniendo únicamente como referencia el cumplir nuestros dos objetivos principales, siendo la Dra. Martha y la coterapeuta quienes motivaban la participación y confianza en los pacientes, haciéndoles saber que este grupo es un espacio personal, en el que pueden sentirse libres para expresarse sobre sus emociones y sentimientos, sin que haya juicios de valor o moral, que por el contrario será un espacio de autoconocimiento, donde la escucha y participación de todos contribuirá de manera propositiva a cada uno.

Dentro del encuadre es muy importante ocuparse de los límites temporales del grupo y transmitir la sensación de que el tiempo de éste es muy valioso, así que iniciar y finalizar la sesión puntualmente, hacer que los miembros permanezcan en la sala durante toda la sesión, advertir al grupo de próximas ausencias y discutir abiertamente las tardanzas o las reuniones a las que han faltado los miembros, contribuye a la cohesión grupal e influye en el proceso terapéutico durante la fase inicial de la existencia del grupo (Yalom, 1996).

En el grupo el aspecto temporal se vivió de la siguiente manera: durante el encuadre se habló abiertamente con el grupo sobre la importancia de la puntualidad, estableciendo una tolerancia de 15 minutos para la llegada antes de iniciar la sesión pues para el grupo es vital aprovechar el tiempo; además se señaló que la duración de la sesión es de una hora y media durante la cual los pacientes deben permanecer para el trabajo grupal. Señalaré que una de las pacientes expresó abiertamente dificultades para llegar puntualmente debido a cuestiones laborales y explicó que podría demorarse hasta media hora, a lo que la Dra. Martha le sugirió buscar alguna alternativa para negociar su horario y asistir puntualmente a la sesión, de lo contrario es un criterio de exclusión para el proceso grupal. Se reconoció en el grupo la sinceridad de los miembros para hablar sobre estos aspectos, al igual que cuando se tratará de ausentarse.

Por su parte Grotjahn (1979), reafirma aspectos importantes al advertir que es imposible no exagerar en la importancia de la asistencia regular, pues no sólo no se puede tratar al paciente si no está presente, sino que también su ausencia interrumpe la intercomunicación y la continuidad del proceso del grupo en su totalidad. Las ausencias producen brechas en la interacción y la comprensión que solo se logran recuperar medianamente. La irregularidad de la asistencia significa que pueden pasar largos periodos antes de que el grupo vuelva a reunirse con la misma composición; por tanto, las interpretaciones tienen un valor diferente. Los individuos cuya asistencia es irregular también obstaculizan con ello su progreso personal.

Para Yalom, (1996) la cultura terapéutica ideal es aquella en la cual los pacientes otorgan gran valor a su grupo de terapia. La continuidad entre las reuniones es un medio de lograr ese fin. Las sesiones grupales adquieren un mayor peso y valor si, en vez de ser una serie de acontecimientos estáticos e inconexos, forman parte de un proceso en curso que se está desarrollando. No obstante, el terapeuta debe reforzar, de cualquier modo que le sea posible, cualquier tipo de continuidad existente entre las reuniones.

Cabe señalar que en el grupo se habló con énfasis del compromiso en cuanto a la asistencia regular y se expusieron durante el encuadre los aspectos que resaltan la importancia de la continuidad del proceso de psicoterapia.

De los pacientes se espera que, en la medida de lo posible, otorguen al tratamiento prioridad sobre toda otra obligación. Sin embargo si el paciente tiene que ausentarse inesperadamente debería informar al terapeuta antes de la sesión del grupo. La puntualidad se espera. La puntualidad del terapeuta es indispensable porque ineludiblemente la sesión comienza cuando él llega. Y también la terminación de la sesión es responsabilidad del terapeuta (Grinberg L. L., 1977).

Por motivos que apuntan a las debilidades institucionales del CSP se optó por proporcionarles a los pacientes los números de teléfono personales tanto de la terapeuta como de la coterapeuta para establecer contacto directo y los pacientes pudieran comunicarse con alguna para notificar sobre ausencias, retardos o emergencia.

Otro punto es que naturalmente las cuestiones que se discuten en el grupo son confidenciales y no salen del grupo por boca de ninguno de sus integrantes, lo cual también se establece en el encuadre. Dentro de ciertos límites, se puede anticipar que los pacientes hablarán acerca del grupo a su pareja o a otra persona con la que tengan una relación íntima, pero los pacientes deberán comprender que, en general, esto debiera mantenerse dentro de ciertos límites (Grotjahn, 1979).

De acuerdo a lo anterior me referiré al grupo con el que se trabajó y donde se habló sobre lo importante de la confidencialidad hacia cualquier miembro ajeno al grupo, ya que lo que se trata en la dinámica del grupo tiene un sentido y significado únicamente dentro del mismo.

Yalom, (1996) también señala que más que ninguna otra persona, el terapeuta es el aglutinante temporal del grupo, establece conexiones entre los acontecimientos y coloca las experiencias en la matriz temporal del grupo.

Toda esta serie de acuerdos previos son importantes a fin de acercar lo más posible al grupo a la situación ideal, que es la de que todos los miembros asistan a todas las sesiones. Inclusive sirven de ayuda para dar al paciente una imagen correcta de la importancia que se asigna a su tratamiento y en particular a su propia participación (Grotjahn, 1979).

En el grupo terapéutico del presente trabajo se inició exponiéndoles que se trata de una primera sesión informativa y se les explican las características del grupo terapéutico, la duración que consta de un semestre y los objetivos enfocados hacia crear propia conciencia psicológica. La modalidad de trabajo consistiría en la discusión libre, donde todos pueden intervenir y comentar sobre lo propio y sobre el material de los demás, se habla sobre la necesidad de confidencialidad al exterior y la importancia de no relacionarse de manera personal fuera de las sesiones del grupo. Se establece que para que la terapia dé inicio se requiere de la presencia mínima de 3 pacientes, el horario de 14:00 a 15:30 p.m., con frecuencia de una vez a la semana, los días miércoles, se hace hincapié en la importancia de su asistencia regular, sin embargo de ser necesario se debe avisar con anticipación y a su vez si alguien ya no puede o desea continuar asistiendo al grupo lo manifieste, pues después de 3 faltas se procede a realizar la baja, se comenta sobre el costo de las sesiones, de \$50, el nombre de la terapeuta Martha López Reyes y la coterapeuta Edith Ramírez Hernández.

Posteriormente durante la sesión informativa se les invita a los pacientes a presentarse por su nombre y hablar sobre su motivo de consulta, expresar dudas o inquietudes hasta el momento. Es gracias a la participación de cada uno de los pacientes que logramos definir a aquellos para quienes es el dispositivo grupal benéfico y conveniente.

Vale la pena hablar un poco sobre el papel de coterapia que desarrollé retomando la literatura de algunos autores.

La coterapia es una práctica especial, en la que dos o más terapeutas tratan un grupo. Algunos autores refieren el origen de la coterapia a las necesidades de enseñanza de los psicoterapeutas, pues es la práctica la que permite que los estudiantes aprendan en una situación objetivamente verificable a través del registro y estudio (Díaz I. , 2000).

La coterapia es un instrumento técnico importante, que facilita el interjuego de roles transferenciales, sobre todo en el trabajo con adolescentes en grupo (Melgoza, 2008).

Un beneficio primordial en la coterapia es, la oportunidad que brinda para discutir con un colega acerca de lo que cada uno percibe en el grupo. Contar con dos terapeutas permite puedan colaborar en las tareas de la dinámica del proceso grupal. Los coterapeutas son importantes a la hora de ayudarse mutuamente a resistir un ataque por parte de miembros del grupo y a plantear temas difíciles (Pavlovsky, 1980).

Siguiendo con las ventajas de la coterapia también se encuentran:

- 1) Aumento en la efectividad terapéutica, gracias al reparto del trabajo y al apoyo emocional que permite analizar con mayor objetividad la contratransferencia.
- 2) Posibilidad de reproducir, en la transferencia, la relación madre-padre.
- 3) Protege contra los impulsos destructivos al terapeuta único.
- 4) La coterapia en instituciones evita el síndrome de stress en los terapeutas.
- 5) Incrementa el aprendizaje recíproco al compartir y discutir ideas.
- 6) Favorece la investigación del proceso de tratamiento.

- 7) Los pacientes aprenden un modelo de relación adulta cuando contemplan, diferir, sin violentarse, a sus terapeutas, iguales en poder y autoestima (Díaz I. , 2000).

La efectividad de la coterapia se incrementa cuando:

- a) La pareja trabaja con compatibilidad.
- b) Se dialoga antes y después de la sesión con la finalidad de establecer una experiencia previa a la sesión y favorecer el tipo de comunicación que permita elaborar la contratransferencia y los problemas de la coterapia. Lo anterior hace deseable que las instituciones permitan que los coterapeutas se elijan sin interferencias externas (Díaz I. , 2000).

La coterapia revela que los terapeutas encuentran en la complementariedad de sus habilidades, el elemento principal para el éxito del equipo, además permite balancear el tiempo, entusiasmo y energía que gasta cada uno (Pavlovsky, 1980).

En el grupo donde participé como coterapeuta, entre algunas de mis tareas se encontraban llegar con anticipación al CSP para junto con la Dra. Martha solicitar los expedientes correspondientes de los integrantes del grupo, acondicionar el espacio y estar pendiente en la recepción sobre la llegada de nuestros pacientes. Antes y después de la reunión grupal, junto con la Dra. Martha había un diálogo en relación no sólo al análisis de la sesión sino también a las condiciones, elementos, dificultades, contenciones etc., que forman parte del proceso propio del grupo.

También señalaré como una de las ventajas de trabajar en coterapia a la relación de apoyo que se establece, puesto que en una de las sesiones la Dra. Martha me llama para avisar que llegaría más tarde de lo previsto, así que debía iniciar la sesión yo misma y posteriormente ella se integraría. Más adelante describiré lo ocurrido.

Durante la primera sesión, el Px. 1 refiere dificultades con su papá. Px. 2 comenta que a raíz de la infidelidad de su pareja, su relación se ha deteriorado y ella se siente muy deprimida. Px. 4 comenta que le interesa resolver su problema de infidelidad pues reconoce amar a su esposa, sin embargo termina relacionándose con otras mujeres, lo cual le ha ocasionado el divorcio y el desea recuperar su matrimonio. Finalmente Px. 5 refiere problemas a nivel familiar pues la relación con su pareja está muy desgastada y con sus hijos tiene dificultades.

En esta primera sesión se descarta del grupo a la Px. 1, realizando canalización para neuropsicología debido a que padecía discapacidad mental. Px. 3 comenta que tiene dificultades con el horario de la terapia debido a su trabajo pero que hará lo posible por asistir a tiempo, negociando su hora de comida.

Se concluye la primera sesión solicitando más pacientes debido a las características y necesidades propias del número mínimo de pacientes que un grupo terapéutico requiere. Aunado a que se esperara la asistencia de los demás pacientes que confirmaron su asistencia a la primera sesión.

## SESIÓN 2

Asisten los siguientes pacientes: Px. 6, Px. 4, Px. 2.

En una segunda sesión se intenta que los pacientes se expresen en relación a su motivo de consulta, al grupo se le pide que informe a la Px. 6 acerca del encuadre explicado en la primera sesión, esto con la finalidad de que sea el propio grupo quien regule la información dicha y no dicha, a su vez que se aprovecha la ocasión para reconocer si fue claro y comprendido.

Posteriormente Px. 6 se presenta y comenta su motivo de consulta, el cual tiene que ver con una dificultad para aceptar la preferencia sexual de su hija. Se le invita a reflexionar y aprovechar el espacio terapéutico para expresarse al respecto, pero sobre todo para utilizarlo en hablar sobre ella misma.

Por otro lado Px. 4 detalla la manera en que conquista mujeres con las que se involucra, lo cual dice se le facilita gracias a que trabaja en una agencia de viajes

que consiste en armar paquetes y tours, motivo por el cual ya sea de manera telefónica o personal aprovecha el contacto para cortejarlas y aunque ha intentado dejarlo de hacer refiere no lograrlo.

Por la forma en que el paciente comenta su facilidad para establecer vínculos con las mujeres, se puntualiza el encuadre, donde se destaca la importancia de no establecer ninguna relación con otro de los pacientes fuera del grupo

A raíz del discurso del Px. 4, la Px. 2 refiere que su relación de pareja se encuentra deteriorada pues él la maltrata, sospecha que le es infiel, se enoja constantemente con ella y narra un episodio donde ella se somete ante el enojo de él, llora en repetidas ocasiones, pero refiere sentirse sola pues no cuenta con el apoyo de su familia, tiene una relación distante y fracturada con su madre así como con sus hermanos. El grupo se muestra indignado ante tan humillante trato que la Px. 2 describe recibir de su pareja.

Se muestra al grupo y a la paciente, como su discurso generó un impacto de indignación en todo el grupo y una fantasía de la víctima y el victimario, por lo que discute con el grupo las ganancias secundarias de colocarse como víctima o victimario abarcando al Px. 4 y Px. 2; no se cae en el juego de la Px. 2 de la víctima que necesita ser rescatada por el grupo y del grupo que necesita que las terapeutas los rescaten.

### SESIÓN 3

La sesión 3 queda cancelada debido a que sólo asiste el Px. 4, a quien se le notifica sobre la inasistencia del resto del grupo y la necesidad que existe de cancelar la sesión, no sin antes exhortarlo a que continúe asistiendo.

Al respecto, Grotjahn (1979) refiere que hay pacientes que asisten al grupo pocas sesiones y lo abandonan sin el acuerdo del terapeuta. Esto ocurre muy en los inicios del tratamiento. Hay otra categoría de pacientes que abandonan en los comienzos, pero que lo hacen con acuerdo.

Este autor explica que algunas de las razones de la deserción se deben a una selección poco cuidadosa, fallas técnicas por parte del terapeuta o la particular respuesta del grupo ante un nuevo miembro en un momento dado. Esta última causa más bien obedece a errores de timing, es decir, no haber elegido bien el momento para introducir el nuevo miembro o de no haber preparado suficientemente al grupo para poder recibirlo.

Es importante decir que el grupo con el que trabajamos ejemplifica que la selección poco cuidadosa afecta seriamente la composición del grupo, pues si bien es cierto ninguno de los integrantes notifica sobre su ausencia, algunos de ellos expresaban dificultades con el horario. Además, incluso podemos pensar en lo amenazante que les resultó a varios de ellos el grupo.

Observamos que hay dificultades del CSP al momento de realizar la asignación de los pacientes al tratamiento, pues debido a que no se realiza por el terapeuta de grupo quien es el que conoce los criterios de inclusión y exclusión, resulta poco exitosa la selección de pacientes que son referidos al dispositivo grupal.

Por otro lado se observó que la mayoría de los pacientes quería respuestas prontas a sus dificultades, por lo que se les explico, que sus problemas no son de este momento, sino que se han conformado a lo largo de la vida, y que implicaría tiempo para resolverlos. Esta explicación, tal vez motivo a algunos pacientes a no continuar su proceso, pues no cubría sus expectativas inmediatas y por sus dificultades para expresar su problemática en grupo.

Naturalmente, la deserción no es sólo una pérdida para el paciente individual en cuestión, sino también un factor de gran perturbación para todo el grupo (Grotjahn, 1979).

Los abandonos son muy comunes en todo tipo de grupo, y generalmente afectan a aquellos pacientes que deciden marcharse tras descubrir que no pueden o no quieren realizar la tarea grupal. Ponen en peligro la estabilidad grupal debido a

varias razones: malgastan tiempo y energía, impiden el buen desarrollo de la cohesión grupal y restan valor al grupo (Yalom, 1996).

Este autor también habla de la existencia de una vigorosa preparación previa a la terapia como posible factor en la reducción del índice de abandonos. Si se prevén de antemano los problemas generales y la frustración que surgen en la fase inicial del grupo, será menos probable que se hagan realidad (Yalom, 1996).

Sin embargo en el CSP, no es posible que los pacientes lleven a cabo una “preparación” pues no existen las condiciones para que dicho proceso se realice.

Lo ocurrido en dicha sesión propició la reflexión y análisis sobre las diversas dificultades internas y externas al grupo terapéutico, reflejadas en la inasistencia y que puede ocasionar la no conformación del grupo. Esto se expresa abiertamente al Centro y como solución nos proporcionan expediente de tres pacientes más, quienes al contactarlas confirman su asistencia para la sesión 4.

#### SESIÓN 4

Lo ocurrido durante la conformación del grupo motivó que no se consolidará desde un inicio y que se continuará recibiendo pacientes a lo largo del proceso. Ante esto Yalom, (1996) menciona que siempre que en los grupos de pacientes externos, el total de miembros sea demasiado bajo, el terapeuta debe introducir nuevos participantes y que esto puede ocurrir en cualquier momento durante la vida del grupo.

Se presentan únicamente dos pacientes, Px. 7 y Px. 8 y aunque se estableció un mínimo de 3 para dar inicio a la sesión, se hace una excepción una vez que nos percatamos de que ambas son de nuevo ingreso, motivo por el cual se les da el espacio con la intención de informarles sobre la alternativa de tratamiento a la que fueron asignadas. Ambas se expresan y presentan su motivo de consulta, se muestran entusiasmadas por la terapia e interesadas en continuar asistiendo.

La Px. 8 inicia y refiere tener problemas de pareja pues pelea constantemente con su esposo y esta incomoda por la desconfianza que existe resultado de las

infidelidades de éste con dos de sus vecinas, menciona que ella desea separarse pero no sabe cómo manejar sus emociones. La Px. 7 dice sentirse mal desde hace algunos meses, que explota y su carácter se le ha hecho “agrio”.

## SESIÓN 5

Después de haber establecido en el encuadre que 3 faltas generan baja, se realizan las dos primeras bajas en el grupo.

Esta sesión da inicio con dos pacientes Px. 4 y Px. 5 con la intención de que quien llegue se vaya integrando. Sin embargo solo asisten las dos pacientes mencionadas con quienes se trabaja.

El Px. 4 continua con el discurso de sentirse responsable del fracaso de su relación, describe a su ex mujer como ideal puesto que le atrae en su físico y en su forma de ser. Como se cuenta con el tiempo suficiente para trabajar se profundiza en la relación de pareja, desde que iniciaron hasta la fecha, para ambos miembros del grupo.

## SESIÓN 6

En esta sesión se les da a conocer a los integrantes que la Dra. Martha se integrará unos minutos más tarde, por lo que se da inicio.

Fluye de manera provechosa, por la asistencia de buena parte de los pacientes Px. 4, Px. 5, Px. 8 y la Px. 9 que se integra, participa activamente en la sesión y al igual que la sesión anterior, se generan las bajas de dos pacientes más por inasistencia.

De nueva cuenta se le pide al grupo que explique a la paciente de nuevo ingreso en qué consiste el trabajo terapéutico, a su vez se le invita a presentarse y platicar sobre su motivo de consulta. La Px. 9 comenta que ya había tomado una terapia de corte lacaniana sin embargo la atención sólo duro algunos meses y desea darle continuidad a ese proceso donde descubrió que el origen de sus dificultades psicológicas se deben al abandono emocional sufrido en su infancia.

## SESIÓN 7

Se desarrolla la sesión con dos pacientes Px. 8 y Px. 9

La Px. 9 quiere que se le diga qué hacer para resolver el conflicto entre la razón y la emoción. Refiere que hay una serie de conflictos que la llevan a la depresión, se siente desesperada y frustrada. Compara al grupo con sus grupos de amigos. A la Px. 8 le gusta la dinámica grupal pues le agrada escuchar a los demás ya que ha logrado identificarse con ellos y aportarles su experiencia.

Se les muestra las dos partes del grupo, una la cual quiere una explicación racional y la otra que se deja llevar por las emociones, y de esta manera se actúa en el grupo, el conflicto entre la emoción y la razón. Sin embargo se le puntualiza a la Px. 9 su carácter demandante y devaluador, tanto del espacio terapéutico como de su vida privada en pareja. Se muestran al grupo las contradicciones desde la personalidad individual, en la relación con los demás y en el grupo, contradicciones entre el cumplimiento de los deseos personales, la relación con los demás y el deber ser.

Debido a las características del grupo, se solicita un expediente más de sexo masculino, el cual nos es asignado.

## SESIÓN 8

La sesión se desarrolla con dos pacientes Px. 9 y Px. 10, a quien se integra y se le explica sobre la intervención grupal.

La Px. 9 habla de la identificación, problemáticas colectivas. La relación con su pareja que le encantó, con quien vivió 3 meses y esperaba fuera solidario, pero que en cambio fue cruel, durante 5 años lo reprimió y no lo quiso contar. Anteriormente tuvo una relación de 22 años en unión libre con una persona mayor, la separación le provocó un dolor inmenso pues fue motivada una vez que él se relacionara con otra mujer, ella se vio y sintió como una mujer tradicional.

Se reflexiona con el grupo y particularmente con esta paciente, el tipo de relaciones que se establecen, que en muchas ocasiones se repite el modelo de relación familiar y cómo las separaciones frecuentes fragilizan al YO.

El Px. 10 se presenta e inicia hablando de su motivo de consulta, refiriendo que perdió seguridad, es el mayor de 3 hermanos, vive con su madre de 70 años, su padre de 80 y se hace cargo de ellos. Es abogado y litigaba. No ha podido establecer una relación por no tener dinero, actualmente estudia inglés, refiere tener problemas para cobrar, no sabe hacerlo, nunca cobra. Compara su situación actual con un rompecabezas el cual debe ir armando. Llevaba 20 años litigando. Refiere que en un tiempo era sociable y organizador, laboraba en el área penal y ahora lo hace en lo civil. Hace 4-5 años empezó a bajar el trabajo, se sentía utilizado por su jefe y decidió renunciar. Por otro lado cree que se enamora fácil pero tiene dificultades para relacionarse.

Por ser la primera sesión de este paciente se explora su historia personal y se le comenta el encuadre.

## SESIÓN 9

Se trabaja en la sesión con dos pacientes Px. 5 y Px. 10

La Px. 5 inicia hablando de un derrame que sufrió en su ojo, su estancia en casa que no le gusta, sus hijos pelean, su hijo menor no estudia y eso le preocupa. Se le invita a revisar las expectativas sobre sus hijos. Ella es blanda hasta con ella misma. No sabe a qué atribuirle la situación de su dinámica familiar actual. Le cuesta trabajo ser autocrítica, se le pregunta ¿qué es lo que no ve? y ¿dónde está el papá de esta familia?

El Px. 10 identifica a su mamá en la Px. 5 pues la considera sobreprotectora, cree que eso corta las alas a los hijos. Retoma el tema de no saber cobrar.

Se reflexiona con el grupo y particularmente con la Px. 5 sobre el control de las madres en el espacio familiar devaluando al padre o impidiéndole intervenir, para

tener un papel protagónico con los hijos y de esta manera intentar resolver el problema de la autodevaluación y sentido de la vida

Por otro lado se destaca la importancia del grupo ya que se pudo identificar en otro paciente el tipo de relación que mantiene con su madre, un modelo infantil, donde el niño merece todo a cambio de nada y este modelo se repite en la actualidad y en todas las relaciones, actuándose en el espacio terapéutico donde se exige a las terapeutas dar todas las interpretaciones como el alimento de la madre a cambio de nada, los pacientes no quieren pensar, ni cambiar.

## SESIÓN 10

Se trabaja la sesión con tres pacientes Px. 5, Px. 8, y Px. 10.

El Px. 10 describe la debilidad en su carácter, relata así un incidente con un vecino al que le llevo un procedimiento sin establecer un costo, él pensó y dio por entendido que habría un intercambio monetario por su trabajo, sin embargo al quedar resuelta la situación jurídica del vecino, éste no recompensa su trabajo, por lo que se vio en la necesidad de “cobrarle” a lo que no recibió respuesta favorable ni concreta y aunque realizo un par de intentos más no tuvo éxito; refiere que ante situaciones como la anterior no sabe cómo responder, pues termina sintiéndose apenado por cobrar pero al mismo tiempo enojado por regalar su trabajo.

El resto del grupo se mantiene en silencio, muy interesados en el discurso del Px. 10 lo cual tiene varios significados; se interpreto: por un lado dejar hablar a uno para colocarse como espectador, no hablar para no comprometerse con sus problemas y actuar sobre ellos, por otro lado un interés genuino por conocer otras formas de vida y por último identificarse con la devaluación del compañero de grupo, se discutieron las ganancias secundarias del silencio, del no cobro, y no cambio, simplemente no crecer para no tomar responsabilidades consigo mismos y con los demás.

## SESIÓN 11

Se inicia anunciando el próximo cierre del grupo, quedando 3 sesiones.

Asisten cuatro pacientes, Px. 5, Px. 8, Px. 9 y Px. 10.

El Px. 10 pone el tema de la relación de pareja, y el resto del grupo toma el mismo con sus particularidades, por un lado las dificultades para establecer relaciones de pareja, poniendo como pretexto el dinero y el tiempo, y por otro cuando están juntos, los pactos inconscientes que establecen en función de la relación, pleitos, golpes, reconciliaciones, etc. La Px. 9 comparte sobre su historia de vida y como tuvo que salir durante su adolescencia de casa pues describe a su padre como opresor, rígido y sumamente estricto, un tanto machista y aunque ella se sometió durante las primeras etapas de su vida, llegar a la adolescencia le dio valor para abandonar el hogar e independizarse, describe que desde entonces la vida ha sido difícil, pues ella ha tenido que trabajar y salir adelante por sí sola, es a esto a lo que se refiere como abandono emocional.

Se reflexiona sobre las dificultades personales para establecer un vínculo de pareja sobre todo cuando se ha tenido una infancia difícil y se reflexiona que cuando ya se tiene una pareja estable se establecen pactos inconscientes, se les pregunta ¿que tipo de pactos inconscientes tienen con sus parejas?, que permiten que la pareja continúe por mucho tiempo y se reflexiona sobre visualizar esos pactos, para recontrar, mejorar la relación de pareja y se comenta sobre el depósito de las carencias afectivas y su relación con los traumas infantiles.

## SESIÓN 12

Se comenta que restan 2 sesiones para el cierre del grupo.

Se trabaja con Px. 8 y Px. 10

El Px. 10 inicia hablando pues aún no sabe que hacer, tiene miedo al sentirse rechazado. Considera que no solo tiene un problema. La Px. 8 habla del mismo tema del rechazo pero en otra modalidad, le preocupa el rechazo y la crítica de los demás por tolerar las infidelidades de su pareja.

Se reflexiona sobre la transferencia en el grupo del rechazo y la crítica, de ambos pacientes en las terapeutas.

Por otro lado se reflexiona sobre el mecanismo de proyección, de la autocrítica y crítica a los demás.

### **7.2.3. Cierre**

Como última etapa descriptiva del proceso de grupo está la terminación o cierre, el cual es un momento decisivo para el proceso psicoterapéutico, dado que se constituye como un periodo saturado de connotaciones clínicas y emocionales que no solo afectan al paciente sino también al terapeuta; pues de la forma en que se dé la terminación dependerá en gran medida la manera como sea recordado dicho proceso (Velez, 2008).

La omisión en la reflexión sobre el tema de la terminación obedece a un consentimiento general implícito en que la terminación ideal de la psicoterapia es entendida de manera natural, como un acuerdo entre terapeuta y paciente una vez que se hayan alcanzado los objetivos planteados en el inicio del proceso; sin embargo, dicha naturalidad se pone en duda a partir de los múltiples conflictos que aparecen ante las situaciones de cierre (Velez, 2008).

Ya desde Sigmund Freud, en 1937, se le consideraba como un tema controvertido. En su texto "*Análisis terminable e interminable*" planteaba que cabría pensar el análisis como un proceso "interminable", explicando que una persona debería someterse a nuevos análisis periódicamente. Aún así aclara y propone, que el análisis crea condiciones psicológicas más favorables para las funciones de yo y que con ello se consideraría tramitada la tarea (Foulkes, 1964).

Quienes más han estudiado el tema del cierre o terminación son aquellos autores que conceptualizan las terapias breves, ya que en este tipo de terapias la etapa final se convierte en un asunto especialmente crítico (O'Donnell, 1983).

La terminación de los procesos encuadrados en prácticas Institucionales la mayoría de las ocasiones se ve forzada pues debe adecuarse a lineamientos que establecen la duración de las intervenciones. Este tipo de terminación tiene

implicaciones particulares tanto para el paciente como para el clínico (Rama, 2002).

También, la terminación forzada puede vivirla el paciente como una pérdida; por lo tanto, las respuestas afectivas de los pacientes pueden parecerse a experiencias anteriores de abandono. Comúnmente los pacientes pueden responder al anuncio de la terminación o cierre con negación, desplazamiento, acting out, o búsqueda de objetos sustitutos de transferencia (Velez, 2008).

Es importante en esta etapa del proceso que se refiere a la terminación del tratamiento, promover la transferencia Institucional, es decir, el vínculo que el paciente tiene con la Institución en la cual o a través de la cual se realizó el proceso. Dicha transferencia Institucional permite que los pacientes generen un sentimiento de seguridad por saber que cuentan con un respaldo cuando así lo requieren. Dado que los terapeutas no permanecen indefinidamente en las Instituciones, es esencial que los pacientes reconozcan en la Institución ese Otro capaz de proporcionar contención, no sólo en el plano de lo real, sino también a nivel simbólico (Rama, 2002).

### SESIÓN 13

Se inicia el cierre del grupo.

Se presentan Px. 9 y Px. 10

Hay diversas inquietudes en relación al término de la terapia, se observa intención por generar propuestas para continuar con el tratamiento, pues hay un deseo manifiesto por tener seguimiento. Se resalta la importancia de la inversión en la salud mental y de las Instituciones, así se intenta revisar la función de lo que cada uno hace. El Px. 10 expresa frustración y coraje, hay una búsqueda de lo que cubre sus limitaciones. Se observa en los pacientes dolor de escucharse y la necesidad de inventar una historia para sí mismos.

## SESIÓN 14

Asisten Px. 9 y Px. 10.

Durante la última sesión de grupo, la Px. 9 plantea una idea que tiene alrededor de que la terapia psicológica es elitista pues no hay oportunidad para las personas con bajos recursos económicos, refiriéndose a su caso particular. Px. 10 habla de sus miedos, el no poder cobrar y su baja autoestima, vislumbran mal el futuro.

Se reflexiona la forma en que pretenden cerrar el grupo: enojados porque son discriminados como hijos no queridos y no haber resuelto sus problemas, siguen igual.

La Px. 9 reconoce la resonancia en lo grupal, se expresa sobre su anterior experiencia con enfoque lacaniano, retoma su conflicto entre la emoción que le parece complicada y la razón que la ensimisma. Refiere sentir angustia y frustración del pasar de los años y no poder resolver sus problemas. Habla del estrabismo que padeció y el par de cirugías a las que se sometió.

Se realizan devoluciones para exhortar a los pacientes a realizar autocríticas sinceras, aprender a establecer vínculos sanos y descartar los consejos, la capacidad de reparar, el gran valor de la congruencia, aprender a cerrar y decir adiós.

## Capítulo 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El trabajo clínico grupal posee características únicas e incomparables con cualquier enfoque de tipo individual, la dinámica que genera el grupo mediante la expresión y discusión libre de las necesidades que comparten, la revivencia del grupo familiar en el terapéutico, despierta, promueve y confronta con las dificultades más profundas y dolorosas que pudieran haber surgido en el tránsito del proceso de desarrollo en el ser humano.

Lo valioso de la existencia de un otro, que en el grupo se pluraliza, toma significado y sentido pues es a través de ese otro que el ser humano tiene la facilidad de mirarse, escucharse y resonar.

La salud mental es definida por la OMS como un estado de bienestar en relación al conjunto de las áreas físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Sin embargo en México vemos con desconsuelo que la salud mental no es prioridad para el sector salud, pues se observa una falta de interés por generar y promover programas en Instituciones que brinden un servicio de calidad para cubrir la demanda atención, por tal motivo es la práctica privada la que mayormente se ha visto interesada en cubrir la atención psicológica (Espiro, 2009).

El interés Institucional que puede facilitar medianamente la apertura de espacios que atiendan la demanda psicológica se ha visto limitado al no reconocer el enfoque grupal para cubrir de manera más eficaz a la población. Este tipo de intervención resultaría sumamente valorada en Instituciones públicas donde la demanda de pacientes rebasa la oferta que éstas pueden ofrecer. Sin embargo, aún es muy limitada la apertura de espacios Institucionales que se interesen por crear las condiciones necesarias que atiendan a la población con problemas psicológicos en el ambiente grupal.

Se suman las dificultades que enfrentan las Instituciones debido a la falta de profesionistas especializados en intervención grupal favorecido de tal manera la

psicoterapia individual y limitando por completo el panorama de la psicología clínica y no logrando cubrir como profesionistas las necesidades que en la actualidad enfrenta la sociedad.

El CSP “Dr. Guillermo Dávila” es una Institución que abre sus puertas con la finalidad de que los estudiantes de la Facultad de Psicología tengan un espacio de práctica clínica supervisada por medio de ofrecer a la población interesada atención psicológica.

Siguiendo está lógica, el Centro beneficia de manera importante la práctica de la Psicología Clínica desde todos sus enfoques, sin embargo hemos visto que en el ámbito de las Instituciones que prestan sus servicios de salud se ven envueltas en la necesidad de funcionar mediante procedimientos que ayuden a estandarizar su atención. Debemos reconocer que esta situación es lo que en ocasiones sobrepasa el objetivo primordial, referente a atender la demanda psicológica del paciente y observamos que el mayor interés está depositado en el cumplimiento de los procedimientos, descuidando el objetivo esencial de la intervención psicoterapéutica.

Por otro lado se puede decir que al hablar de terapia psicológica, se piensa casi en automático en una intervención de tipo individual, obedeciendo así a limitaciones y prejuicios que refuerzan las ideas de privilegiar al individuo de manera personal, pensando que es la vía que lleva de manera más pronta a la cura de la salud psíquica.

Continúa vigente la idea de que los problemas se tratan mejor cuando son de manera privada, cuando no hay más oídos y ojos que los del terapeuta, quien representa a esa figura primaria infantil que se deseaba fuera exclusiva. Hay poca fe en el dispositivo grupal y la falta de especialistas en el manejo de la psicoterapia de grupo y con enfoque psicoanalítico, es aún más limitado.

La serie de argumentos que se han descrito en la parte final de este trabajo retrata un poco del panorama que se vive en el CSP, que se ha visto envuelto como

Institución en cumplir de manera primordial con procedimientos administrativos que revisamos y son en su mayoría poco acertados, por ejemplo para la admisión, evaluación psicológica y asignación a un tratamiento. El CSP ha perdido de vista a veces lo psicológico, lo cual ha dificultado que la intervención de psicoterapia grupal se lleve a cabo, los grupos que logran conformarse lo hacen atravesando diversos inconvenientes que contribuyen en muchas ocasiones a su bajo rendimiento.

Hablemos también de otro factor que dificulta el tratamiento grupal en el CSP, referente a la dificultad que se enfrentan las personas a la hora de decidir asistir o no a un proceso de terapia psicológica. Existen diversas resistencias que le impiden al ser humano enfrentarse a vivir la experiencia de autoreparación y aquellos que se animan a comenzarla lo hacen con la firme ilusión de encontrarse en una relación de pareja con el terapeuta, sin embargo cuando la alternativa es de tipo grupal, existe de inmediato un rechazo a participar, se vive amenazante, devaluatorio y por consiguiente hay una transferencia en este caso negativa hacia la Institución, cuando es quien la ofrece.

El rechazo hacia la terapia de tipo grupal es muy común, en la intervención con la que se trabajó en el CSP fue un ejemplo claro, pues desde el inicio cuando se realizaron las llamadas de primer contacto para informar de la alternativa de tratamiento a la que habían sido asignados, algunos respondían poco animados, incluso uno de ellos rechazó la alternativa grupal, aun cuando eso implicaba no poder asignarle ninguna otra opción de tratamiento.

A pesar del panorama poco esperanzador, el tratamiento grupal que se llevó a cabo cubrió su objetivo clínico, por encima de las limitantes y dificultades, pues se lograron cumplir en los pacientes los objetivos establecidos, comenzando por involucrarse, aceptar con motivación y fé la experiencia de la terapia grupal. Lo obtenido fue en gran parte gracias a la experiencia de escuchar los logros de los pacientes constituidos a partir de su participación en el proceso grupal, junto con la sensación de haberse expresado y liberado sobre lo que les aqueja.

Sullivan (1959) afirma que la personalidad es casi por completo un producto de la interacción con otros seres humanos significativos y que la psicopatología surge cuando estas interacciones, las percepciones y expectativas resultantes están distorsionadas; lo cual se traduciría a dirigir el tratamiento psicológico hacia la corrección de las distorsiones interpersonales. En la medida en que se toma conciencia de las propias relaciones interpersonales, se alcanza la salud mental. En este sentido la terapia grupal es una herramienta poderosa.

Cabe destacar que durante el proceso grupal se enfatizó en revisar y discutir lo mostrado por cada paciente y lo referente a la dinámica grupal. Se logró reflexionar sobre creencias erróneas, mitos e ideas existentes acerca de la terapia grupal, lo cual generó un cambio en la visión acerca de la importancia de compartir con los demás la experiencia de vida propia, además se logró crear cierta cultura psicológica en los pacientes, que era otro de los objetivos de este trabajo pues fueron capaces de reconocer que el motivo de consulta que los trajo aquí, tiene que ver con una serie de factores que a lo largo de su vida han contribuido al malestar psicológico actual.

El CSP es una Institución con grandes áreas de oportunidad para la integración de la terapia grupal con enfoque psicoanalítico, la cual de ser aprovechada tendría excelentes resultados.

Es necesario reflexionar que los grupos de psicoterapia tienen la ventaja de ser más benéficos si hablamos del costo-beneficio, ya que implica atender a un mayor número de pacientes y favorecer el contacto entre personas que se encuentran en una situación similar. A nivel Institucional se aventajaría la capacidad de alcance en el CSP, el cual posee una gran demanda de pacientes pues hay absoluta confianza en lo que representa la Facultad de Psicología en la UNAM.

Es urgente que en el CSP se revisen los procedimientos de admisión y asignación a los distintos tratamientos para mejorar las condiciones en las que se ofrece el servicio psicológico a los usuarios, pues si bien es cierto el principal interés del Centro es la de formar a sus estudiantes, no podemos negar que la manera de

lograrlo es precisamente en la práctica clínica con quienes asisten interesados en resolver un problema y esto no puede devaluarse, sin embargo resulta muy difícil comprender que en se viva está realidad en el Centro de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Es necesario también reconocer la invaluable oportunidad que se recibe como alumno, pues el CSP es una parte muy importante de la Facultad, extiende sus aulas para llevar a cabo a la práctica clínica, indispensable para la formación del psicólogo.

Es cierto que el referente teórico resulta fundamental para realizar un trabajo responsable, sin embargo nada comparado con lo que la práctica aporta, pues te permite integrar el conocimiento, tomar conciencia de las implicaciones que trae consigo el ejercicio psicoterapéutico, el buen manejo que debe tener el psicólogo frente a un grupo de pacientes con todo tipo de necesidades y exigencias.

El ser estudiante de una especialidad de intervención en grupos y tener la oportunidad de estar presente en un grupo real, posee un valor incomparable, poder vivir la experiencia siendo dirigido por una especialista en el manejo de los grupos permite observar desde las dificultades Institucionales en la selección de pacientes, el proceso de ingreso y conformación de un grupo, hasta la labor terapéutica en cuanto a la contención y estructura que como terapeuta debe darse, la interpretación que en el enfoque psicoanalítico resulta primordial y que no se compara con realizarlo desde lo individual pues ahora hay una dinámica grupal que es preciso revisar.

Finalmente consideró que es indispensable continuar construyendo espacios Institucionales que posibiliten vivir íntegramente en equilibrio al ser humano, brindar ayuda psicológica de calidad y motivarla bajo oportunidades alcanzables a todo tipo de población. Romper con prejuicios hacia lo grupal, pues sería uno de los vértices para resolver la problemática individual, pensar en obtener un cambio paulatino de la cultura psicológica en nuestro país, esto podría comenzar cuando sean las Instituciones las que establezcan condiciones convenientes que motiven

a las personas a asistir a un proceso terapéutico, lo cual se relaciona con cambiar los procedimientos de ingreso y se dé pronta atención a la demanda, acto seguido trabajar de la mano con la intervención grupal con la finalidad de alcanzar este objetivo.

## Capítulo 9. REFERENCIAS

Anderson, H. & Colapinto, J. (1999). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. España: Amorrortu editores.

Anzieu, D. (1998). *El Grupo y el inconsciente. Lo imaginario Grupal*. Madrid. Biblioteca nueva.

Arellano, B. & Rodríguez, J. (s.f.). *Prezi*. Obtenido de Prezi. <http://prezi.com/qytwy9lsdsrj/grupos-perspectivas-teoricas/>

Ayera, B. (1992). *La psicoterapia en la Institución pública*. En A. & Ávila, *Aportaciones de la Psicoterapia de Grupo a la Atención Pública en Salud Mental*. (págs. 23-45). Salamanca: Quipú ediciones.

Bach, R. (1975). *Psicoterapia intensiva de grupo*. México. Paidós.

Balint, M., Balint, E. (1996). *Psicoterapia focal. Terapia breve para psicoanalistas*. Gedisa.

Barragan, L. (2010). *Servicio Social en el Centro de Servicios Psicológicos, Dr. Guillermo Dávila*.

Bauleo, A. (1982). *Ideología, grupo y familia*. México. Folios ediciones.

Bauleo, A. (1997). *Psicoanálisis y Grupalidad*. Argentina. Paidós ibérica.

Baz, M. (1999). *La intervención grupal: finalidades y perspectivas para la investigación*. Anuario de educación y comunicación. Pags. 241-250.

Bellack, L. & Siegel, H. (1983). *Manual de psicoterapia breve e intensiva y de urgencia*. México: Manual moderno.

Bernard, M. (2007). *El trabajo psicoanalítico con pequeños grupos*. Buenos Aires. Lugar editorial.

Bion, W. (1991). *Experiencia en grupos. Grupos e Instituciones*. México. Paidós.

Braier, E. (1999). *Psicoterapia de orientación psicoanalítica*. Argentina. Nueva visión.

Campuzano, M. (1996). *Grupos de autoayuda y psicoanálisis grupal*. México.

Campuzano, M. & Bello, C. (2004). *La psicoterapia de grupo en las Instituciones*. México: Plaza y Valdés.

Dellarossa, A. (1979). *Grupos de reflexión. Grupos e Instituciones*. Buenos Aires. Paidós.

Dellarossa, A. (2010). *Grupo terapéutico con estudiantes universitarios enmarcado en los servicios de salud estudiantil. Estudio de la evolución de un paciente*. Buenos Aires Argentina.

Díaz, H, D. & Taborda, A. (2010). *Grupo terapéutico con estudiantes universitarios enmarcado en los servicios de la salud estudiantil. Estudio de la evolución de un paciente*. Buenos Aires, Argentina.

Díaz, P, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. Pax. México.

Espiro, N. (2009). *Instituciones y grupos*. Revista de psicoanálisis y psicología social, 6.

Farre, L., Hernández, V. & Martínez M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado*. Barcelona. Editorial Paidòs.

Foulkes, S, H. & Anthony, J, E. (1964). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Paidós.

Freud, S. (2001). Sigmund Freud. Obras completas. *Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo*. Madrid. Editorial Amorrortu.

Gallegos, I. (2011). *Reporte de intervención breve en terapia grupal mixta en adultos para el control del enojo*. México, D.F.

García, G. (2013). *El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central de conflicto relacional (CCRT)*. Madrid.

Garnica, I. (2010). *Los grupos humanos*. Recuperado en <http://www.clavedevida.com.ar/garnica.html>

Gómez, R. (1994). *Psicología Grupal/Análisis Institucional. Concepción Operativa de grupo y Psicoterapia Grupal Psicoanalítica Operativa*. [http://www.psicologiagrupal.cl/bauleo/homenaje/con\\_gope\\_psicogrupal.html#\\_ftn1](http://www.psicologiagrupal.cl/bauleo/homenaje/con_gope_psicogrupal.html#_ftn1)

González, N. J. (1999). *Psicoterapia de grupos: teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México. Manual moderno.

González, N. J. (2003). *Interacción grupal y psicopatología*. México: Plaza y Valdés.

Grinberg, L., Sor, D. & Tabak, E. (1991). *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Madrid. Julián Yébenes S.A. Editores.

Grinberg, L., Langer, M. & Rodrigué, E. (1977). *Psicoterapia de grupo. Su enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires. Paidós.

Grotjahn, M. (1979). *El arte y la técnica de la grupal analítica*. Paidós.

Hewitt, R, N. & Gantiva, D, C. (2009). *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva*. Bogotá.

INEGI, (2010). <http://www.inegi.org.mx/default.aspx>.

Jolibert, B. (1993). *Sigmund Freud*. *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada* (Paris, UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXIII. Págs. 485-499.

Kaes, R. (1995). *El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Kaes, R. (1996). *La Institución y las Instituciones*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

- López, O. M. (2009). *Modelos para el trabajo con grupos*. Psicología.com.9.
- López, R. M. (2014). *La terapia grupal*. (Ramírez, entrevistador).
- López, R. M. (1995). *Clasificación de los grupos*. México. Manuscrito no publicado.
- Macias, G. (2003). *Teorías de la comunicación grupal en la toma de decisiones: "contexto y caracterización"*. Barcelona: Departamento de comunicación audiovisual i publicitat.
- Malan, H. D. (1974). *La psicoterapia breve*. Centro editor de América Latina.
- Malcolm, K. H. (1962). *Introducción a la dinámica de grupo*. Centro regional de ayuda técnica.
- Martínez, C. M. (2012). *Práctica clínica en un centro de atención psicológica de consulta externa en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"*. México, D. F.
- Melgoza, M. (2008). *Familia reconstruida: un modelo de psicoterapia grupal en adolescentes*. México, D. F.
- Morales, C, F. & Díaz, F. E. (2000). *Algunas consideraciones sobre la Psicología en las Instituciones médicas*. Medigraphic, 8.
- Moreno, J. (2013). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Obtenido de <http://institutoananda.es/grupo7/>.
- Munné, F. (1987). *Grupos, masas y sociedades: introducción sistemática a la sociología general y especial*. Barcelona: hispano-europea.
- O'Donell, P. (1983) *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*. Amorrortu editores: Argentina.
- Olmsted, M. (1966). *El pequeño grupo*. Paidós.
- Pavlovsky, E. & Abadi, M. (1980). *Una experiencia de psicoterapia grupal: la coterapia. Clínica grupal I*. Buenos Aires: Búsqueda.

Pérez, C. (2013). *Sociedad psicoanalítica de México*. Obtenido de la Sociedad psicoanalítica de México. <http://spm.mx/home/psicoterapia-breve-de-orientación-psicoanalítica/>

Pichón, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Nueva visión.

Pinkus, L. (1984). *Teoría de la Psicoterapia Analítica Breve*. Barcelona. Editorial Gedisa.

Portuondo, J, A. (1985). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Madrid: biblioteca nueva, Almagro.

Puget, J., Bernard, M., Games, G. & Romano, E. (1982). *El grupo y sus configuraciones. Terapia psicoanalítica*. Paidós.

Rama, B. & Hernández, A. (2002). *La psicoterapia en las Instituciones (desde una perspectiva psicoanalítica)*. Revista de psicoterapia psicoanalítica. (p.p. 43-49).

Ramírez, R. (2008). "La terapia cognitivo conductual aplicada a las actividades de preconsulta, intervención terapéutica e impartición de talleres en el Centro de Servicios Dr. Guillermo Dávila". México, D.F.

Rodríguez, E, M. (1985). *Integración de equipos*. Manual moderno.

Rodríguez, M, Ma. De L. (2009). "La evaluación psicológica infantil: un encuentro entre la formación teórica y la formación en la práctica: la experiencia del Servicio Social en el Centro de Servicios Psicológico "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología. México, D.F.

Rojas, S. & Pujo, J. (2009). *Los vínculos afectivos: lazos que nos unen en el bienestar y el dolor*. Espejo de conocimiento. SEDIBAC, (pág. 25). Barcelona-Madrid.

Serebrinsky, H. (2012). *Psicoterapia de grupo*. Scielo.

Vaimberg, R. (2012). *Psicoterapia de grupo. Psicoterapia de grupo online. Teoría, técnica e investigación*. Barcelona: octaedro.

Valenzuela, C. M. (2007). *Programa General del Centro Comunitario de atención psicológica "Los Volcanes"*. México, D.F.

Vélez, P., Restrepo, D. (2008). *El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: aspectos clínicos y técnicos*. REVISTA CES, 58-68.

Yalom, I. & Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós, Ibérica.

Zamanillo, T. (2002). *Teoría y práctica del aprendizaje por interacción en grupos pequeños*. Madrid.

Zimmerman, D. (1969). *Estudios sobre psicoterapia de grupo*. Buenos Aires: Paidós.

(Análisis grupal, 1984)

## Capítulo 10. ANEXOS

### Anexo 1:

#### 10.1. Valores en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

**Confianza:** Que nuestras acciones estén sustentadas en la confidencialidad y en un trato ético que genere seguridad en nuestros clientes internos y externos.

**Ética:** Mantener principios y valores sustentados en el bien común, apegados a los fundamentos y principios que rigen el ejercicio profesional del psicólogo.

**Respeto:** El Centro considera que tanto su personal docente y/o administrativo, así como estudiantes de licenciatura, posgrado y miembros de la comunidad, tiene derecho a diferentes formas de pensamiento, creencias y prácticas, y a no ser juzgados o discriminados por ellas, por lo que brinda un trato con equidad y dignidad.

**Responsabilidad:** Realizar las actividades encomendadas de manera eficiente y oportuna, manteniendo un alto compromiso profesional, para que el resultado de nuestras acciones favorezcan un servicio de calidad para nuestros clientes internos y externos.

**Profesionalismo:** Uno de los principales objetivos del Centro, es brindar la más alta calidad en enseñanza a sus estudiantes, lo que al final redundará en una mejor práctica profesional en beneficio de la comunidad.

El CSP Dr. Guillermo Dávila cuenta con las siguientes instalaciones:

- 15 consultorios individuales y un anexo en el edificio B de la facultad.
- 4 cámaras de Gesell
- 2 áreas para trabajo docente grupal (cubículos 12 y 13)
- 2 áreas generales acondicionadas para el trabajo de los estudiantes/terapeutas
- Área de recepción y jefatura (cubículo 16)

- Área de archivo de expedientes de pacientes
- Área de archivo de expedientes de estudiantes
- Sanitarios para damas, caballeros y personal administrativo/supervisores
- Cocineta

## **Anexo 2:**

### **10.2. Funcionamiento del CSP “Dr. Guillermo Dávila”**

a) Al inicio del semestre, La Jefatura del Centro preparará una planeación operativa en la que se contemplan las diversas actividades que son responsabilidad del Personal Académico, del Personal Administrativo y de los Estudiantes, las que están consignadas en el Manual de Organización.

b) Los académicos preparan por solicitud de la Coordinación de los Centros un “Programa de Prácticas” en el que se indica a través de qué acciones se asegurará el cumplimiento de las prácticas que imparten. Esto permite conocer la forma en que los académicos se aseguraran de que la formación práctica del estudiante está siendo adecuada.

c) Los estudiantes interesados en cada programa, deben inscribirse a través de los procedimientos establecidos y documentados en el Manual de Procedimientos.

d) Iniciado el semestre los supervisores de cada programa, realizan una evaluación inicial, a los estudiantes a su cargo que permiten conocer las competencias con las que cuenta cada uno.

e) Los estudiantes de licenciatura y posgrado asisten a clase teórica o práctica para su formación en alguna modalidad o marco teórico-práctico de los programas de intervención clínica.

f) Para la clase práctica el docente realiza la supervisión del estudiante con base en el procedimiento “Actividades Supervisadas”.

g) Al finalizar su “Programa de Prácticas” en el Centro, el supervisor asigna a cada estudiante una calificación final y una Constancia.

## **Anexo 3:**

### **10.3. Tipo de atención**

- a) El usuario solicita informes vía telefónica o personalmente al personal administrativo del Centro. Se indica día y hora de entrega de solicitudes de servicio, como se encuentra documentado en el procedimiento “Solicitud de servicio”.
- b) El usuario asiste a una entrevista inicial, como se describe en los procedimientos: “*Entrevista inicial del usuario adulto*”, “*Entrevista inicial del usuario menor o adolescente*”, “*Entrevista y tratamiento familiar o de pareja*”. Estos procedimientos son llevados a cabo por un académico o un estudiante bajo supervisión.
- c) Si el usuario requiere una evaluación complementaria se le cita para llevar a cabo la misma.
- d) Si el paciente necesita ser referido a una Institución externa, se implementa el procedimiento “*Referencia a Instituciones externas*”.
- e) Más adelante se integra toda la información en el expediente; solicitud de servicio, ficha de admisión, consentimiento informado, entrevista inicial y resultado de evaluaciones.
- f) La Jefatura, revisa la información recabada y conforme a las características del paciente, sus necesidades, la disponibilidad de tratamientos y terapias, asigna el tratamiento indicado a cada paciente.
- g) Se plantea la intervención del paciente: El responsable de la prestación del servicio psicológico desarrolla el procedimiento de “Planeación de talleres”.
- h) Se lleva a cabo la intervención del paciente, de manera individual o grupal, de acuerdo a los procedimientos de “Tratamiento individual, menor,

adolescente y adulto”, “Entrevista y tratamiento familiar y de pareja”, “Taller grupal” y “Grupo terapéutico”.

- i) A lo largo del tiempo que dure el tratamiento, el terapeuta evalúa cada sesión y verifica los objetivos logrados a través del documento “Nota clínica”.
- j) Todo responsable del servicio psicológico, debe entregar un informe mensual de actividades donde se reporte el avance de su trabajo en el Centro.

Según los criterios establecidos en el programa o plan de tratamiento del paciente, se otorga el Alta/Egreso o Baja.

<p>1. Imparte plática informativa y entrega solicitud de servicio.</p>	<p>1.1 Imparte la plática informativa del servicio del CSP en grupos a todos los solicitantes.</p> <p>1.2 Entrega el aviso del servicio del CSP al usuario.</p> <p>1.3 Entrega la solicitud para su llenado.</p> <p>1.4 Solicita al usuario llenar y firmar de enterado la solicitud de servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviso de servicio.</li> <li>• Solicitud de servicio.</li> </ul>	<p>Representante de calidad y Servicio Social.</p>
<p>2. Llenado de solicitud de servicio.</p>	<p>2.1 Lee el aviso del servicio del CSP.</p> <p>2.2 Proporciona los datos solicitados en la solicitud de servicio.</p> <p>¿Se aceptan las políticas del CSP?</p> <p>NO: Termina procedimiento.</p> <p>SI: Firma solicitud, la entrega y continua procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de servicio.</li> </ul>	<p>Usuario.</p>
<p>3. Captura de solicitudes.</p>	<p>3.1 Captura y clasifica en una base de datos los nombres de los usuarios que</p>	<p>Personal Administrativo.</p>

	<p>realizaron las solicitudes.</p> <p>3.2 Entrega a la jefatura todas las solicitudes de servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de datos de las solicitudes de servicio.</li> <li>• Solicitud de servicio.</li> </ul>	
4. Clasificación y selección de solicitudes.	<p>4.1 Se leen cada una de las problemáticas manifestadas en cada solicitud.</p> <p>4.2 Se clasifican por tipo de tratamiento solicitado.</p> <p>4.3 Se seleccionan aquellas solicitudes que no pueden ser atendidas en el CSP y se canalizan vía telefónica a otra Institución o programa.</p> <p>4.4 Se registra en la solicitud de servicio la principal problemática y programa sugerido para su atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de datos de la solicitud de servicio.</li> <li>• Solicitud de servicio.</li> </ul>	Jefatura, Académicos y Representante de calidad.
5. Canalización telefónica.	<p>5.1 Contacta al usuario para indicarle que su solicitud de servicio no puede ser atendida en el CSP.</p> <p>5.2 Informa al usuario de otras alternativas y le proporciona los datos correspondientes del directorio de Instituciones del CSP.</p> <p>5.3 Archiva las solicitudes que no fueron atendidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitudes de servicio.</li> <li>• Directorio de instituciones.</li> <li>• Carpeta de solicitudes canalizadas vía telefónica.</li> </ul>	Personal Administrativo y Personal de Servicio Social.
6. Señala las	6.1 Identifica aquellas solicitudes que	Personal

solicitudes aceptadas para entrevista	<p>fueron aceptadas.</p> <p>6.2 Captura el programa al cual se asignó.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de servicio.</li> <li>• Base de datos de la solicitud de servicio.</li> </ul>	Administrativo.
7. Asignación de cita.	<p>7.1 Llama en la fecha indicada por el CSP para verificar si su solicitud fue aceptada.</p> <p>¿Su solicitud fue aceptada?</p> <p>NO: Se le canaliza a la Institución seleccionada y termina procedimiento.</p> <p>SI: Continúa procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Directorio de instituciones.</li> <li>• Base de datos de la solicitud de servicio.</li> </ul>	Usuario.
8. Programación de cita.	<p>8.1 Le informa al usuario la fecha y horario programado para su cita.</p> <p>¿Puede asistir en fecha y horario asignado?</p> <p>NO: Si no hay otra opción de fecha u hora se rechaza la solicitud y termina procedimiento.</p> <p>SI: Agenda cita.</p> <p>8.2 Le confirma al usuario fecha y hora de la cita y le recuerda los documentos que deberá de traer el día de su entrevista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de datos de citas.</li> </ul> <p><b>TERMINA PROCEDIMIENTO.</b></p>	Personal Administrativo.

## **Anexo 4:**

### **10.4. Entrevista inicial del usuario adulto**

#### **1. Propósito.**

**1.1** Realizar una entrevista inicial del usuario en el Centro de Servicios Psicológicos que indique su problemática.

#### **2. Alcance.**

**2.1** A todos los usuarios que tengan cita agendada en el Centro de Servicios Psicológicos, al personal administrativo del lugar; así como al terapeuta.

#### **3. Marco jurídico.**

**3.1** Legislación Universitaria.

**3.2** Lineamientos internos del CSP.

#### **4. Políticas y/o Normas de Operación.**

**4.1** La entrevista inicial se realiza en el Centro de Servicios Psicológicos a usuarios que hayan realizado una solicitud de servicio de primera vez y que se les haya asignado una cita previamente.

**4.2** Se considera un usuario adulto a partir de los 18 años.

**4.3** Los documentos del paciente consisten en: Identificación oficial con fotografía, Comprobante de Domicilio y de Ingresos.

**4.4** Si el usuario ha sido referido por otra Institución, deberá presentar el formato de referencia; mismo que será incluido en el expediente.

**4.5** La solicitud de servicio deberá ser integrada al expediente al frente de todos los documentos. El orden de los documentos es secuencial.

**4.6** En dado caso de que el usuario se niegue a firmar el consentimiento informado, no se le podrá ofrecer servicio en el Centro y su solicitud será cancelada.

- 4.7** Si el usuario no acude a la cita de entrevista inicial programada, se cancela la misma y deberá realizar una nueva solicitud en el siguiente periodo de solicitudes.
- 4.8** Si el usuario no cuenta con los documentos formales para la apertura del expediente, se le dará oportunidad de traerlos en la siguiente cita.
- 4.9** Si el usuario no ha completado los documentos requeridos en la subsecuente cita se le suspenderá el servicio.
- 4.10** En caso de referencia a instancia externa, el acuse debe archivarse en el expediente.
- 4.11** Es responsabilidad del personal que lo atiende, asistir al usuario en las dudas que pueda tener para complementar los formatos requeridos para su admisión.
- 4.12** En caso de no tener comprobante oficial de ingresos, el usuario deberá realizar una carta dirigida a la Jefatura del CSP, indicando su forma de sustento económico y cuántas personas dependen de éste.
- 4.13** El usuario debe pagar el servicio en cajas o en la administración de la facultad.
- 4.14** Si el usuario no presenta el recibo de pago se le conmina a que lo haga; si no puede pagar el servicio se solicita un reajuste de cuota.
- 4.15** En caso de que la entrevista vaya a ser observada en cámara de Gesell, transmitida por circuito cerrado o grabada, el terapeuta responsable deberá de informarlo al paciente, si éste no lo permitiera, el supervisor decidirá si continuar o suspender la entrevista.
- 4.16** Las grabaciones realizadas estarán en poder de la jefatura del CSP, las cuales podrán ser entregadas al supervisor responsable de cada programa para ser utilizadas exclusivamente para fines académicos.
- 4.17** En caso de intervenciones urgentes se le dará contención al usuario y se canalizará en su caso.

<b>Etapa</b>	<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>
1. Asiste a cita e entrevista inicial.	<p>1.1 Se presenta en tiempo y forma a la cita agendada.</p> <p>1.2 Entrega la documentación requerida.</p> <p>¿El usuario acude a la cita?</p> <p>SI: Continúa procedimiento.</p> <p>NO: Termina procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación oficial.</li> <li>• Comprobante de domicilio.</li> <li>• Comprobante de ingresos económicos.</li> </ul>	Usuario.
2. Coteja documentos y abre expediente.	<p>2.1 Recibe los documentos y verifica que se encuentren completos.</p> <p>2.2 Abre un expediente con los documentos del paciente.</p> <p>2.3 Registra los datos solicitados en la bitácora de registro de pacientes de entrevista inicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación Oficial.</li> <li>• Comprobante de domicilio.</li> <li>• Comprobante de ingresos económicos.</li> <li>• Expediente.</li> <li>• Bitácora de registro e paciente de entrevista inicial.</li> </ul>	Personal Administrativo.
3. Entrega consentimiento	3.1 Entrega Consentimiento informado para ser leído y	Personal

informado.	firmado por el usuario. 3.2 Entrega ficha de admisión para ser llenada por el usuario. <ul style="list-style-type: none"><li>• Consentimiento informado.</li><li>• Ficha de admisión.</li></ul>	Administrativo.
4. Lee y firma el consentimiento informado.	4.1 Recibe el consentimiento informado y ficha de admisión. 4.2 Lee y firma el consentimiento informado y lo entrega. 4.3 Llena ficha de admisión y la entrega. <ul style="list-style-type: none"><li>• Consentimiento informado.</li><li>• Ficha de admisión.</li></ul>	Usuario.
5. Informa sobre el pago.	5.1 Informa al usuario sobre dónde debe realizar el pago.	Personal Administrativo.
6. Paga y entrega el recibo.	6.1 Realiza el pago en caja. 6.2 Recibe su recibo de pago y lo entrega en el CSP. <ul style="list-style-type: none"><li>• Recibo de pago.</li></ul>	Usuario.
7. Registra el pago.	7.1 Recibe el recibo de pago. 7.2 Registra y sella el pago en el carnet. 7.3 Entrega el carnet al usuario. <ul style="list-style-type: none"><li>• Recibo de pago.</li><li>• Carnet de citas.</li></ul>	Personal Administrativo.
8. Entrega expediente y el formato de entrevista	8.1 Entrega al terapeuta el expediente con los documentos y el formato de la entrevista inicial.	Personal Administrativo.

inicial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente.</li> <li>• Entrevista inicial.</li> </ul>	
9. Lleva a cabo la entrevista inicial.	<p>9.1 Recibe al paciente y le indica el cubículo en el que se trabajará.</p> <p>9.2 Establece el encuadre con el paciente.</p> <p>9.3 Realiza la entrevista inicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista inicial.</li> </ul>	Responsable del servicio psicológico.
10. Aplica pruebas de evaluación y entrega carnet.	<p>10.1 Aplica pruebas de evaluación.</p> <p>10.2 Entrega carnet al usuario.</p> <p>¿Requiere de evaluación complementaria?</p> <p>SI: Agenda cita para evaluación complementaria.</p> <p>NO: Continúa procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet de citas.</li> <li>• Agenda de evaluación complementaria.</li> <li>• Pruebas de evaluación.</li> </ul>	Responsable del servicio psicológico.
11. Recibe el carnet agendado.	<p>11.1 Recibe carnet del responsable del servicio psicológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet de citas.</li> </ul>	Usuario.
12. Registra información en la ficha de admisión de datos.	<p>12.1 Registra en la base de datos la información de la ficha de admisión.</p> <p>12.2 Realiza el llenado del formato de entrevista inicial y lo integra al expediente.</p> <p>¿El paciente puede ser atendido en el Centro?</p>	Responsable del servicio psicológico.

	<p>SI: Continúa procedimiento.</p> <p>NO: Solicita referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de datos paciente del CSP.</li> <li>• Entrevista inicial.</li> </ul>	
13. Entrega de expediente para asignación de tratamiento.	<p>13.1 Entrega expediente al personal administrativo para su posterior asignación de tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente.</li> </ul> <p><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>	Responsable del servicio psicológico.

## **Anexo 5:**

### **10.5. Inserción de Grupos Terapéuticos**

#### **1. Propósito.**

**1.1** Llevar a cabo actividades de intervención por medio de grupos terapéuticos, que atiendan las problemáticas identificadas comúnmente en la entrevista inicial realizada en el CSP.

#### **2. Alcance.**

**2.1** Los pacientes que aplicaron entrevista inicial y presentan una problemática que se pueda tratar a través de un grupo terapéutico. Es importante decir que no es el terapeuta quien realiza esta selección, por lo tanto los criterios son contemplados por alguien que probablemente no está involucrado con el trabajo grupal y desconoce de la importancia de agrupabilidad.

#### **3. Marco jurídico.**

**3.1** Legislación Universitaria.

**3.2** Lineamientos internos del CSP.

#### **4. Políticas y/o Normas de Operación.**

**4.1** Se abrirán grupos terapéuticos por problemáticas y grupos de edades similares. Lo ideal según la literatura, no es formar grupos de acuerdo a problemáticas pues hay mayor beneficio cuando existe heterogeneidad, por el contrario si, de adecuar los rangos de edad.

**4.2** Se requieren por lo menos de 10 pacientes con una problemática similar para abrir un grupo.

**4.3** Se requieren dos terapeutas por grupo terapéutico como mínimo, según el tipo de población (niños, adolescentes o adultos). Este aspecto es difícilmente cubierto, pues en el CSP es una minoría de terapeutas los que se enfocan al

dispositivo grupal, así que en el mejor de los casos, quien dirige el grupo es un único terapeuta.

**4.4** La apertura de grupos terapéuticos depende del espacio físico disponible y del tiempo de los terapeutas. Importante hablar de la insuficiencia justo de los espacios físicos y temporales en el CSP para el trabajo grupal.

**4.5** El responsable del programa o responsables del grupo atenderán a los pacientes de acuerdo al enfoque y los lineamientos del programa al que pertenecen.

**4.6** Una vez concluido el grupo terapéutico o durante el mismo, el responsable o supervisor académico, decidirá si algún paciente requiere de tratamiento individual en algún programa específico. De ser así, lo comunicará a la jefatura del CSP.

**4.7** Los grupos que se asignan como abiertos, podrán integrar pacientes durante el transcurso del tratamiento.

**4.8** Una vez asignados los expedientes al responsable del grupo terapéutico, deberá contactar al paciente por lo menos una semana antes de la fecha de inicio.

**4.9** En caso de que el paciente no sea localizado o no acepte participar en el grupo, el expediente causará baja. Este punto es realmente preocupante, pues ocurre con alta frecuencia que tenga que enviarse a baja el expediente por este par de motivos, dejando fuera lo que debería ser considerado importante, y es referente a darle respuesta oportuna y adecuada a la demanda de problemática del usuario, motivando finalmente la deserción ya desde este primer nivel.

<b>Etapas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>
1. Asignación de tratamiento grupal.	<p>1.1 Selecciona los expedientes de pacientes que serán tratados en terapia grupal.</p> <p>1.2 Asigna tratamiento en modalidad de grupo al responsable del mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de tratamiento.</li> </ul>	Jefatura del CSP.
2. Asignar terapeutas y entrega guía.	<p>2.1 Entrega los expedientes a los terapeutas que trabajarán el grupo terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente.</li> </ul>	Jefatura del CSP.
3. Recibir y revisar el expediente.	<p>3.1 Reciben los expedientes y los revisan.</p> <p>3.2 Clasifican el expediente, según la problemática que presenta el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente.</li> </ul>	Responsable del Servicio Psicológico o Supervisor Académico
4. Verifica espacios disponibles.	<p>4.1 Verifica con personal administrativo si existe espacio disponible en el horario solicitado para impartir el grupo.</p>	Responsable del Servicio Psicológico o Supervisor Académico.

	<p>¿Existe espacio disponible o ya se tenía reservado?</p> <p>SI: Continúa procedimiento.</p> <p>NO: Se buscan otras opciones de horario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carpeta de espacios y horarios.</li> </ul>	
5. Registra fecha y horarios.	<p>5.1 Registra en la carpeta de horarios el espacio del grupo y quién (s) lo impartirán.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carpeta de espacios y horarios.</li> </ul>	Personal Administrativo.
6.0 Contacta al paciente.	<p>6.1 Contacta al paciente para indicarle que su caso ha sido asignado a un grupo.</p> <p>6.2 Le informa de fechas y horarios en el que se llevará a cabo y el costo por sesión del mismo.</p> <p>¿Se localiza al usuario y</p>	Responsable del Servicio Psicológico o Supervisor Académico.

	<p>acepta asistir al grupo?</p> <p>SI: Cita al paciente y continúa procedimiento.</p> <p>NO: Se elabora baja del expediente y se registra en la base de datos el estatus del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja.</li> <li>• Base de datos (status).</li> <li>• Expediente.</li> </ul>	
<p>7. Elabora una lista de integrantes del grupo.</p>	<p>7.1 Elabora una lista de los integrantes del grupo terapéutico.</p> <p>7.2 Registra en la base de datos el estatus "Grupo" de cada expediente.</p> <p>7.3 Regresa los expedientes a personal administrativo para que se integren al archivo clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de integrantes del grupo terapéutico.</li> </ul>	<p>Responsable del Servicio Psicológico o Supervisor Académico.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expedientes.</li> <li>• Base de datos.</li> </ul>	
8. Acude a cita.	<p>8.1 Llega a la recepción del CSP en la fecha y hora indicada por el terapeuta responsable y pregunta por el grupo que se llevará a cabo.</p> <p>8.2 Entrega recibo de pago y carnet en su caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo de pago.</li> <li>• Carnet.</li> </ul>	Usuario.
9. Revisa la lista de participantes.	<p>9.1 Verifica que el usuario se encuentra en la lista de integrantes del grupo.</p> <p>¿Se encuentra en la lista?</p> <p>SI: Continúa el procedimiento.</p> <p>NO: Le informa al terapeuta para que lo registre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de integrantes del grupo.</li> </ul>	Personal administrativo.

<p>10. Anota y entrega carnet.</p>	<p>10.1 Anota folio del recibo de pago en el carnet de citas.</p> <p>10.2 Entrega carnet al usuario y le indica que el responsable del grupo saldrá por ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet de citas.</li> <li>• Recibo de pago.</li> </ul>	<p>Personal administrativo.</p>
<p>11. Lleva a cabo la sesión.</p>	<p>11.1 Solicita los expedientes al personal administrativo.</p> <p>11.2 Sale por los integrantes del grupo y les indica dónde será la sesión.</p> <p>11.3 Trabaja con el grupo la sesión correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expedientes.</li> </ul>	<p>Responsable del Servicio Psicológico.</p>
<p>12. Evalúa sesión.</p>	<p>12.1 Se evalúa lo que sucedió durante la sesión.</p> <p>12.2 Elabora nota clínica grupal y la integra a cada expediente.</p>	<p>Responsable del Servicio Psicológico.</p>

	<p>¿Es la última sesión?</p> <p>NO: Cita nuevamente al usuario, paso 8.</p> <p>SI: Continúa procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet de citas.</li> <li>• Nota clínica grupal.</li> <li>• Expediente.</li> </ul>	
13. Entrega encuesta de satisfacción.	<p>13.1 Entrega al usuario formato de encuesta de satisfacción con el servicio.</p> <p>13.2 Despide al grupo y recoge las encuestas complementadas por el usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de usuarios.</li> </ul>	Responsable del Servicio Psicológico.
14. Elabora las altas.	<p>14.1 Elabora las altas de cada paciente y las integra al expediente que le corresponde.</p> <p>14.2 Modifica en la base de datos el estatus de cada paciente.</p>	Responsable del Servicio Psicológico.

	<p>14.3 Entrega al personal administrativo los expedientes y los cuestionarios para que los archiven.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Satisfacción de usuarios.</li><li>• Expedientes.</li><li>• Reporte de alta/egreso.</li><li>• Base de datos.</li></ul> <p><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>	
--	---	--