



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

FACTORES TERAPÉUTICOS EN UN GRUPO DE ADMISIÓN

TESIS

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

PRESENTA

MIREYA MARLENE NIETO GÓMEZ

DIRECTORA DE TESIS

MAESTRA MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 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

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de ser parte de ella, por la formación que me ha brindado, y donde he vivido las mejores experiencias de aprendizaje y crecimiento profesional de mi vida.

A la Facultad de Psicología por aceptarme en sus aulas, y brindarme su conocimiento, así como al Programa Único de Especializaciones en Psicología, y al Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” de la UNAM.

Todo mi respeto, cariño, y admiración a la Mtra. Asunción Valenzuela quien con su sencillez y profesionalismo, me ha guiado a lo largo de este trabajo. Así mismo, a la Mtra. Rosario Muñoz, a la Dra. Martha López, a la Dra. Blanca Mancilla, y a la Dra. Paulina Arenas, que han colaborado en la realización de este trabajo, siempre tan dispuestas.

Agradezco también a todas aquellas personas que participaron en este proyecto, así como los integrantes de este grupo. Y por supuesto a la Dra. Judith Zerman por su colaboración, y sobre todo por su gran ayuda en entenderme y conocerme un poco más cada día.

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional, por el ejemplo de lucha, el amor, y la dedicación que siempre me han brindado. Los respeto, los admiro, los quiero. A mi familia porque parte de lo que soy se los debo a ustedes, a cada uno de ellos que con su presencia le han dado un toque de alegría a mi existencia.

A mi cómplice de vida, Jorge, por estar siempre conmigo, por el apoyo incondicional, y por siempre impulsarme. Te amo.

A mis compañeros y amigos, algunos de tantos años, por brindarme su aprecio y su tiempo.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
I. MARCO TEÓRICO	5
CAPÍTULO 1: PSICOTERAPIA DE GRUPO	
1.1 Los grupos.....	5
1.1.1 Antecedentes.....	5
1.1.2 Definición de grupo.....	6
1.1.3 Clasificación de los grupos.....	8
1.1.4 Características de los grupos.....	10
1.2 Los grupos terapéuticos.....	12
1.2.1 Antecedentes.....	12
1.2.2 Definición de grupo terapéutico.....	16
1.2.3 Tipos de grupos terapéuticos.....	18
1.2.3.1 Autoayuda, Experiencia.....	18
1.2.3.2 Psicósomáticos.....	19
1.2.3.3 De psicóticos.....	19
1.2.3.4 Familiar.....	19
1.2.3.5 Pareja.....	20
1.2.3.6 Madres.....	20
1.2.3.7 Niños.....	20
1.2.3.8 Breves.....	20
1.2.4 Enfoques de los grupos terapéuticos.....	23
1.2.4.1 Cognitivo Conductual.....	23
1.2.4.2 Psicodrama.....	24
1.2.4.3 Gestalt.....	25

1.2.4.4 Humanista-Existencial.....	26
1.2.4.5 Familiar.....	27
1.2.4.6 Parejas.....	28
1.2.4.7 Orientación Psicoanalítica.....	29
1.2.5 Formación e inicio del grupo terapéutico.....	32
1.2.6 Los grupos en las instituciones.....	35
1.2.7 El trabajo comunitario.....	37
CAPÍTULO 2: GRUPOS DE ADMISIÓN	
2.1 Antecedentes.....	39
2.2 Definición.....	43
2.3 Funciones de los Grupos de Admisión.....	44
2.4 Enfoque de los grupos.....	47
2.5 Técnica de los Grupos de Admisión.....	48
CAPÍTULO 3: FACTORES TERAPÉUTICOS DE YALOM	
3.1 Factores Curativos.....	53
3.1.1 Infundir Esperanza.....	56
3.1.2 Universalidad.....	56
3.1.3 Información Participada.....	56
3.1.4 Altruismo.....	57
3.1.5 Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario.....	58
3.1.6 Desarrollo de Técnicas de Socialización.....	58
3.1.7 Conducta Imitativa.....	59
3.1.8 Catarsis.....	59
3.1.9 Factores Existenciales.....	60
3.1.10 Cohesión Grupal.....	60
3.1.11 Aprendizaje Interpersonal.....	61

II. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	65
Antecedentes Contextuales.....	65
Justificación.....	66
Propuesta Metodológica.....	67
Objetivos.....	68
Propósitos o expectativas.....	69
Población.....	69
Espacio de Trabajo.....	69
Desarrollo del Programa.....	70
FASE 1: Planeación.....	70
Criterios de Inclusión.....	71
Criterios de Exclusión.....	71
FASE 2: Desarrollo.....	72
Sesión 1. Apertura.....	72
Encuadre.....	72
Presentación.....	72
Aplicación de instrumento.....	73
Desarrollo.....	73
Cierre.....	73
Sesiones 2, 3 y 4 Inicio.....	73
Desarrollo.....	73
Terminación.....	73
SESIÓN 5 Preparación para la terminación del grupo.....	73
SESIÓN 6 Fase Final.....	74
Aplicación de instrumento.....	74
FASE 3: Evaluación.....	74
Materiales e instrumentos.....	75

Estrategias de evaluación.....	75
III. RESULTADOS	76
Proceso Grupal.....	79
Proceso Individual.....	114
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	143
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	149
REFERENCIAS	152

RESUMEN

Ante la gran demanda que existe en las instituciones comunitarias de atención psicológica surge la propuesta de los Grupos de Admisión; grupos de recepción de paciente que brindan asistencia más rápida cuando éstos lo requieren. Manejados como grupos terapéuticos de orientación psicoanalítica, breves, los Grupos de Admisión tienen la finalidad de recibir, evaluar, y derivar al paciente, con funciones terapéuticas desde el primer momento.

Por ello, debido a la gran demanda de atención en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” de la UNAM, se llevó a cabo un Grupo de Admisión con un grupo de pacientes de 30 a 40 años de edad, mixto, durante 6 sesiones, una cada semana. La finalidad del presente trabajo fue identificar el efecto de la aparición de los factores terapéuticos (estudiados en grupos terapéuticos de larga duración), adaptados a este Grupo de Admisión (de corte breve), así como establecer la relación de estos factores con las mejorías de los participantes a través de técnicas verbales, y la aplicación de un pre y postest en relación a los cambios en las problemáticas de los asistentes.

De lo anterior, se obtuvo que los factores terapéuticos que dieron mayor evidencia en este grupo fueron Cohesión Grupal, Universalidad, Altruismo, Conducta Imitativa, Infundir Esperanza, y Desarrollo de Técnicas de Socialización, mientras que Aprendizaje Interpersonal, Catarsis, Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario, Información Participada, y Factores Existenciales, se presentaron en menor frecuencia.

De la misma manera, se deduce que los asistentes mostraron mejorías significativas, cambiando sus problemáticas, o incluso desapareciendo. Por lo cual, se observa que hay una estrecha relación en la aparición de los factores terapéuticos con las mejorías de los asistentes, y que los participantes que presentaron mayor evidencia de factores, presentaron mayores mejorías.

Palabras claves: *psicoterapia de grupo, grupos de admisión, factores terapéuticos de Yalom.*

ABSTRACT

Given the increasing demand at the Community Institutions of Psychological Care, there is a need to establish the use of Admission Groups, which contributes to provide faster assistance when it is required. Handled as therapeutic, Admission Groups with a psychoanalytic orientation are intended to receive, evaluate, and refer the patient with therapeutic functions from the outset.

Therefore, due to the high demand for attention at the Community Center of Psychological Attention "Los Volcanes" at the UNAM, an Admission Group of patients from 30 to 40 years old, was conducted, within a total of 6 sessions that took place once a week. The purpose of this study was to identify the effect of the emergence of therapeutic factors (studied in therapeutic groups of long term), adapted to this Admission Group (short term), and to establish the relationship of these factors with the participant's improvement through the use of qualitative and quantitative methodology (the consultant's narrative was analyzed and a pre and post-test, in relation to changes in the problems of the attendees, were assessed).

According to this, the results obtained showed that the therapeutic factors which gave more evidence in this group were Cohesion Group, Universality, Altruism, Imitative Behavior, Instilling Hope, and Development Techniques Socialization, while Interpersonal Learning, Catharsis, Corrective Recapitulation Family Group Primary, Investee Information, and Existential Factors, were presented with less frequency.

On the other hand, the participants showed significant improvements, expressing a change in their problems perception, or even its disappearance. Therefore, it is shown that there is a close relationship in the appearance of therapeutic factors with the improvement of attendees, and the participants who showed greater evidence of factors had greater improvements.

Keywords: group psychotherapy, group admission, therapeutic factors of Yalom.

INTRODUCCIÓN

En una sociedad tan acelerada y demandante como en la que vivimos actualmente, el malestar psicológico, los problemas emocionales, las crisis, los trastornos de personalidad, son cada vez más comunes entre la población, por ello, hoy en día existe una creciente necesidad de atención para tratar estas problemáticas.

Debido a esta razón, las instituciones se enfrentan a una gran demanda que cada vez les resulta más difícil solventar, como es el caso de las instituciones comunitarias. Así, una persona que hace una solicitud para recibir ayuda, tiene que esperar su turno, semanas o meses, en una larga lista de espera, de manera tal que para cuando son atendidos sus problemáticas se han agravado o se han hecho crónicas.

Por lo anterior, se desprende la importancia de proponer una solución a esta situación y atender a un número mayor de pacientes, minimizando el tiempo de espera, ofreciendo atención rápida, y recibir al paciente cuando éste más lo necesita. Debido a esto, surge la propuesta de los Grupos de Admisión, grupos breves que brindan recibir al paciente lo más pronto posible, evaluarlo y canalizarlo, con la ventaja de iniciar acciones terapéuticas desde el principio, y ofreciendo la experiencia grupal, reduciendo el aislamiento. Así mismo, los terapeutas reducen el tiempo de trabajo, y participan en condiciones realistas para una terapia posterior, lo que favorece una derivación más precisa como lo indica Campuzano (2004).

Así, surge la presente propuesta de intervención clínica mediante la implementación de un Grupo de Admisión en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, de la UNAM, para dar pronta respuesta a la gran demanda de este centro, trabajando un Grupo de Admisión, de orientación psicoanalítica, breve, compuesto por 7 integrantes.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es identificar el efecto de algunos factores terapéuticos en un Grupo de Admisión. Mediante estipular qué factores

terapéuticos aparecen en este grupo, establecer la relación de dichos factores y la mejoría de los pacientes; y finalmente, conocer los cambios en las problemáticas de los pacientes en relación a sus conflictos iniciales y finales al grupo, a través de un pre y postest.

La aportación de este trabajo reside en identificar los factores terapéuticos que propone Yalom para intervenciones de larga duración y de corte humanista-existencial, en un grupo de admisión, breve y de orientación psicoanalítica, encontrando hallazgos importantes.

El trabajo está compuesto por 3 capítulos. El primer capítulo se encuentra constituido por tres apartados referentes al Marco Teórico: la Psicoterapia de Grupo, los Grupos de Admisión, y los Factores Terapéuticos de Yalom. El segundo capítulo contiene el Programa de Intervención, donde se esbozan las características de los Grupos de Admisión, refiriéndose a la metodología para llevar a cabo el grupo, dividió en tres fases: planeación, desarrollo y evaluación. El capítulo tres contiene los resultados presentados en dos vertientes: el proceso grupal y el proceso individual. Seguido a esto, se desarrollan la Discusión y Conclusiones, y posteriormente las Limitaciones y Sugerencias.

Finalmente, es importante destacar que esta intervención es una alternativa útil que ofrece pronta atención a los pacientes ante la gran demanda, mostrando que brinda resultados satisfactorios.

I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: PSICOTERAPIA DE GRUPO

1.1 LOS GRUPOS

1.1.1 ANTECEDENTES

A lo largo de la historia, la humanidad ha estado influida por las dinámicas e interacciones grupales (Campuzano, 1987; Tuttmann, 1990; Scheidlinger, 1993). Al respecto, sabemos que sin la existencia de las agrupaciones el hombre no hubiera sobrevivido. Estas experiencias compartidas son muy diversas, desde ritos religiosos, mágicos, festividades, espectáculos culturales, hasta institucionales como la familia, la escuela, el trabajo (Díaz, 2000), los grupos sociales, entre otros.

Sin duda, al primer grupo al que pertenecemos es la familia. En la familia se crean los primeros vínculos a través de los cuales se establece el primer contacto con el mundo exterior. La familia, como primero y máximo exponente de la sociedad externa, brinda al niño un patrón básico de comportamiento que lo lleva gradualmente a mitigar la naturaleza externa y fantástica de su mundo interior.

De ahí, que el normal desarrollo de las relaciones interpersonales en los años formativos de la niñez, sean de vital importancia para la futura adaptación a la sociedad (Grinberg, Langer, & Rodríguez, 1957), ya que el individuo repite casi estrictamente la forma en que experimentó y resolvió sus primeros conflictos, es decir, repite los mismos patrones de conducta, lo cual fue descrito por Freud en 1943 (en Grinberg, et al., 1957) como “*compulsión a la repetición*”.

Por lo anterior, cuando el individuo entra en el mundo extrafamiliar, su actitud depende de dos factores: de la capacidad de adaptación adquirida en su hogar a través de experiencias felices; y de la actitud con que el grupo extrafamiliar lo recibe. Por tanto, los grupos externos podrían en parte corregir o intensificar las fallas adquiridas en el seno familiar.

Grinberg (1957) menciona que la lenta evolución del hombre que involucra una larga dependencia biológica y psicológica de la madre (o sustituto materno) durante los primeros años de vida, y la constelación edípica, interesa a la psicología de grupos por constituir el primer conflicto típicamente social que sufre el niño. Es gracias al *insight* en el análisis y las vivencias correctivas del “aquí y ahora” de la situación terapéutica, que pueden desaparecer los mismos patrones de conducta.

1.1.2 DEFINICIÓN DE GRUPO

El término grupo proviene del italiano *groppo* o *grupo* (nudo), derivado del gótico *krupps* (bulto, masa redondeada). La extensión del vocablo al lenguaje corriente le adjudica el sentido de conjunto de elementos, categorías de seres o de objetos. A mediados del siglo XVIII, *grupo* designa en Francia una reunión de personas según Moliner (1994). En español, *grupo* se define como conjunto de cosas o personas, pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto, material o mentalmente considerado; asociación; banda; cada uno de los conjuntos en que se divide otro más grande (Moliner, 1994).

Algunos autores como Anzieu (1971) definen *grupo* como conjunto de personas reunidas, y retoma de Bales (en Anzieu, 1971) que un grupo pequeño es un número determinado de personas en interacción individual durante una reunión o serie de reuniones frente a frente, en cuyo curso cada miembro recibe impresiones o percepciones de los otros, a los que considera tan distintos entre sí como le es posible y emite alguna reacción hacia ellos. De igual manera, Slavson (1953) asegura que *grupo* es la reunión voluntaria de tres o más personas, en una relación libre, cara a cara, pero añade que el grupo está sujeto a un liderazgo, con una meta común la cual genera una relación dinámica recíproca entre los integrantes, de la cual puede resultar el desarrollo de la personalidad.

Al respecto, Bion (1948) establece que lo que dice y hace el individuo dentro del grupo arroja luz sobre su personalidad y sobre la opinión que tiene del grupo. Slavson (1953) además, propone que el grupo tiene componentes emocionales

que se derivan de: a) el vínculo de los miembros con el líder, b) la red de interacciones recíprocas entre los miembros, y c) las interacciones de cada uno de los integrantes con las relaciones entre los demás miembros.

Kadis (1969) afirma que los grupos contienen relaciones interaccionales, interpersonales, afectivas con un propósito común, que en el grupo terapéutico es la cura. Para Kaës (1993) el *grupo* tiene cuatro funciones básicas: primero, asignación de lugares y espacios; segundo, cognición y representación; tercero, defensa y protección; y cuarto, producción y reproducción.

Se puede considerar entonces, que el *grupo* representa una piedra angular para la sobrevivencia biológica y social del individuo, así como el desarrollo de la personalidad, ya que el sujeto recibe aceptación, socialización, identificación, afirmación sexual, seguridad económica, y autoperpetuación de los grupos a los que pertenece, llámese familia de origen, escuela, amigos, etc., donde el individuo responde de acuerdo a las características del interlocutor y con las propiedades de estos grupos (Makenzie, 1992).

Lewin y Bavelas (en Cartwright & Lippitt, 1979), confirman que las decisiones de grupo producen cambios más importantes en la conducta del individuo, que los generados por intentos de su modificación en sujetos aislados. Por ello y a través del tiempo, se han hecho una serie de conjeturas acerca de los grupos y al respecto Cartwright y Lippitt (1979) aseguran que:

- La pertenencia a un grupo permite escapar de dolorosas perplejidades. Los sujetos que no participan en grupos terminan autodestruyéndose, tienen una sensación de futilidad, vacío emocional y desesperación, pues la persona necesita ser aceptado como miembro valioso de algún grupo que sea significativo para él.
- En la visión positiva se considera que los grupos existen, ya que para el individuo es importante ser aceptado o rechazado por el mismo. Los grupos satisfacen necesidades de afiliación, cariño, reconocimiento y autovaloración, estimulando valores como el altruismo, la lealtad y el

sacrificio. Los grupos también son un medio para alcanzar metas imposibles para la sola iniciativa personal.

- El conocimiento adecuado de la dinámica de grupo incrementa los efectos convenientes que pueden tener los grupos.

1.1.3 CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS

Existe una clasificación general de los grupos la cual nos indica que existen dos tipos: los *primarios* y los *secundarios*.

PRIMARIOS. Los grupos primarios se refieren a aquellos donde los miembros están ligados por lazos emocionales cálidos, íntimos y personales, con contactos directos y espontáneos, interdependientes, los cuales satisfacen necesidades básicas de alimentación, protección y sexo, orientándose a fines comunes (Díaz, 2000). Entre sus funciones encontramos que ofrecen entrenamiento, sostén y oportunidad para lograr intimidad y respuesta emocional, es decir, favorecen al desenvolvimiento intelectual y emocional. Entre los grupos primarios encontramos a la familia principalmente, así como grupos de amigos (Olmsted, 1978).

SECUNDARIOS. Con respecto a los grupos secundarios tenemos que las relaciones entre los miembros son impersonales, racionales, contractuales, formales. Su contacto se da de manera indirecta a través de los medios de comunicación, y este tipo de grupo funge como un medio para alcanzar otros fines. Ejemplos de grupo secundario son las asociaciones profesionales, los grupos sociales, los equipos de trabajo, las organizaciones burocráticas y el Estado (Olmsted, 1978).

Según su tamaño y su función, de una manera más específica, Loeser (1979) clasifica los grupos en:

DIADA. Pareja que desarrolla un alto grado de intimidad, y relaciones hostiles y agresivas, donde la responsabilidad por las acciones individuales es fija y evidente. Es el grupo más frágil pues puede desintegrarse por la acción de cualquiera de sus miembros.

TRIADA. Se dan situaciones frecuentes de rivalidad, exclusión, celos, e impotencia de uno de los miembros o; por el contrario, éste ocupa un lugar predominante, superior al de cualquier integrante de otro tipo de grupo como un juez o equilibrador. Este grupo está poco expuesto a la influencia externa.

PEQUEÑOS GRUPOS. Se trata de cuatro a ocho miembros, adecuado para funcionar sin líder ni reglamentos rígidos, sin fragmentarse y permitir que cada miembro reciba una cantidad aceptable de tiempo y atención. Se pueden manejar las pulsiones libidinales, ofrece variedad de posibilidades transferenciales intragrupales para satisfacer las necesidades de cada participante, evitando la división en subgrupos y reacciones polarizadas positivas y negativas muy intensas, además no puede ser destruido por una o dos personas. Y como suscribe Loeser (1979), la heterogeneidad y diversificación de los tipos psicodinámicos en los grupos terapéuticos permite el proceso de interacción grupal en forma atenuada y manejable. Como se puede observar estos son los grupos terapéuticos.

GRUPO AMPLIO. Consta de 8 a 30 miembros, ideal con fines educativos, admite un liderazgo eficaz y una participación activa. La transferencia es intensa hacia el líder que resulta revestido por un gran poder.

MASA. Sólo existe con reglas fijas y estrictas que existen en un auditorio, como horarios, silencio obligatorio, disposición de asientos, y se mantiene unida sólo cuando hay un ejecutante o director. Este grupo es manipulable, no indaga, ni verifica, uniforma el pensamiento, disminuye las facultades críticas, desvanece los valores como el alto grado de cooperación en su seno. La emoción es contagiosa, carece de juicio crítico hasta un grado hipnótico, reacciona como un todo, y se dan niveles de comportamiento altos y bajos (Loeser, 1979).

Kadis, Krasner, Winick, y Foulkes (1969), clasifican a los grupos en dos:

GRUPOS CON UN COMETIDO. Dentro de éstos el cometido es importante, por ejemplo, un equipo en el deporte, la industria, en una comunidad agrícola, un

hospital, es decir, donde el equipo trabaja conjuntamente y donde el funcionamiento del grupo es la verdadera meta.

GRUPOS PURAMENTE TERAPÉUTICOS. La labor no se considera importante, el mejoramiento o el cambio benéfico individual es donde está el verdadero interés y labor del grupo. En este grupo, sin un cometido específico, se refiere al análisis de grupo (Fulkes & Anthony, 1957), aquí se elimina la ocupación por lo que los miembros pueden ir al grupo con sus problemas al desnudo, por así decirlo. En el grupo analítico, se desea entrar en las características fundamentales de la vida humana, enfrentarse a ellas y someterlas al reconocimiento y el análisis, revelarlo todo a la luz de la conciencia.

1.1.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS

Sin importar la finalidad de los grupos, su tamaño o estructura, los grupos tienen algunas características:

- Sólo existe interacción social en los grupos cuando hay cierta comunidad de intereses y percepciones entre los participantes (Stone, 1990).
- Las personas en contacto continuado tienden a desarrollar una organización informal, constituida por actividad manifiesta, lenguaje, gestos, sentimientos e ideas que sirven para distinguir a los miembros del grupo de los extraños (Olmsted, 1978).
- Sólo los temas pertinentes a la meta del grupo despiertan tendencias hacia la conformidad de los miembros (Stone, 1990).
- La opinión del grupo es un agente de presión social mayor que el castigo físico (Olmsted, 1978).
- El grado de conformidad hacia las normas de grupo, tiene relación directa con su grado de cohesión y mientras mayor es éste, menos ansiedad experimentan los miembros (Cartwright & Lippitt, 1979).

- Cuando las necesidades individuales están en conflicto con la meta del grupo se reduce la satisfacción de los miembros y el logro de la meta grupal (Cartwright & Lippitt, 1979).
- Dentro del grupo no todos se comportan de la misma manera, existe una diferenciación de roles que proporciona diferentes status. Para esto, el grupo ejerce presión para que cada quien permanezca en el rol asignado (Olmsted, 1978).
- Mientras más aceptado se siente un individuo por su grupo, más fácilmente puede desviarse de las características comunes, si su desviación (creativa o destructiva para éste) sirve a los intereses del grupo (Stone, 1990).
- Las normas y valores del grupo sirven a la función de contener la ansiedad o mantenerla dentro de límites manejables. Lo que da como resultado un incremento en el sentimiento de seguridad que capacita a los miembros para moderar y diferenciar con precisión sus afectos (Stone, 1990).
- La cohesión del grupo no se explica satisfactoriamente por el control que ejerce el líder, éste debe amoldarse a los deseos del resto del grupo (Mackenzie, 1992).
- En los grupos con *liderazgo democrático*, las relaciones entre los miembros son más personales y amistosas, existe poca agresión contra alguno de los miembros, se toleran las diferencias, se colabora en la tarea, y se solicita la aprobación del grupo (Olmsted, 1978).
- En los grupos con *liderazgo laissez-faire*, existe poco incentivo para el trabajo, mayor dependencia del líder y carencia de las técnicas sociales necesarias para tomar decisiones grupales y cooperación (Olmsted, 1978).
- En los grupos con *liderazgo autoritario*, existe gran dependencia del líder y puede presentarse una reacción agresiva, con rebeldía y con deseos de llamar la atención. La solidaridad es fuerte para dirigir la agresión hacia el

líder o al exogrupo, y mantener así, las tensiones intragrupalas en niveles manejables, o puede haber una reacción apática (Olmsted, 1978).

Podemos añadir a estas características que el espíritu del grupo está relacionado con un propósito común, el reconocimiento de los límites del grupo, la flexibilidad de perder y absorber miembros, la libertad entre los subgrupos, la valoración de cada miembro por su contribución al grupo, y mínimo tres personas para establecer relaciones interpersonales (Rickman, 1948).

Por su parte, según Newcomb (1955), el trabajo común del grupo implica un sistema en el cual cada parte o rol individual depende, en cierto modo, de los restantes, esto es, que un cambio producido en una de las partes repercute necesariamente en las demás, modificando todo el sistema. Esto se cumple también en un grupo terapéutico, que incluye compartir normas o intereses en un objeto común: la cura, así como la existencia de distintos roles, y la cohesión. Todo lo anterior necesario para que un grupo se constituya.

1.2 LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS

1.2.1 ANTECEDENTES

Después de la Segunda Guerra Mundial la psicoterapia de grupo adquirió un gran auge sobre todo en Estados Unidos, aunque sus inicios datan desde los trabajos de Pratt en 1905 con su sistema “*clases colectivas*” en pacientes tuberculosos, buscando la recuperación física de los enfermos mediante medidas sugestivas para llevar, de la mejor manera, el régimen en un clima de cooperación.

El mérito de Pratt fue utilizar sistemática y deliberadamente las emociones colectivas en la persecución de una finalidad terapéutica, donde por un lado se activa de forma controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad en el grupo, y por el otro, el terapeuta asume un papel de figura paternal idealizada (Grinberg et al., 1957).

El uso de la técnica de Pratt, enfocándose en las emociones y las enfermedades somáticas, comenzó a extenderse, y así, Lasell (1921, en Kadis et al., 1969)

empezó a tratar la *dementia praecox* a través de conferencias e instrucciones a los pacientes, mientras que Marsh (1931) también utilizó la técnica de conferencias en aulas, pero con altavoces para comunicarse con toda la población del hospital.

Así mismo, se dio también el método de Snowden (1940, en Kadis et al., 1969) que consistía en ocho conferencias, una cada semana, de 20 minutos, donde se discutían las causas de diferentes enfermedades mentales. Posteriormente el terapeuta explicaba a cada paciente cómo se relacionaba la conferencia con su caso particular. Low (1941, en Kadis et al., 1969) y Klapman (1946) utilizaron el método modificado dándole mayor importancia a las entrevistas de grupo que a las conferencias y pláticas.

Como se puede observar, los trabajos que siguieron a Pratt fueron terapias *exhortativas paternas* que actúan “*por*” el grupo como un medio para influir a numerosas personas. Posteriormente se dio la aparición de las terapias que actúan “*por*” el grupo con *estructura fraternal*, aquí en vez de idealizar al terapeuta estimula una fraternidad que busca homogeneizar a sus miembros, disminuyendo el liderazgo al mínimo. Cabe señalar que “*por*” se refiere a que incitan y se valen de las emociones colectivas sin tratar de comprenderlas. Estas dos corrientes, paternal y fraternal, llamaron la atención sobre la importancia de la “socialización” del paciente (Grinberg et al., 1957).

Seguido a esto, una tercera corriente de la terapia colectiva, y quizá la más importante por su difusión y consideraciones teóricas, es la inspirada en el psicoanálisis. Sus representantes son Slavson (1953), Schilder (1949), y Klapman (1946). Esta corriente introduce la *interpretación* en la situación colectiva, aplicando al grupo una técnica de orientación psicoanalítica, donde la interpretación es un instrumento capaz de comprender y de modificar los dinamismos más profundos del grupo, por lo tanto, transformar su estructura. Aquí la interpretación reemplaza a la sugestión de las terapias “*por*” el grupo.

Tanto Slavson (1953) como Klapman (1946), trataron de unificar al grupo, de manera tal que la interpretación valga para todos o para la mayoría de los

participantes, mediante la homogeneización del grupo, (edad, sexo, nivel socioeconómico, etc.), la estricta selección de los pacientes (no miembros que puedan afectar la marcha de las sesiones), la preparación del grupo (tiene por fin la unificación del grupo); con ello se busca el beneficio indirecto, o por resonancia, de las interpretaciones dadas a un individuo en el grupo, a lo que se le llama *terapia interpretativa* individual “en” el grupo.

Finalmente encontramos la técnica interpretativa “de” grupo, donde se toma al grupo como fenómeno central y punto de partida de toda interpretación, es decir, concibe al grupo como una totalidad, donde la conducta de cada miembro siempre se ve influida por su participación en ese seno colectivo. Cabe señalar también que el terapeuta de grupo no interroga, no aconseja, ni dicta normas, sino que se limita a interpretar el significado profundo de todo lo que acontece durante la sesión.

Dentro de la literatura más importante de la psicoterapia psicoanalítica de grupo encontramos al psicoanalista Paul Schilder, quien con su preocupación social, en la década de los treinta dispuso de elementos del psicoanálisis, de otros enfoques psicoterapéuticos, y de concepciones fisiológicas y biológicas, en donde las distintas orientaciones coexisten, en vez de integrarse. Schilder no concibe al grupo como un todo ya que constantemente se disciernen sus distintos integrantes con su historia y características personales, centrando el proceso terapéutico en la obtención del *insight*, por medio de análisis de sueños, asociación libre, y la discusión de las ideologías de los pacientes, que provienen de las experiencias infantiles que se arraigan en el inconsciente.

Slavson, por su parte, hace uso de la transferencia, la catarsis, la interpretación de los contenidos latentes y el análisis de los sueños para provocar el *insight*. Este autor afirma que el grupo ofrece perspectivas más amplias al paciente por representar a la madre, simbolizando al psicoterapeuta al padre y los compañeros a los hermanos (Grinberg et al., 1957). Slavson asegura que el terapeuta debe tener información adecuada sobre la psicodinámica y la psicopatología de cada miembro del grupo, y conocer el problema central de cada uno.

Otro precursor de la terapia grupal es Moreno, quien introdujo en 1931 el término “*psicoterapia de grupo*”, así como el psicodrama (una o más personas interaccionan con otras desempeñando varios papeles), y sociodrama (donde los pacientes son el auditorio) (Kadis et al., 1969).

Un pionero no menos importante, Foulkes, a diferencia de Schilder, considera al grupo como un todo, sin adoptar un enfoque extremista ni usar términos como “*mente de grupo*”, “*temperamento del grupo*”, etc., no ve en el grupo a un nuevo organismo, pero sí a un “*todo social*”, que es más que la suma de sus partes (Grinberg et al., 1957).

En colaboración con Anthony, Foulkes (1957) asigna a la psicoterapia analítica de grupo algunas características: siete u ocho integrantes se reúnen hora y media sentándose en círculo; todas las contribuciones surgen espontáneamente de los integrantes; todas las comunicaciones del grupo son consideradas a las asociaciones libres del paciente en situación psicoanalítica; el terapeuta que es el objeto figura de la transferencia, interpreta contenidos, procesos, actitudes y relaciones; todas las comunicaciones son de importancia central para la curación, considerándose como parte de un campo de interacciones; y finalmente, todos los miembros deben tomar parte activa en el proceso terapéutico (Grinberg et al., 1957). Foulkes (1957) también añade que la información psicodinámica resulta más enriquecedora para la selección, pronóstico y derivación al tratamiento adecuado, aunque la entrevista de grupo no da total cuenta de los datos reales del paciente.

Otro psicoanalista importante, Bion, aporta su enfoque estrictamente transferencial, con lo que concibe al grupo como una totalidad psicológica cuyas expresiones podrían ser influidas e interpretadas por el terapeuta. Bion no dirige el grupo, sino que se limita a interpretar los fenómenos emergentes como un acontecer global del grupo o de partes del mismo en función del todo. Además, Bion afirma que todo grupo tiene dos actividades: una racional, consciente, que tiende a cooperar, y la otra en oposición que se caracteriza por su emocionalidad intensa, su irracionalidad, y su pertenencia al inconsciente. Esta capacidad de entrar en combinación instantánea e involuntaria con otro, permite compartir y

actuar sobre el plano de los supuestos básicos de dependencia, de lucha y fuga, y apareamiento (Grinberg et al., 1957), que serán descritos más adelante.

Ezriel, que comparte las opiniones de Fulkes, se limita al rol interpretativo del analista y lo cumple en el plano del “aquí y ahora”, destaca la posibilidad de aplicar el enfoque transferencial, tanto en el análisis individual como en el grupal, y prescinde de interpretaciones genético-históricas (Grinberg et al., 1957).

Como se puede destacar, desde los años 70 se ha iniciado un crecimiento sin precedentes de la terapia de grupo. Investigaciones de Dies (1992) aseguran que durante el periodo de 1977-1981 aparecieron 400 publicaciones a cerca de esta modalidad. Al menos la mitad de los establecimientos sanitarios para pacientes internos en América aplican tratamientos de grupo, además de extenderse a escuelas, hospitales generales, pasando por miles de grupos de autoayuda y de la comunidad social. Por lo tanto, van ganando terreno las modalidades de terapia de grupo con objetivos a corto plazo, orientadas a las crisis y fundamentalmente de apoyo, frente al modelo inicial de terapia reconstructiva de larga duración (Scheidlinger, 1993), como se sigue observando en la actualidad.

1.2.2 DEFINICIÓN DE GRUPO TERAPÉUTICO

La terapia de grupo es definida por Scheidlinger (1983) y Slavson (1953) como el proceso psicosocial en el que un psicoterapeuta experto, con entrenamiento adicional especializado en proceso de grupo, utiliza la interacción emocional en grupos pequeños, para reparar la salud mental enferma; es decir, para llevar a cabo la mejoría de las disfunciones de la personalidad en individuos seleccionados para este propósito específico.

Para O'Donnell (1974 y 1977), el grupo terapéutico es una reunión de personas organizadas en un tiempo y espacio determinados, que tienen como objetivo la develación y transformación de las conductas inadecuadas de sus integrantes y el descubrimiento y afirmación de conductas sanas, donde sus normas son producto de las reglas familiares y sociales. Ya que en la terapia individual el sujeto es como el “*hijo único*”, en el grupo es miembro de una familia, por tanto, al grupo se

le considera como una “*experiencia familiar correctiva*” (Grotjahn, 1977; Mullan & Rosenbaum, 1962).

Los grupos no se forman libremente, pertenecen al tipo reunido en forma deliberada para propósitos terapéuticos (Foulkes & Anthony, 1957). El terapeuta selecciona a los miembros según criterios terapéuticos más o menos definidos. Los miembros tienen como objetivo común la motivación para mejorar, y éstos se mantienen ligados por la ansiedad y el conflicto interpersonal. Las interacciones son espontáneas, y se favorece la catarsis (Grinberg et al., 1957). La realidad es condicionada, planificada y estructurada por el terapeuta y los encuentros extragrupalos son objeto de exploración e interpretación. No existe un líder en el amplio sentido de la palabra, la intervención del terapeuta radica en que descubre lo latente. La transferencia es ambivalente, múltiple y objeto de interpretación (Anzieu, 1974; Grinberg et al., 1957).

Por su parte, el grupo terapéutico es definido por Grinberg et al. (1957), como un conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, por ejemplo el consultorio médico, a una hora establecida de común acuerdo, que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objeto común: *la curación*. Todas estas personas, agregan Grinberg et al. (1957), desempeñan inconscientemente determinados roles o funciones en estrecha relación de interdependencia. Y de acuerdo a su constitución, los grupos pueden ser homogéneos, heterogéneos, o mixtos. Desde su funcionamiento, surge la calificación de grupo como:

Abierto, aquel cuya composición varía frecuentemente porque algunos de sus integrantes lo van abandonando cada cierto tiempo, siendo reemplazados por nuevos miembros que acuden a él. El proceso de abandono y entrada respectiva de miembros de un grupo, obedece a determinadas circunstancias y motivaciones.

Cerrado, es aquel que desde su iniciación decide continuar sin modificaciones en su estructura, vale decir, sin aceptar el ingreso de nuevos participantes (Grinberg et al., 1957).

Para Vinogradov y Yalom (1996), la psicoterapia de grupo es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes, donde la interacción paciente-paciente como la interacción paciente-terapeuta (tal como suceden en el contexto del encuadre grupal), se utilizan para efectuar cambios en la conducta inadaptada de cada uno de los miembros del grupo. Los objetivos de los grupos de psicoterapia son principalmente: aliviar los síntomas y cambiar el carácter.

1.2.3 TIPOS DE GRUPOS TERAPÉUTICOS

Entendidos como grupos de personas que se reúnen en un lugar determinado de común acuerdo, con un fin como lo es la cura, los grupos terapéuticos son clasificados en diversas categorías, Grinberg et al. (1957) los clasifican en:

1.2.3.1 AUTOAYUDA, EXPERIENCIA

Lieberman (1986), afirma que los grupos de autoayuda han ido formándose a partir de premisas sencillas pero poderosas. La gente corriente con problemas comunes se junta, comparten sus problemas y aprenden unos de otros sin la presencia de profesionales de la salud, en un encuadre que los propios miembros del grupo establecen y controlan.

Ciertamente los grupos de autoayuda son entidades complejas, crean experiencias como la inculcación de la esperanza, el desarrollo de la comprensión, y la experiencia de sentirse amado, que se pretende sean terapéuticas. Los grupos de autoayuda son sistemas con un vínculo social en el que la gente establece relaciones entre sí, por lo que proporcionan apoyo social.

Todos los tipos de grupos de autoayuda tienen el denominador común de ser un conjunto de personas con grandes necesidades personales, entre ellas la de compartir su dolor en público (Lieberman, 1986 en Kaplan, 1996). Los participantes de los grupos de autoayuda comparan sus actitudes y sentimientos sobre las cosas que les importan, y tales comparaciones facilitan las revisiones de identidad, ofreciendo nuevas posibilidades de sentir, percibir y comportarse. La mayoría son abiertos a todo aquel que comparta un problema.

Los grupos de experiencia son grupos que se integran no con la finalidad terapéutica como propósito manifiesto, sino con el objeto de vivenciar en forma directa las distintas vicisitudes y reacciones emocionales que surgen de los mismos. Debido a su labor u orientación profesional, estos grupos están constituidos por personas que desean adquirir conocimientos psicológicos, técnicos o terapéuticos, no sólo por medio de clases o de libros, sino a través de una experiencia directa en el seno de un grupo. Sin embargo, cabe aclarar que el factor terapéutico no se encuentra excluido. En esta categoría se encuentran los *grupos preformados*, integrados por miembros unidos por un vínculo social definido con anterioridad a su entrada al grupo (Grinberg et al., 1957).

1.2.3.2 PSICOSOMÁTICOS

Los grupos psicossomáticos puede tener la ventaja de que diversas personas con un síntoma común se integre en un grupo con el objetivo específico de solucionar ese síntoma (Grinberg et al., 1957).

1.2.3.3 DE PSICÓTICOS

Estos grupos son los que están más cerca de los modelos psicóticos, por lo que para que cualquier terapéutica resulte efectiva será menester descubrir los rasgos psicóticos, cualquiera que sea la índole del grupo que se trate (Bion, 1948). Resnik (en Bion, 1955), ha puntualizado la utilidad del tratamiento analítico de grupo de psicóticos para la exploración de las tensiones que gobiernan las relaciones interpersonales, y para el conocimiento de su “idioma” o forma específica de expresión. Por lo que resulta esencial formular las interpretaciones en el lenguaje concreto y simbólico que es propio de estos pacientes.

1.2.3.4 FAMILIAR

En el grupo familiar, el análisis del grupo familiar quedaría justificado plenamente como medida de urgencia y centrado alrededor de un problema: *el paciente*. El psicoterapeuta puede recurrir igualmente a esta técnica, cuando necesite ver ubicado a su paciente dentro del marco de su familia para obtener una mejor

comprensión de su diagnóstico y del planteamiento terapéutico, basado en los datos obtenidos por el funcionamiento del grupo familiar (Grinberg et al., 1957).

1.2.3.5 PAREJA

El análisis de la pareja consiste en el tratamiento simultáneo de dos personas ligadas por vínculos familiares o afectivos que acuden como entidad ya preformada presentando un conflicto actual agudo, donde el problema concierne esencialmente a la entidad más que a los individuos por separado. Y es justamente en el campo terapéutico donde se dramatiza con mayor realismo el complejo de Edipo, por ser tres sus participantes incluyendo al terapeuta (Grinberg et al., 1957).

1.2.3.6 MADRES

En los grupos de madres, es de suma importancia el vínculo madre-hijo para la evolución mental y física del niño. El beneficio redundará no sólo en relación a los hijos, sino también frente al grupo familiar y al mundo en general (Grinberg et al., 1957).

1.2.3.7 NIÑOS

La psicoterapia analítica de grupo de niños tiende a utilizar la técnica común de juego, y se recomienda una cuidadosa selección, ya que el grupo debe estar integrado de forma homogénea, no sólo en relación a la edad, sino también a las personalidades de sus participantes (Grinberg et al., 1957).

Kadis et al. (1969), mencionan otros grupos terapéuticos como grupos de discusión, clubes sociales, guía o consejo de grupos, psicoterapia analítica de grupos, y tratamientos combinados.

1.2.3.8 GRUPOS BREVES

Se atribuye a los trabajos de Alexander y French (1946) haber introducido la terapia breve intensiva individual, pero se tienen registros de que Freud también se ocupó de tratamientos breves (Budman & Gurman, 1988). A través del tiempo,

diversos autores se han enfocado al desarrollo de la terapia breve, tales como Alexander Wolf (1965) terapia a corto plazo; Waxer (1977) terapia breve de grupo; Bednar y Kaul (1978) grupos experimentales breves. Durante los 70's el interés creció debido a la difusión de los grupos T, de sensibilización, encuentro, crecimiento, autoayuda. Imber, Lewis y Loiselle (1979), incluyeron la descripción de seis sesiones de un grupo de crisis, mientras que Goldberg, Schuyler, Barnsfield, y Savino, (1983) plantearon una terapia grupal focal para asegurar una homogeneidad.

La aplicación de las técnicas por tiempo limitado se aceleró en los 80's, por la preocupación en la disminución de costos en la presentación de servicios de salud mental (Mackenzie, 1990). Piper, McCallum, y Azim (1992), reseñaron la aplicación de la teoría y técnica con orientación psicoanalítica al contexto grupal con tiempo limitado. Así, se ha dado asistencia a corto plazo en un sin número de tipos de pacientes en encuadre ambulatorio y de hospitalización parcial, donde se han tratado temas como duelo, depresión, diversas enfermedades, incesto, divorcio, alcoholismo (Klein, 1985).

Campuzano (2004), añade que la psicoterapia de tiempo limitado surge básicamente por la necesidad de atender a más pacientes lo más rápido posible. Éstas se centran básicamente en focos de atención, metas o puntos específicos a tratar, que se refieren a los motivos de consulta, y se dan en las modalidades de grupo, individuales, de familia, o pareja. Así mismo, la psicoterapia de tiempo limitado busca atender objetivos limitados en tiempo limitado, que se centra básicamente en la remoción sintomática.

Klein (1985) asegura que el interés en la terapia breve nace por el elevado coste de la terapia y la atención de salud mental en general, la enorme demanda de servicios, y la limitada oferta profesional (Klein, 1985; Salvendy, 1991); esto a nivel institucional. A nivel individual se busca restablecer lo antes posible el equilibrio psíquico del paciente, y favorecer la utilización eficaz de sus recursos.

En general, las características de la terapia breve son: el manejo de las limitaciones temporales, las limitaciones de los objetivos terapéuticos, centrar en el presente el contenido de la terapia, manejo directivo por el terapeuta, valoración rápida, prontitud en las intervenciones, y establecimiento rápido de una relación interpersonal a partir de la cual obtener influencia terapéutica (Butcher & Koss, 1978).

Budman y Gurman (1988), sugieren una evolución en cinco fases en la terapia breve: **comienzo del grupo**: los miembros tratan de clarificar su posición dentro y fuera, **terapia temprana**: los miembros muestran mejoría o empeoramiento iniciales, **fase intermedia**: suele haber un periodo de frustración y decepción, **terapia avanzada**: intenso trabajo del grupo, y **terminación**: intentan consolidar lo que han aprendido.

Así mismo, los objetivos deben ser limitados, específicos, y explícitos. La literatura sugiere que los grupos homogéneos se cohesionan y proporcionan una identificación grupal más inmediata, así como un mejor alivio de los síntomas (Yalom, 1985); sin embargo, los grupos heterogéneos también presentan sus particularidades como la variedad de interacciones y reacciones transferenciales que permiten corregir distorsiones sobre ellos y los demás, y varían sus respuestas maladaptativas y reiteradas (Klein, 1985). Cabe señalar también que la literatura añade que el terapeuta en grupos breves debe ser activo, directivo y flexible (Piper, 1991).

El reto en la psicoterapia de grupo breve consiste en adaptar las prácticas clínicas comunes a las restricciones del límite de tiempo. Las estrategias para lograrlo residen en tres áreas (MacKenzie, en Alonso & Swiller, 1995):

Preparación pregrupo, se delimitan los objetivos; se decide sobre la composición del grupo: 5 a 10 miembros es un rango razonable, de preferencia grupo cerrado con 8 o 12 sesiones, 6 sesiones como mínimo; y se prepara al paciente para la experiencia grupal, se recomienda cierta homogeneidad.

Utilización máxima del sistema de grupo, las etapas son: compromiso, diferenciación, trabajo interpersonal, y terminación. Pero la velocidad con la que el grupo avanza variará de acuerdo con los objetivos grupales, nivel psicológico de los miembros, y técnica que utilice el terapeuta.

Modificación de la técnica terapéutica, una suposición fundamental en la terapia breve es que se atenderá una tarea específica y se le mantendrá en el foco de atención a través de toda la terapia. El terapeuta y el paciente deben limitar sus consideraciones a aquellas cuestiones que sean pertinentes para la tarea terapéutica. Una técnica consiste en pedirle a cada miembro durante la primera sesión que discuta los tipos de problemas de relación que necesiten comprenderse mejor durante el curso de la terapia.

Cabe mencionar que se ha demostrado que la terapia breve produce cambios significativos, ya que entre el tratamiento breve individual y el tratamiento breve grupal, no se muestran diferencias significativas (Toseland & Siporin, 1986). Así, el campo de la terapia breve de grupo sigue expandiéndose rápidamente, ya que cada vez hay un número mayor de pacientes tratados con esta modalidad terapéutica (Klein, 1985). Existen informes que sugieren la aplicación clínica adicional de terapia de grupo breve a grupos de minorías desatendidas y de bajo nivel socioeconómico (Klein, 1983), pero es importante que esta modalidad no sea encasillada como una versión abreviada de la terapia de grupo a largo plazo (Klein, 1985).

1.2.4 ENFOQUES DE LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS

1.2.4.1 COGNITIVO CONDUCTUAL

A finales de los años 60's, Rose (1967) mostró la aplicación de los principios conductistas relacionados con el refuerzo al tratamiento grupal, al tiempo que se servía del grupo como un recurso más para la intervención. Así, en los 70's y 80's la terapia conductista empezó a incluir técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de intervención, o manejo de situaciones y relajación. Más tarde se añadieron los métodos de exposición a estímulos como

estrategias fundamentales en la intervención, al refuerzo y moldeamiento, basados en los principios de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977).

La terapia cognitivo-conductual se ha aplicado con éxito al tratamiento de una gran variedad de problemas, tales como la reducción de los efectos de la depresión, ansiedad general, habilidades relacionadas con la paternidad, adaptación en personas divorciadas, manejo del dolor, (Rose en Kaplan, 1996), entre otros.

Básicamente el grupo con enfoque cognitivo-conductual, asevera Rose, se ocupa de definir y determinar las conductas y cogniciones que deben modificarse, las situaciones que se viven como conflictivas, los puntos fuertes del paciente, los miembros del grupo y sus entornos que facilitarán la solución del problema del paciente, así como los obstáculos a la eficacia del tratamiento.

Aquí, se enseña a los pacientes a definir sus problemas en términos de conductas directamente observables y descripciones de sus estados internos (afectos y cogniciones) en respuesta a situaciones que perciben como ansiógenas o problemáticas, para lo cual se da un entrenamiento en resolución de problemas y en habilidades sociales, en la reestructuración cognitiva y el autocontrol. La mayoría de estas terapias intensivas se realizan en 14 o 18 sesiones, una a la semana y una revisión de 1 a 6 meses después (Rose en Kaplan, 1996).

1.2.4.2 PSICODRAMA

Se debe al psiquiatra Moreno (1889-1974) la aparición del psicodrama, entendido como la terapia en donde los pacientes representan temas relacionados con sus problemas en forma de drama improvisado, con la ayuda de otros que representan el papel de otras personas significativas. El psicodrama ha ido creciendo en popularidad entre los trabajadores de salud mental en varios países como Brasil, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Italia y Suecia (Gendron, 1980).

Algunos se adhieren a la base teórica de Moreno, otros adaptan el psicodrama a diferentes orientaciones teóricas, pero en cualquier caso el matiz central del psicodrama es que establece un mundo artificial entre la realidad y la fantasía.

Mediar entre la palabra y los hechos, se utiliza para ayudar a los pacientes a reponer los eslabones que conectan sus vidas mentales con la de los demás y los que conectan los diferentes niveles mentales (Sacks, en Kaplan, 1996).

Los grupos de psicodrama tienden a ser mayores que los otros grupos terapéuticos, siendo diez el número de pacientes, lo que ofrece mayor variedad de personalidades y roles. Las sesiones también suelen ser más extensas que las de otras terapias, extendiéndose generalmente a dos horas. La sesión cuenta con tres fases: *calentamiento*, que ayuda a minimizar la ansiedad; *drama*, donde es más útil que el grupo trabaje con problemas que están relacionados con la mayoría; y *cierre*, el cual se produce después del climax, los protagonistas vuelven a su rol regresivo y se comienza la discusión general (Sacks, en Kaplan, 1996).

Algunas técnicas dramáticas son autopresentación, el espejo, proyección futura, donde se utiliza la inversión de roles, o doblaje. La mayoría de estos grupos son abiertos, tomando pacientes nuevos cuando otros terminan.

1.2.4.3 GESTALT

La terapia Gestalt fue creada por el psiquiatra Frederick Perls, quien se rebeló contra el psicoanálisis aunque utilizó muchos de sus conceptos. La terapia Gestalt, la terapia de grupo, y el movimiento de sensibilización grupal, se desarrollaron prácticamente al mismo tiempo. La terapia Gestalt se incorporó al movimiento de sensibilización que surgió a partir de la tradición basada en el grupo pequeño, y cuyas raíces parten de Kurt Lewin y de la tradición radical en Carl Rogers y el empleo del grupo pequeño como un instrumento de educación emocional para el crecimiento individual.

Básicamente ésta es una terapia experiencial-existencial que subraya el aquí y ahora de la existencia, las relaciones y el aprendizaje. La mayor contribución ha sido la incorporación de los aspectos creativos y de conciencia corporal de la teoría y la terapia Gestalt al proceso grupal, así como la importancia que se da al aprendizaje experiencial más que al *insight* (Greve, en Kaplan, 1996).

La formación gestalt es dinámica y continua, y las motivaciones proceden de la necesidad de completar la gestalt emergente. La personalidad se estructura a partir de la dinámica intrapsíquica y de la interacción entre la persona y el medio. Cuando el ciclo gestalt se interrumpe y queda incompleto, los sentimientos, pensamientos e ideas son apartados y no se expresan, el *self* se interrumpe. La salud surge con la creciente conciencia de sí mismo, la plena expresión del *self* y el máximo contacto con el entorno. A través del aprendizaje interpersonal, los pacientes pueden desarrollar su capacidad para experimentar y disfrutar relaciones íntimas y prolongadas, y descubrir aspectos de sí mismos que habían permanecido ocultos (Greve, en Kaplan, 1996).

Estos grupos suelen incluir de 8 a 10 miembros con uno o dos líderes. Las sesiones duran una hora a hora y media, una o dos veces por semana, generalmente abiertos, heterogéneos, de duración ilimitada, aunque también llegan a prolongarse bastante tiempo. Un punto muy importante en la Terapia Gestalt es la *elaboración*, que es el proceso de recordar en el presente temas recurrentes del pasado y experimentar con nuevas conductas para crear nuevas concepciones sobre uno mismo y nuevos sentimientos asociados (Greve, en Kaplan, 1996).

1.2.4.4 HUMANISTA-EXISTENCIAL

Tras la Segunda Guerra Mundial empezó a desarrollarse en EU un vigoroso movimiento de terapia humanista-existencial. Los horrores de la guerra y la desesperanza indujeron una extensión del existencialismo hasta unirse con el humanismo, por lo que para 1961 se fundó la Asociación Americana de Psicología Humanista, sustentada por teóricos como Maslow, Rollo de May y Carl Rogers.

Estos autores se interesaron en el contexto sociocultural en que transcurre la existencia de las personas, por lo que el abordaje humanista-existencial intenta llegar a las raíces básicas de la personalidad humana. El grupo de orientación existencial va más allá, al ofrecer a los pacientes una experiencia emocional

correctora (Grunebaum, Kates, 1977). De hecho, Yalom escribió sobre el abordaje existencial asegurando que la relación es el factor curativo en terapia.

Los pacientes más susceptibles de un abordaje existencial son los que expresan su falta de sentido de la vida y que arrastran una larga historia de tropiezos en su búsqueda de objetivos (Rosenbaum, en Kaplan, 1996). Temas como la muerte, la libertad, el aislamiento, y la falta de sentido han pasado a primer plano (Heidegger, 1962). Aquí el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar un sentimiento de esperanza y la creencia de que los problemas de la vida no son irremontables (Frank, 1968; May, Angel, & Ellenberg, 1958). La terapia eficaz debe facilitar una relación de confianza y esperanza, y aportar estímulo para el crecimiento continuado aún tiempo después de que la experiencia de la terapia formal haya finalizado. La terapia existencial destaca la importancia de una exploración personal, incluso después de haberse resuelto los problemas específicos que llevaron a consulta al paciente (Rosenbaum, en Kaplan & Sadock, 1996).

El terapeuta de grupo existencial acepta que las personas necesitan ayuda para superar los efectos emocionales de acontecimientos traumáticos, pero cada persona dispone de una vía propia y exclusiva para recuperarse después de un shock emocional. La relación terapéutica existencial debe ser de colaboración, dirigida a dar un “empujón” a quien se siente disminuido en su dignidad y seguridad (Ochberg, 1991, en Kaplan & Sadock, 1996). El grupo es más que la suma de sus miembros, donde el líder no se apresura a interpretar las respuestas del grupo como resistencias o mecanismos defensivos.

1.2.4.5 FAMILIAR

La terapia familiar es una aproximación psicológica a la comprensión de la conducta humana y los síntomas. Se atiende a la persona que padece síntomas o que trae la conducta desadaptada en el contexto de su familia, que ha contribuido a la génesis y mantenimiento del desorden. Por eso se considera que el paciente es toda la familia (Slipp, en Kaplan, 1996), y el objetivo consiste en formular

intervenciones estratégicas que alteraran los patrones de interacción familiar y resolver la patología puesta de manifiesto en el paciente identificado.

La primera llamada de atención sobre la influencia de la familia en el funcionamiento psicológico de los niños la realizó Freud, con la *teoría de la seducción*, pero se considera a Nathan Ackerman (1954) como el padre de la terapia familiar, pues fue el primero en consignar el caso de una pareja tratada de forma consistente en terapia conjunta (Ackerman, 1958). Jackson (1957) formuló el concepto de *homeostasis familiar* considerando a la familia como un sistema regulado por normas que mantiene la constancia de sus propios patrones de interacción, por medio de impedir el incumplimiento de las normas. Añadido a esto, es aceptada la *teoría general de sistemas* de Von Bertalanffy (1968), que investiga las relaciones entre los diferentes niveles del sistema, y la *teoría cibernética* (Wiener, 1948) para describir los ciclos de *feedback* positivo o negativo que mantienen la estabilidad del sistema familiar.

1.2.4.6 PAREJAS

Procede de dos sectores separados aunque no incompatibles: la terapia familiar de pareja, y la terapia grupal. Las primeras referencias a la terapia grupal de parejas surgieron en 1960. Van Emde Boas (1962), trabajó con grupos compuestos por parejas que consideraba que tenían una mala prognosis. La mayoría de los terapeutas está de acuerdo en que tanto las parejas como los grupos conforman un sistema, y que las intervenciones necesitan basarse en patrones interactivos de reciprocidad y comprensión.

Además de la terapia familiar y grupal, los fundamentos teóricos y conceptuales se apoyan en el campo del desarrollo de la personalidad individual y la terapia existencial. Para formar el grupo, la mayoría de los autores considera fundamental la motivación para el cambio, y un intenso deseo de mejorar la intimidad y la satisfacción mutua de la pareja. Los grupos de parejas son heterogéneos en edad, diagnóstico y gravedad del problema marital, ya que la gran variedad de experiencias positivas y negativas genera una corriente sana de información de la

que disponer en la toma de decisiones, además de intentar nuevas estrategias para mejorar la relación (Coché & Satterfield, en Kaplan, 1996).

El terapeuta establece hipótesis sobre el modo en que cada miembro funciona con el otro y con sus familiares de origen, sobre cómo funciona el equilibrio de poder entre ellos, y sobre los patrones que influyen en el mantenimiento, limitación o imposibilidad de la intimidad. El terapeuta explora, igualmente, los intentos que la pareja ha realizado para abordar sus problemas así como los resultados obtenidos con dichas estrategias.

Algunos autores afirman que el número ideal de parejas varía de tres a cinco, en sesiones semanales de 90 minutos. Los clínicos suelen optar por el grupo cerrado. Los objetivos terapéuticos pretenden capacitar a la pareja para romper sus patrones disfuncionales, aprender a lograr una intimidad satisfactoria y tomar decisiones fundamentadas sobre su futuro común. Por lo tanto, lo que se pretende es mejorar las habilidades comunicacionales, el incremento de la conciencia y la apertura, aumento de la flexibilidad de la intimidad, sexualidad, resolución de problemas, conflictos de rol, perfeccionamiento de los estilos defensivos desadaptativos de la pareja, entre otros (Coché & Satterfield, en Kaplan, 1996).

1.2.4.7 ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Los principios fundamentales de la teoría psicoanalítica se han mantenido constantes desde las primeras hipótesis de Freud, quien se interesó también por los efectos del grupo sobre el individuo. Los estudios de Freud sobre la dinámica de las masas supuso un paso adelante en su ulterior conceptualización del *superyó*, y postuló que el grupo se forma a partir de adopción del líder como *yo ideal*. Indicó que, para que un grupo se forme, hace falta un propósito y la emergencia de un líder neto (Rutan, en Kaplan, 1996).

Trigant Burrow (1928, en Kaplan, 1996), que conocía a Freud y estudió con Jung, fue un pionero del movimiento psicoanalítico, su implicación con la terapia de grupo proporcionó enorme impulso a la aplicación de los principios psicoanalíticos en los grupos. Por su parte, Slavson fue el pionero de la terapia psicoanalítica de

grupo con niños a comienzos de los años 30, mientras que Wolf inició el psicoanálisis en grupo en 1937 y Foulkes, con su grupoanálisis, durante la Segunda Guerra Mundial.

Los principios psicoanalíticos son aplicables a la terapia de grupo, pero con algunas variaciones respecto de la terapia de orientación psicoanalítica individual y el psicoanálisis propiamente dicho. La aplicación del psicoanálisis en el encuadre grupal ofrece algunas ventajas y un potencial curativo peculiar (Rutan, en Kaplan, 1996), por ejemplo, pese a que 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 las percepciones presentes con las experiencias pasadas.

El psicoanalista intenta ayudar a sus pacientes a ganar conciencia sobre aspectos de sí mismos de los que no sólo son inconscientes sino que también intentan, activamente, no concientizar porque de hacerlo sentirían dolor (Greenson, 1976 en Rutan, 1996). El objetivo es que el paciente capte aquellos supuestos nunca examinados sobre los que se basan sus percepciones, creencias y conductas, es decir, hacer consciente lo inconsciente.

El terapeuta psicoanalítico espera que el paciente inicie la sesión, no hace una planificación previa de temas para la terapia, esto se traduce en una terapia global centrada en el proceso antes que en el contenido. Esta terapia mira hacia el pasado para explicar las problemáticas en *el aquí y ahora* e intenta resolver los problemas de aquí y ahora mediante la resolución de los conflictos inconscientes arcaicos, cuyas raíces se hunden en el pasado. Además de lo anterior, los terapeutas de grupo con orientación psicoanalítica conectan siempre el comportamiento de cada individuo dentro del grupo con su propia historia personal. Así mismo, el tema común a todas las modificaciones de la teoría freudiana clásica, es el énfasis en los factores interpersonales implicados en la evolución de la personalidad y la psicopatología, así como el efecto de dichos factores en el proceso de la cura (Rutan, en Kaplan, 1996).

La terapia de grupo que maneja recursos psicoanalíticos se ocupa, no sólo de lo manifiesto, sino también de lo latente en las interacciones y funcionamiento del paciente. Un factor terapéutico central introducido por el psicoanálisis en grupos, a veces descuidado en el análisis individual, es la dimensión social: a la vez que se expresan los propios pensamientos y sentimientos, se toman en consideración las ideas y emociones de las demás personas, en un proceso interactivo que exige vínculos con la realidad. Algunos terapeutas consideran idóneo un número de ocho a diez miembros pues proporciona un espacio transferencial suficiente para la familia nuclear. Son más eficaces las sesiones que duran de una hora y media a dos horas y media (Kutash & Wolf, en Kaplan, 1996).

Los grupos psicoanalíticos buscan el cambio generalmente en dificultades para hacer y mantener relaciones amorosas u otros problemas existenciales y de relación social, o cuadros diversos sintomáticos como depresión, pánico, etc. a través de la exploración de los determinantes inconscientes que producen esos patrones de comportamiento, ya que el ámbito microsocia del grupo permite su emergencia, comprensión y búsqueda de solución. Los miembros de estos grupos de psicoterapia se centran sobre sus experiencias de vida y sus interrelaciones con los miembros del grupo y las personas del exterior, donde el psicoanalista actúa predominantemente a través de interpretaciones (Campuzano, 2004).

El trabajo de los miembros del grupo es expresar sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones de forma libre, natural y honesta como sea posible. Tal exploración da la información necesaria al analista y a los demás miembros del grupo para entender los determinantes inconscientes del conflicto psíquico y, a través de la interpretación, ayudar a su superación y cambio. En el grupo los miembros aprenden no sólo a entenderse a sí mismos y sus conflictos, sino pueden servir de agudos “ayudantes terapéuticos o coterapeutas” por la comprensión de los conflictos de otros (Campuzano 2004).

Los grupos psicoanalíticos de tiempo limitado, que al llevarse a cabo mediante técnicas analítico-interpretativas, requieren de una modificación estructural del

aparato psíquico, aunque esta modificación se limite a lo estrictamente requerido para lograr la remoción sintomática pretendida.

Al igual que en el psicoanálisis, estas terapias operan mediante el *insight* y la elaboración, aunque difieren en la aproximación técnica del terapeuta: se trabaja solamente sobre un foco, dejando selectivamente de lado lo demás. Se es muy activo, se realizan interpretaciones tempranas (frecuentemente transferenciales, aunque no se las continúa sistemáticamente y se sustituyen luego por las interpretaciones extratransferenciales), se promueve una fuerte alianza y colaboración con el paciente, y se utilizan con amplitud la empatía y el apoyo con el fin de mantener en niveles tolerables la ansiedad que despierta un trabajo terapéutico tan intenso. A través del foco se definen los objetivos limitados en forma operativa pero éstos no incluyen la reconstrucción completa de la personalidad, que es el objeto del psicoanálisis clásico (Campuzano 2004).

1.2.5 FORMACIÓN E INICIO DEL GRUPO TERAPÉUTICO

Algunos autores como Powdermaker y Frank (1953), aconsejan tener una serie de entrevistas o sesiones individuales previas, lo cual reportaría algunas ventajas significativas como:

- Preparar al paciente proporcionándole los datos informativos necesarios para que llegue al grupo en condiciones de cierta familiaridad y conocimiento.
- Facilitarle una ubicación favorable en el mismo.
- Disminuir la ansiedad y la confusión de otro modo inevitables en la primera sesión.
- Permitir el establecimiento de un cierto vínculo entre el terapeuta y el paciente que le hará sentir más apoyado y comprendido frente a los extraños que deberá enfrentar en el grupo.

- Dar lugar a que el terapeuta se interiorice en los problemas individuales para utilizarlos e integrarlos posteriormente durante el funcionamiento del grupo.

La teoría sugiere una cifra de cinco a ocho miembros en el grupo como la más apropiada para la constitución de un grupo, las sesiones suelen tener lugar una vez por semana, lo cual constituye un ritmo aceptable y satisfactorio para una buena evolución del grupo. Se suele aceptar que la participación en un grupo por un periodo de uno o dos años, representa un buen promedio para juzgar el logro de mejoras concretas. La intervención del terapeuta, de manera general, será exclusivamente interpretativa, evitando todo lo que implique impartir normas, instrucciones o sugerencias de cualquier índole (Grinberg et al., 1957).

Cabe destacar que la interacción en la psicoterapia de grupo arranca a cada individuo de su red primaria y lo mezcla con otras, formando así un nuevo campo de interacción en el cual cada individuo empieza de nuevo (Kadis et al., 1969), por lo que tiene la oportunidad directa de comparar y contrastar su modo de obrar con el de otros, puede ver que lo que consideraba particular a él es común y lo que consideraba común es particular a él (reacción del espejo), por lo que se familiariza con nuevas formas de sufrimiento y nuevas formas de resolución de problemas.

Grinberg et al. (1957), consideran que cuando varias personas se reúnen en un grupo, los miembros proyectan los objetos de su infancia inconsciente sobre los demás, intentando recrear en el plano del grupo el patrón específico de sus relaciones interpersonales conflictivas. Ezriel (1952) añade que los integrantes procuran que el grupo real corresponda con su propia fantasía de grupo, teniendo como resultado una tensión de grupo que será como el común denominador de las tensiones inconscientes individuales que están presentes en cada uno de sus miembros, donde el grupo constituye la representación de la sociedad de la que forma parte, surgiendo así, los conflictos subyacentes encubiertos por dichas estructuras sociales (Grinberg et al., 1957).

SUPUESTOS BÁSICOS DE BION

Por su parte, Bion añade que el funcionamiento del grupo terapéutico despierta emociones y conflictos de diferente tipo, por ello, introdujo el concepto de *Supuestos Básicos*, designando así, una creencia emocional de la que participan todos los miembros del grupo y que lo impulsan a tener un determinado tipo de fantasías y deseos con los demás integrantes. De esta forma designó tres tipos:

Supuesto Básico de Dependencia, en éste, el grupo actúa, depende y venera a su líder, el que, por ser idealizado, asume características de deidad. Esto ocurre debido a la falta de cohesión del grupo y a las angustias primarias que se despiertan.

Supuesto Básico de lucha y fuga, y la emergencia de esta fantasía emocional colectiva, arrastra al grupo a agredir o defenderse de un perseguidor, ya sea dentro o, más comúnmente, fuera del grupo. El líder de este supuesto asume características de caudillo.

Supuesto Básico de Apareamiento (acto de acoplarse), en éste el grupo tiende a centrarse en torno a una pareja ya sea mixta o del mismo sexo, y se crea alrededor de ella un clima emocional típico de expectativas y de esperanza. El líder está proyectado en el futuro, por así decirlo, es una figura de tipo mesiánico (Grinberg, et al., 1957). El grupo delega en la pareja la función reparadora e integradora.

Estos Supuestos Básicos suelen fluctuar en una misma sesión, o pueden persistir durante un periodo prolongado. Además, agregan Grinberg et al. (1957), los supuestos indican que se produce el fenómeno de regresión del individuo, es decir, la vuelta a patrones de conducta más arcaicos, caracterizados por un predominio de impulsos irracionales y por la mejor integración del yo.

LAS POSICIONES EMOCIONALES DE KLEIN

Las aportaciones de M. Klein (1955) también son indispensables para una comprensión más profunda de los dinamismos del grupo. En este sentido, Klein habla sobre dos posiciones emocionales para elaborar la angustia:

La posición esquizo-paranoide. El niño muy pequeño disocia su mundo en objetos totalmente “buenos” y completamente “malos”. Crea así un sistema irracional que provoca una escisión esquizoide en su propio yo. A los seis meses de edad, aproximadamente, se enfrenta con el problema más dramático de su desarrollo, al reconocer que es el mismo objeto el que lo frustra y lo gratifica, percibiendo al objeto como total y complejo, lo que lo lleva a la posición depresiva.

La posición depresiva. Se da la aparición de los sentimientos de responsabilidad y pesar por lo que se siente haber destruido y dañado internamente. Surge así la culpa y el consiguiente deseo de reparación. Ello presupone la existencia de memoria, la capacidad de anticiparse mentalmente y un criterio de continuidad, lo que conduce al establecimiento de una diferenciación entre el mundo interno y el mundo exterior (Grinberg et al., 1957).

1.2.6 LOS GRUPOS EN LAS INSTITUCIONES

El vocablo *institución* designa, en primera instancia un acto de “*fundar, crear, romper con un orden antiguo y crear uno nuevo*”, esto es *instituir*. Así, tenemos que las instituciones son las mediaciones a través de las cuales se trasmite *ideología* (Campuzano, 2004).

La actividad social instituyente no concierne sólo al poder del Estado, a las clases dominantes, concierne también, en alguna medida, a los sujetos o grupos sociales, a gente o usuarios de las instituciones, lo que implica considerar a los sujetos en su relación con las instituciones, afirma Campuzano (2004), no sólo como sujetos pasivos, sino como sujetos en conflicto y en esta medida con un margen de capacidad instituyente, siempre que el conflicto pueda ser significado.

Debido a esto, se puede observar, cómo las instituciones, explícitas e implícitas en el campo de nuestra investigación (la institución de la salud, la del saber, la de la relación terapéutica, la de las relaciones familiares, la del orden), van revelando sus componentes funcionales e imaginarios y su interrelación. Esto sienta las bases para que el individuo se reubique frente a sus síntomas, y asuman su enfermedad y su tratamiento con menos culpabilidad y de manera más activa (Campuzano, 2004).

Debido a la gran demanda de servicios con que cuentan las instituciones públicas, y por ende, las largas listas de espera, es de vital importancia implementar una forma más rápida y eficaz de atención a los pacientes que acuden a dichas instituciones. Para ello, es necesaria la implementación de técnicas que nos permitan una amplia cobertura, y una de ellas es la psicoterapia de grupo, generalmente de tiempo limitado.

En las instituciones, sean hospitales, clínicas, agencias o escuelas, hay generalmente un procedimiento de tratamiento integrado ya existente y sistematizado, con tareas prescritas para el personal. Por lo tanto, al considerar cualquier innovación como lo es la introducción de la psicoterapia de grupo, la administración de la institución se ocupa de tres factores: de la economía, de la efectividad, y del personal disponible (Kadis et al., 1969). Una de las ventajas de los grupos en las instituciones es que el grupo ofrece una oportunidad para experimentar, manifestar, y discutir acerca de los problemas sociopsicológicos previstos por el paciente a su regreso al hogar y la comunidad.

La modalidad terapéutica de grupo, ofrece ser tan eficaz como la psicoterapia individual (McKenzie, 1997). Se requiere que las teorías de esta modalidad operen en dos vertientes, uno: el de las *teorías de la personalidad* abarcando la dinámica de la conducta en la salud y en la enfermedad, y por tanto, una teoría de la enfermedad, de la cura y de la técnica; y dos: el de *las teorías del grupo psicológico* como su dinámica, sus fuerzas operativas, esto es, la teoría del proceso de grupo y la teoría de la técnica “grupalizada” (Campuzano, 2004).

Por otra parte, también es importante destacar que la psicoterapia de grupo tiene la ventaja de la presencia social de los “otros”, por lo que ayuda a que los problemas interpersonales se muestren con mayor facilidad, ya que en un entorno de tratamiento se comienzan a entender, y sobre todo a resolver. Lo anterior, lo debemos a que no podemos dejar de lado, que como seres sociales que somos, siempre estamos en contacto con diferentes grupos. El primero de ellos es la familia, para luego desarrollarnos en grupos como la escuela, los pares, el trabajo, entre otros, y es precisamente en estos grupos donde adquirimos herramientas desde el juego, hasta el dominio de la ciencia.

Por tanto, el hecho de integrarse a un grupo ofrece oportunidades importantes como aprender, con y de los otros, comprender nuestros propios pensamientos, sentimientos, y conductas, así como las de los otros, y por consiguiente, la reacción de cada uno ante los demás (Campuzano, 2004).

La mitad de los hospitales psiquiátricos y una cuarta parte de los correccionales, así como la inmensa mayoría de los centros comunitarios de salud mental, utilizan el tratamiento grupal (Shapiro, 1982). Asimismo, muchas organizaciones para el mantenimiento de la salud (OMS) hacen uso considerable de la terapia de grupo (Cheifetz & Salloway, 1984). En general, esto representa una población potencial de pacientes que eleva a los cientos de miles de personas.

1.2.7 EL TRABAJO COMUNITARIO

Una comunidad, como todo fenómeno social, es un grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social (Montero, 2004).

De esta manera, una comunidad está constituida por aspectos comunes compartidos como una historia, una cultura, intereses, necesidades, problemas, expectativas socialmente construidos por los miembros del grupo, así como un

espacio, un tiempo, relaciones sociales habituales, influencias, sentido de pertenencia, integración, y vinculación emocional.

Así pues, es importante que dada la existencia de necesidades y problemas, la psicología se inserta en las comunidades para prevenir e intervenir en dichas problemáticas, por ello, la psicología comunitaria es la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (Montero, 2004).

El trabajo comunitario tiene gran importancia pues pretende alcanzar por medio de la psicología, a todos los necesitados de ayuda en especial a los más marginados, ya que se considera que la psicoterapia ha sido siempre un valor y práctica de las clases medio-altas, de aquí la importancia de llevar este trabajo a las comunidades ya que cada vez son más los problemas psicosociales que se deben atender como drogadicción, marginación, violencia, desintegración familiar, entre otros, y no sólo a las clases altas (Sánchez, 1988).

Finalmente, es vital mencionar que la intervención psicológica debe seguirse extendiendo activamente en las comunidades a medida que las demandas de la calidad de vida, y la necesidad de reconocer los problemas sociales emergentes aumenten, para prevenirlos y darles solución mediante un acercamiento a la comunidad (Sánchez, 1988).

CAPÍTULO 2: GRUPOS DE ADMISIÓN

2.1 ANTECEDENTES

Los antecedentes de los grupos de admisión se remiten a experiencias tanto en el extranjero como en México. Aunque existe poca evidencia en artículos sobre estos grupos, existe la certeza que éstos se han llevado a cabo. Artículos de Imber, Lewis, y Loiselle (1979) documentan los trabajos en Estados Unidos; un artículo de Kuha, Matti, e Isohanni (1975) los de Finlandia; artículos de Scornik (1976) en Argentina; y en México los trabajos de Royer y Scornik, (1986) y Campuzano (2004), nos dan cuenta de esta modalidad de grupos.

Con respecto a Estados Unidos, el Centro Médico Universitario Western Psychiatric Institute and Clinic, en Pittsburgh, Pennsylvania, propuso una intervención breve de grupo, con un promedio de seis sesiones, donde de manera general, se resuelve el 70 u 80% de los casos y el resto es derivado a tratamientos convencionales. Consta de una entrevista individual de evaluación, preparación para la experiencia de grupo, e información del programa para establecer las medidas necesarias como tratamiento adicional, si fuera el caso.

Es un grupo abierto que consta de cuatro a diez pacientes con sesiones de una hora, a hora y media cada semana. Es común que algunos pacientes abandonen el grupo antes de las seis sesiones, o permanezcan más tiempo, sin embargo, las seis sesiones es el final para la mayoría (Campuzano, 2004). Este enfoque de psicoterapia breve pretende disminuir el malestar debido a ansiedades y depresión, así como lograr promover mayor eficacia en los recursos propios del paciente (Imber et al., 1979).

En cuanto a Finlandia, los grupos de admisión estaban enfocados a pacientes hospitalizados en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Oulu donde, sin excepción, todos los pacientes entraban al grupo de admisión después de su ingreso. Estos grupos abiertos de sesiones cinco veces a la semana con duración de una hora, continuaban después con la terapia de grupo tradicional. El terapeuta es quien estimula la interacción, refleja los sentimientos expresados,

compara varias experiencias y problemas, con una actitud de interés, aceptando la ansiedad y buscando reducirla. Estos trabajos exponen también la convicción de que los grupos de admisión, salvo algunas modificaciones, son aplicables a todas las instituciones psiquiátricas.

En el caso de México existen tres antecedentes importantes: uno en Argentina y dos en México. El primero, en Argentina, una de las experiencias de los grupos de admisión fue llevada a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, durante el periodo de 1973 y 1974 en el departamento de psicología médica, como un trabajo grupal en una institución tanto asistencial como docente, a cargo de Gilou Royer de García y Horacio Scornik (en ese momento en formación como psicoanalistas) (Campuzano, 2004).

La innovación de este tipo de grupos representó un cambio drástico en la recepción, estudio y derivación de los pacientes, así como también en el ámbito docente. Esta idea se fundamentó en dos vertientes:

- *Un aspecto político-administrativo*, el cual se refiere a la necesidad de responder amplia y eficazmente a la demanda de asistencia, ya que las largas listas de espera y la gran deserción es grande, implementando al máximo los recursos técnicos y de personal disponible, y por otro:

- *Un aspecto científico-ideológico*, el cual se refiere a los grupos de admisión como grupos operativos centrados en diagnóstico e indicación, cumpliendo así los objetivos de la institución tanto *asistenciales* como *docentes*, donde se favorecía un aprendizaje vivencial y conceptual, y al mismo tiempo se ofrecía mejor atención a un número mayor de pacientes. Por lo tanto, el primer contacto del paciente con la institución se daba de persona-paciente en una situación clínica y no un hecho administrativo-burocrático como aseguran Royer de García y Scornik (1986).

Las principales críticas a las que se enfrentaron estos grupos fueron: la limitación a hacer una simple aplicación, es decir, un traslado de su práctica privada a otro ámbito: el hospitalario. Que no se abordaba la realidad que se le presentaba al profesional en formación, por lo tanto, la enseñanza era diferente ya que se

reducía a la realidad conocida, donde se trasladaban los conocimientos adquiridos a su consultorio privado. También, imperaba la defensa de preservar la privacidad del paciente, de lo contrario no se le podría conocer, así como tampoco el diagnóstico y las indicaciones idóneas, ya que el saber y la ética estaban en juego al considerar que el paciente hablaría únicamente a solas con el médico. Añadido a esto, se creía que la asistencia privada era de mejor calidad que la asistencia en el sector público.

Pero, a pesar de las críticas, la experiencia se llevó a cabo con resultados favorables, se comprobó con asombro la participación de los pacientes ya que se expresaban de manera más abierta a la esperada, y aunque exponían dudas y rechazo hacia la ruptura de su intimidad, esto no fue un obstáculo y fue posible comentar sus dificultades en un grupo en el que el otro no aparecía tan ajeno (Campuzano, 2004).

Cabe destacar que los pacientes no sólo trataban su enfermedad, sino también los procedimientos de curación a los que habían sido sometidos. El hecho de colocar a los pacientes en situación de grupo instauró las condiciones de una ruptura simbólica con las formas tradicionales de terapia psíquica: la *pareja terapéutica*, dejando de construirse una ilusión (amorosa, libidinal, imaginaria), que no es más que una ilusión de poder, por la cual el sujeto permanece enajenado en el otro (Royer de García & Scornik, 2004). Al respecto, Campuzano, (2004) agrega que a pesar de que el grupo también se configure sobre bases ilusorias e imaginarias, establecer una relación grupal da las condiciones de un análisis de la pareja terapéutica, pero también su funcionalidad, en una estructura institucional de poder médico.

En la consulta psiquiátrica de la Universidad de Buenos Aires, la observación de la comunicación y las muestras de solidaridad que se daban entre los pacientes y sus acompañantes durante la espera en la antesala de la institución a que les tocara su turno, dio paso a la idea de trasladar estas fuerzas terapéuticas al consultorio.

El segundo antecedente se llevó a cabo en México en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) (Royer & Scornik, 1986). La gran deserción, la insuficiencia de medios, y la urgencia de formación del personal, motivaron la implementación de estos grupos, en su mayoría formado por adolescentes farmacodependientes, iniciando el contacto con el consultante (ya sea el paciente, la familia o algún amigo allegado) en un ambiente completamente distinto al acostumbrado. La historia clínica inicia con la comprensión recíproca que facilita el diálogo, minimizando así el interrogatorio de cómo, cuándo, y qué de la droga, evitando con ello la deserción.

Esta experiencia de intercambio grupal daba cuenta de razones sociales, familiares, y modelos de interacción, que brindaban a los entrevistadores la dinámica de la enfermedad, quitándole valor mítico al síntoma, y de esta forma facilitando una variedad de indicaciones terapéuticas que permitían una mejor estrategia, lo cual era discutido después por el personal, donde los consultantes encontraban un continente a su demanda. El plan se extendía a tres meses de duración con sesiones semanales y dos coordinadores que no pertenecían al plantel habitual de la institución. Excluyendo a los pacientes orgánicos y psicóticos, y casos agudos que no pudieran esperar por la urgencia, se invitaba a todo acompañante que viniera con el consultante, siempre cuidando que el número del personal no sobrepasara al número de pacientes.

El objetivo principal era obtener información, observar la interacción de los participantes entre sí, con el equipo técnico, con sus familiares, la comunicación verbal, gestual, etc., con el fin de obtener el comienzo de una historia dinámica y evitar los largos interrogatorios, e iniciando así, la historia clínica (Campuzano, 2004).

El tercer antecedente en México, gira en torno a las prácticas institucionales de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), (institución privada de enseñanza, asistencia e investigación en psicoterapia de grupo), donde los grupos de admisión se establecieron con la intención de conservar una coherencia de mano *referencial* (psicoanalítico) y *técnico* (énfasis en la terapia de

grupo) desde el primer momento en que el paciente toma contacto con la institución, así como reducir el tiempo que, de otra manera, se tendría que intervenir en múltiples recepciones individuales convencionales (Campuzano, 2004).

2.2 DEFINICIÓN

Manejados como grupos terapéuticos psicoanalíticos, breves, los grupos de admisión tienen la finalidad de recibir, evaluar, y derivar, al paciente lo más pronto posible. Los grupos de admisión nacen como una propuesta técnica en las instituciones ante la necesidad de resolver temas relacionados con la asistencia psicoterapéutica, buscando brindar mayor continente terapéutico, dar una respuesta a la demanda excesiva, mejorar la eficacia y disminuir la deserción, además de dar rápida atención al que requiere intervención breve, y funcionar como grupo de espera.

Los grupos de admisión establecen recibir al paciente y proporcionarle un espacio de seguridad en esa zona intermedia entre el afuera y el adentro institucional, facilitando que el paciente deposite sus primeras ansiedades producidas por la inserción institucional. También se pretende hacer un primer diagnóstico de su situación interna y externa (subjética y objetiva), su analizabilidad, su agrupalidad, valorar los beneficios que los servicios de la clínica ofrece, y finalmente, derivarlo con el terapeuta y el tratamiento más adecuado para su problemática u orientarlo en su búsqueda de ayuda fuera de la clínica (Campuzano, 2004).

La inscripción en una larga lista de espera, y el interrogatorio, fueron reemplazados por recibir al paciente cuando él lo necesita (Royer de García & Scornik, 1986). Se dispuso de entrada a escuchar a los pacientes y que ellos se escucharan entre sí, fomentando con ello, una situación en la que los pacientes y los terapeutas compartan con otros una experiencia clínica.

En estos grupos se reduce el aislamiento en distintos puntos, por un lado se disminuye el fraccionamiento en su formación, como en la asistencia; es decir, un agregado de partes diferentes e incommunicados. Y por otra parte, se disminuye el

poder médico al reducir la separación instituida entre terapeutas como sanos y pacientes como enfermos. Para ello, en estos grupos los terapeutas deben resistirse a ocupar sus lugares habituales, soportando las demandas provenientes de los pacientes, las familias, la institución médica, planteándose así como un organizador de una situación por medio de la que pretenderá darles una ubicación distinta a los participantes respecto a su problemática (Campuzano, 2004).

Implementar un grupo de admisión en una institución implica introducir una lógica distinta de pensamiento y de acción, estableciendo así una filosofía de solidaridad grupal y por ende, fuerzas de apoyo y crecimiento, en vez del aislamiento individual.

2.3 FUNCIONES DE LOS GRUPOS DE ADMISIÓN

Los grupos de admisión cumplen con varias funciones principalmente en tres aspectos (Campuzano, 2004):

- 1) ***Para los pacientes:*** atención más rápida y continente más eficaz.
- 2) ***Para los terapeutas:*** reducción de tiempo de trabajo, observaciones en condiciones realistas y preparatorias para una terapia ulterior, selección más eficaz, derivación más precisa.
- 3) ***Para la institución:*** mejor utilización de sus recursos humanos, posibilidad de “puentes” terapéuticos, posibilidad de adicionar al elemento asistencial las perspectivas docentes y de investigación. En cuanto a la docencia, también la referente a la integración de un equipo interdisciplinario en el logro de códigos comunes de comunicación y acción terapéutica.

Un punto importante es que el grupo de admisión se adecua a las características de la institución en la que opera, y así, los autores norteamericanos, mencionados anteriormente, consideran ocho funciones de los grupos breves que se aplican al grupo de admisión, y son las siguientes:

1. Liberación del malestar agudo a partir de proporcionar atención experta rápida.
2. Intervención en crisis, debido a que muchas de éstas son precipitadas por estrés del medio ambiente y pueden ser resueltas mediante enfoques breves.
3. Exploración de recursos (del paciente y de la comunidad), y resolución de problemas. El reconocimiento de los problemas personales y de los recursos terapéuticos asequibles para enfrentarlos son fuente de un sentido de control del paciente sobre ellos, un paso fundamental en la dirección del cambio.
4. Preparación para grupos convencionales, lograda a partir de los eventos vividos durante las seis sesiones donde el paciente adquiere experiencia y anticipación de lo que ocurrirá en un grupo de larga duración, incluyendo el conocimiento de las funciones del paciente, del terapeuta, así como del proceso de grupo.
5. Observación diagnóstica. Este grupo provee una excelente oportunidad al clínico para formular un diagnóstico y un plan de tratamiento a partir de datos derivados de la acción interpersonal, que usualmente no son tan claramente visibles en las entrevistas individuales.
6. Selección de pacientes más eficiente debido a que es hecha a partir del comportamiento en el grupo actual (de intervención breve), el cual es el más seguro medio de predicción de su conducta grupal subsecuente.
7. Grupo de espera, en caso necesario, para un número limitado de pacientes.
8. Instrucción de estudiantes. Las seis sesiones del grupo pueden permitir a los estudiantes examinar con cuidado el desarrollo completo de una experiencia de grupo en un monto de tiempo adecuado a las necesidades de muchos de ellos.

Tomando en cuenta lo anterior, Campuzano retoma algunos puntos de Winnicott (1971), quien se refiere a una situación clínica propia del desarrollo infantil, pero que Campuzano transporta a la dimensión institucional, y así afirma sobre las disociaciones:

1. Busca romper *la disociación entre el afuera y el adentro de la institución*, ya que el grupo de admisión es el primer contacto que el paciente tiene tras la llamada telefónica con la cual solicita su consulta, convirtiéndose así en la tarjeta de presentación institucional, y consecuentemente, en el lugar donde se depositan todas las ansiedades y expectativas relacionadas con el sufrimiento emocional y la búsqueda de su liberación. Es un espacio de transición, un puente entre el afuera y el adentro, entre el dolor y la esperanza, y objeto, por tanto de persecución tanto como de la idealización.

2. Buscar romper *la disociación entre lo administrativo*, que trata de reducirse a su mínima expresión, y *lo asistencial*, que se prioriza.

3. Busca romper *la disociación entre el proceso diagnóstico y el terapéutico*, iniciándose acciones terapéuticas desde el primer momento mediante señalamientos, clarificaciones, interpretaciones, por medios verbales o psicodramáticos, que llevan a iniciar el trabajo de exploración y elaboración que toda terapia analítica requiere, donde se busca la compaginación de la dimensión grupal y la singularidad individual.

4. Busca romper *la disociación entre la entrevista inicial individual y el tratamiento grupal ulterior*, pues se inicia el proceso grupal desde el primer contacto, y los terapeutas pueden valorar la agrupalidad del paciente en la realidad y no en inferencias, así como también la capacidad de *insight*. Todo esto nos lleva al diagnóstico a partir de la interacción grupal en el aquí y en el ahora, donde el paciente hace el relato histórico de sus molestias, lo que incluye tanto lo que le paciente dice, como lo que hace, con sus congruencias y contradicciones y su peculiar manera de vincularse a los otros derivada de su mundo interno de objetos expresados en las transferencias e identificaciones. En este sentido, es importante el diagnóstico, pero también la conciencia que el paciente va tomando acerca de sus problemas y sus determinantes, por lo que al llegar a su grupo terapéutico definitivo, ya empezó a trabajar en el grupo de admisión.

5. Busca superar *la disociación entre el desconocimiento y el conocimiento de la acción psicoterapéutica*, involucrando a los pacientes desde el primer encuentro en una situación vivencial, grupal y terapéutica. Es importante destacar también que en esta transición se puede medir el grado de motivación real para un tratamiento largo, y dar tiempo a aquellos que van a desertar, lo hagan de una vez.

2.4 ENFOQUE DE LOS GRUPOS

El grupo de admisión es manejado como un grupo terapéutico psicoanalítico común, pero breve, generalmente de tres sesiones, que además de tener las funciones terapéuticas, también tiene contención institucional inicial, evaluación (mínimo respecto a analizabilidad y agrupalidad) y derivación. En este enfoque se pueden utilizar tanto técnicas verbales como técnicas psicodramáticas (Campuzano, 2004).

Tomando en cuenta que el agrupamiento causa regresión, tanto más cuando el número de integrantes es mayor, esto permite que aparezcan las imágenes como un revelador de fotografías, por tanto, la regresión da marcha atrás a un fase anterior del desarrollo hasta alcanzar uno o más puntos de fijación (Coderch, 1990), y esto permite ver las estructuras caracterológicas y las diversas formas clínicas de la psicopatología. En consecuencia, se echan a andar determinados mecanismos de defensa del yo y ciertas relaciones con los objetos.

Así tenemos que, el discurso de cada paciente que habla de su motivo de consulta, sus malestares, angustias, de su actualidad e historia, se complementan con su actuar transferencial e identificación con los distintos objetos ofrecidos: el grupo mismo, el psicoanalista, los compañeros del grupo y el mundo exterior (Campuzano, 2004).

Por su parte, las interpretaciones podrán abarcar distintas posibilidades: la interpretación transferencial con los distintos objetos, la interpretación extratransferencial de lo que sucede en los vínculos en su mundo cotidiano en el afuera, y la interpretación de su origen genético en las relaciones originales,

siempre considerando la interacción entre el individuo, los otros y el colectivo grupal, institucional y socio-cultural.

En este sentido, la terapia de grupo se transforma en psicoanálisis en grupo cuando se introduce la investigación del material intrapsíquico, además, este tipo de terapia, se ocupa tanto de lo manifiesto como de lo latente en las interacciones y funcionamiento del paciente. De este modo, la interacción se usa para pasar de lo interpersonal a lo intrapsíquico, de lo manifiesto a lo latente y volver nuevamente a lo interpersonal (Campuzano, 2004).

La búsqueda de lo intrapsíquico en lo interpersonal refuerza un conocimiento de sí mismo que lleva a la integración personal, y ésta a su vez puede conducir a una integración social sana (Kutash, 1988; Wolf, 1991).

2.5 TÉCNICA DE LOS GRUPOS DE ADMISIÓN

Un principio básico de los grupos de admisión es que éstos deben adecuarse a las características de la institución, lo cual alude adaptarse a los objetivos que se pretenden, los recursos técnicos y materiales disponibles, y la población atendida.

Para que sean manejables, los grupos terapéuticos se trabajan con grupos pequeños con un límite de diez personas, pues los grupos grandes tienen alta capacidad regresivante donde aparecen angustias orales muy primitivas y son poco propicios para una tarea que implique *insight*. Añadido a esto, es importante destacar también que el número de terapeutas no debe exceder el número de pacientes, pues esto suele incrementar las ansiedades persecutorias y la inhibición inicial. Basado en las experiencias anteriores, es preferible que los acompañantes queden excluidos como norma, salvo en algunos casos que haya razones clínicas, pues los acompañantes implican un factor resistencial expresado en el nivel interpersonal.

Según la propuesta de Campuzano (2004), la técnica que se sigue en los grupos de admisión es el **encuadre**, el **proceso**, y la **terminación**. Con lo que respecta al **encuadre** se fijan asuntos relacionados al horario, frecuencia, honorarios, lugar,

terapeuta, así como número de pacientes (máximo diez, mínimo tres), así como una normatización de las respuestas que las secretarias dan a la llamada inicial, que es el primer contacto que el paciente tiene con la institución y desde donde se inicia la explicitación de la experiencia y el establecimiento del encuadre, con lo que se descartan cargas abrumadoras. El grupo se lleva a cabo en una hora y media a dos, citando a los pacientes 15 minutos antes para llenar los formularios y recabar datos generales, familiares, y los referentes al padecimiento actual.

En lo que respecta al *proceso*, un punto importante a considerar de acuerdo a la experiencia clínica anterior, es que lo más adecuado son dos o tres sesiones en el grupo de admisión antes de canalizar a los pacientes a sus tratamientos definitivos, pero ese periodo puede alargarse cuando se presentan problemas de diagnóstico, o se necesita hacer puentes de espera pues no hay posibilidades inmediatas de derivación y hay urgencia para el tratamiento, o bien, crisis que requieren trabajo de elaboración apto de realizarse y terminarse en el mismo grupo. Las canalizaciones (minoritarias) se realizan a derivaciones externas, como la consulta privada (las menos), o a instituciones públicas o privadas, grupos de autoayuda y, en caso necesario, lugares de internación (Campuzano, 2004).

Teniendo en cuenta los puntos anteriores, dentro del proceso encontramos la *consigna inicial*, donde gracias al tiempo limitado se aborda en forma activa, no siendo la forma psicoanalítica expectante. Primeramente es necesario explicitar las características del grupo, es decir, que es de admisión y de duración limitada a dos o tres sesiones, así como los propósitos, donde se inicia con los motivos de consulta y los conflictos que traen los pacientes, para llegar así a la indicación terapéutica indicada, y por último, la modalidad de trabajo, que consta de discusión libre donde todos pueden intervenir y comentar sobre lo suyo y el material de los demás, se plantea la necesidad de confidencialidad, se utilizan técnicas verbales, y de acción, y se informa que se conocen los problemas que los llevan a buscar ayuda, pero también se empieza a trabajar el análisis.

Luego de esta consigna, se presentan los coordinadores, nombre, apellido, pidiendo posteriormente a los pacientes mencionen sus nombres de pila, donde es

importante crear un clima de confianza y familiaridad, favoreciendo el tuteo, se incitan las intervenciones utilizando el humor para bajar tensiones y estimular el trabajo (Copeland, 1980; Rossel, 1979).

Durante el inicio de cualquier trabajo psicoterapéutico se sabe hay un efecto placebo, que nace de la dependencia y necesidad del paciente, pero en estos grupos ese efecto placebo se utiliza de manera consciente como palanca para el cambio junto con la alianza terapéutica, mientras tanto, se crean los vínculos transferenciales y de involucramiento en el proceso de análisis de los conflictos y de carácter. En este punto es sumamente importante la detección de las resistencias, tanto grupales como individuales, así como un trabajo intensivo sobre ellas, que en los grupos de admisión se manifiestan en participar o no en el grupo.

Una vez establecido esto, se determinan los focos principales de trabajo de manera individual y grupal, para con ello tener una primera aproximación interpretativa. En el proceso se exige del terapeuta, sea muy activo pues en él recae la responsabilidad de implementar las condiciones para un trabajo psicológico fluido, donde tiene que crear un ambiente de confianza y seguridad, de participación, solidaridad, y honestidad, así como una cultura grupal de análisis psicológico (Campuzano, 2004).

Además de lo anterior, el terapeuta debe hacer señalamientos grupales que favorezcan la cohesión grupal y señalamientos individuales que lleven a la comprensión de los problemas que les traen a consulta.

Luego de la consigna inicial se da la *apertura*. El grupo de admisión se suma a la etapa de apertura, de inicio, situación grupal que más ansiedad genera en los miembros del grupo y los coordinadores, ya que esto es una situación nueva, momento de cambio, donde aparecen los miedos básicos: miedo a la pérdida y miedo al ataque y fuga, que postula Pichon-Riviére (1971), donde el miedo a la pérdida, se refiere al temor de perder lo que ya se tenía antes donde se sentía seguro y pisaba terreno conocido; el miedo de ataque fuga, es el temor de ser atacado que surge frente a lo desconocido por lo tanto es peligroso y

atemorizante, así como no saber manejar los nuevos instrumentos que la situación pone a su disposición pero que todavía no conoce.

Por lo tanto, estos miedos generan ansiedad, el miedo a la pérdida corresponde a la ansiedad depresiva, y el miedo al ataque a la ansiedad paranoide, persecutoria. Por supuesto estas ansiedades también afecta a los terapeutas, pero a diferencia de los pacientes, se espera que éstos estén más conscientes de su existencia y puedan manejarlas (Campuzano, 2004).

Al inicio del grupo, es importante encarar sentimientos de desconfianza, de persecución, así como de vergüenza, tristeza y enojo, pues esto suele llevar a una conducta evitativa del contacto con los propios problemas y con las demás personas, definiendo así el éxito o fracaso para un proceso analítico satisfactorio. También se debe poner atención en los casos donde hay una tendencia a colocarse en una posición de dependencia y desvalorización, desde donde se depositan los sufrimientos propios, la responsabilidad por su enfrentamiento y la solución a los terapeutas y a la institución a la que se acude. También al inicio del grupo cada quien asiste con su “máscara oficial” y cotidiana, es momento de iniciar el doloroso proceso de empezar un contacto más profundo con el propio ser.

El sociólogo norteamericano Schutz (1967) (quien se interesa en los grupos de encuentro), propuso tres elementos que demandan la satisfacción a las necesidades interpersonales, y que podemos transpolar a los grupos de admisión. Así encontramos la *inclusión*, el *control* y el *afecto*.

La *inclusión* tiene que ver con la pertenencia, con la búsqueda de atención, reconocimiento, prominencia, prestigio, y también con la identidad, la individualidad y el interés. La interacción implica el tomar contacto con los otros y de lograr hacerse un lugar. Las situaciones más frecuentes a enfrentar en esta etapa son el manejo de la distancia con los demás y consigo mismo, conductas de aislamiento, o participación exhibicionista, las conductas evitativas y la ansiedad de inclusión. Básicamente tiene que ver con el estar afuera o adentro.

El *control* está enfocado a los proceso de poder, de decisiones entre la gente y las áreas de influencia y autoridad, que va desde el deseo de autoridad y control sobre otros y el futuro de uno mismo, hasta la necesidad de ser controlado y delegar la responsabilidad sobre uno mismo. Tiene que ver con estar arriba o abajo.

El *afecto* se refiere a sentimientos personales y profundos de amor y odio en varios grados entre dos personas, que conciernen a relaciones ya formadas, y tiene que ver con qué tan cercanas o lejanas se vuelven las relaciones emocionales, es decir, estar cerca o lejos.

Por su parte, Campuzano (2004) advierte al inicio de los grupos terapéuticos vistos psicoanalíticamente, la aparición de cinco transferencias distintas: la transferencia central al terapeuta, las transferencias a cada uno de los compañeros o transferencial lateral, la transferencia al grupo como un todo, la transferencia institucional, y la transferencia al mundo exterior.

Finalmente, luego del encuadre, y el proceso, tenemos la *terminación*, que se refiere a la derivación de los pacientes al lugar adecuado a sus necesidades. Aquí, los registros cobran gran importancia, por ello, Campuzano (2004) sugiere un formato que detalla el número de grupo, fecha de inicio, horario, terapeutas, y una lista para máximo diez pacientes con columnas que destaquen nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, diagnóstico, síntomas o problemas principales, tratamientos psicoterapéuticos previos, y tratamientos actuales; al final se anotan las características especiales de los miembros del grupo que sea de interés dejar consignados.

CAPÍTULO 3: FACTORES TERAPÉUTICOS DE YALOM

3.1 FACTORES CURATIVOS

Yalom (1975) asegura que el cambio terapéutico reside en la aparición de una serie de factores curativos como parte del proceso del grupo, y que son interdependientes; por tanto, esta presencia es necesaria para producir el cambio, y la aparición de estos factores se debe en gran parte al manejo técnico adecuado del grupo por parte del terapeuta. Yalom incluye en estos factores: el proceso terapéutico, precondiciones para el cambio, y factores necesarios para que éste aparezca (Díaz, 2000).

Para hacer un inventario de factores terapéuticos, Yalom se basa en cuatro fuentes de información:

- Su experiencia clínica
- La experiencia de otros terapeutas
- Consideraciones de los pacientes
- Investigación sistemática relevante

Con estos cuatro puntos mencionados, Yalom establece una base razonable con la cual delinea los factores terapéuticos, y advierte que no considera definitivos estos factores, pero espera que constituyan una base para una aproximación efectiva a la terapia. Por tanto, si bien el cambio terapéutico es un proceso complejo que sucede a través de un intrincado intercambio de experiencias humanas (factores terapéuticos), estos se dividen en once factores primarios que operan en conjunto (Díaz, 2000).

Cabe rescatar que en cuanto a las consideraciones de los pacientes, éstos pueden suministrar datos que consideran útiles, y lo pueden hacer durante la terapia, o suministrando datos tiempo después de la terapia. La información del paciente resulta ser una fuente importante ya que es su experiencia. Debe tomarse en cuenta que hay aspectos del proceso que operan al margen de la

conciencia del paciente, pero no debemos desestimar lo que el paciente dice, sino más bien aprender a interpretar lo que paciente quiere decir (Díaz, 2000).

Cuando se trata de estudiar los factores terapéuticos del grupo, Fulkes (en Grinberg et al., 1957) menciona el de la socialización, donde el paciente se encuentra llevado de su aislamiento a una situación social a la que intenta adaptarse; le facilita esta tarea el sentir que ahí podrá expresarse libremente, en un clima de comprensión mutua, aunque Grinberg et al. (1957), no consideran el aspecto social como factor terapéutico, ya que la labor terapéutica residirá más bien a evitar que el grupo se aferre a dichas normas y las aproveche inconscientemente para no enfrentarse con sus problemas, derivados en su mayoría de las relaciones conflictivas con la gente.

Sin embargo, Grinberg et al. (1957), están de acuerdo con Fulkes, en la reacción de espejo que éste propone, pues determina que cada individuo pueda objetivar sus cosas, tomar conciencia de sus sentimientos profundos y darse cuenta de sus actitudes y formas de conducta, por el hecho de verse reflejado en los demás, que se logra a través de la intervención interpretativa del terapeuta. Por ello es de suma importancia, que los integrantes logren expresar sus conflictos y las angustias subyacentes a los mismos, en forma directa o indirecta.

Diferentes tipos de grupos utilizan distintos conjuntos de factores terapéuticos; además, a medida que evolucionan, entran en juego distintos grupos de factores, pero son básicamente tres fuerzas modificadoras las que influyen en los mecanismos terapéuticos existentes en cualquier grupo: *el tipo de grupo, la fase de terapia, y las diferencias individuales entre los pacientes* (Vinogradov & Yalom, 1996).

En cuanto al *tipo de grupo*, cuando estos son interactivos de larga duración para pacientes externos los factores más importantes son: el aprendizaje interpersonal, la catarsis, y la autocomprensión (Yalom, 1985). Por el contrario, los pacientes internos identifican más: infundir esperanza, factores existenciales de asunción de responsabilidad. Los grupos organizados de autoayuda o de apoyo especializado

son más operativos con factores como la universalidad, la orientación, el altruismo y la cohesión (Lieberman & Borman, 1979).

Los factores curativos también están en relación a la *fase de la terapia*. En las primeras fases de pacientes externos donde se establecen límites y se trata de mantener a los miembros, dominan factores como infundir esperanza, la orientación y la universalidad. El altruismo y la cohesión, se dan durante toda la duración de la terapia (Vinogradov & Yalom, 1996). Inicialmente la cohesión grupal se refleja en el apoyo y en la aceptación grupal, más adelante, facilita la autorrevelación, y más adelante, posibilita que los miembros examinen diversas tensiones, como enfrentamiento, conflicto, esenciales para el aprendizaje interpersonal (Butler & Fuhrman, 1980).

Respecto a las *diferencias individuales*, se observa que cada paciente tiene sus propias necesidades, estilo de personalidad, nivel de rendimiento, y psicopatología. Cada uno de ellos posee un conjunto de factores terapéuticos que le resulta beneficioso. Por ejemplo, los pacientes de mayor rendimiento, valoran más el aprendizaje interpersonal que los pacientes que funcionan en un nivel más bajo; o bien, los pacientes de menor rendimiento valoran el hecho de infundir esperanza, mientras que los pacientes de más alto rendimiento valoran la universalidad, el aprendizaje indirecto y el interpersonal como experiencias útiles.

Así mismo, el individuo pasivo y reprimido se beneficia de experimentar y expresar un fuerte afecto, como la catarsis, mientras que alguien que padece un descontrol de los impulsos se beneficia del autodomínio y de la estructura intelectual de la experiencia afectiva. Algunos pacientes necesitan desarrollar habilidades sociales muy básicas, mientras que otros se benefician de la identificación y del examen de cuestiones interpersonales mucho más sutiles (Vinogradov & Yalom, 1996).

A continuación se presentan los factores terapéuticos que propone Yalom:

3.1.1 INFUNDIR ESPERANZA

La fe en una modalidad de tratamiento es en sí terapéuticamente eficaz, tanto cuando el paciente tiene altas expectativas de ayuda como cuando el terapeuta cree en la eficacia del tratamiento (Goldstein, 1962; Bloch, Bond, Qualls, et al., 1976). Aunque infundir y mantener la esperanza es crucial en todas las psicoterapias, el escenario grupal desempeña un papel excepcional.

En todo grupo de terapia hay pacientes que mejoran, así como miembros que permanecen igual. Haber presenciado la mejoría experimentada por los demás, infunde esperanza respecto a la mejoría de cada paciente (Vinogradov & Yalom, 1996).

3.1.2 UNIVERSALIDAD

Muchos pacientes sienten una abrumadora sensación de aislamiento. Están convencidos de que su soledad o desdicha son únicas, de que sólo ellos tienen ciertos problemas o impulsos inaceptables. Tales personas están a menudo socialmente aisladas y gozan de pocas oportunidades de intercambio social franco y sincero. En un grupo de terapia, especialmente en las primeras fases, los pacientes experimentan una fuerte sensación de alivio cuando se dan cuenta de que no se encuentran solos con sus problemas (Vinogradov & Yalom, 1996).

Es decir, los pacientes experimentan un gran alivio cuando descubren que no están solos y que sus problemas son universales, por lo que los comparten otros miembros del grupo (Vinogradov & Yalom, 1996). Así, después de oír revelar a otros miembros preocupaciones similares a las suyas propias, los pacientes dan cuenta de una sensibilidad más en contacto con el mundo y describen el proceso como una experiencia de “bienvenido a la raza humana” (Yalom, 2000).

3.1.3 INFORMACIÓN PARTICIPADA

La transmisión de información tiene lugar en el seno de un grupo siempre que un terapeuta instruye didácticamente a los pacientes sobre el funcionamiento mental o físico, o siempre que el líder u otros miembros del grupo dan consejos u

orientación directa sobre problemas vitales. Muchos grupos de autoayuda animan a los miembros a intercambiar información. Los grupos especializados dirigidos a pacientes que sufren un trastorno médico o psicológico específico incorporan un componente didáctico, es decir, los líderes ofrecen instrucción explícita sobre la naturaleza de la enfermedad o sobre la situación vital del individuo (Vinogradov & Yalom, 1996).

Por otro lado, los consejos también están estimados en este factor terapéutico, el cual, a diferencia de la instrucción didáctica, se producen sin excepción en cualquier clase de grupo de terapia. En los grupos interactivos y dinámicos de terapia, ofrecer consejos forma invariablemente parte de la existencia inicial del grupo, aunque sólo tenga un valor limitado para los miembros (Vinogradov & Yalom, 1996).

3.1.4 ALTRUISMO

En todo grupo de terapia, los pacientes se ayudan entre sí, comparten problemas similares, se ofrecen mutuamente ayuda, sugerencias e *insights*, y se tranquilizan unos a otros. Para un paciente que inicia la terapia, que se siente desmoralizado y cree que no puede ofrecer nada de valor a nadie, la experiencia de ser útil a otros miembros del grupo puede resultar sorprendentemente gratificante, y es una de las razones por las cuales la terapia de grupo incrementa con tanta frecuencia la autoestima. El factor terapéutico del altruismo es exclusivo dentro de la terapia de grupo.

El acto altruista no sólo potencia la autoestima, sino que también distrae a los pacientes que malgastan gran parte de su energía psíquica en una obsesiva concentración en sí mismos. El paciente que se encuentra atrapado en cavilaciones sobre sus propias tribulaciones psicológicas se ve repentinamente obligado a ser útil a otra persona. Debido a su misma estructura, el grupo de terapia fomenta la ayuda a los demás y contrarresta el solipsismo (Vinogradov & Yalom, 1996). En este sentido, los pacientes reciben cuando dan, ya que descubren que pueden ser importantes para los demás, pues éstos representan el

mundo real, se puede contar con ellos por sus reacciones y sus réplicas espontáneas y auténticas (Yalom, 2000).

3.1.5 RECAPITULACIÓN CORRECTIVA DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

Muchos pacientes inician la terapia de grupo con una historia de experiencias sumamente insatisfactorias en el seno de su primero y más importante grupo: la familia primaria (Vinogradov & Yalom, 1996). El grupo terapéutico se parece a una familia en muchos aspectos: hay figuras parentales de autoridad, hermanos o iguales, profundas revelaciones personales, fuertes emociones, y una profunda intimidad, así como hostilidad y sentimientos de competencia (Yalom, 2000).

Gracias a que la terapia de grupo ofrece una selección de posibilidades de recapitulación tan amplia, los pacientes pueden empezar a interactuar con los líderes o con otros miembros, tal como interactuaron con sus padres y hermanos. Pueden darse relaciones con el líder como dependencia, desafío, desconfianza, siembra de divisiones, coaliciones, surgimiento del pacificador. Lo que es de suma importancia en la psicoterapia de grupo interactiva no es sólo que estas formas de conflictos familiares tempranos vuelvan a interpretarse, sino que se recapitulen de forma correctiva. El líder del grupo no debe permitir que estas relaciones que inhiben el crecimiento se congelen en el sistema rígido e impenetrable que caracteriza a muchas estructuras familiares. En su lugar, el líder debe examinar y cuestionar los roles fijos existentes en el grupo y alentar continuamente a los miembros para que prueben nuevos comportamientos (Vinogradov & Yalom, 1996).

3.1.6 DESARROLLO DE TÉCNICAS DE SOCIALIZACIÓN

El aprendizaje social o desarrollo de habilidades sociales básicas, es un factor terapéutico que opera en todos los grupos de psicoterapia, aunque la naturaleza de las habilidades que se enseñan y el carácter explícito del proceso varían ampliamente dependiendo del tipo de grupo. En algunos grupos, como los que preparan a los pacientes ingresados por mucho tiempo, para cuando sean dados de alta, se subraya explícitamente el desarrollo de las habilidades sociales. En los

grupos de mayor orientación interactiva, los pacientes profundizan en su comportamiento social inadaptativo a partir de feedback o retroalimentación que se ofrecen unos a otros (Vinogradov & Yalom, 1996).

3.1.7 CONDUCTA IMITATIVA

Durante la terapia de grupo, los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente que tiene problemas similares, un fenómeno llamado aprendizaje vicario. Un participante reprimido y tímido que observa cómo otro miembro del grupo experimenta con un comportamiento más extravertido y con un aspecto más atractivo, puede entonces experimentar a su vez de forma similar con nuevas maneras de arreglarse y de autopresentarse (Vinogradov & Yalom, 1996), es decir, el tímido observa al extrovertido, el desarreglado al atractivo, el solitario al expresivo, que recibe una retroalimentación positiva del grupo. Con la conducta imitativa el individuo experimenta una nueva conducta, lo cual a su vez puede iniciar una espiral adaptativa, e incluso darse cuenta de lo que no somos es un progreso hacia la determinación de lo que somos (Yalom, 2000).

3.1.8 CATARSIS

El dar rienda suelta a las emociones, es un factor terapéutico complejo que está asociado con otros procesos grupales, especialmente con la universalidad y la cohesión. Expresar las emociones en sí mismo, pocas veces promueve un cambio duradero en el paciente, aunque vaya acompañado de una sensación de alivio emocional. Lo que es de primordial importancia es compartir con los demás el propio mundo interior con el fin de ser aceptado en el grupo. Ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas, y aún así ser aceptado por los demás, es algo que pone en entredicho que seamos repugnantes o inaceptables, y que nadie pueda sentirse capaz de querernos.

La psicoterapia es, al mismo tiempo, una experiencia emocional y correctiva. Con el fin de que se produzca el cambio, el paciente, primero, tiene que experimentar algo con intensidad en el escenario grupal, y sufrir la sensación de catarsis que acompaña a dicha intensa experiencia emocional. Entonces, el paciente debe

proceder a integrar el suceso catártico a través de la comprensión de su significado, primero, en el contexto grupal, segundo, en el contexto de su vida exterior (Vinogradov & Yalom, 1996).

3.1.9 FACTORES EXISTENCIALES

Uno de los enfoques existenciales para comprender los problemas de los pacientes postula que la lucha primordial del ser humano es aquella que tiene lugar contra los hechos dados de la existencia: la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido (Yalom, 1980).

En el curso de la terapia, los miembros empiezan a darse cuenta de que la orientación y el apoyo que pueden recibir de los demás tienen un límite. Se dan cuenta de que es en ellos en quienes recae la responsabilidad final de la autonomía del grupo y de la forma en que deben vivir su vida. Aprenden que, aunque se puede estar cerca de los demás, existe, no obstante, una inevitable soledad, propia de la existencia. A medida que van aceptando algunas de estas cuestiones, aprenden a enfrentarse a sus limitaciones con mayor franqueza y valor. En la psicoterapia de grupo la relación sólida y confiada entre los miembros (en encuentro básico, íntimo), proporciona una presencia y un “estar con” frente a las duras realidades existenciales (Vinogradov & Yalom, 1996).

3.1.10 COHESIÓN GRUPAL

Es una de las características más complejas y absolutamente esenciales de una psicoterapia de grupo exitosa. La cohesión grupal se refiere al atractivo que los participantes ejercen sobre el grupo y sobre el resto de los miembros. Los miembros de un grupo cohesivo se aceptan y se apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas en el seno del grupo. La investigación indica que los grupos cohesivos logran mejores resultados terapéuticos (Budman, Soldz, & Demby, 1996). En la psicoterapia de grupo, es la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente la que cura; la cohesión es la versión paralela en el seno de la terapia de grupo, de dicha relación terapeuta-paciente. El comportamiento social exigido a los miembros para gozar de la estima de un grupo cohesivo,

también resultará adaptativo para el individuo en la vida social que mantiene fuera del grupo (Vinogradov & Yalom, 1996).

La cohesión grupal ofrece condiciones de aceptación y de comprensión. Los pacientes tienden a expresarse y examinarse a sí mismos, a tomar conciencia de aspectos de su propia persona que hasta entonces les resultaban inaceptables, a integrarlos, y a identificarse de una forma más profunda con los demás. La cohesión en un grupo favorece la autorrevelación, el riesgo y la expresión constructiva del enfrentamiento y del conflicto, todos ellos fenómenos que facilitan una psicoterapia exitosa. Los grupos muy cohesivos son grupos estables que disfrutan de mayor asistencia, compromiso y participación activa por parte de los pacientes, así como una renovación mínima de los miembros (Vinogradov & Yalom, 1996).

Este factor, se refiere a que los miembros experimenten cordialidad y consuelo en el grupo, que sientan que pertenecen a él, que valoren al grupo y que sientan, a su vez, que son valorados y aceptados y apoyados incondicionalmente por los otros miembros, y así mismo, constituye una precondition necesaria para que funcionen de forma óptima otros factores terapéuticos (Yalom, 2000).

3.1.11 APRENDIZAJE INTERPERSONAL

En la psicoterapia de grupo se proporciona a cada miembro un conjunto único de interacciones interpersonales que debe explorar. Con el paso del tiempo, empezaran automática e inevitablemente a exhibir en el grupo terapéutico su conducta interpersonal inadaptada (Yalom, 2000). Con la intención de definir y comprender la utilización del aprendizaje interpersonal en la terapia de grupo, debemos estudiar cuatro conceptos: a) la importancia de las relaciones interpersonales, b) la necesidad de experiencias emocionales correctivas para lograr el éxito de la psicoterapia, c) el grupo como microcosmos social, y d) el aprendizaje de los patrones de comportamiento en el microcosmos social.

a) La importancia de las relaciones interpersonales. Las relaciones interpersonales contribuyen no sólo al desarrollo de la personalidad, sino a la génesis de la psicopatología. Por tanto, las interacciones interpersonales pueden utilizarse en la terapia para comprender como tratar los trastornos psicológicos. Primeramente cabe destacar que la necesidad de aceptación interpersonal y de seguridad es tan crucial para la supervivencia del niño en desarrollo como cualquier necesidad biológica básica (Sullivan, 1938, en Vinogradov & Yalom, 1996). Para asegurar y promover tal aceptación interpersonal, el niño acentúa, en la fase de desarrollo, aquellos aspectos de su comportamiento que son aprobados o que logran los fines deseados, y suprime aquellos otros que engendran castigo o desaprobación.

Por tanto, la psicopatología surge cuando las interacciones con otras personas significativas provocan distorsiones fijas que persisten más allá del periodo de la confirmación original: distorsiones en la forma de percibir a los demás, en la forma de reaccionar ante diversas interacciones interpersonales. Además de esto, el terapeuta traduce síntomas psicológicos o psiquiátricos a un idioma interpersonal (Vinogradov & Yalom, 1996).

b) Experiencias emocionales correctivas. La terapia es una experiencia emocional correctiva. El trabajo terapéutico consiste en una secuencia alterna de experimentación y expresión de afecto, y por otro lado, de análisis y comprensión de dicho afecto. Franz Alexander introdujo el concepto de “*experiencia emocional correctiva*” en 1946, donde el paciente debe sufrir una experiencia emocional correctiva adecuada a la reparación de la influencia traumática de experiencias previas, para ayudarlo (Alexander & Franck, 1946).

El escenario grupal ofrece muchas más oportunidades para la génesis de experiencias emocionales correctivas. Para que las interacciones inherentes a un escenario grupal se traduzcan en experiencias emocionales correctivas, son necesarias dos condiciones: los miembros deben considerar al grupo lo suficientemente seguro y capaz de prestarles apoyo como para estar dispuestos a expresar las diferencias y tensiones básicas y, debe existir feedback y la

franqueza expresiva suficiente como para enfrentarse eficazmente a la realidad (Vinogradov & Yalom, 1996).

c) *El grupo como microcosmos social.* El grupo de terapia deviene un microcosmos social para cada uno de sus miembros, un microcosmos en el cual cada miembro puede, entonces, sufrir experiencias emocionales correctivas. Tarde o temprano empiezan a aflorar las tensiones y distorsiones interpersonales subyacentes de cada uno de los miembros. Cada persona del grupo empieza a interactuar con otros miembros de la misma manera en que lo hacen con otras personas fuera de él. Salen a la luz la competencia por atraer atención, la lucha por conseguir la dominación, y el status y las tensiones sexuales, así como las distorsiones estereotipadas sobre la extracción social y los valores.

En un grupo al que se alienta a desarrollarse libremente de un modo seguro y orientado hacia la interacción, casi no hay necesidad de que los miembros describan su pasado o informen sobre las dificultades actuales a las que se enfrentan en las relaciones que mantienen en la vida fuera del grupo. Los miembros individuales empiezan a exteriorizar sus problemas interpersonales específicos ante los ojos de todos los integrantes del grupo, y perpetúan sus distorsiones bajo la mirada colectiva de sus compañeros de grupo. Un grupo que interactúa libremente acaba por convertirse en el microcosmos social de cada uno de los miembros que integran dicho grupo (Vinogradov & Yalom, 1996).

d) *Aprendizaje de la conducta en el microcosmos social.* La psicopatología y la sintomatología surgen a partir de relaciones interpersonales inadaptadas y se perpetúan en ellas. Dado el suficiente tiempo, libertad y sensación de seguridad, el grupo de terapia se convierte en un microcosmos social, por lo que se produce una secuencia interpersonal regular: primero los miembros exhiben su patología o conducta inadaptada, después comparten observaciones descubriendo puntos débiles y distorsiones interpersonales, es decir, feedback y autoobservación.

Seguido de esto se comparten reacciones, donde cada uno de los miembros empieza a tener una imagen más objetiva de su propio comportamiento y el

impacto que éste tiene en los demás, por tanto también de su autoestima. Seguido de esto se da el sentido de responsabilidad de corregir las distorsiones interpersonales, así como el darse cuenta del propio poder de efectuar cambios. Cuanta mayor carga afectiva posean los acontecimientos, mayor será el potencial de cambio (Vinogradov & Yalom, 1996).

II. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

ANTECEDENTES CONTEXTUALES

El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, ubicado en calle Cofre de Perote s/n, Colonia Los Volcanes, Delegación Tlalpan, Ciudad de México, atiende a una población generalmente de esta colonia o lugares aledaños, como San Pedro Martí, La Joya, entre otras colonias.

Esta población proviene de un nivel socioeconómico mayoritariamente bajo que cuentan con carencias en los servicios públicos, viven en casas propias o rentadas, y muchos de éstos comparten casa entre varias familias en un mismo terreno.

La actividad más común es ser empleados, comerciantes, obreros, o trabajadoras domésticas, con salarios bajos y un alto índice de desempleo. Las principales problemáticas a las que se enfrenta el centro es la violencia intrafamiliar, drogadicción, alcoholismo, y embarazo no deseado, principalmente.

El centro Los Volcanes, surgió en el 2004 como iniciativa por parte del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur A.C. en colaboración con la Facultad de Psicología de la UNAM, para prestar sus servicios psicológicos en actividades preventivas, de evaluación, intervención e investigación así como dar solución a las necesidades de la población; sin embargo, no es suficiente para dar atención inmediata al gran número de pacientes.

Por lo anterior y dadas las características de la población y objetivos del centro, se propone la implementación de un grupo de admisión que pretende brindar un servicio más rápido y eficaz, ofreciendo los beneficios del trabajo grupal en este sector de la población.

JUSTIFICACIÓN

Debido al exceso de demanda psicológica en las instituciones, los largos periodos de tiempo que las personas deben esperar para ser atendidos y recibir consulta, es importante buscar nuevas formas innovadoras, creativas y breves, que den respuesta a esta problemática.

La saturación de las listas de espera generalmente sobrepasan las capacidades de las instituciones, como es el caso específicamente de las instituciones comunitarias. Por ello, es de suma importancia implementar una propuesta que ofrezca respuesta lo más pronto posible a las demandas de atención psicológica de la gente, evitando con esto la deserción, así como optimizar el tiempo del equipo institucional para dar servicio a más personas en menos tiempo.

Por lo anterior, la presente propuesta tiene la finalidad de ofrecer una alternativa creativa para implementarse en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, de la UNAM, donde se estaban dando propuestas con otras características como la atención individual, y por ello, esta alternativa tiene la finalidad de abordar la problemática expuesta de una manera diferente.

Dicha propuesta se deriva de los trabajos que se han elaborado sobre los grupos terapéuticos, como es el caso de los Grupos de Admisión. Una propuesta breve, que tiene la finalidad de recibir al paciente, llevar a cabo una evaluación, y posteriormente ofrecerle una alternativa de tratamiento, al mismo tiempo que comienza su proceso terapéutico.

Pese a que la literatura sobre la aplicación de los grupos de admisión no abunda, se pretende que la implementación de los mismos, ofrezca una alternativa innovadora en el Centro Comunitario que de la posibilidad de atender a más personas ofreciendo además, las ventajas del trabajo grupal.

Así pues, cabe mencionar que con esta propuesta se puede tratar a un elevado número de pacientes utilizando eficientemente el tiempo, el espacio, el personal, y los recursos institucionales.

PROPUESTA METODOLÓGICA

La presente propuesta tiene la finalidad de implementar un Grupo de Admisión dando respuesta a las necesidades de atención pronta y oportuna a quien lo solicita. Sin embargo, cabe mencionar que el presente grupo está basado en la propuesta de Campuzano (2004), pero adaptado a las necesidades del trabajo en el centro comunitario "Los Volcanes". Por ello, se propone aplicar un grupo de 6 sesiones, una cada semana, con duración de dos horas aproximadamente.

A pesar de que los Grupos de Admisión se manejan en 3 sesiones, se considera importante abordarlo en 6 sesiones, ya que los trabajos hechos anteriormente en Philadelphia (Campuzano, 2004), dan cuenta de que éste es un número adecuado que brinda la oportunidad de hacer trabajo de intervención.

Así mismo, cabe mencionar que esta propuesta obedece a necesidades de formación académica de los alumnos de la Especialización de Intervención Clínica de Adultos y Grupos, de la Facultad de Psicología, ya que esto ofrece la oportunidad de tener la experiencia sobre este tipo de trabajos; así, los beneficios son principalmente: la aproximación al trabajo terapéutico de grupo y lo que esto conlleva, de igual manera adquirir el adiestramiento necesario para su aplicación, la observación de los fenómenos grupales en escenarios reales, y relacionarse con la optimización de los recursos tanto terapéuticos como asistenciales.

Añadido a esto, se propone favorecer la aparición de los factores terapéuticos de Yalom, los cuales han sido estudiados sólo en los grupos terapéuticos de larga duración, ya que a pesar de que los grupos de admisión tienen orientación psicoanalítica y son breves, el surgimiento de los factores terapéuticos benefician a la mejoría de los asistentes de manera importante, como se pretende identificar en el presente trabajo.

Por otro lado, cabe destacar que dicha propuesta plantea la presencia de un Observador en el equipo de trabajo, que beneficie la labor terapéutica en diversos sentidos. Por un lado, apoyar al proceso mediante notas clínicas y comentarios posteriores a las sesiones de grupo, por otro lado, brindar la posibilidad de poner

atención sobre las cuestiones de contenido latente, y diversas transferencias y contratransferencias, es decir, supervisión interna.

Con todos estos elementos, la presente propuesta pretende optimizar el proceso del Grupo de Admisión, haciendo algunas modificaciones, e integrando otras para un mejor planteamiento de trabajo grupal.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el efecto de algunos factores terapéuticos en un grupo de admisión.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Implementar un Grupo de Admisión en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” con adultos de 30 a 40 años de edad.
- Estipular qué factores terapéuticos aparecen en un grupo de admisión.
- Establecer la relación entre la aparición de los factores terapéuticos y la mejoría de los pacientes.
- Conocer los cambios en las problemáticas de los pacientes en relación a sus conflictos iniciales y finales al grupo de admisión, a través de un pre y un postest.
- Dar atención oportuna a la demanda excesiva del Centro, mejorando la eficacia y disminuyendo la deserción.
- Atender a más pacientes en menos tiempo, optimizar los recursos terapéuticos y asistenciales.
- Iniciar el proceso terapéutico de los pacientes, exponiéndolos a las ventajas que ofrece el grupo terapéutico que no tiene la terapia individual.

- Promover la formación de los estudiantes del Programa Único de Especializaciones, Intervención Clínica en Adultos y Grupo, de la Facultad de Psicología de la UNAM.

PROPÓSITOS Y EXPECTATIVAS

Se espera que la implementación del grupo de admisión cumpla con los objetivos anteriormente señalados, y se alcancen los propósitos principales que son atención oportuna al paciente y optimización de los recursos asistenciales, logrando con esto al mismo tiempo, la evaluación y canalización adecuada a cada participante.

POBLACIÓN

La población a quien está enfocada la presente propuesta es a quienes asisten a pedir servicio al Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, de la UNAM.

Ésta es una población que en su mayoría maneja un nivel socioeconómico bajo, y que está dedicada al comercio debido al alto índice de desempleo, además de ser obreros, o en el caso de las mujeres trabajadoras domésticas, con sueldos bajos. Familias conformadas por varios integrantes, que comparten vivienda con otros familiares.

Pese a los esfuerzos del centro por dar un servicio rápido y eficiente, no ha sido posible dar atención rápida a las largas listas de espera, por este motivo, la propuesta de los grupos de admisión son idóneos dadas las características de esta población, donde se vislumbra que es óptima la aplicación de este tipo de grupos. Así mismo, se brinda el trabajo terapéutico grupal a la población comunitaria.

ESPACIO DE TRABAJO

Para llevar a cabo el presente programa, es necesaria la disposición de un cubículo en el Centro Comunitario, suficientemente amplio para el número de

pacientes, así como sillas suficientes para éstos dispuestas en círculo, permitiendo con ello, que los miembros se vean entre sí y la interacción sea más libre.

Cabe destacar también la importancia de contar con una sala de terapia bien ventilada e iluminada, así como aislar lo mejor posible el sonido del exterior, ya que cualquiera de estos puede ser un distractor.

Se considera la participación de un observador, y la toma de notas por parte del equipo terapéutico para recapitular las sesiones.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

FASE 1: PLANEACIÓN

Se plantea que este grupo de admisión cuente con una entrevista inicial individual de aproximadamente 30 minutos, para explorar motivo de consulta y antecedentes inmediatos al mismo; detectando, de primera mano, si son candidatos para el grupo.

En esta sesión se evalúan algunos aspectos como los recursos del paciente para el trabajo en grupo, así como su capacidad de juicio, sentido de la realidad, *insight*, es decir, analizabilidad, agrupalidad, motivación (Campuzano, 2004). Se le explicará al paciente las ventajas del trabajo en grupo para calmar la incertidumbre o angustia que generalmente provoca el grupo terapéutico.

Después de la selección, se llevarán a cabo 6 sesiones, una cada semana, de 1.30 a 2 hrs. de duración. Posteriormente al cabo de dichas sesiones, se tomarán decisiones con respecto a la derivación de cada uno, ya sea a terapia individual, familiar, taller, o canalización a alguna otra institución pública o privada, o incluso ser dado de alta. El grupo será llevado por un terapeuta, que contará con un observador quien apoyará el contenido latente del grupo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los motivos de inclusión se refieren a los criterios óptimos para el grupo:

- Tener entre 30 y 40 años de edad
- Sexo indistinto
- Disposición para el trabajo grupal
- Capacidad de juicio y sentido de la realidad
- Motivación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los motivos de exclusión están dados porque pueden provocar un efecto perjudicial sobre los demás participantes, y esto son:

- Trastornos psiquiátricos graves como psicosis, depresiones agudas, esquizofrenia
- Psicópatas, antisociales
- Rasgos paranoides
- Debilidad mental
- Daños cerebrales severos
- Drogadicción
- Conductas suicidas
- Conductas delictivas

FASE 2: DESARROLLO

SESIÓN 1

APERTURA. Se les da a los participantes la bienvenida al grupo, y el equipo de trabajo se presenta ante el grupo.

ENCUADRE. En la primera sesión es muy importante dar el encuadre, donde se fijan cuestiones como el horario, frecuencia, honorarios, lugar (Campuzano, 2004), y sobre los siguientes aspectos:

- Explicitar las características del grupo: que es de admisión, de duración limitada, 6 sesiones, una cada semana, durante una hora y media, a 2 horas aproximadamente, llevándose a cabo en el Centro “Los Volcanes”.
- Exponer el propósito del grupo de admisión, que es empezar a conocer los motivos de consulta de cada uno de los asistentes, trabajar sus conflictos, y establecer la indicación terapéutica más adecuada.
- Dar a conocer la modalidad de trabajo, que es a través de discusión libre en donde todos pueden intervenir y comentar sobre lo propio y sobre el material de los demás.
- Confidencialidad al exterior, honestidad, respeto y puntualidad, importancia de la asistencia.
- Participación activa, indispensable para llevar a cabo el trabajo grupal, ya que de ello depende el avance.

PRESENTACIÓN. Luego del encuadre, se inicia con la presentación de los participantes, mencionando su nombre y algo que les guste hacer, así como su motivo de consulta y sus expectativas.

APLICACIÓN DE INSTRUMENTO. Se les pide a los asistentes escriban cinco problemas, y describan cómo éstos les afectan, de mayor a menor en orden de importancia (pretest).

DESARROLLO. Durante la sesión se le pide a alguien que comience hablando de los motivos que lo traen al centro, y de los problemas que escribieron, así como la manera en que les afecta. Se requiere de la participación de cada miembro y se motiva a aquellos que no se animen a hablar. A partir del material expuesto, se va dando la sesión.

CIERRE. Cada quien se puede llevar algo de lo suyo a reflexionar, sobre lo visto en la sesión, para comentarlo la siguiente semana. Se les pide que nombren la sesión mediante una palabra o frase, con respecto a lo que ésta les pareció.

SESIÓN 2, 3 y 4

INICIO. Se inicia con lo que se quedó pendiente a reflexionar la sesión pasada, exhortando la participación de cada uno de los integrantes.

DESARROLLO. Se va llevando la sesión de acuerdo al material que expongan los pacientes, éstos expresan su opinión sobre la información de los demás, y lo que dicha problemática tiene que ver con ellos mismos.

Se dan señalamientos grupales e individuales, que apuntan a la comprensión de los problemas que los traen a consulta.

TERMINACIÓN. Se da cierre pidiéndoles a los integrantes nombren la sesión con alguna palabra significativa para cada uno de ellos.

SESIÓN 5

PREPARACIÓN PARA LA TERMINACIÓN DEL GRUPO

Esta es una sesión que se desarrolla como las anteriores; sin embargo, se les informa a los participantes que ésta es la penúltima sesión. A vísperas

para terminar el trabajo de grupo, es muy importante que se haga un cierre, por lo que se les pide reflexionen qué se llevan del trabajo en grupo, qué les deja cada uno de los integrantes, y qué aportaron al grupo. Todo esto para tratarlo la próxima sesión.

SESIÓN 6

FASE FINAL

Esta sesión es muy importante, ya que en ella se engloba todo lo visto a lo largo del trabajo en grupo, y se retoman los puntos más importantes, así como los objetivos del grupo. Se habla de lo que les dejó el grupo, qué les deja cada uno, qué le aportaron al grupo, así como las expectativas que tenían del mismo.

Se le devuelve a cada paciente su participación desde que llegaron hasta esta última sesión, se habla de los avances que obtuvieron tanto individual como grupalmente. Se les recuerdan los beneficios del trabajo en grupo, y el objetivo del grupo de admisión en específico, para pasar con esto, a informarles la derivación a cada miembro.

Se les agradece su asistencia, su participación y el reconocimiento de expresar su sentir a los otros, así como lo beneficioso que resulta esta apertura y retroalimentación de los demás. Se cierra con la palabra que representa lo que significó el grupo para cada uno.

APLICACIÓN DE INSTRUMENTO. Se les pide a los asistentes escriban cinco problemas de mayor a menor, y describan cómo éstos les afectan, de mayor a menor en orden de importancia (postest).

FASE 3: EVALUACIÓN

La evaluación se lleva a cabo a lo largo de las sesiones. Se evalúan los motivos de consulta de los participantes y las necesidades de los mismos al tratamiento

idóneo en cada caso a través del discurso y el material expuesto por los pacientes, a cargo del equipo terapéutico y de supervisión.

Así mismo, se aplica un pretest, donde los miembros del grupo enumerarán del 1 al 5 en orden de importancia sus principales problemáticas, donde 1 es el más importante y el 5 el menor, y cómo les afectan estos problemas. Aplicando el mismo al final del grupo de admisión (postest).

MATERIALES E INSTRUMENTOS

Los materiales necesarios para llevar a cabo este programa son hojas de papel y plumas para el test y postest, que se refiere a un cuestionario inicial y final.

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Se detecta el efecto de los factores terapéuticos en el grupo de admisión de manera cuantitativa-cualitativa, así como el análisis de los elementos manifiestos como latentes, interpretaciones, y análisis del proceso grupal de cada sesión.

Mediante la aplicación del pretest y postest donde los pacientes plasman sus problemáticas en orden de importancia, y sus argumentos, se relacionan los avances que presenta cada integrante al inicio y al final del grupo de admisión de acuerdo a cada caso, y su relación con la aparición de los factores terapéuticos.

III. RESULTADOS

A continuación se muestran las categorías que caracterizan al grupo. Posteriormente se presentan los dos apartados que conforman los resultados obtenidos en el Grupo de Admisión: *Proceso Grupal* y *Proceso Individual*, en el primero se presentan los datos sesión por sesión, y en el segundo los resultados de cada participante, encontrando los hallazgos siguientes* :

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO

El grupo se conformó por 7 participantes iniciales, 5 mujeres y 2 hombres. La edad va de los 31 a 40 años. Más de la mitad son divorciados o separados, y tienen de 1 a 4 hijos (Tabla 1).

Tabla 1
Características generales del grupo

NOMBRE	GÉNERO	EDAD	ESTADO CIVIL	No. DE HIJOS
KARLA	MUJER	31	Casada	2
HANNIA	MUJER	32	Divorciada	1
ILSE	MUJER	32	Separada	2
LIZETH	MUJER	33	Divorciada	1
LUCIO	HOMBRE	34	Casado	2
FERMÍN	HOMBRE	39	Casado	2
ELEONOR	MUJER	40	Divorciada	4

* Los nombres de los participantes han sido cambiados por cuestiones de confidencialidad; sin embargo, los datos son fidedignos.

El grupo estuvo compuesto por 5 mujeres y 2 hombres, como se muestra en la Figura 1.

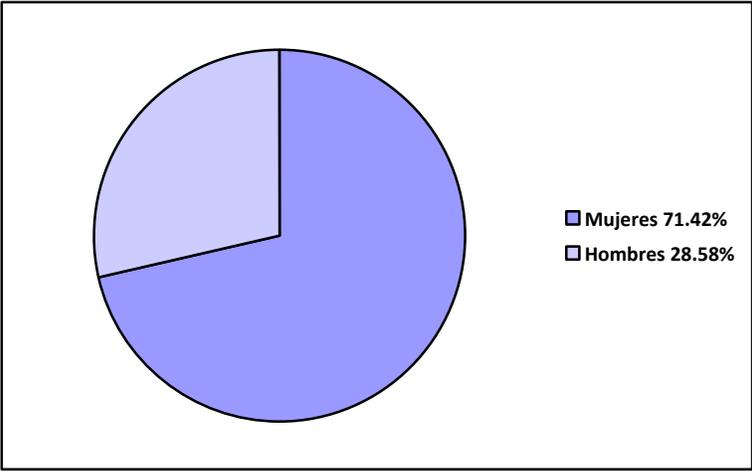


Figura 1. Características generales del grupo (Hombre/Mujer).

El grupo estuvo compuesto por 3 asistentes casados, 3 divorciados, y 1 separada (Figura 2).

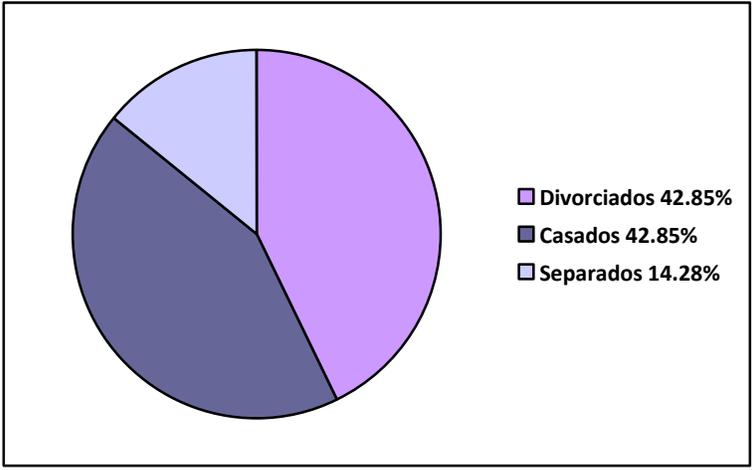


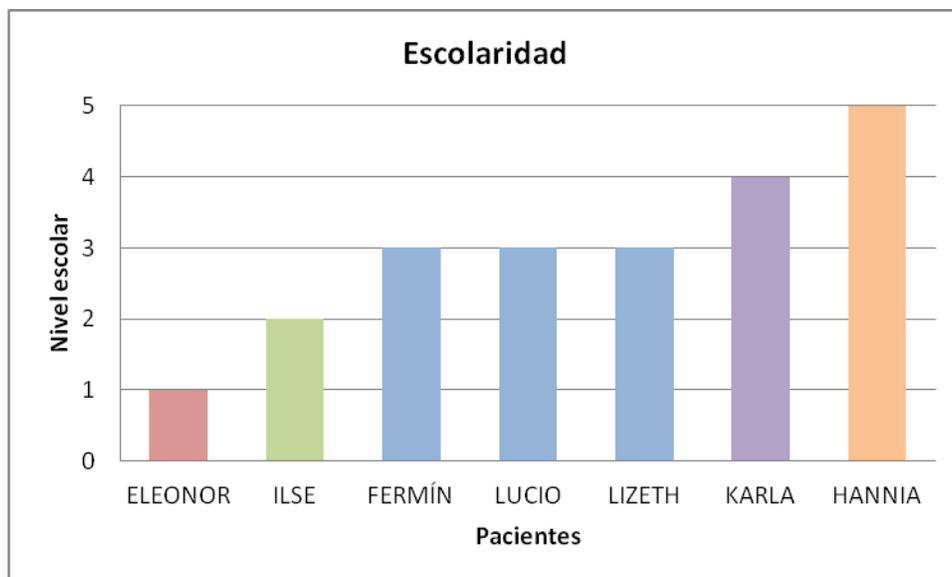
Figura 2. Características generales del grupo (estado civil).

La escolaridad de los asistentes varía encontrando estudios de primaria trunca, preparatoria, carrera técnica y licenciatura. La ocupación mayoritariamente es empleado y trabajo doméstico. Todos provienen de la colonia Volcanes o colonias aledañas, contando con un nivel socioeconómico medio y bajo (Tabla 2).

Tabla 2
Características específicas del grupo

NOMBRE	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	NIVEL SOCIO-ECONÓMICO
KARLA	Técnica	Enfermera	Bajo
HANNIA	Licenciatura	Empleada	Bajo
ILSE	Secundaria	Doméstica	Bajo
LIZETH	Preparatoria	Empleada	Medio
LUCIO	Preparatoria	Empleado	Bajo
FERMÍN	Preparatoria	Empleado	Medio
ELEONOR	Primaria trunca	Doméstica	Bajo

Los asistentes tenían diversos niveles de escolaridad, sólo una integrante contaba con Licenciatura, Hannia; Karla con carrera técnica; Lizeth, Lucio, y Fermín con preparatoria; Ilse con secundaria; y Eleonor con primaria (Figura 3).



Nivel escolar: **1**-Primaria **2**-Secundaria **3**-Preparatoria **4**-Técnica **5**-Licenciatura

Figura 3. Características generales del grupo (escolaridad).

A) PROCESO GRUPAL

ANÁLISIS CUALITATIVO

SESIÓN 1

HECHOS SIGNIFICATIVOS: Se llevó a cabo la primera sesión del Grupo de Admisión 10 minutos después de la hora acordada con la asistencia de 6 pacientes, no asistiendo una integrante por no tener con quién dejar a su hijo (8 años).

DISPOSICIÓN GRUPAL: La distribución de los asistentes se puede observar en la Figura 4.

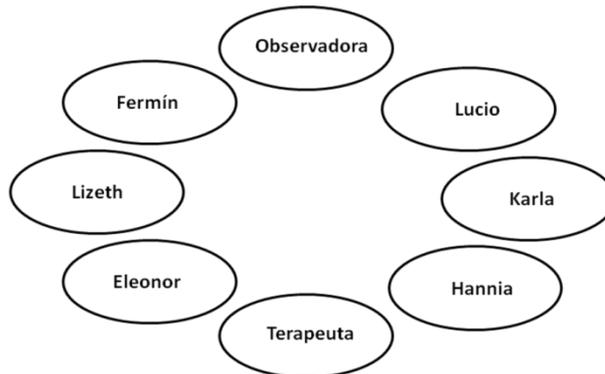


Figura 4. Disposición de lugares, sesión 1.

CONTENIDO MANIFIESTO: La sesión comenzó con la presentación del equipo terapéutico y los integrantes del grupo, estos últimos escribieron 5 problemas de mayor a menor donde exponen sus motivos de consulta y la manera en que éstos les afectan. Comparten al grupo lo que escribieron, y expresan sus expectativas del grupo. Finalizan poniendo nombre a la sesión de qué les pareció. Los temas en común son la poca habilidad en el manejo de las emociones, las dificultades en las relaciones interpersonales, familiares, y los celos.

Motivos de consulta:

Karla: desea aprender a manejar sus emociones (enojo), y las relaciones de familia, ya que no sabe poner un límite o decir “no”, lo que le trae problemas principalmente con su hijo adolescente, y su esposo.

Hannia: asiste para aprender a relacionarse con los demás, asegura que cada que inicia una relación “inesperadamente la dejan”. Afirma que es celosa y desconfiada y generalmente sus enojos los desquita con su hija.

Fermín: comenta no saber controlar su “comportamiento” e “inmadurez”, pues hace cosas “sin sentido” y se le va “la lengua” “fanfarroneando” en público cosas de su juventud que no siempre fueron ciertas, por lo que lastima a su esposa, además de ser celoso.

Lucio: quiere dejar su adicción al internet, y tener así más tiempo y comunicación con su familia, pues teme perder a su esposa e hijos si sigue así. Desea controlar sus celos con su esposa.

Eleonor asiste para tratar de llevarse bien con sus hijos pues tiene muchos problemas principalmente con su hijo adolescente, y manejar sus celos ya que su última pareja la dejó por esta causa.

Lizeth: afirma no tener problemas (bromea). Asiste porque la mandaron de un juzgado debido a un problema legal con su ex esposo (no comenta cuál). Añade que es poco tolerante, se desespera rápido principalmente con su hija pequeña.

DINÁMICA GRUPAL: La participación del grupo es activa, a pesar de la ansiedad que prevalece al principio. En general, hay cooperación y atención entre los participantes. El discurso va directo a los síntomas, a pesar de pedirles mencionar algo que les guste hacer.

ANÁLISIS DEL PROCESO GRUPAL:

- En general, desde el inicio hay cooperación y atención entre los participantes lo cual sugiere cohesión grupal.

- Karla se dirige hacia Fermín, volteando sólo esporádicamente hacia los demás y la terapeuta. Lo cual sucede poco después de que Fermín declarara le gusta ser el “centro de atención” argumentando: “es como si dijera yo voy a dirigir esto...”, tomando en cuenta que Karla afirma “se deja manipular por los demás”, por lo que posiblemente vea un líder en Fermín, donde se observa una transferencia lateral (Campuzano, 2004).
- Fermín intenta ser agradable en todo momento, hace bromas para hacer reír al grupo. Opina constantemente apoyando o asintiendo las participaciones de los demás. Reproduce en el grupo su necesidad de ser el centro de atención al que está acostumbrado, y buscar la aprobación y aceptación de los demás, así como una situación de privilegio (Kadis et al., 1969). Este participante describe con detalle obsesivo las conversaciones con otras personas, incidentes del exterior o del pasado, que suele tener poca relevancia grupal, mostrando con ello, elementos de rol de monopolizador (Vinogradov & Yalom, 1996).
- Por el contrario, Lizeth permanece en silencio sin participar en el proceso grupal, habla poco y al último, y cuida mucho su discurso, evade hablar de ella misma tratando cosas superficiales y alejando la atención de ella. Al parecer teme a la autorrevelación y/o a ser juzgada. Muestra gestos de desagrado cuando hablan los demás como cuando Lucio comenta “sentirse menos antes el compañero de trabajo de su esposa”. Se distrae observando el cubículo, bosteza, su tono de voz suena fingido. Todo lo anterior puede indicar que trata de conseguir sensación de dominio y control (Vinogradov & Yalom, 1996) ante un posible “yo” débil. Por momentos codea a Fermín buscando alianza con el monopolizador (Vinogradov & Yalom, 1996) posiblemente lo ve como un líder que la puede salvar de caer en situaciones difíciles (Kadis, et al., 1969).
- Fermín asegura que al venir “espera curarse y enfrentar todos sus problemas sin miedo”, por lo que pone la solución a sus problemas en el grupo, así como Eleonor al comentar que asiste para “que le ayuden a cambiar su forma de ser”, lo que permite observar el Supuesto Básico de Dependencia de Bion (Grinberg, et al., 1957).

Factores Terapéuticos: durante la primera sesión se presentan los factores terapéuticos de: *universalidad y cohesión grupal* (Yalom, 2000), (Figura 5).

Universalidad. Fermín comenta “la sesión fue de intercambio, de darse cuenta que varios tenemos los mismos problemas”, Lucio asegura “nuestros problemas se parecen”. Relacionando esto con Yalom, este autor postula que la universalidad es cuando el paciente se da cuenta de no ser el único con ese problema, pensamiento, impulso o fantasía inaceptable, y por lo tanto no son casos únicos, lo que ayuda a calmar la sensación de aislamiento debido a esta identificación mutua (Yalom, 2000).

Cohesión Grupal. Se da cuando se observa participación y atención en el grupo. Por su parte, Hannia asegura que la sesión le pareció un “desahogo, pero sobre todo sin temor a ser juzgada”, por lo que este factor terapéutico tiene que ver con la inclusividad sin enjuiciamiento. Los integrantes presentan una participación activa, se integran, hay confianza para abrirse al grupo y contar sus problemáticas, por lo que se da la comprensión empática. Yalom asegura que la universalidad tiene que ver con la cohesión, la cual se puede considerar más como una condición para la aparición de otros factores terapéuticos (Yalom, 1986).

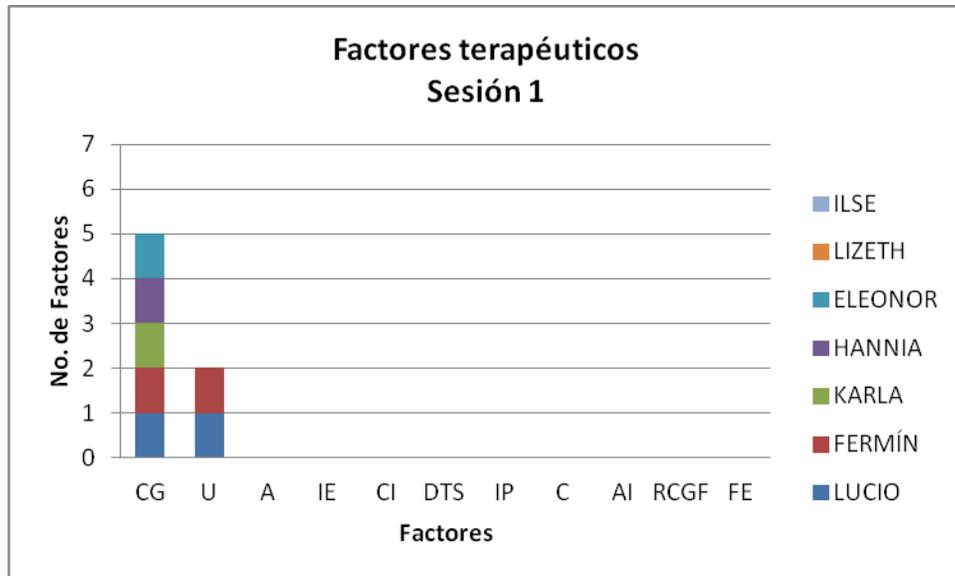


Figura 5. Factores terapéuticos presentes en la sesión 1.

Factores: **CG**: Cohesión Grupal, **U**: Universalidad, **A**: Altruismo, **IE**: Infundir Esperanza, **CI**: Conducta Imitativa, **DTS**: Desarrollo de Técnicas de Socialización, **IP**: Información Participada, **C**: Catarsis, **AI**: Aprendizaje Interpersonal, **RCGFP**: Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario, **FE**: Factores Existenciales.

En la Figura 5 se muestran los resultados de la sesión 1, donde Lucio, Fermín, Karla, Hannia y Eleonor dieron evidencia del Factor de Cohesión Grupal, y Lucio y Fermín de Universalidad.

SESIÓN 2

HECHOS SIGNIFICATIVOS: Por cuestiones administrativas se hizo cambio de cubículo, donde el espacio es más reducido por lo que los integrantes quedan un poco más cercanos. Se integra una nueva participante, Ilse, quien faltó la sesión pasada.

DISPOSICIÓN GRUPAL: La distribución de los asistentes se puede observar en la Figura 6.

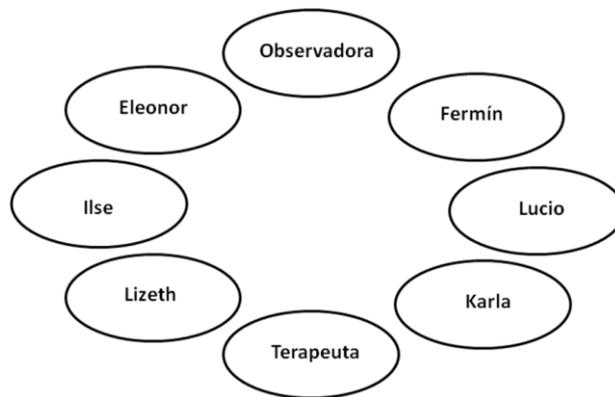


Figura 6. Disposición de lugares, sesión 2.

CONTENIDO MANIFIESTO: La segunda sesión se llevó a cabo con la asistencia de 6 integrantes, y la ausencia de Hannia, quien avisó no asistiría por no tener permiso en su trabajo. Se integra una nueva paciente, Ilse, que tiene como motivo de consulta la recién separación de su esposo, quien se fue de casa por tener otra relación. En esta sesión, el tema central versa sobre los problemas que los traen al centro y las cosas que han intentado para solucionarlos.

DINÁMICA GRUPAL: Ante la presencia de una nueva integrante el grupo se percibe un poco ansioso al inicio, pero con el paso de la sesión, tratan de integrarla.

ANÁLISIS DEL PROCESO GRUPAL:

- Eleonor, Karla, e Ilse, llegan 10 minutos antes de la sesión, y Fermín y Lucio puntuales. Estos integrantes intercambian comentarios en la sala de espera, (excepto Ilse quien es nueva integrante), lo cual puede indicar cohesión grupal.
- Se le pide al grupo se presenten con la nueva integrante y todos ríen nerviosos, al inicio se denota cierta ansiedad ante la presencia de dicha participante, ya que posiblemente la ven como amenaza para el grupo. Sin embargo, cuando se presenta, la recibe con agrado.
- Fermín suele sonreír o asentir cuando la terapeuta hace señalamientos a los demás integrantes, diciendo: “sí, exactamente”, “claro”, como una manera de mostrarse terapeuta asistente, quizá para congraciarse con la terapeuta y obtener apoyo para satisfacer sus propias necesidades de dependencia (Kadis, et al., 1969). El grupo le presta atención y se dirigen mayormente a él y la terapeuta cuando hablan.

Factores Terapéuticos: en esta segunda sesión, se observan los factores terapéuticos de: *cohesión grupal, desarrollo de técnicas de socialización, universalidad, conducta imitativa, información participada, catarsis, y altruismo* (Yalom, 2000), (Figura 7).

Cohesión Grupal. Eleonor, Karla, Fermín, y Lucio llegan antes de iniciarla sesión o puntuales, intercambian comentarios en la sala de espera, lo cual denota confianza entre ellos, y por tanto, cohesión grupal.

Desarrollo de Técnicas de Socialización. El mismo hecho de que Eleonor, Karla, Fermín y Lucio llegaran temprano e intercambiaran comentarios entre ellos, también puede indicar Desarrollo de técnicas de socialización, ya que este factor indica que el aprendizaje social, específicamente habilidades sociales básicas, es un factor que opera en todos los grupos de psicoterapia (Vinogradov & Yalom, 1996).

Universalidad. Este factor se da cuando Ilse afirma: “me sucede lo mismo que a Fermín, o sea lo hago (pedirle a su esposo que no la deja a pesar de la infidelidad de éste) porque tengo miedo de estar sola como él (Fermín). Siento que no voy a poder”, y añade: “y así como él dice, yo también tengo un dolor en mi pecho, me pasa igual”. Ilse se identifica con los problemas de Fermín y se sorprende encontrar a otras personas que sienten lo mismo que ella, por lo que se da cuenta de no ser la única con este problema, aliviando posiblemente con esto, el aislamiento como lo indica Yalom en este factor de la universalidad.

Lucio por su parte comparte: “la vez pasada que vine aquí y hablamos, agarré muchas experiencias tanto buenas como malas, y entonces también solucionas un poquito tus problemas porque al escuchar el de otras personas es donde dices: ah pues a mí también me está pasando parecido y estoy viendo a dónde está llegando él, entonces si yo todavía no he llegado a ese punto, pues bueno yo también lo puedo evitar”, y continúa: “muchas veces me doy cuenta que tal vez para mí mis problemas son tan enormes, y al darme cuenta y voltear a ver otras personas y al escucharlos, mi problema no es como el de otras personas. A veces yo tengo la solución y no la quiero hacer”. La universalidad indica que después de oír revelar a otros miembros preocupaciones similares a las suyas propias, los pacientes dan cuenta de una sensibilidad más en contacto con el mundo y describen el proceso como una experiencia de “bienvenido a la raza humana” (Yalom, 2000).

Conducta Imitativa. El argumento anterior de Lucio, donde asegura que se llevó las experiencias buenas y malas de los demás, asegurando “si yo todavía no he llegado a ese punto, lo puedo evitar...”, también da evidencia del factor de conducta imitativa, el cual indica que los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente que tiene problemas similares, es decir, aprendizaje vicario, donde los individuos se “prueban” los problemas de los demás, para después renuncian a ellos como inapropiados, lo que puede tener un impacto terapéutico, ya que al darse cuenta de lo que no son es un progreso hacia la determinación de lo que si son (Vinogradov & Yalom, 1996).

Información Participada. Este factor, donde se transfiere información, a menudo funciona como una fuerza inicial de cohesión grupal, hasta que se hagan operativos otros factores terapéuticos (Yalom, 2000). Al respecto, Fermín comparte con el grupo que estuvo diagnosticado con Trastorno de Ansiedad Generalizada hace tres años por el Instituto Nacional de Psiquiatría, y narra los síntomas y su experiencia al respecto: “sufría crisis de ansiedad, sentía como que me iba a morir, miedo. Empezaba a sudar, me ponía muy nervioso, decía: “sí, yo tengo algo, siento como que me va a dar un ataque al corazón”. Me duraba como una media hora, se me empezaban a dormir las manos, sudar, lo relacionaba con un paro cardíaco. En ocasiones yo iba a un hospital, he ido a cardiología, o un doctor general, les decía: “sabe qué, que tengo esto empiezo a sudar...”, entonces me checaban presión, corazón, “no pues estás bien”, me decían... ya en psiquiatría me dijeron que tenía Trastorno de Ansiedad Generalizada y fui a una terapia también era un grupo, entonces lo manejé y hasta la fecha ahorita de repente así empiezo, un poquito nervioso y eso, pero empiezo a hacer mis respiraciones”...

Catarsis. Se presentan elementos de este factor cuando Lizeth comenta leyó que “la tristeza” se disfraza de “furia”, al preguntarle “si ella está triste” responde “sí pero no quiero hablar de eso”. Llorar incontrolablemente. El grupo se queda en silencio. En este sentido, la expresión abierta de afecto es vital para el proceso terapéutico. La catarsis es considerada como parte del proceso por lo que debe ser completada por otros factores, sin embargo, suele dar una sensación de alivio emocional (Yalom, 2000).

Altruismo. Este factor se presenta cuando Fermín y Lucio ofrecen comprensión y consejos a Lizeth después de que esta participante llorara. En el altruismo se puede observar que los miembros son útiles entre sí en el proceso terapéutico del grupo, y comparten problemas similares con los demás, contando con las reacciones y réplicas espontáneas y auténticas al ofrecer apoyo, consuelo, sugerencia, comprensión, y consejo a los demás (Yalom, 2000).

Ante esto, Fermín asegura: “Yo también tenía temor a sacarlo como tú. Hay momentos que dices “ya no quiero ver esa realidad”, o sea eso es lo que me pasaba a mí, entonces sacar lo que traes te lo juro en verdad tú descansas totalmente, sientes una tranquilidad. En el grupo al que asistía, algunos no enfrentaban por temor a decirlo, o sea, como que a lo mejor me daba pena o no sé. Ese miedo hay que sacarlo porque si no, si nos afecta”..., “es tanta la carga que traes que va a llegar un momento dado que va a explotar, entonces yo siento que a lo mejor cuando tú decidas sacarlo, ahora sí que el beneficiado vas a ser tú, tú te vas a sentir más tranquila, sea malo sea bueno, lo que sea, porque si nos afecta eso, es como una carga que traemos, pero si hay terapias realmente para poder sacarlo como esta”.

Mientras que Lucio afirma: “Te lo digo como recomendación, si no quieres tú hablarlo ahorita aquí de frente con nosotros porque no te sientes segura, tienes miedo de empezar algo que te pueda dar pena, pues plátalo con una persona que le tengas toda la confianza y que piensas que te va a dar un consejo, y si quieres sacarlo también aquí con nosotros para que te desahogues y desestreses está bien”.

Eleonor aconseja a Ilse cuando ésta dice sentirse sola si su esposo se va, “¿por qué voy a sentir que me voy a quedar sola?, tengo a mis hijos. Lo que dijo la señora (Ilse) no es igual la pareja a los hijos ¿no?, pero no porque se quede sin él pues se le va a acabar el mundo, uno se debe dar su lugar, se debe dar a respetar, eso es lo que yo le aconsejo. Cuando me divorcié de mi marido no estaba acostumbrad a trabajar, pero en estos tres años, ya aprendí a trabajar, yo trabajo en lo que sea”.

Se puede observar que los integrantes dan su consejo desde su punto de vista, es decir, lo que tiene que ver con ellos mismos y sus problemáticas, desde sus distintos lugares identificados.

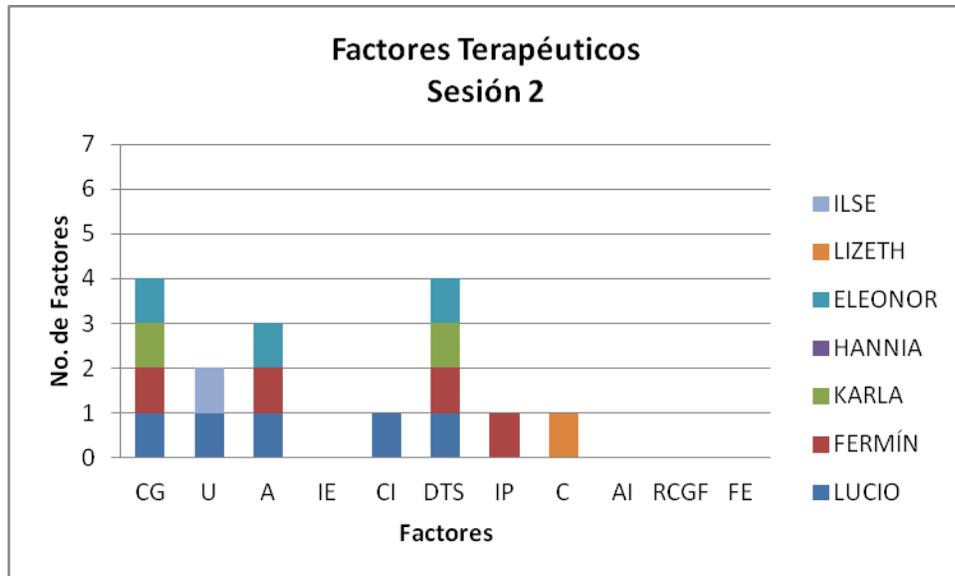


Figura 7. Factores terapéuticos presentes en la sesión 2.

Factores: **CG**: Cohesión Grupal, **U**: Universalidad, **A**: Altruismo, **IE**: Infundir Esperanza, **CI**: Conducta Imitativa, **DTS**: Desarrollo de Técnicas de Socialización, **IP**: Información Participada, **C**: Catarsis, **AI**: Aprendizaje Interpersonal, **RCGFP**: Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario, **FE**: Factores Existenciales.

En la Figura 7 se muestran los resultados de la sesión 2 donde Lucio, Fermín, Karla, y Eleonor, dieron evidencia de Cohesión Grupal; Lucio e Ilse de Universalidad; Lucio e Eleonor de Altruismo, Lucio de Conducta Imitativa; mientras que Fermín, Karla, Eleonor y Lucio de Desarrollo de técnicas de socialización, Fermín de Información Participada, y Lizeth de Catarsis.

SESIÓN 3

HECHOS SIGNIFICATIVOS: Lucio recibe constantes llamadas de teléfono al inicio, lo que distrae un poco la sesión, su hijo está enfermo, por lo que sale un par de veces del cubículo.

DISPOSICIÓN GRUPAL: La distribución de los asistentes se puede observar en la Figura 8.

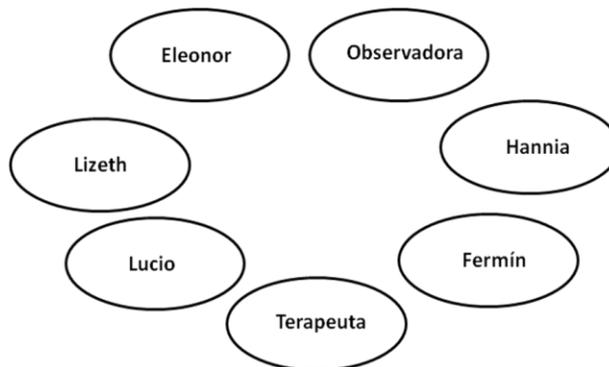


Figura 8. Disposición de lugares, sesión 3.

CONTENIDO MANIFIESTO: La sesión tuvo lugar con la presencia de 5 integrantes, no asistiendo Karla (por trabajo, avisó) e Ilse (no avisó). En esta tercera sesión se trataron temas como la dificultad de las relaciones de pareja con personas separadas y con hijos, así como la importancia del cambio, y la relación de cómo las cosas del pasado afectan en la manera de relacionarnos en el presente.

DINÁMICA GRUPAL: Los participantes interactúan más entre ellos, y comparten sus experiencias, identificándose con sus compañeros más que en las sesiones pasadas. En general, se denotan más risas entre los participantes que de costumbre, lo que podría indicar ansiedad.

ANÁLISIS DEL PROCESO GRUPAL:

- Lizeth suele reír muy fuerte cuando Fermín dice algo para hacer reír al grupo con lo que intenta desviar la atención hacia los demás y desviarla de ella misma. Se muestra aburrida cuando habla Lucio, quizá debido a su “poca

tolerancia”, ante un discurso muy detallado por parte de éste. Lizeth suele hablar superficialmente, ríe fuerte, denota angustia hablar de ella, mueve constantemente el pie, sobre todo cuando va a participar, mira hacia otros lados, podría ser debido a que considera “no tiene nada que ofrecer a los demás” (Kadis, et al., 1969). Cuando se le invita a compartir su sentir respecto a la sesión pasada se muestra incómoda, pretende mostrarse dura, se le nota dificultad hablar de ella; sin embargo, cambia de un tono de voz fingido a un tono normal al hablar de su papá, y respira profundo. Cuando comparte que “le tiene mucho rencor (a su papá) porque los alejó de su vida” y llora, el grupo guarda silencio y se muestra cohesivo.

Factores Terapéuticos: en esta tercera sesión, los factores terapéuticos que se muestran son: *cohesión grupal, universalidad, infundir esperanza, altruismo, conducta imitativa, y catarsis* (Yalom, 2000), (Figura 9).

Cohesión Grupal. Los participantes llegan puntuales, interactúan más entre ellos, y comparten sus experiencias, lo cual denota cierta confianza, y apoyo conjuntamente, elementos que nos indican cohesión grupal. De igual manera, al ponerle nombre a la sesión, Hannia comenta sentirse “comprendida”, “hay veces que no le puedes contar a nadie porque a lo mejor te juzgan, o todo lo que dices lo usan en tu contra, y aquí no”, que está relacionado con la cohesión grupal, sobre la inclusividad sin enjuiciamiento. Este factor indica que los miembros experimentan cordialidad y consuelo en el grupo, sienten que pertenecen a él, valoran al grupo y se sienten valorados, aceptados y apoyados incondicionalmente por los otros miembros (Yalom, 2000).

Así mismo, la cohesión está presente cuando Lizeth y Hannia lloran, por lo que el grupo guarda silencio, y las escuchan atentos.

Universalidad. Lizeth asegura entender a Hannia, ya que afirma “uno va perdiendo la confianza cuando cae en la misma situación constantemente de que sean infieles o que digan que son solteros, divorciados o separados, y no sea cierto”, asegura también que “los hombres no suelen tomar en serio a una mamá

soltera a quien consideran fracasada”. Fermín añade a la inversa, que “suelen criticar a los hombres solteros que andan con mujeres divorciadas y con hijos” como en su caso cuando tuvo una relación con una mujer separada. Eleonor opina que “eso mismo le pasó a ella con su expareja, que le criticaban a él que ella fuera divorciada, mayor que él y con hijos”. En la universalidad, los participantes se dan cuenta que no son casos únicos, lo que ayuda a calmar la sensación de aislamiento debido a esta identificación mutua (Yalom, 2000).

Infundir Esperanza. Lucio comenta que la situación con su esposa va “poco a poco”, trata de “poner de su parte para que las cosas estén mejor” como ya no revisarle el celular, ni pasar tanto tiempo en el internet, y “tranquilizarse con sus celos pues ve en los demás que no es bueno”, por ello, le comparte al grupo que “echándole ganas, pueden salir de sus problemas”. Este factor curativo sostiene que los participantes se sienten inspirados y surgen las expectativas por contacto con aquellos que han recorrido el mismo camino y han encontrado la vía del retorno (Yalom, 2000), pues Lucio comenta que ver a otros le ha servido a él.

Altruismo. Después de un silencio prolongado, Lizeth suspira, suelta en llanto y afirma “le tiene mucho rencor a su papá por dejarlos solos y sacarlos de su vida”, el grupo se queda en completo silencio. Esta vez, no se muestra ansiedad ante el llanto de Lizeth, por el contrario le brindan absoluta atención, escucha, comprensión y apoyo. El factor del altruismo indica que el simple hecho de haber estado presentes permitiendo el progreso de un integrante es el resultado de una favorecedora relación de apoyo y contención, como en esta ocasión. Así mismo, el hecho de hacer esto, los demás miembros también reciben cuando dan, lo que estimula su autoestima (Yalom, 2000).

Conducta Imitativa. Fermín observa a Lucio durante la sesión, ya que Lucio se presenta más arreglado que de costumbre. Esto apoya lo que se refiere al factor de conducta imitativa cuando un miembro del grupo experimenta nuevas maneras de comportarse, arreglarse o autopresentarse, es decir, el tímido observa al extrovertido, el desarreglado al atractivo, el solitario al expresivo, que recibe una retroalimentación positiva del grupo (Vinogradov & Yalom, 1996). Así como Lucio

cuando comenta trata de “tranquilizarse con sus celos pues ve en los demás que no es bueno”, lo que puede tener un impacto terapéutico pues hay un aprendizaje vicario (Vinogradov & Yalom, 1996).

Catarsis. Hannia comparte en el grupo que descubrió “su papá engaña a su mamá”, llora. Asegura que esto “le afecta más que el engaño que ella vivió” (razón por la cual se separó). La catarsis indica la importancia de compartir con los demás el propio mundo interior con el fin de ser aceptado en el grupo, es decir, ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas, y aún así ser aceptado por los demás, lo que pone entredicho que seamos inaceptables (Vinogradov & Yalom, 1996), como lo menciona Hannia en esta sesión al decir que se “siente comprendida, y no juzgada”.

De la misma manera, al preguntarle a Lizeth qué reflexionó de la sesión pasada que aceptó “sentirse triste”, asegura que “le llena de soledad, pues desde que se acuerda está sola y eso le afecta”, además que “cuando tenía 3 o 4 años sus papás se separaron, su mamá entró a trabajar, y su hermano (7 años mayor que ella) se iba a la escuela, por lo que se quedaba sola, no tenía amigos, y no vio a su papá más que en un par de ocasiones. Se da un silencio prolongado, suspira, suelta a llorar. Añade que “le tiene mucho rencor (a su papá) porque los dejó solos y los alejó así de su vida”, asegura “no sentirse importante para nadie, ni para sus papás, y le gustaría sentir que la quieren”. El grupo se muestra comprensivo.

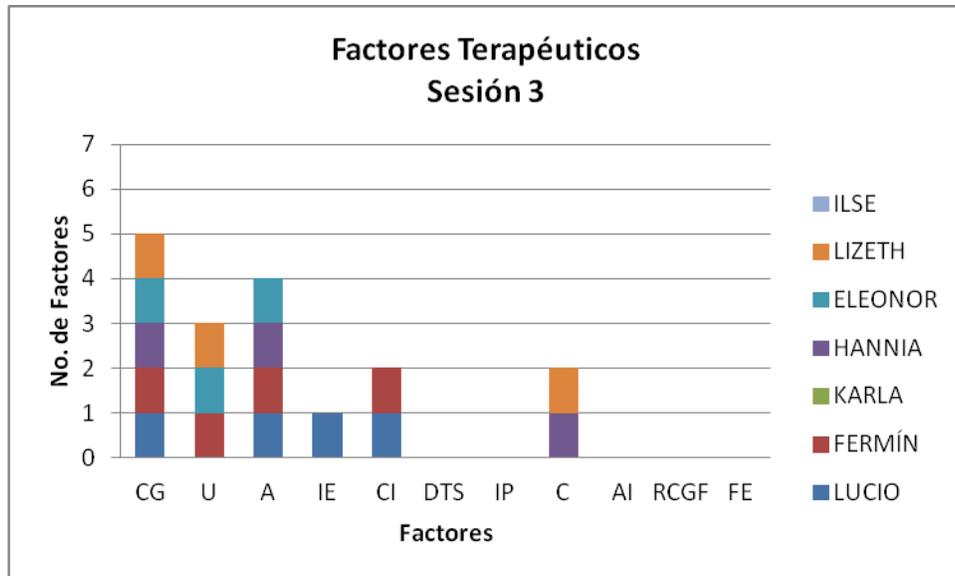


Figura 9. Factores terapéuticos presentes en la sesión 3.

Factores: **CG**: Cohesión Grupal, **U**: Universalidad, **A**: Altruismo, **IE**: Infundir Esperanza, **CI**: Conducta Imitativa, **DTS**: Desarrollo de Técnicas de Socialización, **IP**: Información Participada, **C**: Catarsis, **AI**: Aprendizaje Interpersonal, **RCGFP**: Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario, **FE**: Factores Existenciales.

En la Figura 9 se muestran los resultados de la sesión 3, donde Lucio, Fermín, Hannia, Eleonor y Lizeth, dieron evidencia de Cohesión Grupal; Fermín, Eleonor y Lizeth de Universalidad; Lucio, Fermín, Hannia, y Eleonor de Altruismo; Lucio de Infundir Esperanza, que junto con Fermín dieron evidencia de Conducta Imitativa; y Hannia y Lizeth de Catarsis.

SESIÓN 4

HECHOS SIGNIFICATIVOS: Ilse ya no asistirá. Se le llamó por teléfono y comentó que se cambió de casa fuera de la ciudad. Se le recomienda buscar un espacio terapéutico. Eleonor comenta que está enferma del estómago y tiene temperatura, por lo que se retira antes de terminar la sesión.

DISPOSICIÓN GRUPAL: La distribución de los asistentes se puede observar en la Figura 10.

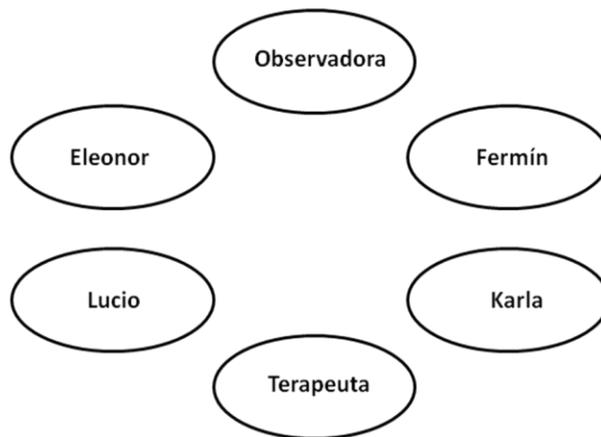


Figura 10. Disposición de lugares, sesión 4.

CONTENIDO MANIFIESTO: La cuarta sesión inició con la asistencia de 4 integrantes, no asistiendo Hannia, por no tener permiso en el trabajo, y Lizeth quien no avisó. En esta ocasión se abordó un tema que los integrantes tienen en común: los celos. El grupo intercambia puntos de vista desde dos perspectivas: del que cela y el que está siendo celado. También se habla del cuestionamiento de las personas exteriores acerca de la efectividad del trabajo terapéutico que están llevando a cabo.

DINÁMICA GRUPAL: La interacción entre los participantes es muy activa, se muestra confianza entre ellos, lo cual puede indicar cohesión grupal.

ANÁLISIS DEL PROCESO GRUPAL:

- Eleonor y Karla comentan que iban a faltar a esta sesión por estar enfermas. La primera del estómago y la segunda por infección vías urinarias. Podrían

estar somatizando por asistir a terapia, es decir, como un mecanismo de defensa, un medio para enfrentarse a la angustia anticipada (Kadis, et al., 1969), y posible resistencia al cambio.

- Fermín hace bromas al grupo, observa la reacción de los integrantes, se nota muy atento a la reacción de éstos, al parece busca aprobación y aceptación. En esta ocasión, se muestra agradable con Lucio en varias ocasiones, por ejemplo cuando Lucio comenta que “si su esposa no quiere estar con él, pues bye”, a manera de identificarse con Lucio, pues ésta es la misma posición que toma él.
- Los asistentes comparten sus experiencias y sus puntos de vista sobre los celos desde dos perspectivas, del que cela y el que es celado. Karla y Fermín principalmente, entablan una discusión al respecto cada uno desde su punto de vista, observando las contribuciones de cada miembro en términos de su disonancia y consonancia (Kadis, et al., 1969). Aparece la transferencia lateral de sus parejas a los integrantes del grupo, desde sus distintos lugares identificatorios (Campuzano 2004), así como la aparición del Supuesto Básico de Apareamiento de Bion, donde el grupo se centra en torno a una pareja y se crea alrededor de ella un clima emocional típico de expectativas y de esperanza, y donde el grupo delega en la pareja la función reparadora e integradora (Grinberg, et al., 1957). Cuando Karla pone nombre a la sesión Fermín y ella se miran y ríen, así mismo, Fermín suele repetir o afirmar lo que dice Karla, “claro”, “no es lo mismo es cierto”, etc., lo que podría denota alianza.

Factores Terapéuticos: en la cuarta sesión, los factores terapéuticos encontrados son: *universalidad, cohesión grupal, infundir esperanza, conducta imitativa, aprendizaje Interpersonal, altruismo, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, y desarrollo de técnicas de socialización* (Yalom, 2000), (Figura 11).

Universalidad. Karla, Fermín, y Lucio, comparten cómo les critican el trabajo terapéutico que están llevando a cabo, qué tanto les está ayudando asistir al centro. La universalidad deja ver que los participantes se dan cuenta que comparten los mismos problemas, y no son los únicos en esa situación, como cuando se habla del tema de los celos. A medida que los pacientes perciben su similitud con los otros y comparten sus preocupaciones más profundas, se benefician de la aceptación final por los otros miembros (Yalom, 2000).

Cohesión Grupal. Los participantes se integran, se escuchan, interactúan entre ellos, se abren al diálogo, se muestran en confianza, cordialidad, comprensión empática y aceptación, lo cual puede indicar cohesión grupal (Yalom, 1986).

Infundir Esperanza. Este factor se presenta cuando la esposa de Lucio le cuestiona si le sirve la terapia, él acepta que va porque “está mejorando con la terapia, y está yendo para ella, para sus hijos, y para él”, lo que comparten los demás asistentes. Además, Lucio añade que “hay que echarle ganas”. A Karla le cuestionan si le está sirviendo la terapia, “si voy a mi terapia es para bienestar mío, para saber cómo manejar mis emociones y los problemas, tengo confianza que sí puedo cambiar”, asegura. Mientras que Fermín contesta “desde que vengo estoy poniendo todo de mi parte para no hostigar a mi esposa, creo que si podemos estar bien”. Como se observa en este factor, los participantes se sienten inspirados y surgen las expectativas por contacto con aquellos que han recorrido el mismo camino (Yalom, 2000).

Conducta Imitativa. Se dan elementos de conducta imitativa cuando Lucio menciona que le hace falta dinero para acabar de construir los cuartos que está haciendo, añade que “ahorita que está hablando Fermín del negocio, hasta le dio la idea de poner uno y vender unas películas y música afuera de su casa, pues él sabe mucho de computadoras”. La conducta imitativa apoya la idea de que los pacientes se pueden modelar a sí mismos según aspectos de otros miembros del grupo, donde la imitación es una fuerza terapéutica efectiva (Yalom, 2000).

Aprendizaje Interpersonal. Se hace la observación del tema en común: los celos, donde los participantes pueden distinguir que se infunde “inseguridad” de los dos lados. Fermín añade “sí, estoy viendo la otra parte”, y continúa “a lo mejor la estoy regando, y esa inseguridad que siento es mía”. Los participantes aprenden la opinión de las dos perspectivas. Karla y Fermín entablan una discusión sobre ambas partes. El Aprendizaje interpersonal en el grupo como microcosmos social, indica que los miembros empezarán a ser ellos mismos, actuarán con los miembros del grupo igual que interactúan con otros en su esfera social, crearán en el grupo el mismo universo interpersonal que han habitado siempre (Yalom, 2000), como se observa en esta sesión.

Altruismo. Karla le pide a Fermín “deje de celar a su esposa como lo hace” y le externa su punto de vista. Fermín acepta el consejo. Cuando aparece este factor los integrantes se ofrecen apoyo, sugerencias y comprensión, compartiendo problemas similares con los demás, como en esta ocasión. Ya que en el altruismo, los miembros representan el mundo real, y se puede contar con ellos por sus reacciones y sus réplicas espontáneas y auténticas (Yalom, 2000).

Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario. La terapia de grupo ofrece una selección de posibilidades de recapitulación tan amplia, que los pacientes pueden empezar a interactuar con los líderes o con otros miembros, tal como interactuaron con sus padres y hermanos. En este sentido, pueden darse el surgimiento del pacificador (Vinogradov & Yalom, 1996), como se observa en Fermín cuando Lucio se muestra incómodo al hablar de su adicción y su esposa, por lo que Fermín interrumpe y habla sobre las personas que tienen “hasta dos celulares”, tratando de mediar la situación.

Desarrollo de Técnicas de Socialización. El aprendizaje social, específicamente habilidades sociales básicas, es un factor que opera en todos los grupos de psicoterapia (Vinogradov & Yalom, 1996), esto lo vemos cuando Fermín y Lucio se quedan platicando en el pasillo después de la sesión, sobre los posibles negocios que Lucio puede hacer para sacar más dinero.

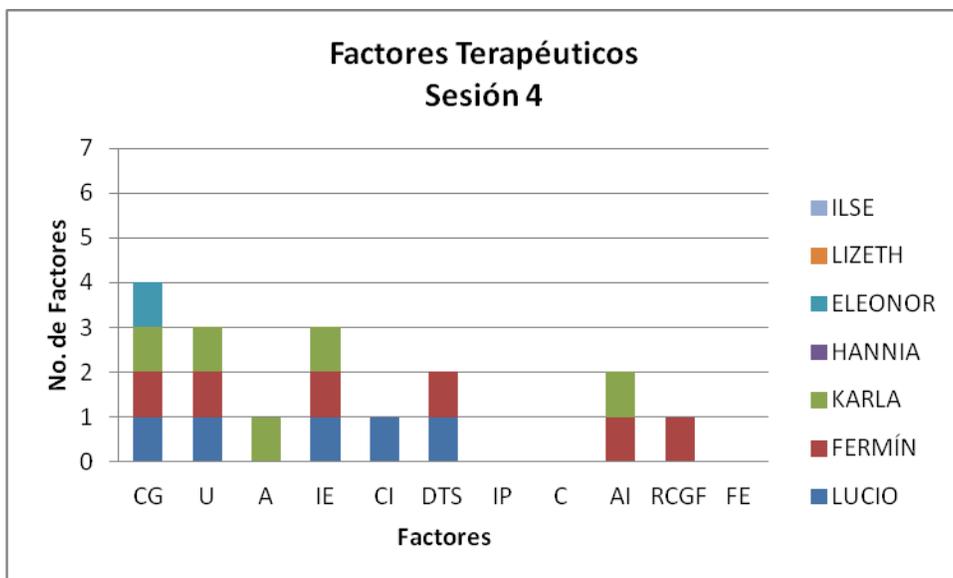


Figura 11. Factores terapéuticos presentes en la sesión 4.

Factores: **CG**: Cohesión Grupal, **U**: Universalidad, **A**: Altruismo, **IE**: Infundir Esperanza, **CI**: Conducta Imitativa, **DTS**: Desarrollo de Técnicas de Socialización, **IP**: Información Participada, **C**: Catarsis, **AI**: Aprendizaje Interpersonal, **RCGFP**: Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario, **FE**: Factores Existenciales.

En la Figura 11 se muestran los resultados de la sesión 4, donde Lucio, Fermín, Karla, y Eleonor, presentaron evidencia de Cohesión Grupal; Karla, Fermín y Lucio de Universalidad e Infundir Esperanza; Karla de Altruismo; Lucio de Conducta imitativa, y junto a Fermín Desarrollo de técnicas de socialización; Fermín y Karla de Aprendizaje interpersonal; y Fermín de Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.

SESIÓN 5

HECHOS SIGNIFICATIVOS: Faltaron tres asistentes que asistieron la sesión pasada.

DISPOSICIÓN GRUPAL: La distribución de los asistentes se puede observar en la Figura 12.

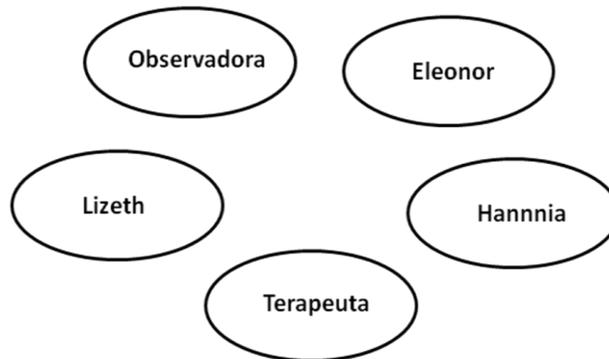


Figura 12. Disposición de lugares, sesión 5.

CONTENIDO MANIFIESTO: La quinta sesión tuvo la participación de los integrantes que faltaron la sesión pasada. En esta ocasión los temas centrales fueron la educación de los hijos, los estilos de crianza, el control hacia los demás, y el manejo de las emociones.

DINÁMICA GRUPAL: Los integrantes se muestran participativos, se integran, continúa la cohesión grupal. Los silencios juegan un papel importante en esta ocasión. Al parecer Eleonor presenta un silencio elaborativo, al igual que Hannnia quien con sus silencios se queda pensativa y reflexiva, mientras que Lizeth presenta silencios prolongados al parecer de angustia.

ANÁLISIS DEL PROCESO GRUPAL:

- Faltaron Fermín, Lucio y Karla, precisamente los asistentes de la sesión pasada. Es posible que estos miembros se tomaran tiempo para asimilar la información de la sesión anterior, y poder así elaborar e integrar lo visto a sus vidas cotidianas.

- Eleonor asegura que su hijo adolescente se cambió de trabajo y a ella le preocupa pues no lo puede tenerlo “vigilado”, además “no lo va a ayudar si le falta dinero”. Esta participante se centra constantemente en sus preocupaciones y no lo que piensa, o siente su hijo. Al principio, escucha poco y no acepta la opinión de los demás con facilidad pues se molesta cuando Hannia (quien también tiene una hija de 13 años) le pregunta “si sabe dónde está trabajando su hijo”. Sin embargo, con el paso de la sesión escucha más, como cuando Lizeth le aconseja que “lo deje hablar y no anteponerle lo que ella quiere”, y también cuando se le comenta que a la edad de 13 años su hijo debería estar estudiando. Por lo que nombra la sesión como “reflexionar” porque afirma que “se quedó pensando en lo que vio en la sesión”.
- Cuando Hannia comenta “no tener confianza en dejar ir a su hija a Querétaro con su papá porque está separado y no deja de ser un hombre”, Lizeth se reacomoda en su silla, cruza la pierna y cuando opina su tono de voz es fingido e infantil, se muestra desinteresada. Esto está relacionado a su situación, pues ella tiene un problema con su ex esposo y su hija que llegó a demanda legal. Así mismo, Lizeth ríe fuerte cuando Hannia comenta que “se da cuenta no es la única con la misma situación” (mirando a todos los asistentes); sin embargo, Lizeth dice “!ha! y me voltea a ver a mí” (ríe), tratando de hacer ver que el tema no tiene nada que ver con ella.
- Hannia se identifica con Eleonor cuando dice que “por sentirse sola le llamaba a su pareja o mandaba mensajes” y lo “buscaba y buscaba”, lo que ya no hace actualmente.

Factores Terapéuticos: los factores que se observan en esta quinta sesión, son: *cohesión grupal, altruismo, información participada, infundir esperanza, conducta imitativa, y universalidad*, (Yalom, 2000), (Figura 13).

Cohesión Grupal. Los integrantes se muestran participativos, se integran, continúa la cohesión grupal.

Altruismo. En este factor, los integrantes se ofrecen apoyo, consuelo, sugerencias y comprensión, aceptando las observaciones de otros miembros, pues éstos presentan réplicas auténticas y espontáneas (Yalom, 2000). Esto se da cuando Lizeth le aconseja a Eleonor escuche a su hijo y lo deje hablar “sentarse con él a platicar, en lugar de decirle “las cosas no son así, tú debes...”, sino platicarlo y preguntarle realmente qué quiere qué es lo que piensa y por qué está actuando así, a lo mejor trae algo por ahí y no sabe cómo sacarlo”. Así mismo, Lizeth asegura que quería decirle a Fermín “que no fuera así (celoso), porque su ex novio era muy celoso y su esposa se está alejando de él por eso, lo que quiebra la relación, pues no hay confianza, y añade quería comentarle que “a ella le pasaba eso y Fermín está en lo mismo, y ahora está viendo que su esposa lo va a dejar pues es porque hace comentarios, no es que le esté poniendo el cuerno, pero llega un momento en que harta”.

Información Participada. Este factor incluye la instrucción didáctica sobre salud mental, enfermedad mental, y las psicodinámicas generales dadas por el terapeuta, así como el consejo, las sugerencias, o la guía directa tanto la que proviene del terapeuta como la de otros pacientes (Yalom, 2000). Por ello, la terapeuta habla en el grupo sobre la enuresis que presenta la hija de 22 años de Eleonor, así como el estilo de crianza negligente, explicando los posibles problemas emocionales que pueden desencadenar la enuresis, así como las consecuencias de este estilo de crianza.

Infundir Esperanza. En este factor surgen las expectativas y la inspiración por contacto con aquellos que tienen, o han pasado una situación similar a la suya, así como considerar que la fe es un modo de tratamiento que puede ser efectiva terapéuticamente (Yalom, 2000). En este sentido Hannia tiene esperanza en la terapia, pues asegura que “ha pensado lo que ha visto en terapia, y eso le ha ayudado a estar más feliz consigo misma, al igual que con su hija las cosas están mejor”. También cuando se habla sobre su incertidumbre a estar sola, por ejemplo si su hija se casa un día “hay muchos que tienen la misma situación, y que no tienen la necesidad de estar con alguien, veo que si se puede”.

Conducta Imitativa. El comentario anterior de Hannia donde se da cuenta que “hay muchos que tienen la misma situación, y que no tienen la necesidad de estar con alguien”, muestra elementos de conducta imitativa, pues los integrantes se pueden modelara a sí mismos según aspectos de otros miembros del grupo, donde la imitación es una fuerza terapéutica efectiva (Yalom, 2000). Así mismo, cuando se le pide a Lizeth comparta lo que se lleva del grupo, asegura “es bueno ver que hay personas que les gusta abrirse, que no les interesa que a lo mejor sean juzgados, y no les importa qué dirán de ellos”, algo que ella está pensando constantemente, es decir, miedo a ser juzgada y por tanto no abrirse al grupo, por lo que esta integrante presenta elementos de este factor.

Universalidad. Debido al aislamiento algunas personas sienten ser los únicos con esos problemas, al darse cuenta que otros también los experimentan les brinda alivio (Yalom, 1986). En este sentido, Hannia asegura que desde que asiste al grupo “esto me ha servido porque igual me doy cuenta que no soy la única en la misma situación, hay muchos que tienen la misma situación”. Mientras que Lizeth comenta se dio cuenta “que no es la única con problemas, que todos tienen problemas, cada quien sabe lo que trae en su morralito”.

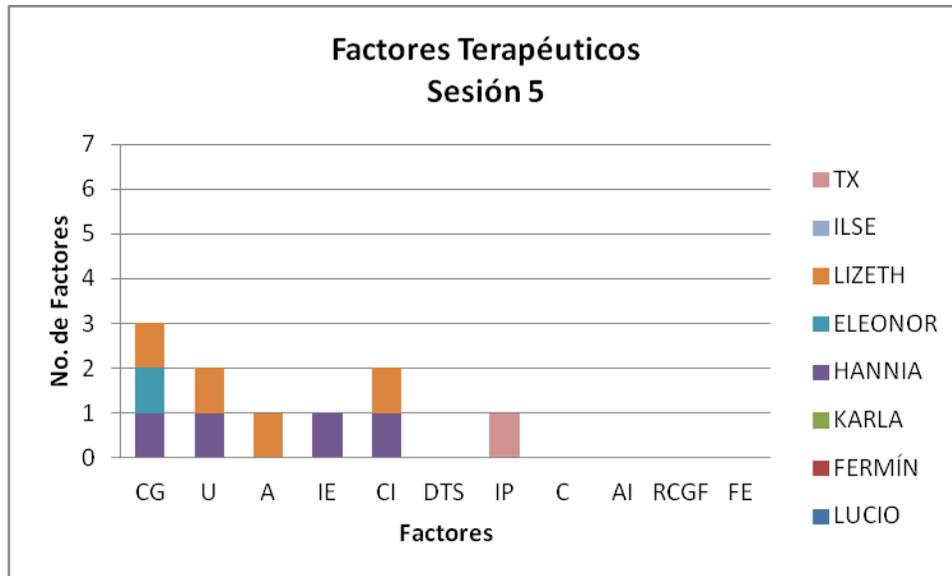


Figura 13. Factores terapéuticos presentes en la sesión 5.

Factores: **CG**: Cohesión Grupal, **U**: Universalidad, **A**: Altruismo, **IE**: Infundir Esperanza, **CI**: Conducta Imitativa, **DTS**: Desarrollo de Técnicas de Socialización, **IP**: Información Participada, **C**: Catarsis, **AI**: Aprendizaje Interpersonal, **RCGFP**: Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario, **FE**: Factores Existenciales.

En la Figura 13 se muestran los resultados de la sesión 5, donde Hannia, Eleonor y Lizeth presentaron evidencia de Cohesión Grupal; Hannia y Lizeth de Universalidad; Lizeth de Altruismo; Hannia de Infundir Esperanza, que junto con Lizeth muestran Conducta Imitativa; mientras que se presentó Información Participada por parte de la terapeuta.

SESIÓN 6

HECHOS SIGNIFICATIVOS: Es la última sesión del grupo y el cierre. Se da retroalimentación y canalización a los participantes. La sexta y última sesión se llevó a cabo con sólo una ausencia, Lizeth quien avisó la sesión pasada su posible inasistencia, por lo que se cerró parcialmente su proceso en la sesión anterior, y se le citó la próxima semana para la retroalimentación final. En esta sesión Fermín habla al final, algo que no había sucedido antes, interrumpe menos la sesión. En esta ocasión aguarda su turno a diferencia de las sesiones pasadas.

DISPOSICIÓN GRUPAL: La distribución de los asistentes se puede observar en la Figura 14.

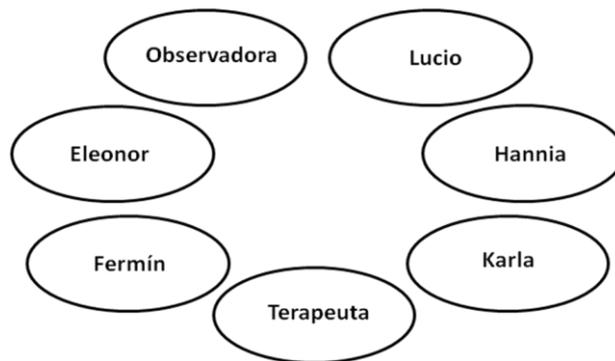


Figura 14. Disposición de lugares, sesión 6.

CONTENIDO MANIFIESTO: Es la sesión de cierre, se habla sobre lo que los asistentes trabajaron en el grupo, se comenta sobre qué les deja el grupo, qué le aportaron, qué se llevan y qué sabe de ellos mismos. Se da retroalimentación sobre el proceso de cada uno, y se canaliza a los pacientes al lugar correspondiente para cada caso. Los participantes escriben 5 problemas de mayor a menor, y la manera en que estos problemas les afectan ahora, como lo hicieron la primera sesión.

DINÁMICA GRUPAL: Se contó con intervenciones participativas, el grupo se muestra atento y no se dan interrupciones significativas como salidas, o llamadas de celular, guardan silencio, hay escucha activa, interés, empatía, lo que puede

indicar cohesión grupal, la cual se ha mantenido desde el principio del grupo. Se denota emotividad en el argumento de los integrantes por despedirse del grupo.

ANÁLISIS DEL PROCESO GRUPAL:

- Lizeth faltó a esta sexta sesión, posiblemente como resistencia a cerrar su proceso en presencia de los demás.
- Con Lucio se habla de la importancia de poner límites a los demás, en su caso a su mamá, independientemente de vivir con ella o no. Esto tiene resonancia en el grupo pues varios de los participantes tienen esta problemática en casa.
- Al preguntarle a los integrantes qué saben de ellos mismos ahora, Karla, Lucio, Hannia, y Eleonor repiten “¿qué sé ahora de mí?...”, “¿qué aprendí de mí?...”, “¿qué aporté?...”, etc. Se observa les cuesta trabajo hablar de ellos mismos y reflexionar sobre sus acciones. Sin embargo, encuentran cosas que aprendieron de ellos mismos.
- Fermín comenta Lizeth le recuerda a su hermana pues tienen “el mismo carácter” y “se guardan todo”, es posible que por esto Fermín se muestra comprensivo con Lizeth y le brinda consejos, por lo que Lizeth también ha mostrado inclinación hacia él, pues seguramente con ello calma su angustia, ya que Fermín se ha mostrado como monopolizador y Lizeth como integrante silenciosa (Vinogradov & Yalom, 1996).

Factores Terapéuticos: en la sexta sesión, los factores terapéuticos encontrados son: *cohesión grupal, aprendizaje interpersonal, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, conducta imitativa, altruismo, infundir esperanza, desarrollo de técnicas de socialización, y factores existenciales* (Yalom, 2000), (Figura 15).

Cohesión Grupal. Este factor terapéutico se ha venido dando a través de las sesiones, lo cual ha dado paso a otros factores terapéuticos. En esta sexta sesión, la cohesión sigue presente, pues los integrantes se muestran empáticos y emotivos en sus discursos, les cuesta menos trabajo hablar de ellos mismos frente a los demás. Como es bien sabido, en el factor terapéutico de cohesión, los

miembros se aceptan, se apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas en el seno del grupo. Además, el comportamiento social exigido a los miembros para gozar de la estima de un grupo cohesivo también resultará adaptativo para el individuo en la vida social que mantiene fuera del grupo.

La cohesión grupal ofrece condiciones de aceptación y de comprensión, por lo que los pacientes tienden a expresarse y examinarse a sí mismos, a tomar conciencia de aspectos de su propia persona que hasta entonces resultaba inaceptable, a integrarlos, y a identificarse de una forma más profunda con los demás. Los grupos cohesivos disfrutan de mayor asistencia, compromiso y participación de los integrantes, así como una renovación mínima de los miembros (Vinogradov & Yalom, 1996), como se aprecia en el presente grupo.

Aprendizaje Interpersonal. Karla comenta aprendió mucho del grupo, “visualizó mejor las cosas, tomó la fuerza y el valor de poner límites, respetarlos, tomar decisiones, no sentirse culpable, y sobre todo ver el otro lado de las cosas, con lo que ahora se siente plena”. Lucio asegura que se lleva “las experiencias de cada uno que puede aplicar en el futuro, por ejemplo de Karla pone límites, de Eleonor dar solución antes de llegar al punto en el que está ella con sus hijos, de Fermín de lo que puede hacer en el mismo problema de celos. Afirma el grupo le ha ayudado a ver soluciones que él puede implementar en su matrimonio, a través de ver como los demás solucionan sus problemas”.

Hannia afirma que “se lleva las experiencias de sus compañeros, de Fermín se refleja en los celos, y no es bueno estarse cuidando uno del otro, de Eleonor la importancia de tener comunicación con sus hijos desde pequeños, de Karla los límites a los padres, de Lizeth la fortaleza que ella quisiera tener, de Lucio su adicción a las computadoras para que su hija no tenga ese problema”.

Eleonor afirma que “aprendió muchas cosas en el grupo, como la convivencia o acercamiento que tienen los demás integrantes con sus hijos, algo que ella quisiera hacer con los suyos, así como darse cuenta que es incómodo ser celado, y quizá por ello ella ha alejado a sus parejas”. Fermín añade que el grupo “le deja

darse cuenta que si hostiga a su esposa y controla su tiempo no tendrá buenos resultados, y si su esposa tuviera amigos no debe ser malo”.

En este factor, el desplazamiento de la meta, desde el alivio del sufrimiento al cambio en el funcionamiento interpersonal, es un primer paso esencial en el proceso terapéutico dinámico. Las personas necesitan de otras personas para iniciar y continuar la supervivencia, por la socialización, y para la búsqueda de la satisfacción (Yalom, 2000).

Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario. Fermín presenta ciertos elementos de este factor al asegurar que Lizeth le recuerda a su hermana por el carácter, “mi hermana es igual, tiene un carácter así, que se guarda todo. De hecho en este momento tiene novio y anda un poquito más contenta, pero siempre ha sido como Lizeth”. Considera trae algo arrastrando de tiempo que se va guardando como Lizeth. Fermín asegura que “al conocer a Lizeth comprende un poco más a su hermana que le cuesta expresarse”. En este factor, estos patrones de comportamiento pueden representar la recapitulación de experiencias familiares tempranas. No es el hecho de que esto vuelva a interpretarse, sino que se recapitulen de forma correctiva, lo que alienta continuamente a los miembros a que prueben nuevos comportamientos (Vinogradov & Yalom, 1996).

Conducta Imitativa. Lucio afirma que de Karla se lleva su experiencia de “poner límites a su mamá, pues ella tenía miedo a decirle “hasta aquí”, pero ya lo está afrontando, y es lo que él también está haciendo con su familia, principalmente con su mamá”. También comenta que el grupo le ha ayudado a “ver soluciones que él puede implementar, viendo como los demás solucionan sus problemas”.

Hannia observa “el carácter fuerte” de Lizeth que “ella quisiera tener”. En este factor, los pacientes se pueden modelar a sí mismos según aspectos de otros miembros del grupo, así como del propio terapeuta. Es muy común beneficiarse de la observación de la terapia de otro paciente con una constelación problemática similar, y ayuda al individuo a experimentar una nueva conducta, lo que a su vez puede iniciar una espiral adaptativa (Yalom, 1986).

Altruismo. Lucio asegura que Lizeth “siempre estaba muy callada y nunca quiso sacar sus temores”, por lo que comenta “todo ahí, no le va a llevar a nada, que se tiene que desahogar para tomar experiencia”. En este factor los pacientes se ayudan mucho entre sí, comparten problemas similares, se ofrecen mutuamente ayuda, sugerencias e insight, y se tranquilizan unos a otros (Vinogradov & Yalom, 1996).

Infundir Esperanza. Lucio comenta haberle dejado al grupo “que hay alicientes para todos”. Infundir y mantener la esperanza es crucial en toda las psicoterapias, en el escenario grupal desempeña un papel excepcional. En general, haber presenciado la mejoría experimentada por los demás infunde gran esperanza respecto a su propia mejoría (Vinogradov & Yalom, 1996).

Desarrollo de Técnicas de Socialización. Las habilidades sociales básicas, factor que opera en todos los grupos de psicoterapia (Vinogradov & Yalom, 1996), han estado presentes durante este grupo de admisión, mostrando evidencia en esta última sesión al observar que los integrantes conversan desde la sala de espera, entran a la sesión platicando entre ellos, y se saludan con confianza. Cuando los asistentes ponen nombre a la sesión Hannia dice “amigos”, lo cual denota este desarrollo de habilidades sociales durante el grupo.

Factores Existenciales. Existe un profundo consuelo en la relación íntima con los compañeros de viaje de este mundo (Yalom, 2000); sin embargo, los miembros aprenden que hay límites para la orientación que pueden conseguir de los demás, aprenden que deben soportar la responsabilidad última por la autonomía de su grupo y de su vida, y aprenden a enfrentarse a sus limitaciones con mayor franqueza y valor en la autonomía (Vinogradov & Yalom, 1996).

En este sentido, en esta última sesión los argumentos de los participantes de cómo se sienten, los cambios que han presentado, y cómo los viven ahora, podría tener elementos de Factores existenciales, donde los asistentes comentan lo que han aprendido de ellos mismos y la responsabilidad que tienen sobre sus propias vidas. Así, Karla comenta que “ahora tiene la fuerza de poner límites, y sentirse

plena por poder tomar decisiones”. Lucio asegura “pasa más tiempo con sus hijos y no le da tanto tiempo al internet, pues ha aprendido a controlarse un poco más”. Hannia asegura que “se da cuenta que se refugia en los demás en vez de sacar lo que trae, por lo que reflexiona hay que conocerse primero y darse un espacio”. Eleonor ahora considera que “sus celos dependen de ella, y no de la pareja que tenga. Aprendió que puede estar sola y no es necesario estar con alguien para ser feliz, además que ahora toma decisiones”. Fermín asegura que “ya no se engancha en discusiones con su esposa”. De igual manera, añade que “hay que tomar decisiones y enfrentar las consecuencias, así como no depender de las personas y quererse uno mismo”.

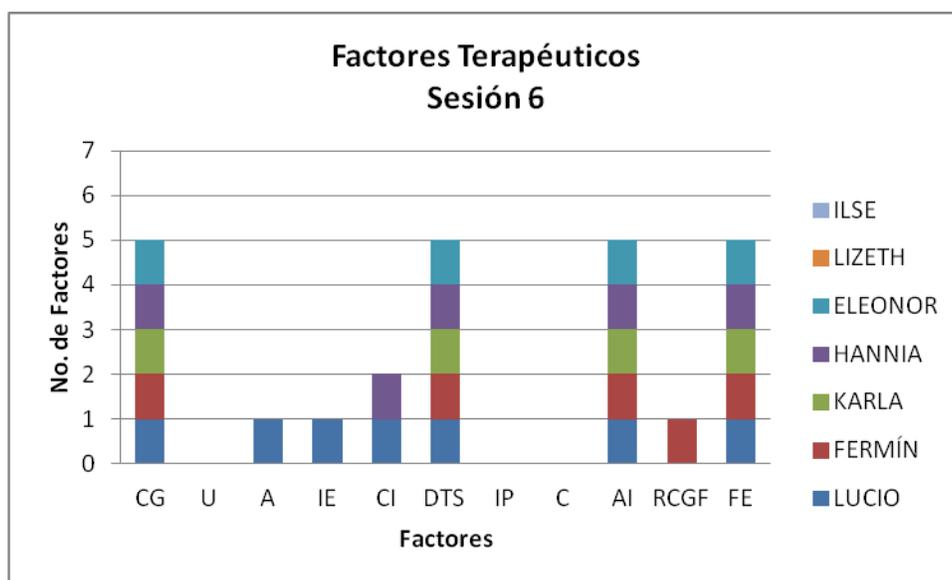


Figura 15. Factores terapéuticos presentes en la sesión 6.

Factores: **CG:** Cohesión Grupal, **U:** Universalidad, **A:** Altruismo, **IE:** Infundir Esperanza, **CI:** Conducta Imitativa, **DTS:** Desarrollo de Técnicas de Socialización, **IP:** Información Participada, **C:** Catarsis, **AI:** Aprendizaje Interpersonal, **RCGFP:** Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario, **FE:** Factores Existenciales.

En la Figura 15 se muestran los resultados de la sesión 6 y última, donde Lucio, Fermín, Karla, Hannia y Eleonor, dieron evidencia de Cohesión Grupal, Desarrollo de técnicas de socialización, Aprendizaje interpersonal y Factores Existenciales; Lucio de Altruismo, Infundir Esperanza, y junto a Hannia Conducta imitativa;

mientras que Fermín presentó elementos de Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

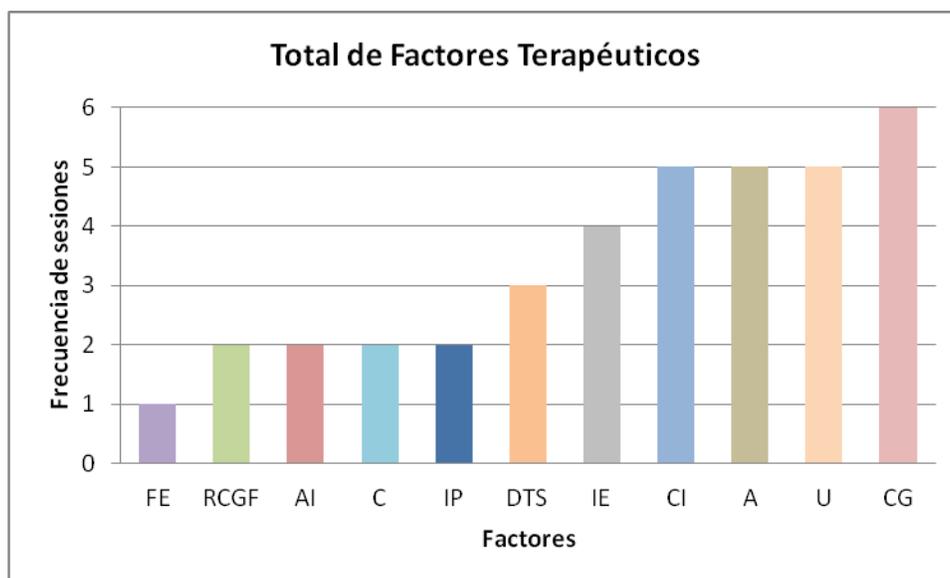


Figura 16. Factores terapéuticos durante el Grupo de Admisión.

Factores: **CG**: Cohesión Grupal, **U**: Universalidad, **A**: Altruismo, **CI**: Conducta Imitativa, **IE**: Infundir Esperanza, **DTS**: Desarrollo de Técnicas de Socialización, **IP**: Información Participada, **C**: Catarsis, **AI**: Aprendizaje Interpersonal, **RCGFP**: Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario, **FE**: Factores Existenciales.

En la Figura 16 se muestran los resultados finales, sobre los Factores Terapéuticos totales presentes en el Grupo de Admisión durante todas las sesiones, encontrando que Cohesión Grupal, Universalidad, Altruismo, y Conducta Imitativa se presentaron con mayor frecuencia, seguidos de Infundir Esperanza, Desarrollo de Técnicas de Socialización, con una ligera diferencia. Estos factores se mantuvieron durante las sesiones dando paso a otros factores como Información Participada, Catarsis, Aprendizaje Interpersonal, Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario, y Factores Existenciales, éste último se apreció cuando el proceso estaba más avanzado.

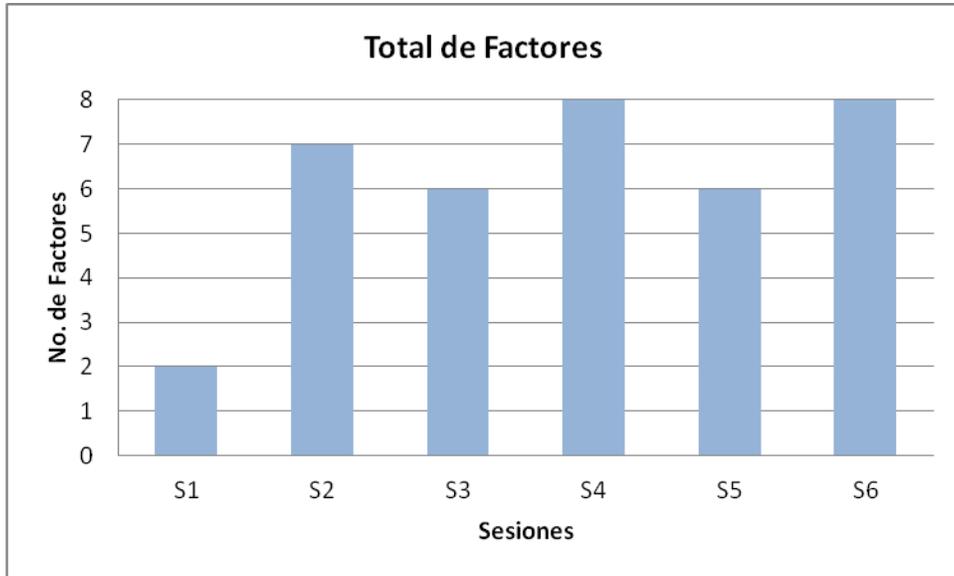


Figura 17. Número de Factores Terapéuticos en cada sesión.

En la Figura 17 se muestra el número de Factores Terapéuticos presentes en cada sesión, observándose el aumento de los mismos conforme pasaron las sesiones, aumentando de 2 hasta 8 factores, con oscilaciones entre sesiones debido al proceso terapéutico dinámico.

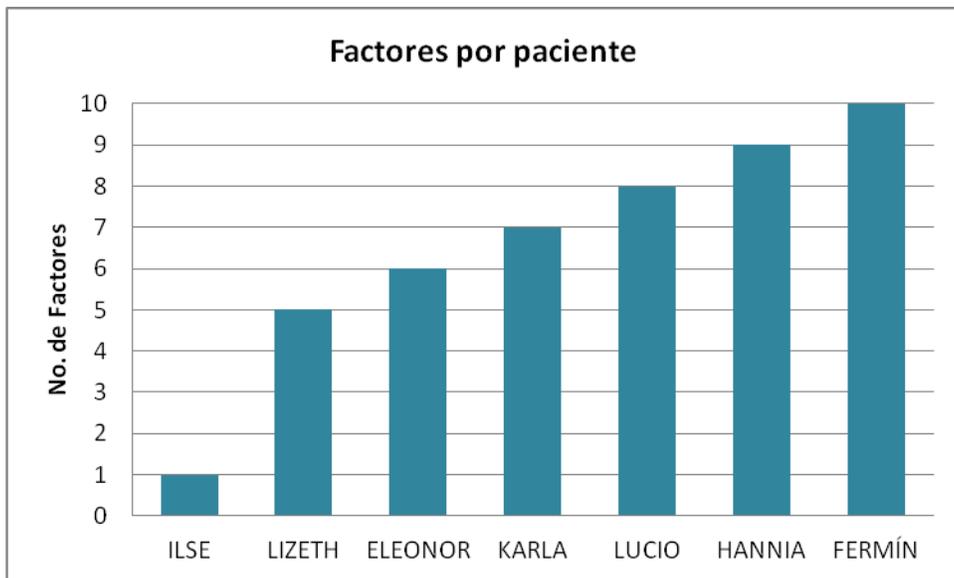


Figura 18. Número de Factores Terapéuticos por paciente.

En la Figura 18 se muestra el número de Factores Terapéuticos presentes en cada paciente, observándose el mayor número de factores en Fermín con 10 factores, Hannia con 9, Lucio con 8, seguidos de Karla con 7 factores, mientras que Eleonor con 6 factores, y Lizeth con 5 presentaron menor evidencia, igual que Ilse, con sólo un factor, pues asistió sólo a una sesión.

B) PROCESO INDIVIDUAL

ANÁLISIS CUALITATIVO

PACIENTE 1

FICHA TÉCNICA:

Nombre: Karla A.

Sexo: Femenino.

Edad: 31 años.

Estado civil: Casada.

Escolaridad: Técnica.

Ocupación: Enfermera.

FAMILIOGRAMA (Figura 19):

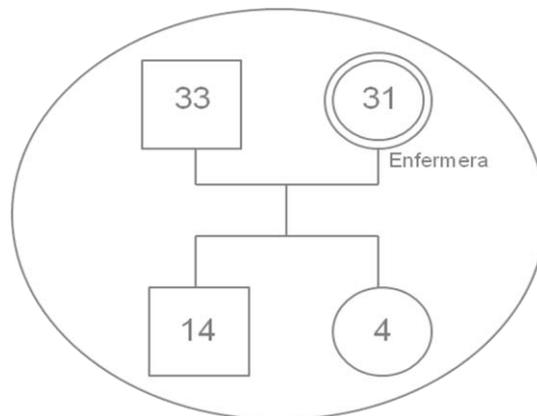


Figura 19. Familiograma Paciente 1.

MOTIVO DE CONSULTA: Karla acude al centro porque desea aprender a poner límites, principalmente a su hijo adolescente, quien considera “la maneja” pues le levanta los castigos antes de tiempo, lo que le trae muchos problemas con su esposo. Así mismo, también quiere poner límites y decir “no” a su familia, principalmente a su mamá quien “se enoja” si Karla no le hace un favor. Desea manejar sus emociones (enojo) y mejorar las relaciones de familia. Acude en este momento porque su hijo está entrando en la adolescencia y ella no sabe cómo ponerle límites, está reprobando muchas materias.

DIAGNÓSTICO: Karla tiene problemas con los límites pues es ella la primera en no respetarlos. Teme que su hijo adolescente tome un vicio, como el hermano de Karla, por lo que es permisiva con su hijo y le levanta los castigos antes de tiempo. Algo que tiene que ver con su propia adolescencia, y su relación con las figuras de autoridad. Le cuesta trabajo decir “no”, especialmente a su mamá pues le da culpa no hacer lo que ella le pide, y piense que no la quiere. Con estos elementos se puede observar que Karla tiene miedo de defraudar, ser rechazada, teme una evaluación negativa, por lo que suele dejarse llevar por los demás. No poner límites y sentirse “manejada” por su familia le causa frustración, por ello se siente generalmente enojada, molesta, y denota falta de seguridad en ella misma. Todo esto podría indicar codependencia, devaluación, sometimiento, y dependencia emocional.

PRETEST-POSTEST: Instrumento que consta de escribir cinco problemas de mayor a menor, en grado de importancia, donde 1 es el mayor y 5 el menor. Así como una explicación de cómo afectan al participante estos problemas (Tabla 3).

Tabla 3
Pretest y Postest de participante 1

PROBLEMAS INICIALES	PROBLEMAS FINALES
<p>1. No saber poner un límite.</p> <p>Me afecta porque estoy viendo como causan daño. Se dejan a la deriva cosas que son importantes para el bienestar y autorrealización. Veo que siguen haciéndolas y no pongo un alto. Me estoy encontrando con situaciones muy difíciles con mi hijo y siento que mi forma de manejarlas no son adecuadas ya que no sé poner límites, reglas y me lleva a tener problemas con mi familia.</p>	<p>1. Fatiga o pereza.</p> <p>Me afecta en el ambiente de mi casa ya que no estando bien yo, mi casa está horrible y me molesta verla sucia.</p>
<p>2. Manejar emociones (enojo).</p> <p>Me está costando demasiado el separar problemas y todo el tiempo estoy enojada y molesta con todos principalmente con mi familia.</p>	<p>2. Deslindar responsabilidades.</p> <p>En cuanto a actividades en casa, me afecta ya que no todo el desorden es hecho por mí. Y el ver cómo lo hacen si no me gusta prefiero hacerlo yo. Si sale mal me echan la culpa.</p>

3. No administrar los tiempos.

Me absorbe mucho tiempo el traslado de mi trabajo a mi casa y a veces mi niña me pide tiempo y no puedo por hacer quehacer en la casa.

4. Confianza.

Hay duda del cariño de mi pareja hacia mí que daña mi relación.

5. El no tener el valor de decir “no” en algunas cosas.

Siento que al no poder decir “no” en lo que no estoy de acuerdo, me causa problemas tanto con mi familia como en lo personal.

3. Tomar acuerdos con mi pareja y se respeten.

Me afecta ya que si tomé una decisión, y mi pareja la cambia, no me está respetando un límite y ya no se toma en serio mi decisión.

4. Reforzar un poco más los límites.

Va junto con los límites, si no hay acuerdos después ya no se respetan.

RESUMEN DEL PROCESO: Karla se presenta puntual a las sesiones de grupo. Su aspecto físico corresponde a su edad cronológica, usa generalmente pantalón y camisa o playera. El tono de su voz es suave. Hablaba generalmente al principio de las sesiones, es participativa, y suele tomar asiento a la derecha de la terapeuta, lo que podría indicar inclinación hacia la figura paterna. Al principio se dirigía a Fermín al hablar como un viable líder, lo que posiblemente le daba fuerza simbólica. Se relacionaba con los demás aunque se mostraba un poco tímida. Faltó a dos sesiones por una infección, posiblemente como una manera de somatizar lo que estaba trabajando en su proceso terapéutico.

Karla llegó al centro por no saber poner un límite y no poder decir “no”. Trabajó la importancia de respetar ella misma los límites para que los demás los respeten, y con ello darse un lugar ella misma, sentirse valiosa y respetada, por lo que al finalizar el grupo aseguró sentirse “más plena”. Trabajó también la culpa que le produce decirle “no” principalmente a su mamá, reflexionó que “no hacerle un favor no significa que la quiera menos”, además de no sentirse culpable por tomar decisiones, con lo que empezó a manejar su enojo. Se revisó su relación de pareja y la inseguridad que está presentando su esposo hacia ella, se denotó su capacidad de ponerle límites, los cuales puede extender hacia los demás.

Esta integrante muestra avances durante el grupo, respeta sus propios límites y si castiga a su hijo no le levanta el castigo antes de tiempo. Reflexiona que ser permisiva con él puede llevarlo a una adicción (como el hermano de Karla). Durante el proceso, habla con su mamá para exponerle su punto de vista y ponerle límites. Hay más comunicación en su familia, “visualiza mejor las cosas”, aprendió que tiene la fuerza de poner límites.

Tuvo participación en la aparición de los factores terapéuticos: Cohesión Grupal (sesiones 1, 2, 4, 6), Desarrollo de Técnicas de Socialización (sesiones 2, 6), Aprendizaje Interpersonal (sesiones 4, 6), Universalidad (sesión 4), Altruismo (sesión 4), Infundir Esperanza (sesión 4), y Factores Existenciales (sesión 6). Por lo tanto, se puede observar que Karla elaboró e integró lo visto en el grupo a su vida cotidiana.

En el pre y postest, sus problemas cambiaron de lugar e incluso disminuyeron. “*No saber poner un límite*” del número 1 en el pretest pasó al número 4 en el postest. Los problemas de “*no saber manejar su enojo*”, y “*no tener el valor de decir “no” en algunas cosas*” están relacionados estrechamente con los límites por lo que ya no aparecieron en el postest. La “*confianza*” en el pretest ya no apareció en el postest. “*La fatiga o pereza*”, “*deslindar responsabilidades*” (relacionado a “*no administrar tiempo*” en el pretest), “*tomar acuerdos con su pareja y se respeten*”, son los problemas que aparecen al final del grupo. Se observa que en el pretest Karla escribe sus problemas en negativo poniendo “no”, por ejemplo “no saber poner un límite”, “no administrar los tiempo”, “no tener el valor de decir no”, mientras que en el postest son expresados en positivo (Tabla 3).

DERIVACIÓN: Se sugiere que Karla siga trabajando la relación que tiene no poner límites a su hijo con su propia adolescencia, y su responsabilidad en el cumplimiento de las reglas, así como administrar y delegar tareas en su familia. Se le sugiere a Karla se tome un tiempo para asimilar y aplicar lo visto en el grupo, para continuar en su proceso terapéutico individual más adelante.

PACIENTE 2

FICHA TÉCNICA:

Nombre: Hannia S.

Sexo: Femenino.

Edad: 32 años.

Estado civil: Divorciada.

Escolaridad: Licenciatura.

Ocupación: Empleada tienda departamental.

FAMILIOGRAMA (Figura 20):

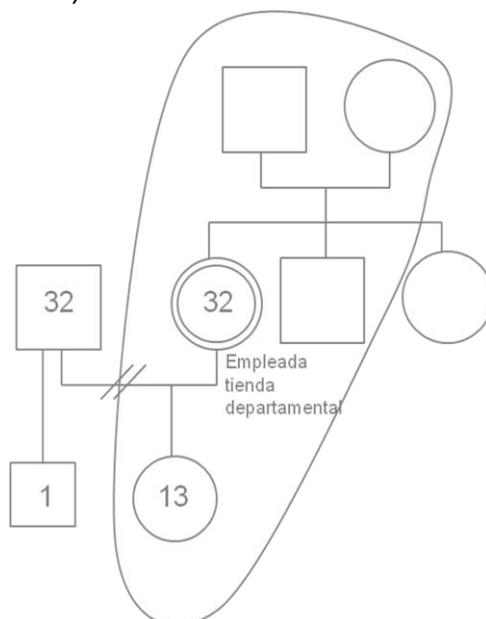


Figura 20. Famiograma Paciente 2.

MOTIVO DE CONSULTA: Hannia asiste al centro debido a que es “celosa y desconfiada”, cada que comienza una relación “la dejan” y no sabe por qué. Teme quedarse sola y no sabe decir “no” en la mayoría de las ocasiones. Desea aprender a comunicarse y relacionarse mejor con el sexo opuesto, y así mismo, mejorar la relación con su hija, ya que generalmente desquita en ella sus enojos. Acude ahora porque su última pareja le dijo sentirse “asfixiado” y quiere saber “en qué está mal”.

DIAGNÓSTICO: Hannia tiene problemas para establecer una relación sentimental sana ya que es “celosa y desconfiada”, lo que la hace mostrarse muy demandante queriendo ser el centro de atención y que los demás estén a su “disposición”, como si fueran sus “objetos”, por lo que muy probablemente desea tener el control en ellos debido a su miedo al abandono. Presenta una actitud impulsiva mediante recriminaciones que los demás pueden ver como falta de respeto, razón por la que muy probablemente suelen dejarla, experimentando sentimientos de abandono constantes. Desea tener pareja por su miedo a estar sola consigo misma, y por tanto, conocerse, por lo que hay rasgos de dependencia emocional y apego ansioso en su manera de relacionarse (patrón aprendido en la infancia), así como conductas infantiles regresivas, como angustia de separación. No saber decir “no” a los demás, viene de su necesidad de no ser rechazada y abandonada, por lo que hace “lo que sea” por cumplir lo que le piden, aunque esto signifique sacrificar tiempo con su hija, con quien suele desquitar su enojo.

PRETEST-POSTEST: (Tabla 4).

Tabla 4
Pretest y Postest de participante 2

PROBLEMAS INICIALES	PROBLEMAS FINALES
<p>1. Celos y desconfianza.</p> <p>Me afectan porque cuando empiezo una relación sentimental quiero la atención sólo para mí y que esté a mi disposición. Cuando lo veo platicando con otra persona me dan celos y empiezo a hacer historias en mi cabeza de engaño, que quizá él no piensa, pero no tengo confianza en él.</p>	<p>1. No decir que “no”.</p> <p>Me afectan porque tengo que aprender a que no soy una “súper mujer” para hacer todo lo que se me pide.</p>
<p>2. Falta de comunicación con personas del sexo opuesto.</p> <p>Cuando digo lo que pienso o me pasa dentro de esa relación, siempre usan esa información en contra de mí, lo que es contraproducente.</p>	<p>2. Temor a estar sola.</p> <p>Tengo miedo a estar sola porque no quiero o me niego a estar conmigo misma.</p>

3. Miedo a quedarme sola.

Tengo miedo de quedarme sola porque mi hija tiene 13 años, y quiero tener una pareja con quien platicar, quien me abrace, y me escuche lo que pienso y también cuidar de él.

4. Descuido de mi hija.

Eso mismo me afecta en mi comportamiento hacia mi hija, si estoy de malas con ella me desquito y si estoy de buenas la trato bien.

5. No decir “no” a los demás.

No decir no, porque si me piden un favor yo me las arreglo y lo hago aunque este de por medio alguna promesa que le haya hecho a mi hija, lo dejo para después, y eso no es correcto.

3. Comunicación con los demás.

Todo lo anterior me impide relacionarme sanamente con los demás.

4. Celos.

Aún me provoca celos, pero tengo que trabajar.

RESUMEN DEL PROCESO: Hannia se presenta puntual a las sesiones de grupo. Su aspecto físico corresponde a su edad cronológica, porta generalmente pantalones de vestir y camisas. El tono de su voz es muy suave y de bajo volumen, se muestra tímida. Sus participaciones varían, es de las primeras en hablar y a veces de las últimas. Suele sentarse uno o dos lugares a la derecha de la terapeuta, lo que podría estar relacionado con cierta inclinación paterna. No solía relacionarse con facilidad con los demás sobre todo al principio, pues se dirigía generalmente a la terapeuta, lo que puede indicar sumisión a la autoridad.

Hannia llegó al centro por “celos y desconfianza”, y descuidar a su hija. Esta participante dejó de sentirse juzgada por los demás, se abrió al grupo. Trabajó su participación en sus relaciones que tiene que ver con ella y con sus patrones de comportamiento aprendidos, su necesidad de atención y control, su miedo al abandono lo que la lleva a ser celosa y desconfiada, y por lo que posiblemente “la dejan”. Reflexionó la importancia de darse su tiempo, conocerse ella misma, “encontrarse, quererse, y darse sus espacios como pareja”, no decir “sí” a la primera. Recapacitó que su miedo a estar sola se debe a su miedo de estar con ella misma, por lo que se refugia en los demás en vez de “desahogarse”.

Durante el grupo Hannia mostró avances, comenzó a trabajar el valorarse a sí misma y dejar de “buscar e imponer” en las relaciones de parejas, reflexionando su miedo al abandono. Se acercó a su hija, convivió más con ella, y descubrió que su hija “la admira”. Deliberó sobre la relación con su papá, “si él está cometiendo errores, son los errores de su papá, y no son hacia ella”, por lo que comenzó a separar los problemas de sus papás de ella como hija. Repensó su papel de hija y de madre, y se acercó más a su mamá, de quien se ha sentido “abandonada por mucho tiempo”.

Los factores terapéuticos en los que Hannia tuvo participación fueron: Cohesión Grupal (sesiones 1, 3, 5, 6), Conducta Imitativa (sesiones 5, 6), Altruismo, y Catarsis (sesión 3), Universalidad, e Infundir Esperanza (sesión 5), Desarrollo de Técnicas de Socialización, Aprendizaje Interpersonal, y Factores Existenciales (sesión 6). Por lo tanto, se puede observar que Hannia elaboró y reflexionó lo visto en el grupo, e inició a integrarlo a su vida cotidiana.

De acuerdo al pre y postest, los problemas de Hannia cambiaron en orden de importancia, así como también disminuyeron. Los “*celos y desconfianza*” pasó del lugar 1 en el pretest al lugar 4 en el postest. La “*falta de comunicación con personas del sexo opuesto*” cambió de lugar disminuyendo un nivel en el postest cambiando a “*comunicación con los demás*”. Hannia trabajó el problema de “*descuidar a su hija*” por lo que ya no apareció en el postest. “*Miedo a quedarse sola*” y “*no decir ‘no’ a los demás*” subieron de nivel de importancia en el postest, debido posiblemente a haber mejorado en los principales problemas del pretest (Tabla 4).

DERIVACIÓN:

Se sugiere que Hannia siga trabajando su miedo al abandono, y lo que hace inconscientemente para alejar a los demás. Igualmente, es importante continúe trabajando la relación con sus papás, y la repercusión que tiene esto en sus relaciones sentimentales actuales, por lo que se deriva a Hannia a continuar su proceso terapéutico individual.

PACIENTE 3

FICHA TÉCNICA:

Nombre: Fermín G.

Sexo: Masculino.

Edad: 39 años.

Estado civil: Casado.

Escolaridad: Preparatoria.

Ocupación: Negocio propio de decoración de hogar.

FAMILIOGRAMA (Figura 21):

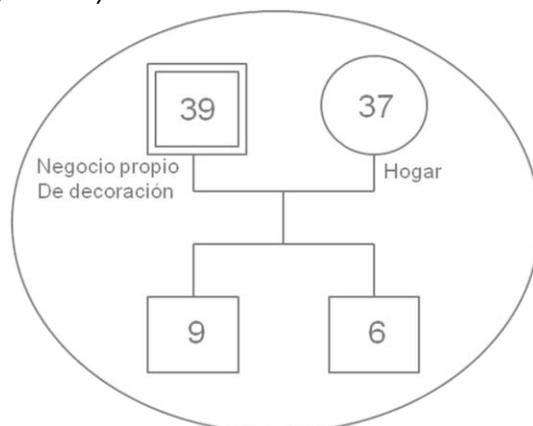


Figura 21. Famiograma Paciente 3.

MOTIVO DE CONSULTA: Fermín asiste al centro por no saber controlar su "comportamiento e inmadurez", pues "fanfarronea" en público sobre su pasado, lo que le causa problemas con su esposa pues con esta actitud "la lastima". Teme quedarse solo pues es muy celoso, considera es inseguro y desconfiado, por lo que desea enfrentar sus problemas "sin miedo", así como saber expresarse con su familia ya que considera emocionalmente no está bien. Acude ahora porque desde hace un par de meses las discusiones con su esposa se han incrementado, pese a que no tiene elementos, piensa constantemente que su esposa lo engaña.

DIAGNÓSTICO: Fermín suele hablar del pasado y “fanfarronear”, diciendo que en su juventud tuvo las “mejores chicas y se divertía mucho” (aunque esto no siempre haya sido cierto), por lo que al hablar de ello muestra una necesidad de admiración, aceptación, atención, reconocimiento. Constantemente se refiere a una relación conflictiva que tuvo en el pasado a quien considera “el amor de su vida”, por lo que quiere reproducir esa relación conflictiva en el presente con su esposa a través de sus celos, pues a pesar de no tener elementos para ello (visión distorsionada de la realidad), sospecha que su esposa lo engaña por lo que suele ser destructivo para la relación, elementos de celotipia.

Suele lastimar a su esposa con sus comentarios, por lo que es poco empático ante las necesidades de los demás, sintiéndose poco reconocido. Teme quedarse solo pues el miedo a la pérdida, real o no, se plantea como una amenaza. Por lo anterior sus temores son obsesivos, paranoicos, y ansiosos, relacionados con sus episodios de ansiedad pasados (fue diagnosticado con Trastorno de Ansiedad Generalizada, por el Instituto Nacional de Psiquiatría). Además de lo anterior, exige una admiración excesiva, lo cual puede indicar rasgos narcisistas.

PRETEST-POSTEST: (Tabla 5).

Tabla 5
Pretest y Postest de participante 3

PROBLEMAS INICIALES	PROBLEMAS FINALES
1. Mis actos e inmadurez.	1. Inseguridad más positiva, y celos más tranquilos. Afecta alejarme de mi pareja.
2. Miedo a quedarme solo.	2. Temor de estar solo. Afecta emocionalmente estar triste y no estar en el presente.
3. Miento en ocasiones.	3. Problema terminar con mi pareja. Emocional y en relación con ella y al no ver a mis hijos.

4. No sé cómo expresarme a familia y pareja.

4. Fracasar ante todo.
No estar emocionalmente bien y con los demás y conmigo.

5. Doy todo por nada, desconfío de las personas.

Estos problemas me afectan por estar emocionalmente conmigo mismo y mi familia y pareja, hacen verme inmaduro e inseguro de las cosas, y tener miedo hacia la vida y las personas, pues a veces me baso en el pasado, ejemplo, "hubiera hecho esto...", pero el tiempo ya pasó, y lo repito varias veces con mi pareja. Me afecta porque emocionalmente no estoy bien.

RESUMEN DEL PROCESO: Fermín se presenta puntual a las sesiones. Su aspecto físico corresponde a su edad cronológica, suele usar pantalones de vestir y camisas de manga corta, usa barba de candado. El tono de su voz es fuerte. Se muestra extrovertido, abierto, participativo. Suele mirar a todos al hablar y los demás suelen mirarlo a él y a la terapeuta al hablar, sobre todo en las primeras sesiones. Sus participaciones suelen ser a la mitad de la sesiones, y en la sexta (en el cierre), al final. Se sienta en diversos lugares generalmente lejos de la terapeuta. Se muestra como terapeuta asistente, suele opinar cada que puede, afirma o apoya lo que dicen los demás, lo que lo convierte en monopolizador. Le gusta ser el centro de atención, hace bromas y mira la reacción de los demás buscando aprobación.

Fermín llegó al centro por su comportamiento presuntuoso sobre su pasado en público, causándole problemas con su esposa, por lo que en el grupo trabajó su intención de hablar del pasado en el presente para sentirse aceptado, con lo que lograba ser el centro de atención. Al respecto, visualizó quiere reproducir la relación conflictiva que tuvo, ahora con su esposa. Revisó que los celos que siente tienen que ver con él, pues no tiene elementos para pensarlo. Se planteó la relación que existe entre su distorsión de la realidad de celos, con sus episodios de ansiedad.

Fermín presentó avances significativos, dejó de hablar de su pasado en público, bajaron los celos hacia su esposa, dejó de “hostigarla como lo hacía”, mejoró la comunicación con ella, dejó de “engancharse” en discusiones, empezó a mirarla como “es ella” y no como a su expareja. Notó que si no sigue la discusión está todo “más tranquilo”. Revisó que puede superar sus celos, y a “no depender de las personas”.

Fermín tuvo participación en factores terapéuticos como Cohesión Grupal (sesiones 1, 2, 3, 4, 6), Universalidad (sesiones 1, 3, 4), Desarrollo de Técnicas de Socialización (sesiones 2, 4, 6), Altruismo (sesiones 2, 3), Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario (sesiones 4, 6), Información Participada (sesión 2), Conducta Imitativa (sesión 3), Infundir Esperanza (sesión 4), Aprendizaje Interpersonal (sesión 4, 6), Factores Existenciales (sesión 6). Con lo anterior, se puede observar que Fermín reflexionó lo visto en las sesiones, y comenzó a trabajar sus problemáticas, y dejar atrás etapas pasadas.

De acuerdo al pre y postest, los problemas de Fermín cambiaron de lugar e incluso disminuyeron. Sus “*actos e inmadurez*” (presumir del pasado) desapareció en el postest, que está relacionado a que “*miente en ocasiones*”, por lo que también desapareció en el postest. Así mismo “*dar todo por nada, desconfiar de las personas*” desapareció en el postest al empezar a trabajar estos temas en el grupo. El “*temor de estar solo*” continúa, subiendo un nivel en el test final. El “*no saber expresarse con su familia y pareja*” en el pretest cambió por “*miedo a terminar con su pareja*” en el postest, subiendo un nivel. “*Fracasar ante todo*” se integró a los problemas finales (Tabla 5).

DERIVACIÓN: Se sugiere que Fermín continúe trabajando sobre sus celos y su ansiedad. Se deriva a Fermín a continuar su proceso terapéutico individual.

PACIENTE 4

FICHA TÉCNICA:

Nombre: Lucio V.

Sexo: Masculino.

Edad: 34 años.

Estado civil: Casado.

Escolaridad: Preparatoria.

Ocupación: Empleado depto. de sistemas.

FAMILIOGRAMA (Figura 22):

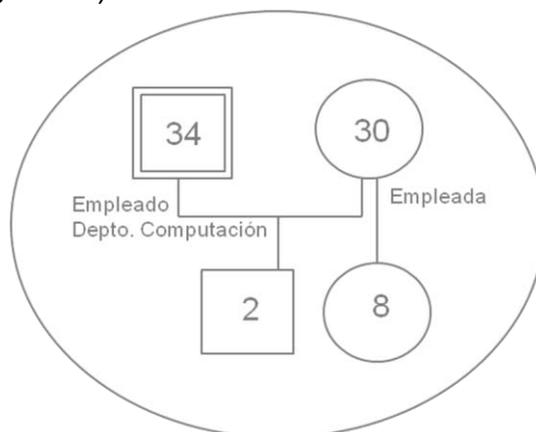


Figura 22. Familiograma Paciente 4.

MOTIVO DE CONSULTA: Lucio acude al centro por su adicción al internet, lo que le genera problemas principalmente con su esposa pues le quita tiempo para estar con ella y sus hijos, (teme perderlos). Así mismo, acude para controlar sus celos hacia su esposa. Acude en este momento porque de seguir con su adicción su esposa ha amenazado con dejarlo.

DIAGNÓSTICO: Lucio presenta fuerte adicción al internet como posible evasión y refugio a problemas familiares. Con esta dependencia a las redes sociales y la tecnología expresa aislamiento, baja autoestima, inseguridad, soledad, y bajo control de los impulsos. Suele chatear con desconocidas y sostener pláticas “muy fuertes”, con lo que busca emociones fuertes, por tanto, podría estar alimentando otra adicción (como adicción al sexo, o problemas de disfunción sexual). Debido a esta adicción, presenta negligencia a la familia desatendiendo sus obligaciones y

el tiempo con sus hijos, por lo que posiblemente ve peligrar su estabilidad emocional y sus relaciones familiares a causa de sus impulsos al parecer difíciles de frenar. La adicción de Lucio presenta cierta forma de evasión, pero también de espiar como el voyerista. Su adicción al internet está estrechamente relacionada con la aparición de los celos hacia su esposa, especialmente con un compañero de trabajo de ella, a quien Lucio contempla como un rival de “buen físico y actitud”, con lo que denota su baja autoestima e inseguridad, pues le revisa constantemente el celular a su esposa, considera que “ella no lo engañaría” que sería más fácil que “él lo hiciera” con lo que posiblemente proyecta en su esposa el impulso de él de ser infiel. Suele callar lo que siente para no tener problemas, lo que empeora las cosas pues llega al enojo y frustración, y por tanto, discusiones constantes.

PRETEST-POSTEST: (Tabla 6).

Tabla 6
Pretest y Postest de participante 4

PROBLEMAS INICIALES	PROBLEMAS FINALES
1. Adicción al internet, chat, tecnología.	1. Celos. Con mi pareja por discusiones que teníamos y por tonterías que yo pensaba.
2. Celos, pensamientos e imaginación.	2. Carácter. Porque no manejaba mis emociones explotaba muy rápido, y me afectaba en mi persona.
3. Problemas de comunicación, callar para no tener problemas o enojarme más.	3. La poca comunicación que hay entre mi pareja y yo. Me afectaba porque por callarme y no tener más problemas nunca buscaba una solución y dejaba las cosas igual.
4. Familia y los deberes en casa.	4. Los problemas por estar mucho tiempo en el celular. Por estar en el celular no le daba la atención a mi persona, a mis hijos y a mi familia.

5. Tratar de jugar, y divertirme, más con mis hijos.

Todos estos problemas me afectan debido a que pueda perder a mis hijos. No tengo una estabilidad emocional, me está afectando psicológicamente a pesar de que de algunas cosas he sacado provecho, de otras no, porque tengo problemas y no brindo el tiempo suficiente por darles prioridad a estos problemas que pienso que me pueden apartar de ellos (hijos), porque no lo sé controlar aún. Mi miedo es que se termine la relación y perder a mis hijos, y que un día ya no me den interés las personas o que a ellas ya no les importe yo.

5. Miedo a perder a mis hijos.

Me afecta porque temo quedarme solo y más si me quitan a mis hijos se me cerraría el mundo.

RESUMEN DEL PROCESO: Este integrante se presenta puntual en la mayoría de las sesiones. Su aspecto físico corresponde a su edad cronológica, usa generalmente pantalón de vestir y camisas (viene directamente de su trabajo). Su aspecto es tímido y encorvado. El tono de su voz es suave, volumen bajo, suele parecer que habla entre dientes (quijada protuberante). Cuando quiere convencer a los demás de su argumento sube la voz la cual suena clara y se reacomoda en su asiento. Sus participaciones al principio son de las últimas, y hacia el final de grupo es de los primeros en participar. Suele ser muy participativo y excesivo en los detalles de su argumento, y se sienta en diversos lugares que podría denotar inestabilidad.

Este participante asistió al centro por su adicción al internet y los celos hacia su esposa. Durante el grupo, trabajó que los celos que siente hacia su esposa pueden ser una proyección de lo que él está haciendo en el chat con sus amigas (“pláticas muy fuertes” con gente que no conoce), por lo que los reclamos de celos hacia su esposa han disminuido. Revisó la relación que existe entre la aparición de su adicción con los celos.

Lucio muestra avances significativos dejó un poco el internet, ya no chatea, le ha dedicado más tiempo a sus hijos, inició comunicación con su esposa a quien ya le da su punto de vista antes de “explotar” o “callar”, pues de las dos formas notó que

“no arreglaba nada”. Aprendió a “controlarse un poco más”, y se percató de la importancia de poner límites a la familia nuclear.

Lucio tuvo participación importante en la manifestación de los factores terapéuticos como Cohesión Grupal (sesiones 1, 2, 3, 4, 6), Universalidad (sesiones 1, 2, 4), Altruismo (sesiones 2, 3, 6), Infundir Esperanza (sesiones 3, 4, 6), Desarrollo de Técnicas de Socialización (sesiones 2, 4, 6), Conducta Imitativa (sesiones 2, 4, 6), Aprendizaje Interpersonal (sesión 6), Factores Existenciales (sesión 6). Con todo lo anterior se puede observar que Lucio trabajó su motivo de consulta y algunos otros problemas relacionados, avanzó e inició la resolución de los mismos.

Los problemas de Lucio cambiaron de lugar. En este caso, de los cinco problemas en el pretest, los mismos aparecieron en el postest, pero refiriéndose a ellos en tiempo pasado, más que como problemas actuales. Su primer problema “*adicción al internet, chat, tecnología*”, en el pretest, pasó al lugar 4 en el postest; el problema de los “*celos*”, del segundo lugar en el pretest, se hizo más importante en el postest y subió al primer lugar. Los “*problemas de comunicación, callar para no tener problemas o enojarme más*” en el pretest quedaron en el mismo tercer lugar de importancia que en el postest; sin embargo, en el postest trata a este problema en tiempo pasado. “*La familia y los deberes en casa*”, así como “*tratar de jugar, y divertirse más con sus hijos*”, desaparecieron en el postest. Problemas de “*carácter*” se integra al postest en segundo lugar, pero también lo plantea como pasado, posiblemente por trabajar en el grupo problemas de comunicación con su esposa. “*Miedo a perder a sus hijos*” aparece en el postest, aún vigente (Tabla 6).

DERIVACIÓN: Se sugiere que Lucio siga trabajando la relación entre sus celos con su adicción, y lo que podría estar evadiendo con esta adicción. También la comunicación con su pareja, saber expresar sus emociones antes de llegar al enojo o quedarse callado. Se le sugiere reflexione sobre lo visto en el grupo, y se deriva a continuar su proceso terapéutico individual.

PACIENTE 5

FICHA TÉCNICA:

Nombre: Eleonor D.

Sexo: Femenino.

Edad: 40 años.

Estado civil: Divorciada.

Escolaridad: Sin estudios.

Ocupación: Trabajo doméstico.

FAMILIOGRAMA (Figura 23):

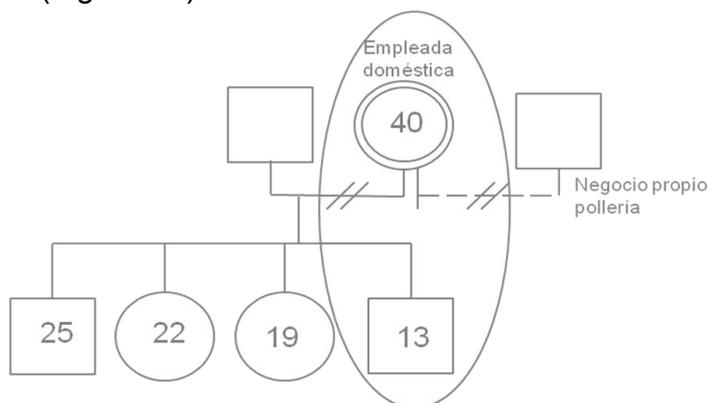


Figura 23. Familiograma Paciente 5.

MOTIVO DE CONSULTA: Eleonor asiste al centro para llevarse mejor con sus hijos principalmente con el menor, adolescente, ya que éste tiene muchos problemas de conducta: no obedece, se salió de la escuela, ha robado, lo que le ha ocasionado muchas peleas con él. De igual manera también asiste por sus celos, ya que por esta razón terminó su última relación, pues aunque ya no están juntos ella lo sigue celando. Acude en este momento porque a su hijo lo mandaron al centro por parte del DIF, robó una cámara a la jefa de Eleonor, la cual él está pagando. Su hijo decidió ya no ir a la escuela y Eleonor lo metió a trabajar con su ex pareja. No la obedece, ha intentado hablar con él pero “no le hace caso”, por lo que “ya no sabe qué hacer con él”.

DIAGNÓSTICO: Eleonor tiene problemas con sus hijos, primordialmente con el menor con quien vive, ya que presenta mala conducta, se salió de la escuela, y ha robado, conductas que se presentan al parecer para llamar la atención de Eleonor. Sin embargo, es importante destacar los problemas que esta integrante ha presentado con el resto de sus hijos. A su hijo mayor no lo ve porque se lo llevó el padre de éste y “no se lo dejó ver más”. Su hija mayor (22 años), quien se fue con su novio, presenta enuresis desde pequeña a la fecha, esperando que el marido de su hija se haga cargo de la situación. A su siguiente hija la metió a un internado cuando presentó mala conducta, pues no entraba a clases. Al menor, de igual manera por lo que está haciendo, le está buscando un internado. Con todo lo anterior se observa que Eleonor delega la responsabilidad de sus hijos en el afuera, presenta un estilo de crianza negligente.

En este estilo los padres no son ni exigentes, ni flexibles, son fríos y controladores, apartados, desprendidos, y no están involucrados en la vida de sus hijos, como se observa con Eleonor, por ello no establece límites y sus hijos presentan mala conducta. Desde pequeños, Eleonor ha presentado poco acercamiento con ellos con pocas muestras de afecto, por lo que posiblemente su hija presenta enuresis, ya que la enuresis suele aparecer con padres negligentes como una posible necesidad de atención. Eleonor satisface las necesidades básicas (alimentación, vivienda), pero no respalda emocionalmente a sus hijos, hay ausencia de normas aunque a veces el control que ejerce es excesivo, y no hay comunicación. Debido a esto, sus hijos le reprochan esté más enfocada en su expareja o en sus cosas que en ellos. En el estilo de crianza negligente, los hijos adolescentes pueden mostrar patrones de ausentismo escolar y delincuencia como es el caso del hijo menor de Eleonor, y no acatan normas. Ella suele cambiar con facilidad, del tema de sus hijos a su expareja. Se presenta como una madre abandonadora, que somatiza sus problemas, parece poco estable, y tiene poco control de impulsos.

PRETEST-POSTEST: (Tabla 7).

Tabla 7
Pretest y Postest de participante 5

PROBLEMAS INICIALES	PROBLEMAS FINALES
<p>1. Mala relación con mi hijo menor (13 años).</p> <p>Me afecta en que terminamos peleando, ya que la relación no es buena y me gustaría llevarme mejor con mi hijo.</p>	<p>1. Comunicación con mis hijos.</p> <p>Comunicación con mis hijos porque me estoy alejando de ellos.</p>
<p>2. Celos.</p> <p>Afecta la relación de pareja y aunque ahora ya no somos pareja lo sigo celando. Ejemplo, si le habla una amiga yo me enojo y le reclamo.</p>	<p>2. Problemas con mi hijo menor.</p> <p>Los problemas con él son menos, ya que le estoy dando su espacio, a ver qué sale más adelante. Ya las discusiones han bajado.</p>
<p>3. Miedo de estar sola, volver a empezar algo con alguien.</p> <p>Tengo miedo de iniciar una nueva relación, pienso: ¿qué va a decir mi anterior pareja? Tengo miedo a que se entere, y como consecuencia me deja de hablar.</p>	<p>3. Miedos.</p> <p>Ya me están afectando menos.</p>
<p>4. Confianza en personas porque defraudan.</p> <p>Confíé en una persona y esta me defraudó (préstamo de dinero), tengo coraje y quiero desquitarme con las personas que tengo a mi lado (familia).</p>	<p>4. Celos.</p> <p>Ya no hay a quién celar. Siento que ya no me afecta pues ya no hay pareja.</p>
<p>5. Control de carácter.</p> <p>En que me quiero desquitar con los demás, estoy de malas, y quiero controlar esa parte de mí.</p>	

RESUMEN DEL PROCESO: Eleonor se presenta puntual a todas las sesiones. Su aspecto físico corresponde a su edad cronológica, usa generalmente vestidos y zapatos altos abiertos, usa maquillaje, que evidencia su arreglo personal. El tono de su voz es suave, tiene acento pues viene de Chiapas. Sus participaciones son

casi al final, pero con el paso de las sesiones se muestra más participativa. Suele tomar asiento casi siempre en el mismo lugar del lado izquierdo de la terapeuta, posible inclinación a la figura materna. Se relacionaba con los demás aunque al principio se mostró un poco tímida, en la primera sesión se sentó fuera del círculo, como posible intención de huida, después se sentó junto a la terapeuta probablemente para obtener fuerza simbólica.

Eleonor llegó al centro por problemas con su hijo adolescente. Al analizar en las sesiones la mala comunicación que tiene con todos sus hijos, revisó el estilo de crianza que ha implementado, así como la participación que ella ha tenido en los problemas de sus hijos. También trabajó el tema de los celos, que comienzan principalmente en ella, a manera de querer controlar a los demás.

Mostró avances durante el grupo, reconoció que delega la responsabilidad de sus hijos en el afuera. Se muestra más consciente de poner atención a sus hijos, así como fomentar el acercamiento y la comunicación con ellos. Ahora “toma decisiones” algo que no hacía antes. Reflexionó sobre sus celos, dejó de buscar a su expareja y de celarlo, le puso límites que “no puede entrar y salir de su casa cuando él quiera”. Aprendió a estar sola, y que no es necesario estar con alguien para “ser feliz”.

Eleonor tuvo participación en los factores terapéuticos: Cohesión Grupal (sesiones 1 a 6), Desarrollo de Técnicas de Socialización (sesiones 2, 6), Altruismo (sesiones 2, 3), Universalidad (sesión 3), Aprendizaje Interpersonal (sesión 6), Factores Existenciales (sesión 6). Al parecer, Eleonor tuvo silencios elaborativos durante las sesiones y reflexionó sobre sus problemáticas.

Los problemas de Eleonor disminuyeron y cambiaron de lugar. La “*mala relación con su hijo menor*” en el pretest bajó un nivel en el postest, donde asegura la situación “va mejor”. Los “*celos*” cambiaron de lugar en el postest disminuyendo dos niveles. El “*miedo de estar sola, volver a empezar algo con alguien*”, mantuvo el mismo lugar en el ambos test; sin embargo, en el postest asegura “le afectan menos”. La “*confianza en personas que defraudan*” y el “*control de carácter*”

desaparecieron en el postest, mientras que la “*comunicación con sus hijos*”, apareció en el postest en el primer lugar, posiblemente debido a lo que revisó en el grupo (Tabla 7).

DERIVACIÓN: Se sugiere que Eleonor siga trabajando la relación con sus hijos y especialmente con el menor, así como el estilo de educación que está implementando. Así mismo, continúe revisando sus celos y el control que desea ejercer en los demás. Se deriva a Eleonor a Terapia Familiar para continuar su proceso terapéutico, y promover un acercamiento con su hijo menor, quien ya no quiere asistir al centro a sus terapias.

PACIENTE 6

FICHA TÉCNICA:

Nombre: Lizeth L.

Sexo: Femenino.

Edad: 33 años.

Estado civil: Divorciada.

Escolaridad: Preparatoria.

Ocupación: Ejecutiva de ventas en una mueblería.

FAMILIOGRAMA (Figura 24):

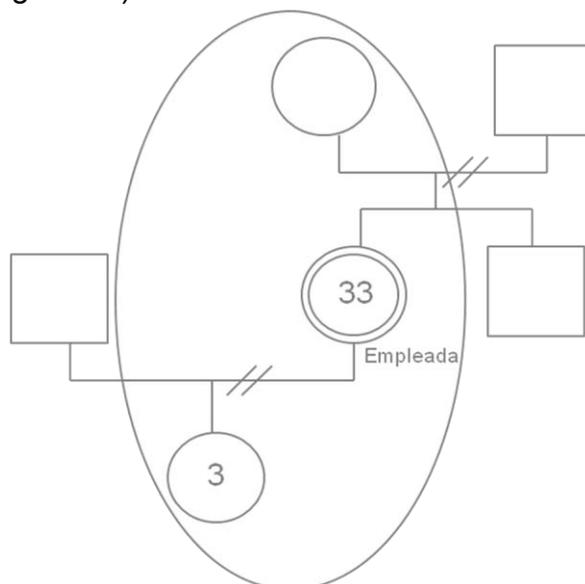


Figura 24. Familiograma Paciente 6.

MOTIVO DE CONSULTA: Lizeth acude al centro enviada por un juzgado (al que asistió por pensión para su hija). Es “poco tolerante, nerviosa, enojona, mandona”. Se siente mal por no controlar su carácter ya que la relación con los demás “queda limitada” y con su hija se desespera muy rápido, por lo que desea ser “más tranquila y relajada”. Acude en este momento porque fue “obligada” por el juzgado a asistir.

DIAGNÓSTICO: Lizeth no acude al centro por iniciativa propia, por lo que le cuesta trabajo elaborar un motivo de consulta propio. Las características que menciona de ella misma manifiestan sus altos niveles de intolerancia, ansiedad, e irritabilidad, lo que podrían indicar frustración. Esto debido posiblemente a que se siente incomprendida, criticada, y juzgada por los demás, por lo que se aísla como mecanismo de defensa presentando miedo a la intimidad, y probablemente por esto sus relaciones no trascienden.

La intolerancia que presenta también es hacia ella, con lo que demuestran su posible escaso conocimiento de ella misma, y su poca aceptación y reconocimiento. Es exigente, perfeccionista, mantiene la distancia, y presenta un comportamiento altivo y evasivo, lo que posiblemente le da sensación de dominio. Se muestra fría, y fuerte para que no la lastimen, y controladora para controlar en el afuera lo que no puede controlar en ella misma; sin embargo, presenta una gran tristeza y soledad forjadas desde la infancia ante el abandono del padre por quien muestra rencor y hostilidad. “No se siente importante para nadie” por lo posiblemente presenta desconfianza, baja autoestima y miedo al abandono, así como miedo al fracaso e inseguridad. Pretende demostrar que lo que piensen los demás no le importa; sin embargo, al parecer tiene fuertes necesidades de aceptación y aprecio. Muestra dificultad para experimentar sentimientos reales.

PRETEST-POSTEST: (Tabla 8).

Tabla 8
Pretest y Postest de participante 6

PROBLEMAS INICIALES	PROBLEMAS FINALES
1. Poco tolerante.	
2. Nerviosa.	
3. Enojona.	
4. Desesperada.	
5. Mandona.	

Me afectan porque mi relación con los demás queda limitada y yo misma me siento mal por no poder controlar mi carácter. El ser más tranquila y relajada me ayudaría a tener una mejor relación con mi hija, mejor salud.

RESUMEN DEL PROCESO: Lizeth asiste a las sesiones presentando algunos retardos como posible resistencia al proceso. Su aspecto físico corresponde a su edad cronológica, viste generalmente pantalón de mezclilla y camisa, usa cabello suelto pintado de rubio oscuro, y maquillaje discreto. El tono de su voz es suave, suena fingido. Suele distraerse con facilidad, cruza la pierna, mueve el zapato, mira el cubículo, bostezo, hace muecas de incredulidad, lo que denota desprecio por el grupo, alejamiento, es decir, no se involucra. Los lugares que ocupa son generalmente del lado izquierdo de la terapeuta.

Cuando participa suele reír fuerte, y ansiosa. Sus participaciones son siempre al final, habla lo mínimo necesario, evade, no es participativa, y generalmente no se relaciona con los demás. Guarda silencios prolongados lo que puede indicar temor a la autorrevelación, pues no le gusta hablar de ella misma, teme a ser juzgada. Se siente “diferente” en su forma de pensar en relación a los demás. Faltó a la última sesión, al parecer como resistencia a la retroalimentación del cierre debido al temor de ser expuesta.

Lizeth llegó al centro por resolución de un juzgado. Expuso algunas cosas que quisiera cambiar de su carácter como intolerancia, ansiedad, irritabilidad, exigencia, y tener mejor relación con su hija. Notó que su coraje está “disfrazado” de tristeza. Abrió la situación de abandono de su padre y se percató de su soledad. Sin embargo, Lizeth no mostró avances durante el grupo, no integró lo visto en las sesiones, no presentó insight, y demostró mucha resistencia al trabajo terapéutico.

La participación de Lizeth en la aparición de los factores terapéuticos fue poca, teniendo evidencia de los factores Cohesión grupal (sesiones 3, 5), Catarsis

(sesiones 2, 3), Universalidad (sesión 3, 5), Conducta imitativa, y Altruismo (sesión5). Por lo anterior, se observa que Lizeth participó poco en la aparición de los factores terapéuticos, y es posible que esto tenga relación con los pocos avances que presentó.

Al faltar a la última sesión, Lizeth no realizó el postest. Se le citó posteriormente para una retroalimentación del grupo, derivación, y realización del postest pero no asistió.

DERIVACIÓN: Se sugiere que Lizeth se tome un tiempo para elaborar su propio motivo de consulta, y tenga la disposición de trabajar y abrirse en un proceso terapéutico, ya que mencionó ir “obligada” por el juzgado. Cuando así lo decida, puede asistir al centro en el momento que lo crea conveniente.

PACIENTE 7

FICHA TÉCNICA:

Nombre: Ilse E.

Sexo: Femenino.

Edad: 32 años.

Estado civil: Separada.

Escolaridad: Secundaria.

Ocupación: Trabajo doméstico.

FAMILIOGRAMA (Figura 25):

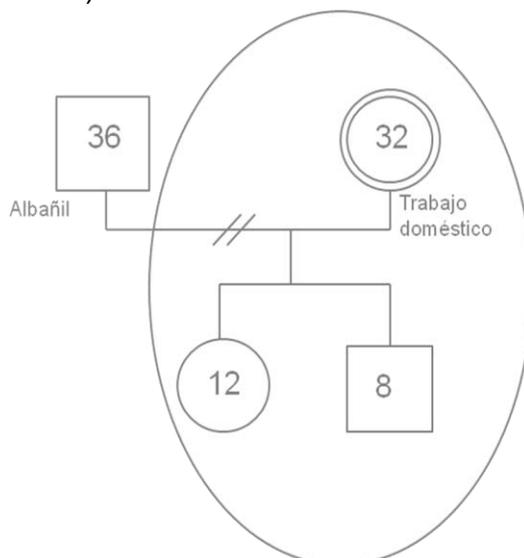


Figura 25. Famiograma Paciente 7.

MOTIVO DE CONSULTA: Ilse acude al centro por la recién separación de su esposo, quien se fue de casa hace dos semanas por tener otra relación (desde hace un año). A pesar de esto, Ilse espera que regrese con ella pues “tiene miedo de estar sola”, siente que sin él “no puede salir adelante”. Le afecta que ya no la quiera por lo que le duele el pecho. Asiste para “poder ser otra persona” pues se siente mal, “quisiera estar bien pero no sabe qué le pasa”.

DIAGNÓSTICO: Ilse asiste al centro por separación de su esposo. Al asistir sólo a una sesión, no se tienen elementos para elaborar un diagnóstico; sin embargo, se puede observar que se encuentra en crisis, ya que se muestra ansiosa,

desesperada, presenta desorganización emocional, pérdida del control y embotamiento de la sensibilidad posiblemente como defensa ante el dolor. Desea que su esposo “regrese con ella” aunque él esté con otra persona, considera que “está mal y no se quiere” pero “teme estar sola”. A pesar del alcoholismo, golpes, falta de dinero, e infidelidad por parte de su esposo, Ilse afirma que “sin él no puede salir adelante pues él lo es todo”, por lo que se observa codependencia e idealización, sintiéndose incapaz e ineficaz ante la situación.

PRETEST-POSTEST: (Tabla 9).

Tabla 9
Pretest y Postest de participante 7

PROBLEMAS INICIALES	PROBLEMAS FINALES
1. La separación de mi pareja.	
De que mi esposo me engañó por otra más joven. Desde hace un año me lo ocultó.	
2. Me afecta saber que no me quiere.	
Siempre me decía que ya no me quería y que ya no me quería hacer daño, todo eso me duele en el pecho.	
3. La educación de mi hijo.	
La educación de mi hijo yo lo traigo a terapias por motivos de que es muy rebelde y de que no sabe respetar.	
4. Cómo salir adelante.	
Hay veces que sin él no puedo salir adelante, siento que él es todo.	
5. Que mi hija más adelante vaya a ser rebelde, o que me baje las calificaciones en la escuela.	
Tengo una niña de 12 años y ella es muy tranquila pero no quiero que baje calificaciones.	

RESUMEN DEL PROCESO: Ilse se presenta puntual a la sesión. Su aspecto físico no corresponde a su edad cronológica, luce mayor, viste falda y blusa, con cabello suelto y sin maquillaje. El tono de su voz es muy suave, de volumen bajo, físicamente encorvada. En la sesión que asistió habló al principio pues fue presentada al grupo. Se muestra tímida, insegura y suele bajar la mirada al hablar. Es bien recibida por el grupo a pesar de que faltó la primera sesión.

Ilse asistió sólo una vez y abandonó el grupo por irse de la ciudad, por lo que no pudo trabajar su problemática, por lo tanto no hay mejoría. No realizó el postest. Su participación en los factores terapéuticos fue limitada, participando sólo en Universalidad (sesión 2). Su abandono pudiera deberse a no querer, o no poder, realizar la tarea grupal.

DERIVACIÓN: Se le sugirió buscara su espacio terapéutico a donde se cambió. Es recomendable una terapia breve de urgencia en situación de crisis.

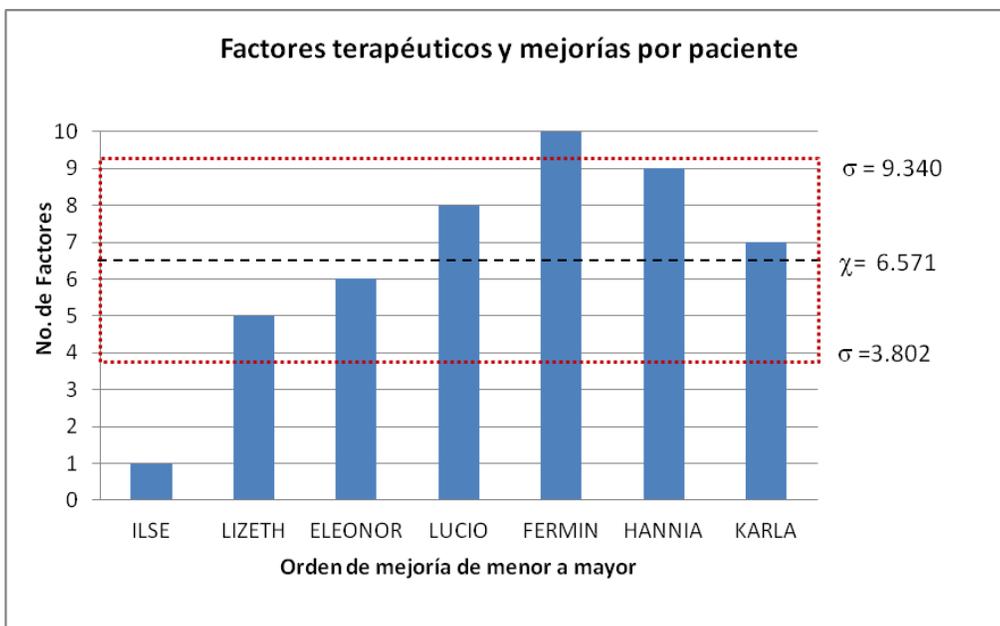


Figura 26. Factores terapéuticos y orden de mejorías por paciente de menor a mayor.

En la Figura 26 se muestra el número de factores terapéuticos por paciente en relación al orden de mejorías (de acuerdo a su proceso terapéutico y el pre y postest que realizaron) de menor a mayor. Así, Ilse es la integrante que no presentó mejorías, mientras que Karla fue la que tuvo mayor evidencia de mejorías.

Con respecto a los factores, quien presentó mayor número de factores fue Fermín, seguido de Hannia, Lucio, Karla, Eleonor, Lizeth, e Ilse, quien presentó escasa evidencia de factores. Por lo tanto, quienes presentaron mayor número de factores (Fermín, Hannia, Lucio y Karla), fueron los integrantes que presentaron mayor mejoría, mientras que los que dieron menor evidencia de factores (Eleonor, Lizeth e Ilse), también dieron menor evidencia de mejorías.

Obteniendo una desviación estándar $\sigma = 2.76$, se puede observar que la mayoría de los pacientes se encuentran dentro del rango de normalidad de presencia de factores, y que tiene estrecha relación con las mejorías que presentaron, como se muestra en la Gráfica mencionada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La psicoterapia de grupo es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes, que tiene como objetivo principal aliviar los síntomas y cambiar el carácter. De esta manera la interacción paciente-paciente y paciente-terapeuta en el contexto grupal, se utiliza para efectuar cambios en la conducta inadaptada de cada uno de los miembros del grupo (Vinogradov & Yalom, 1996), como se pudo observar en el presente trabajo grupal.

Winnicott (1971) por su parte, afirma que el proceso grupal se inicia desde el primer contacto, valorando la agrupalidad del paciente en la realidad y no en inferencias, así como la capacidad de insight, por lo que se llega al diagnóstico a partir de la interacción grupal en el aquí y en el ahora, donde el paciente hace el relato histórico de sus molestias, lo que incluye tanto lo que el paciente dice, como lo que hace, con sus congruencias y contradicciones, y su peculiar manera de vincularse a los otros derivada de su mundo interno de objetos expresados en las transferencias e identificaciones. Este autor, también expone que en el grupo el paciente va tomando conciencia a cerca de sus problemas y sus determinantes, por lo que al iniciar su trabajo terapéutico definitivo ya empezó a trabajar en el grupo. Por lo que todo esto se pudo evidenciar en este Grupo de Admisión.

Tomando en cuenta que Bion (en Grinberg et al., 1957) propone interpretar los fenómenos emergentes como un acontecer global del grupo o de partes del mismo en función del todo, la capacidad de entrar en combinación instantánea e involuntaria con otro, permite compartir y actuar sobre el plano de los supuestos básicos de dependencia, de lucha y fuga, y apareamiento, una creencia emocional de la que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa a tener un determinado tipo de fantasías y deseos con los demás integrantes.

Así mismo, Grinberg et al. (1957) agregan que cuando varias personas se reúnen en un grupo, los miembros proyectan los objetos de su infancia inconsciente sobre las demás, intentando recrear en el plano del grupo el patrón específico de sus relaciones interpersonales conflictivas. Ezriel (1952) añade que los integrantes

procuran que el grupo real corresponda con su propia fantasía de grupo, teniendo como resultado una tensión de grupo que será como el común denominador de las tensiones inconscientes individuales que están presentes en cada uno de sus miembros, donde el grupo constituye la representación de la sociedad de la que forma parte, surgiendo así, los conflictos subyacentes encubiertos por dichas estructuras sociales. Todas estas personas, agregan Grinberg et al. (1957), desempeñan inconscientemente determinados roles o funciones en estrecha relación de interdependencia.

De la misma forma, Klein (1985), añade que los grupos presentan sus particularidades como la variedad de interacciones y reacciones transferenciales que permiten corregir distorsiones sobre ellos y los demás, y varían sus respuestas maladaptativas y reiteradas, como es el caso de los grupos heterogéneos. Todos estos elementos sobre los grupos psicoterapéuticos se evidencian en el presente trabajo.

Así, ante la necesidad de las instituciones por ofrecer atención psicológica oportuna a quien la solicita, la implementación de los Grupos de Admisión es una propuesta óptima para recibir al paciente cuando éste lo requiere, evaluarlo y derivarlo como lo indica Campuzano (2004); pero además iniciar su trabajo terapéutico con las ventajas que ofrece el trabajo grupal.

Asimismo, la experiencia de este grupo se llevó a cabo con resultados favorables, ya que aunque al principio la participación de los asistentes denotaba ansiedad al abrir sus problemáticas ante la presencia de otros, se dio una participación activa, ya que se expresaron de manera abierta, por lo que el grupo no fue obstáculo para el trabajo terapéutico, sino una ayuda, como lo expone Campuzano (2004). Este autor asegura que es posible que los pacientes comenten sus dificultades en el que el otro no parece tan ajeno.

Así pues, la implementación de un Grupo de Admisión en un Centro Comunitario de Atención Psicológica de la UNAM, en un grupo de adultos, dio cuenta de este tipo de trabajos y permitió visualizar el efecto de los factores terapéuticos en el

trabajo grupal, así como su relación con las mejorías de los pacientes, ya que el cambio terapéutico reside en la aparición de una serie de factores terapéuticos, interdependientes, como parte del proceso grupal, por lo tanto, necesarios para producir el cambio (Yalom, 1975).

Cabe mencionar que el presente trabajo es un grupo basado en la propuesta de Campuzano (2004), pero adaptado a las necesidades del trabajo del centro comunitario “Los Volcanes”. Así, se observa que el Grupo de Admisión propuesto por Campuzano está constituido por 3 sesiones; sin embargo, en el centro comunitario se decidió conformarlo por 6 sesiones, ya que se consideró dar mayor tiempo para iniciar el trabajo terapéutico en el grupo, y con ello, la aparición de los factores terapéuticos que tienen relación directa con las mejorías de los participantes. Por tanto, 6 sesiones es un número adecuado para evaluar, derivar, e iniciar, el trabajo terapéutico de los asistentes, sin que se pierda su brevedad.

El número óptimo de participantes en los grupos es de cinco a ocho personas, con sesiones una vez por semana por ser un ritmo aceptable para la evolución del grupo (Grinberg et al., 1957). Por su parte, Campuzano (2004) expone que el número de integrantes no debe exceder de diez, ya que los grupos grandes son poco propicios para una tarea que impliquen insight.

Así pues, este grupo estuvo constituido por 7 integrantes (5 mujeres y 2 hombres), de los cuales terminaron 6, y una deserción. La edad osciló entre los 30 y 40 años de edad, con diversas características como el estado civil (casados y divorciados) y la escolaridad (desde primaria a licenciatura). La edad es la única característica que se controló, ya que al estar en la misma etapa de vida, se da una mayor posibilidad de que las problemáticas surjan con más facilidad, algo sumamente importante dada la característica de brevedad que tienen los grupos de admisión. Cabe mencionar que el estado civil, nivel de estudio, o nivel socioeconómico, no fueron determinantes para la aparición de los factores terapéuticos, ni las mejorías de los asistentes, como se evidencia en los resultados.

De este modo, se pudo observar que se presentaron los factores: de Cohesión Grupal, Universalidad, Altruismo, Conducta Imitativa, Infundir Esperanza, Desarrollo de Técnicas de Socialización, Aprendizaje Interpersonal, Catarsis, Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario, Información Participada, y Factores Existenciales, de mayor a menor respectivamente en relación a la frecuencia de aparición.

De esto se deriva que predominaron los factores terapéuticos de Cohesión Grupal, Universalidad, Altruismo, Conducta Imitativa, e Infundir Esperanza, como de mayor aparición teniendo como evidencia los argumentos de los participantes. A su vez, estos factores dieron paso a la aparición de otros factores como Desarrollo de Técnicas de Socialización, Aprendizaje Interpersonal, Catarsis, Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario, Información Participada, y Factores Existenciales.

Esto se puede corroborar con lo expuesto por Vinogradov & Yalom (1996), quienes exponen que en las primeras fases de pacientes externos dominan factores como Infundir Esperanza, Orientación y Universalidad, mientras que el Altruismo y la Cohesión se dan durante toda la terapia (Vinogradov & Yalom, 1996). En los resultados obtenidos del presente trabajo, se comprueba la pronta aparición de Universalidad, Cohesión Grupal y Altruismo, presentes durante todo el proceso terapéutico (Butler & Fuhrman, 1980).

El Altruismo y la Cohesión Grupal destacan en los grupos durante toda la terapia, pues los pacientes se manifiestan altruistas al ofrecerse sugerencias mutuamente, demostrando interés y atención; así mismo, la Cohesión se refleja en el apoyo y en la aceptación grupal (Vinogradov & Yalom, 1996). Esto lo podemos ver en este Grupo de Admisión, pues la Cohesión Grupal, el Altruismo, junto con la Universalidad, fueron los factores que aparecieron en las primeras sesiones y se mantuvieron durante el resto del grupo.

Es importante destacar que de la sesión 1 a la sesión 3, se dio una constante en ciertos factores terapéuticos tales como Cohesión Grupal, Universalidad,

Altruismo, Conducta Imitativa, Catarsis, Desarrollo de Técnicas de Socialización, Infundir Esperanza, e Información Participada. Para las sesiones 4, 5, y 6 se dieron un mayor número de factores terapéuticos, añadiéndose Aprendizaje Interpersonal, Recapitulación Correctiva del Grupo Familiar Primario y Factores Existenciales. Como se puede observar, a través de las sesiones los factores fueron aumentando considerablemente.

En el grupo, se dio cuenta de la aparición de un mayor número de factores en la sesiones 2, 4, y 6, dándose oscilaciones en la aparición de factores al ser un proceso dinámico. Cabe destacar también que a medida que las sesiones avanzaban, los factores terapéuticos también iban en aumento, tanto en sesiones como en número de apariciones. Se puede observar entonces, que en el presente grupo se evidenciaron los factores terapéuticos propuestos por Yalom, y el efecto que éstos tuvieron en las mejorías de los participantes.

A nivel individual se observa que cada paciente tiene sus propias necesidades, estilo de personalidad, nivel de rendimiento, y psicopatología, por tanto, cada uno de ellos posee un conjunto de factores terapéuticos que le resulta beneficioso, por lo que en este grupo se encontró que los pacientes de mayor rendimiento fueron Fermín y Karla, por presentar mayor evidencia en Aprendizaje Interpersonal (Vinogradov & Yalom, 1996). Los resultados arrojan que los integrantes que presentaron mayor evidencia de aparición de los factores fueron Fermín, Hannia, Lucio, Karla, y en menor medida Eleonor y Lizeth, mientras que Ilse, sólo asistió a una sesión.

Con el paso de las sesiones, también se observó que se dieron avances terapéuticos importantes en los pacientes ya que presentaron mejorías significativas, lo cual se puede suponer se debe a la aplicación del grupo de admisión y la aparición de los factores terapéuticos. La evidencia que se tiene de estas mejorías, además de la narrativa de los participantes durante cada sesión, es la aplicación de un pretest y un posttest, donde los pacientes escribieron 5 problemas en orden de importancia, así como la manera en que estos problemas les afectan. En estos tests, se encontró que la jerarquización de sus problemáticas

cambió e incluso disminuyó, por lo que se observan mejorías importantes en la mayoría de los integrantes.

Así, se encontró que en 5 integrantes los problemas del pretest disminuyeron en orden de importancia o desaparecieron en el postest, (Karla, Hannia, Fermín, Lucio, Eleonor) así como los problemas que se relacionaban con éstos, dando lugar a otras problemáticas. Una paciente se mostró resistente al trabajo, no integró lo visto en el grupo y no realizó el postest (Lizeth), y una más asistió sólo a una sesión realizando sólo el pretest, (Ilse). De esta manera se encuentra que la integrante que presentó mayor mejoría fue Karla, seguida de Hannia, Fermín, Lucio, Eleonor, Lizeth e Ilse, en orden de avance de acuerdo al pre y postest, así como las mejorías mostradas durante el grupo. Podemos decir entonces, que existe una estrecha relación entre la aparición de los factores terapéuticos, con las mejorías de los pacientes.

La aportación más importante del presente trabajo radica en la innovación de identificar los factores terapéuticos, aplicados habitualmente a los grupos terapéuticos de larga duración, de Yalom (psicoterapeuta humanista), en un grupo de admisión, con orientación psicoanalítica, breve, encontrando resultados satisfactorios.

Por lo anterior, podemos decir que es viable la implementación de los grupos de admisión en las instituciones comunitarias de atención psicológica para dar pronta atención a las demandas, evaluar y derivar, y al mismo tiempo iniciar el proceso terapéutico del paciente, beneficiándose del trabajo grupal, y de la aparición de los factores terapéuticos de Yalom. Al identificar el efecto de los factores terapéuticos, se puede concluir que con el paso de las sesiones los pacientes dan mayor evidencia de un aumento en los factores, y por tanto, presuntamente se observan mejorías significativas en sus problemáticas.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Los grupos de admisión ofrecen a los pacientes una pronta atención, pero sobre todo, al mismo tiempo que son evaluados también experimentan el trabajo grupal, por lo que al finalizar el grupo ya iniciaron su proceso terapéutico. Este proceso continúa después de ser derivados, mientras que en el proceso individual este trabajo comienza hasta terminar la evaluación, la cual puede durar de 3 a 6 sesiones o más.

A pesar de las ventajas que estos grupos ofrecen, no hay mucha evidencia documentada de los grupos de admisión, lo que dificulta su aplicación. Así mismo, existe poca documentación en las instituciones comunitarias de atención psicológica, como es el caso de los centros psicológicos de la UNAM, por lo que es de suma importancia la implementación, y documentación de estos grupos para trabajos futuros.

Es importante mencionar que al estudiar los factores terapéuticos, aplicados a grupos terapéuticos de larga duración, de Yalom, humanista, en un grupo de admisión de orientación psicoanalítica, breve, adaptado a las necesidades del centro comunitario “Los Volcanes”, ya representa particularidades que no se han hecho con anterioridad, por lo tanto esta evidencia no fue encontrada.

Otra limitante que se observa en este tipo de intervenciones, es que hay demasiada resistencia al trabajo grupal. Los pacientes prefieren ser tratados de manera individual, pues consideran son mejor atendidos en privado y no en grupo donde tienen que abrirse con extraños que no consideran les aportarán mucho ya que también ellos tiene problemas, por lo que al integrar a una persona a un trabajo terapéutico grupal suele sentirse poco atendida.

De la misma forma, las instituciones también presentan resistencia al trabajo grupal dificultando su implementación. Es importante reflexionar sobre qué tanto los factores administrativos de las instituciones apoyan el trabajo grupal. Por ello, es importante seguir investigando para lograr implementar, y sobre todo fomentar el apoyo de las instituciones a este tipo de intervención.

Pese a que el centro comunitario donde se llevó a cabo el presente grupo hizo lo posible por ofrecer las condiciones necesarias para su realización, una limitante importante fue el espacio, ya que no se cuenta con un lugar determinado e idóneo para este tipo de grupos, puesto que hay otros trabajos terapéuticos que se están llevando a cabo simultáneamente y se tiene la necesidad de cambiar de cubículo, donde los espacios son reducidos.

En el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” de la UNAM, no se tenía la experiencia de los grupos de admisión hasta la práctica profesional de los estudiantes de la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos, de la Facultad de Psicología, por tanto, no contaba con la experiencia práctica para este trabajo de tesis; sin embargo, bajo la tutoría del equipo terapéutico del centro se logró excluir posibles fallas y se pudieron concretar los objetivos, participando como la terapeuta del grupo.

En relación a esto, también es crucial tomar en cuenta la importancia de contar con el apoyo de la coterapia, puesto que el complejo trabajo grupal exige habilidades y total atención sobre una serie de factores que están en juego todo el tiempo como lo son la conducción, retroalimentación, confrontación, interpretación, tanto del contenido manifiesto como latente, por lo que es necesaria la presencia de un coterapeuta, ya que esto aumenta la efectividad terapéutica al trabajar conjuntamente.

El aporte de este trabajo radica en la adaptación que se hizo de identificar el efecto de los factores terapéuticos que expone Yalom, en un grupo de admisión con orientación psicoanalítica, ya que estos factores se aplican a cualquier enfoque grupal, como se pudo comprobar. Por ello, se espera que el presente trabajo sirva para futuras investigaciones, y se sigan implementando los grupos de admisión en las instituciones de atención psicológica, beneficiando con esto a un mayor número de personas del trabajo grupal, tomando en cuenta los criterios de exclusión e inclusión, así como beneficiarse de iniciar el trabajo terapéutico desde el inicio.

Se sugiere seguir aplicando los grupos de admisión con la participación de un terapeuta, un coterapeuta y un observador, siempre y cuando no exceda el número de participantes. Así mismo, que se realicen trabajos aumentando 1, 2, o hasta 3 sesiones más y comprobar la aparición de factores terapéuticos más complejos, pero sin perder la característica de brevedad, logrando con ello la mejoría de los participantes y el alta en algunos casos. También, es conveniente realizar grupos con otras características en relación a la edad, sexo, motivo de consulta, etc., sin que dejen de ser heterogéneos en otras características, ya que éstos facilitan mayor surgimiento de material terapéutico.

Tomando la experiencia del presente trabajo, se pretende se puedan realizar grupos de admisión más estructurados, con espacios adecuados, y destinados a este fin, que sigan contando con supervisión oportuna para realizar las modificaciones convenientes durante el proceso grupal, así como el apoyo de la coterapia, y del observador, como ya se mencionó anteriormente. Además, beneficiar la aparición de los factores terapéuticos, independientemente de la orientación con que se conduzca el grupo de admisión, ya que esto ayuda notablemente a las mejorías de los participantes.

REFERENCIAS

- Ackerman, N.W., (1954), *Interpersonal disturbances in the family: some unresolved problems in psychotherapy*. Psychiatry. (17), pp. 359-368.
- Ackerman, N.W., (1958), *The Psychodynamics of Family Life*. New York: Basic Books.
- Alexander, F., & Franck, T., (1946), *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*, Nueva York: Ronald Press.
- Alonso, A., & Swiller, H., (1995), *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México, DF: El Manual Moderno.
- Anzieu, D., (1974), *El grupo y el inconsciente*, Buenos Aires: Biblioteca Nueva, parte II.
- Anzieu, D., & Martin, J., (1971), *La dinámica de los grupos pequeños*, Argentina: Editorial Kapeluz.
- Bandura, A., (1977), *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Bednar, R.L., & Kaul, T.J., (1978), Experiential group research: Current perspectives. En S.L. Garfield, A.E. Bergin, editors, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, An Empirical Analysis*, Ed. 2, New York: Wiley.
- Bion, W.R., (1948), *Experiencias en grupos*, Buenos Aires, Paidós, 5ª. Ed., 1979.
- Bion, W.R., (1955), *Group Dynamics. A review, in New Directions in Psycho-Analysis*, London, Tavistock Publications Ltd.
- Bloch, S.; Bond, G.; Qualls, B.; et al., (1976), *Patients, expectations of therapeutic improvement and their outcomes*, Am J Psychiatry. (12), pp. 1457-60.
- Budman, S.H., & Gurman, A.S., (1988), *Theory and Practice of Brief Therapy*, New York: Guilford.
- Budman, S.H.; Soldz, S.; Demby, A.; et al., (1996), Cohesion, Alliance, and outcome in group psychotherapy: an empirical examination, Psychiatry. En S. Vinogradov, & I. Yalom, (1996), *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Burrow, T., (1928), *The basis of group-analysis, or the analysis of the reactions of normal and neurotic individuals*. Br J Med Psychol. En Kaplan, H., & Sadock, B., (1996), *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Butcher J.N., & Koss M.P., (1978), Research on brief and crisis-oriented therapies. En A.E. Bergin, S.L. Garfield, editors., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York: Wiley.

Butler, T., & Fuhriman, A., (1980), *Patient perspective on the curative process: a comparison of day treatment and outpatient psychotherapy groups*, Small Group Behavior. (11), pp. 371-88.

Campuzano, M., (1987), Revisión histórica de algunas de las corrientes teóricas en la psicoterapia de grupo. Rev. Análisis Grupal. México, (4), pp. 3-23.

Campuzano, M., & Bello, C., (2004), *La Psicoterapia de Grupo en las Instituciones: Psicoanálisis y Psicodrama, alternativas complementarias*. México: Plaza y Valdez y AMPAG (coeditores).

Cartwright, D., & Lippitt, (1979), La dinámica de grupos y el individuo. En M. Kissen (comp.), *Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo*, México: Limusa.

Cheifetz, D.I., & Salloway, J.C., (1984), *Patterns of mental health services provided by HMO's*, American Psychologist. (39), pp. 495-502.

Coché, J., & Satterfield, J.M., (1996), Terapia grupal de parejas. En H.I. Kaplan, & B.J. Sadock, *Terapia de Grupo*, Madrid: Ed. Panamericana.

Coderch, J., (1990), *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

Copeland, H., (1980), *The beginning group*, International Journal of Group Psychotherapy. (30), pp. 201-212.

Díaz, I., (2000), *Bases de la Terapia de grupo*. México: Editorial Pax.

Dies, R., (1992), *The future of group therapy*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. (29), pp. 58-64.

Ezriel, H., (1952), *Notes on Psycho-Analytic group therapy: Interpretation and Research*, Psychiatry. (15), pp. 119-126.

Foulkes, S.H., & Anthony E.J., (1957), *Psicoterapia de grupo*, Buenos Aires: Paidós.

Frank, J.D., (1968), *The rol of hope in psychotherapy*. Int J Psychiatry. (5), pp. 383-395.

Freud, S., (1943), *Recuerdo, Repetición y Elaboración*, Ob. Compl., Ed. Americana, Bs. As., T. XIV. En Grinberg, L.; Langer, M.; y Rodriugué, E., (1957), *Psicoterapia de grupo*, Buenos Aires: Paidós, 5ª. Ed., (1977).

Gendron, J., (1980), *Moreno: The Toots and the Branches: and Bibliography of Psychodrama: 1972-1980*. NY, Beacon House, Beacon.

Goldberg, D.A.; Schuyler, W.R.; Bransfield, D.; & Savino, P., (1983) *Focal Group Psychotherapy: A dynamic approach*. International Journal of Group Psychotherapy. (33), pp. 413-431.

Goldstein, A.P., (1962), *Therapist-Patient Expectancies in Psychotherapy*, Nueva York: Pergamon Press.

Greenson, (1976), en Rutan, J.S., (1996), *Terapia psicoanalítica de grupo*. En H.I. Kaplan, & B.J. Sadock, (1996) *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Greve, D.W., (1996), *Terapia de grupo Gestalt*. En H.I. Kaplan, & B.J. Sadock, (1996) *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Grinberg, L.; Langer, M.; & Rodriugué, E., (1957), *Psicoterapia de grupo*, Buenos Aires, Argentina: Paidós, 5ª. Ed., (1977).

Grotjahn, M., (1977), *El arte y la técnica grupal analítica*, Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1979.

Grunebaum, H., & Kates, W., (1977), *Whom to refer for group psychotherapy*. The American Journal of Psychiatry. (134), pp. 130-133.

Heidegger, M., (1962), *Being and Time*, New York: Harper & Row.

Imber, S.D.; Lewis, P.M.; & Loiselle, R.H., (1979), *Uses and abuses of the brief intervention group*. International Journal of Group Psychotherapy. (29), pp. 39-49.

Jackson, D.D., (1957), *The question of family homeostasis*. International Journal of Family Therapy. (3), pp. 5-15, 1981.

Kadis, A.; Krasner, J.; Winick, C.; & Fulkes, S.H., (1969), *Manual de Psicoterapia de grupo*, México: Fondo de Cultura Económica.

Kaës, R., (1993), *El grupo y el sujeto del grupo*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores, 1995.

Kaplan, H., & Sadock, B., (1996) *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Klapman, J.W., (1946), *Group Psychotherapy, Theory and Practice*. Nueva York: Grune and Stratton.

Klein, M., (1955), *New Directions in Psycho-Analysis*, London, Tavistock Publications Ltd.

Klein, R., (1985), *Terapia Breve de Grupo*. En H.I. Kaplan, B.J. Sadock, (comps.) (1996) *Terapia de Grupo*. Madrid, Editorial Médica Panamericana.

Klein, R.H., (1983), Short-term group therapy on an adult inpatient service. En R.A. Rosenbau, (Ed), *Varieties of Short- Term Therapy Groups: A Handbook for Mental health Professionals*, New York: MacGraw-Hill.

Klein, R.H., (1985), *Some principles of short-term group therapy*. International Journal of Group Psychotherapy. (35), pp. 309-330.

Kuha, S.; Matti; & Isohanni, (1975), *Mottagnin grupper i deu terapeutiska institutionen*. Nordisk Psychiatrisk Tidsskrift. (29), pp. 133- 37.

Kutash, I. L., (1988) & Wolf, A., (1991), *Terapia de grupo derivada del psicoanálisis*. En H.I. Kaplan, & B.J. Sadock, (1996) *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Lasell, E.W., (1921), *The Group treatment of dementia praecox*. En A., Kadis; J., Krasner; C., Winick; & S.H, Fulkes, (1969), *Manual de Psicoterapia de grupo*, México: Fondo de Cultura Económica.

Lieberman, M.A., (1986), *Grupos de autoayuda*. En H.I. Kaplan, & B.J. Sadock, (1996), *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Lieberman, M.A., & Borman, L., (1979), *Self-Help Groups for Coping with Crisis*, San Francisco: Jossey Bass.

Loeser, L.H., (1979), *Algunos aspectos de la dinámica de grupo*. En M. Kissen (1979), *Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo*, México: Limusa.

Low, A.A., (1941), *Group Psychotherapy*. En A., Kadis; J., Krasner; C., Winick; & S.H, Fulkes, (1969), *Manual de Psicoterapia de grupo*, México: Fondo de Cultura Económica.

MacKenzie, K.R., (1975), *Teoría y técnica de grupo con tiempo limitado*. En A. Alonso, & H. Swiller, (1995), *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México, DF: El Manual Moderno.

MacKenzie, K.R., (1990), *Time-limited Group Psychotherapy*. New York: Editorial American Psychiatric Press.

MacKenzie, K.R., (1992), Some Determinants, Manifestations, and Effects of Cohesiveness in Therapy Groups. Jerome D. Frank. En *Classics in Group Psychotherapy*, Nueva York-Londres: The Guilford Press.

MacKenzie, K.R., (1992), The Unique Social Climate Experienced in Group Psychotherapy. Rudolf Dreikurs. En *Classics in Group Psychotherapy*, Nueva York-Londres: The Guilford Press.

MacKenzie, K.R., (1997), *Time-managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Marsh, L.C., (1931), *Group treatment of the psychoses by the psychological equivalent of the revival*. Mental Hygiene. (15), pp. 328-349.

May, R.; Angel, E.; & Ellenberger H., (1958), *Existence*. New York: Basic –books.

Moliner, M., (1994), *Diccionario de uso del español*, España: Editorial Gredos.

Montero, M., (2004), *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. 1ª Edición, Buenos Aires: Paidós, Tramas Sociales.

Mullan, H., & Rosenbaum, M., (1962), *The Group Psychotherapy. Theory and Practice*, Nueva York: The Free Press.

Newcomb, T.M., (1955), *Social Psychology*. London, Tavistock Publications Ltd.

O'Donell, P., (1974), *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Ochberg, F.M., (1991), Post-traumatic therapy. En H., Kaplan, & B., Sadock, (1996) *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Olmsted, M.S., (1978), *El pequeño grupo*, Buenos Aires, Argentina: Paidós, 8ª. Ed.

Pichon-Riviére, E., (1971), *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*, tomo II. Buenos Aires: Nueva Visión (1977).

Piper, W.E., (1991), *Brief group psychotherapy*. Psychiatric Annals. (21), pp. 419-422.

Piper, W.E.; McCallum, M.; & Azim, H.F.A., (1992), *Adaptation to Loss Through Short-Term Group Psychotherapy*. New York: Guilford.

Powdermaker, F.B., & Frank, J.D., (1953), *Group Psychotherapy*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University.

Rickman, J., (1948), Tensiones intragrupo en la terapia. En W.R. Bion, (1948), *Experiencias en grupo*, Buenos Aires, Paidós, 5ª. Ed. 1979.

Rose, S.D., (1967), Behavior approach to the group treatment of children. En E.J. Thomas, (1967), *The Socio-Behavioral Approach and Applications to Social Work*, Council on Social Work, New York: Education.

Rose, S.D., (1996), Terapia grupal cognitivo-conductual. En H.I. Kaplan, & B.J. Sadock, (1996) *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Rosenbaum, M., (1996), Terapia de grupo con abordaje Humanista-Existencial. En H.I. Kaplan, & B.J. Sadock, (1996) *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Rosell, R.D., (1979), *Humor and word play in group therapy*. International Journal of Group Psychotherapy. (29), pp. 407- 414.

Royer de García-Reinoso, G., & Scornik, H., (1986), La dimensión institucional en una tarea clínica: los grupos de admisión. Análisis Grupal. En M., Campuzano, & C., Bello, (2004), *La Psicoterapia de Grupo en las Instituciones: Psicoanálisis y Psicodrama, alternativas complementarias*. México: Plaza y Valdez y AMPAG (coeditores).

Rutan, J.S., (1996), Terapia psicoanalítica de grupo. En H.I. Kaplan, & B.J. Sadock, (1996) *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Sacks, J.M., (1996), Psicodrama. En H.I. Kaplan, y B.J. Sadock, (1996), *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Salvendy, J.T., (1991), *Group psychotherapy in the late twentieth century: An international perspective Group*. Springer. (15), pp. 3-13.

Sánchez, A., (1988), *Psicología Comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: PPU.

Scheidlinger, P., (1983), Individual and Group Psychology are they Opposed. En M. Pines, (1983), *The Evolution of Group Analysis*, Londres: Rutledge & Kegan Paul.

Scheidlinger, P., (1993), Historia de la Terapia de Grupo. En H.I. Kaplan & N.J. Sadock (comps.), *Comprehensive Group Psychotherapy*, Baltimore, Williams & Wilkins, 3a. Ed.

Schilder, P., (1949), *Introducción a una Psiquiatría Psicoanalítica*, Buenos Aires: Ed. Beta.

Schutz, W.C., (1967), *Joy*, New York: Grove Press.

Scornik, H., (1976), Proyecto sobre un modelo de recepción grupal, Centros de Integración Juvenil, Documento institucional: México. Como apéndice en: G. Royer de García-Reinoso, & H. Scornik, (1986), *La dimensión institucional en una tarea clínica: los grupos de admisión. Análisis Grupal*, México: Plaza y Valdés.

Shapiro, D.A., & Shapiro, D., (1982), *Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement*, Psychological Bulletin. (92), pp. 581-604.

Slavson, S.R., (1953), Criterios para diferenciar los grupos terapéuticos de los no terapéuticos. En Slavson, (1976), *Tratado de Psicoterapia Grupal Analítica*, Buenos Aires, Paidós.

Slavson, S.R., (1953), *Tratado de psicoterapia Grupal Analítica*, Buenos Aires. Paidós, 1976.

Slipp, S., (1996), Terapia familiar y terapia familiar múltiple. En H.I. Kaplan, & B.J. Sadock, (1996), *Terapia de Grupo*, Madrid, Ed. Panamericana.

Snowden, E.L., (1940), *Mass Psychotherapy*. Lancet 2:769. En A., Kadis; J., Krasner; C., Winick; & S.H, Fulkes, (1969), *Manual de Psicoterapia de grupo*, México: Fondo de Cultura Económica.

Stone, W.N., (1990), On affects in Group Psychotherapy. En B. Roth, W.N. Stone, & H.D. Kibel (1991), *The Difficult Patient in Group*, Connecticut: Int. Universities Press, Inc.

Sullivan, H.S., (1938), Psychiatry: introduction to the study of interpersonal relations, Psychiatry. En Vinogradov, S., & Yalom, I. D., (1996), *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

Toseland R.W., & Siporin, M., (1986), *When to recommend group treatment: a review of the clinical and group literature*, International Journal of Group Psychotherapy. (36), pp. 171-201.

Tuttman, S., (1990), Principles of Psychoanalytic Group Therapy Applied to the Treatment of Borderline and Narcissistic Disorders. En B. Roth, W.N. Stone & D. Kibel (1991), *The Difficult Patient in Group*, Connecticut: Int. Universities Press.

Van Emde Boas, C., (1962), *Intensive group psychotherapy with married couples*, International Journal of Group Psychotherapy. (12), pp. 142-153.

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

Von Bertalanffy, L., (1968), *General Systems Theory*, New York: Braziller.

Waxer, P.H., (1977), *Short-term group psychotherapy: Some Principles and techniques*, Int J Group Psychother. (27), pp. 33-42.

Wiener, N., (1948), *Cybernetics*. New York: Wiley.

Winnicott, D.W., (1971), *Realidad y juego*. Buenos Aires: Granica, 1972.

Wolf, A., (1965), Short-term group psychotherapy. En L.R. Wolberg, (1965), *Short-Term Psychotherapy*, New York: Grune & Straton.

Yalom, I.D., (1975), *Curative factors in Group Therapy*. En I.D., Yalom, (1975), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Nueva York: Basic Book.

Yalom, I.D., (1980), *Existential Psychotherapy*, Nueva York: Basic Books.

Yalom, I.D., (1985), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Ed. 3, Nueva York: Basic Books.

Yalom, I.D., (2000), *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*, Barcelona-México: Paidós, Ibérica.