



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**LA TERAPIA DE GRUPO EN EL TRATAMIENTO
DE ADOLESCENTES EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD
MENTAL**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
Licenciada en Psicología

PRESENTA

Lorena Domínguez Muciño

Directora: Lic. Leticia María Guadalupe Bustos de la Tijera

Comité: Mtra. María Asunción Valenzuela Cota
Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa
Mtra. Laura Amada Hernández Trejo
Dra. María Santos Becerril Pérez



Ciudad Universitaria, CD.MX., 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi padre:

Por estar presente en mi vida de manera tan significativa, por haberme apoyado después de momentos tan fuertes y seguir de pie a pesar de la adversidad, por no dejarme caer y creer en mí en todo momento, por confiar en mis conocimientos y marcarme el camino cuando lo he necesitado. Por todo tu trabajo y esfuerzo para que yo sea hoy en día la persona que soy, por darme la vida. Gracias por ser el hombre tan maravilloso que eres, por ser el mejor padre que alguien pudiera tener, te amo.

A mi mamá:

A pesar de que hoy ya no estés presente te llevo conmigo en todo momento, me enseñaste las lecciones más valiosas que he aprendido en mi vida, me brindaste tu amor, tu confianza y tu fortaleza siempre, me mostraste la importancia de ser independiente y que no cualquiera me puede lastimar. Por enseñarme valores y cualidades tan únicas, porque a pesar de todo siempre fuiste una mujer que salió adelante y me diste el ejemplo del trabajo, la responsabilidad y el amor para los demás. Te amo y siempre te amaré, desde donde hoy te encuentres te agradezco por hacerme la mujer que soy y enseñarme el camino a seguir, por la vida y las lecciones aprendidas GRACIAS.

A mi hermana:

Por estar cuando más te he necesitado, porque a pesar de todo siempre nos vamos a tener una a la otra, por confiar en mí, por ser una mujer tan especial y única, una excelente hermana, hija y ahora madre.

Te amo. Gracias totales.

A Dani:

Por estar conmigo por siete años, siempre apoyándome, confiando plenamente en todo lo que hago, creyendo en mis sueños. Por levantarme cuando me he caído, por abrazarme cuando lo he necesitado, por todas tus palabras de aliento cuando me siento perdida. Gracias por ser ese hombre tan bueno, tan empático, tan tolerante y trabajador, gracias por compartir la vida conmigo. TE AMO.

A mis abuelos:

Por ser maestros de vida. A mi abuelito por haber estado presente siempre en mi vida, acompañándome hasta la escuela desde dónde todo comenzó a los 4 años. A mi abuelita por ser una mujer tan fuerte y mostrarme lecciones tan importantes de vida. Gracias.

A mi tía Lupe:

Por ser mi segunda madre, por todo lo que me ha dado y siempre apoyarme, gracias.

La quiero mucho.

A mi amiga Alma:

Por estar conmigo desde la preparatoria donde todo comenzó, pasamos 4 años juntas en la carrera pero sólo fue el inicio de todo lo que sigue, por siempre escucharme cuando lo he necesitado y estar en las buenas y en las malas. Por apoyarme hasta el final en este proyecto y echarme porras, pero sobre todo por ser ese ángel en mi vida, esa excelente persona que siempre da lo mejor y de la que estoy tan orgullosa. Gracias por tu amistad, te amo.

A mi amiga Ale:

Por la amistad que me brindaste durante la carrera y que ahora que será para siempre, por ser tan única y alegrarme los días, por todo el apoyo que siempre me has dado y la confianza, por estar en momentos buenos y malos y enseñarme a sacar lo mejor de las situaciones. Gracias bebé, te amo.

A Omar:

Por tu amistad, por tu compañía, por creer en mí y estar en las mejores y en las peores. Te quiero.

A la maestra Leticia:

Porque después de tomar mi primera clase con ella me cambio la perspectiva de lo que quería, me mostró el psicoanálisis y todo tuvo más sentido para mí, gracias por aceptar ser mi directora y ayudarme a sacar este proyecto adelante, por el tiempo y la confianza que me brindo, por mostrarme el conocimiento que me abriría el camino hacia la práctica profesional.

A la maestra Asunción:

Por aceptar ser mi revisora y ayudarme a tener más claridad para poder llevar a cabo este proyecto, por su compartir su conocimiento conmigo y por el tiempo que se tomó para apoyarme.

A mis sinodales:

Al Doctor Rogelio, la Doctora María y la Maestra Laura por aceptar ser parte de mi comité y tomarse el tiempo para revisar mi trabajo, ayudarme a mejorarlo y así poder concluir con este proyecto.

A mí:

Gracias, gracias, gracias.

Tabla de contenido

| | |
|--|-----------|
| 1. Resumen | 1 |
| 2. Datos generales del programa de servicio social | 2 |
| 3. Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio | 2 |
| 3.1 Misión | 3 |
| 3.2 Visión | 3 |
| 3.3 Proceso de atención en el hospital..... | 3 |
| 3.4 Ingreso a psicoterapia psicodinámica | 4 |
| 4. Descripción de las actividades realizadas en el servicio social .. | 5 |
| 4.1 Observación de entrevistas a padres y pacientes | 5 |
| 4.2 Observación de terapia individual | 5 |
| 4.3 Observación de terapia grupal | 5 |
| 4.4 Entrevistas inicial y evaluación a padres/ tutores | 6 |
| 4.5 Entrevista y evaluación a pacientes | 6 |
| 4.6 Encuadre a pacientes..... | 6 |
| 4.7 Devolución y encuadre a padres | 8 |
| 4.8 Intervención terapéutica a niños..... | 8 |
| 4.9 Intervención grupal en adolescentes..... | 9 |
| 4.10 Entrevistas de seguimiento a padres | 9 |
| 4.11 Actividades administrativas | 9 |
| 5. Objetivo del informe de servicio social..... | 10 |
| 6. Soporte teórico metodológico | 10 |
| 6.1 La adolescencia | 10 |
| 6.2 Los adolescentes en instituciones de salud mental..... | 11 |
| 6.3 Los trastornos dentro del grupo..... | 12 |

| | |
|--|-----------|
| 6.3.1 Trastorno disocial | 13 |
| 6.3.2 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad | 15 |
| 6.3.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada..... | 17 |
| 6.3.4 Autolesiones..... | 18 |
| 6.4 La terapia de grupo | 19 |
| 6.4.1 Definición de grupo. | 19 |
| 6.4.2 Características generales de los grupos. | 20 |
| 6.4.3 Definición del grupo terapéutico..... | 21 |
| 6.4.5 La terapia de grupo psicoanalítica..... | 22 |
| 6.4.6 Características de los grupos terapéuticos. | 23 |
| 6.4.7 El grupo desde el enfoque psicoanalítico. | 26 |
| 6.4.8 Fenómenos grupales..... | 27 |
| 6.4.9 Proceso grupal..... | 39 |
| 7. Resultados | 44 |
| 7.1 Características del grupo | 44 |
| 7.2 Ingreso a tratamiento | 45 |
| 7.3 Encuadre..... | 45 |
| 7.4 Paciente 1 | 46 |
| 7.5 Paciente 2 | 48 |
| 7.6 Paciente 3 | 50 |
| 7.7 Paciente 4 | 52 |
| 7.8 Paciente 5 | 54 |
| 7.9 Sesiones relevantes..... | 56 |
| 7.10 Resultados de la terapia grupal..... | 61 |
| 7.11 Resultados generales del servicio social realizado | 62 |
| 7.12 Aprendizaje profesional..... | 62 |
| 8. Recomendaciones y/o sugerencias..... | 65 |
| 9. Referencias..... | 69 |

1. Resumen

Durante seis meses realicé mi servicio social en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, que se encarga de brindar atención de tercer nivel a niños y adolescentes con problemas de salud mental. El presente trabajo habla sobre esta institución, como es el ingreso y los programas de atención que brinda. En el área de psicoterapia psicodinámica trabajé con niños en terapia individual y adolescentes en terapia de grupo, por lo que expondré como era el ingreso a esta última, cómo se trabajó, las características del grupo y presentaré cinco casos clínicos para ejemplificar las actividades realizadas en el servicio social, los resultados de cada uno, así mismo describo las bases teóricas de la terapia grupal, sus características y etapas por las que se pasa al estar trabajando en esta modalidad.

Por último expongo los resultados generales del trabajo realizado en el hospital, el aprendizaje que obtuve y las sugerencias y/o recomendaciones que puedo brindar a partir de lo que viví durante esta experiencia, desde lo general a lo particular.

Palabras clave: Adolescencia, terapia grupal, trastornos.

2. Datos generales del programa de servicio social

Dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, se encuentra el área de psicología, que a su vez se divide en siete departamentos (Cognitivo-conductual, psicodinámico, terapia familiar, análisis conductual aplicado, psicomotricidad, hospitalización parcial y atención inmediata), que se encargan de brindar terapia a los usuarios desde diversos enfoques. El departamento de psicoterapia psicodinámica tiene como objetivo abordar la problemática psíquica de pacientes desde lo inconsciente lo que permite un análisis profundo de la dinámica de la situación actual, personal, familiar y social. Propone brindar un tratamiento procedente del campo psicoanalítico pero ajustando algunas de sus directrices a la vida institucional, en concordancia con la normatividad vigente nacional e internacional.

3. Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” forma parte de la Secretaría de Salud, se inauguró hace cincuenta años y es el único nosocomio en México y Latinoamérica encargado de brindar atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación) a niños y adolescentes, de forma continua e integral.

Atiende a niños de entre 2 y 12 años, y adolescentes de hasta 17 años 11 meses, en su mayoría pacientes de la Ciudad de México y la zona metropolitana, aunque también acuden personas de otros estados del país. La prevalencia de los padecimientos mentales varía de acuerdo con el área, estas pueden ser hospitalización (recibe sólo a menores con trastornos mentales y del comportamiento agudos y crónicos) o consulta externa, la cual se encargan de enviar a los pacientes al departamento de psicología, en esta área los usuarios acuden con problemas relacionados con: trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos emocionales, retraso mental, trastornos del espectro autista, de la conducta y psicosis. En la población infantil es importante la intervención oportuna para evitar comorbilidades y deterioro (Arroyo, 2016).

3.1 Misión

Proporcionar a la población infantil y adolescente con trastornos mentales y del comportamiento, servicios de atención especializada y multidisciplinaria en psiquiatría infantil y de la adolescencia con enfoque comunitario, así como formar recursos humanos y realizar investigación con evidencia científica, ética y compromiso, con pleno respeto a los derechos humanos. (Servicios de Atención Psiquiátrica, s.f.)

3.2 Visión

Ser un centro de vanguardia y modelo en la atención psiquiátrica infantil y de la adolescencia mediante el cumplimiento de las tareas sustantivas, atención, enseñanza e investigación. (Servicios de Atención Psiquiátrica, s.f.)

3.3 Proceso de atención en el hospital

Debido a que es un hospital de tercer nivel, es importante que los pacientes para ser ingresados cuenten con una hoja de referencia de alguna unidad de salud de primer nivel, escolar o bien que llegue a urgencias debido a que estén presentando una crisis de angustia, intento de suicidio, conducta agresiva incontrolable y/o consumo de drogas o medicamentos con fines no médicos.

El hospital cuenta con dos áreas de ingreso: Hospitalización y Consulta externa, la cual está constituida por las siguientes clínicas:

- Clínica del Desarrollo: Atiende a población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo (retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo como autismo y otros, y niños con alto riesgo).
- Clínica de las Emociones: Atiende a niños, con trastornos del humor como: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación.
- Clínica de los Trastornos de la Conducta: Atiende a personas entre los 6 y 12 años, que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hiperkinéticos, trastornos del comportamiento social y trastorno disocial (TD).

- Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual): Atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas secundarios al abuso sexual.
- Clínica de Adolescencia: Atiende a adolescentes entre 12 y 17 años, que presentan padecimientos diagnosticados en esta etapa o en más tempranas como son: Trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria.

Al ingreso se les realiza a los pacientes una historia clínica, con esta información se decide a qué clínica serán enviados y posteriormente se les asigna un paidopsiquiatra. Tomando en cuenta que el trabajo dentro del hospital es multidisciplinario, el médico tratante será el encargado de enviar al paciente a alguno de los servicios con los que cuenta el hospital (psicología, pediatría, neuropatía, odontología, medicina física, rehabilitación, entre otras). Cuando son canalizados al servicio de psicología, los pacientes acuden a la coordinación de este servicio para que se les asigne un terapeuta que trabaje con el enfoque que a consideración del médico será el más adecuado para su tratamiento.

3.4 Ingreso a psicoterapia psicodinámica

Durante la realización de mi servicio en el hospital, estuve en el área de psicología, en el departamento de terapia psicodinámica, tuve la oportunidad de trabajar con niños con edades de los 6 a los 11 años y con adolescentes de 12 a 17 años.

Para que un paciente pudiera ingresar a esta terapia, era indispensable que se le realizara una evaluación y también a sus padres, por lo que en las primeras entrevistas se solicitaba únicamente la presencia de los papás o de los tutores del menor. En la primera sesión se indaga el motivo de consulta y posteriormente se realiza una historia clínica, la cual se puede llevar de 3 a 5 sesiones más, después se cita al paciente para comenzar las entrevistas pertinentes y conocer el motivo por el cual había sido canalizado al hospital y por qué se considera importante comenzar a una terapia.

Después del proceso de evaluación, si el paciente está de acuerdo en asistir a terapia se le daba el encuadre a él y a sus padres, y se acordaba un día y una hora para que se llevará a cabo la intervención, a los niños menores de 12 años se

les daba únicamente terapia individual, brindándoles media hora de atención a la semana, mientras que los adolescentes recibían terapia grupal una vez a la semana con una duración de 90 minutos.

4. Descripción de las actividades realizadas en el servicio social

Durante los seis meses de duración de mi servicio, realicé diversas actividades bajo la supervisión de la Lic. Mónica Galindo Tagle, quien era la titular del consultorio en el que llevé a cabo las siguientes actividades:

4.1 Observación de entrevistas a padres y pacientes

Al comienzo de mi servicio me dediqué a observar cómo se realizaban las entrevistas, prestando atención al orden en el que se indagaba en la problemática de referencia y la historia clínica, en la que se preguntaba cómo había sido el embarazo de la madre, el primer año en la vida del paciente, cómo había sido hasta el momento su etapa escolar y las dificultades que presentaron o presentan en ésta, la relación con sus padres o tutores, con sus hermanos en caso de que los tuvieran, con sus pares, y en algunas ocasiones se abordaba la vida de la madre o del padre para conocer más a fondo los motivos de la problemática que presentaba cada paciente.

4.2 Observación de terapia individual

La intervención se daba a niños entre 7 y 11 años, en su mayoría a niñas, el trastorno que más prevalecía era el TDAH.

4.3 Observación de terapia grupal

La intervención grupal era para adolescentes, había dos grupos, uno el día martes y el otro los días miércoles, era un grupo mixto, abierto y la sesión dependía de lo que los adolescentes quisieran comentar sobre su vida cotidiana, lo que les ocurría, y las dificultades a las que se enfrentaban o los problemas en los que se metían. Los diagnósticos más comunes dentro del grupo eran: trastorno de ansiedad generalizada (TAG), TDAH, historia personal de autolesión, episodio depresivo

moderado, trastorno disocial depresivo y trastorno disocial desafiante y opositorista.

4.4 Entrevista inicial y evaluación a padres/ tutores

Para poder comenzar un proceso de evaluación los padres o tutores debían presentarse sin su hijo/a a la primera entrevista, en ésta se abordaba el motivo de consulta, se les preguntaba cuando habían llegado al hospital, qué era lo que les decía el médico, si tenían tratamiento farmacológico especificar cuál era, y los motivos por los que habían sido referidos a terapia psicodinámica. Al término de esta primera entrevista continuaba el proceso de evaluación, se abordaba el desarrollo y cuáles eran las dificultades que presentaba y en qué área (escolar, en casa o social). En algunas ocasiones era necesario indagar más a fondo la vida de la madre o de los responsables del menor, por lo que se llevaban a cabo una o dos sesiones adicionales para poder tener la información lo más detallada que se pudiera.

4.5 Entrevista y evaluación a pacientes

En la primera cita con los pacientes se les preguntaba el motivo por el cual llegaron al hospital, quién era su médico y cuál era el tratamiento farmacológico que les habían recetado según fuera el caso, al inicio de las sesiones de evaluación solo se le decía al niño “háblame de ti” y con esta frase se daba pie a que ellos comentaran lo que quisieran, no había una estructura en la entrevista y las preguntas se realizaban de acuerdo a lo que era capaz de decir, en general comentaban lo que habían hecho en la semana, como era la relación con sus pares, problemas escolares y familiares.

4.6 Encuadre a pacientes

Para que un paciente fuera considerado para entrar a una terapia psicodinámica era indispensable que él lo deseara y que tuviera una capacidad para poder hablar sobre él y lo que le sucedía, así que después de la evaluación se realizaba el encuadre, se le preguntaba si él deseaba ingresar a la terapia para que pudiera

entender qué era lo que le pasaba y qué hacía él o ella con eso, si aceptaba, se le explicaban las reglas por las que estaba formada la terapia (ver tabla 1).

Tabla 1.

Reglas de la terapia psicodinámica.

| Niños | Adolescentes |
|--|---|
| Decir todo lo que estés pensando | Decir todo lo que estés pensando |
| Regla de confidencialidad (Lo que el paciente diga no se le dirá a sus padres o tutores, en cambio, lo que sus padres o tutores comenten sobre él se le dirá al inicio de la terapia) | Regla de confidencialidad (Lo que el paciente diga no se le dirá a sus padres o tutores, en cambio, lo que sus padres o tutores comenten sobre él se le dirá al inicio de la terapia) |
| Para saber sobre él, se utilizará el juego, la palabra o el dibujo, el niño es libre de elegir la actividad que quiera y decidirá si durante el juego incluye o no al terapeuta | Si el adolescente llega enojado o durante la sesión se enoja, no podrá sacar esta emoción con acciones, solo con palabras, no está permitido el contacto físico ni aventar cosas dentro del aula. |
| Si el niño llega enojado o bien se enoja durante la sesión, no podrá sacar esta emoción con acciones, solo con palabras, no está permitida la agresión física o que aviente objetos que se encuentran sobre el escritorio. | *Queda prohibido entablar una amistad con algún otro miembro del grupo o una relación de pareja, y si esto sucede es obligatorio que se informe al grupo para que se trabaje alrededor de esta situación. |

Nota. *Este apartado solo aplica para aquellos adolescentes que cuenten con un diagnóstico de TD.

Después de explicar las reglas de la terapia, se da espacio para dudas o aclaraciones, pasan los padres para que elijan el día y la hora de la sesión, la cual será durante todo el tiempo del tratamiento y no se podrá mover, la duración mínima de la terapia es de seis meses y la máxima de año y medio, si el paciente no asiste a cuatro citas consecutivas y no se justifican las faltas se da de baja del servicio.

4.7 Devolución y encuadre a padres

Después del ingreso a tratamiento del paciente, se cita a los padres y se les da una devolución explicándoles lo que se trabajó en las sesiones con sus hijos y los motivos por los cuales se dio el ingreso a la terapia y sobre que se trabajará, se les pide que notifiquen cualquier cambio que noten, pues durante el proceso terapéutico habrá cambios emocionales que pueden mostrarse en su conducta, esto se le informará al paciente para que se trabaje durante la sesión. Si en el tratamiento se observa que está en riesgo su vida se les notificará a los padres inmediatamente.

Se les informa sobre las reglas, la duración del tratamiento, el tiempo de las sesiones y la cantidad de faltas que puede tener para que no sea dado de baja del servicio. Al finalizar se da tiempo para dudas o aclaraciones.

4.8 Intervención terapéutica a niños

Tuve la oportunidad de llevar el tratamiento terapéutico de cuatro niños, durante las sesiones ellos tenían la posibilidad de elegir como trabajarían, podían escoger entre una gran variedad de juegos de mesa, animales de plástico o títeres, realizaban dibujos o en ocasiones elegían hablar sobre lo que les había pasado en la semana.

Al inicio de cada sesión observaba como iban los niños, con que ánimo entraban al consultorio, si iban con adecuada higiene y aliño o si iban con un aspecto descuidado.

Si decidían jugar era importante observar como llevaban a cabo el juego, si lo disfrutaban, se frustraban, si compartían o lo hacían solos, como leían y cuál era su capacidad de comprensión. Con el dibujo se dejaba que lo terminaran y que ellos explicaran que era lo que habían hecho, alrededor de lo que comentaran se hacían

preguntas o comentarios para comprender que era lo que pensaba mientras lo realizaba y cuál era el fin de hacerlo.

Cuando decidían hablar se escuchaba y se realizaban comentarios o preguntas que los llevaran a profundizar un poco más sobre lo que les había sucedido y el porqué de sus acciones o reacciones. En estas tres técnicas se les daba una devolución constante de lo que se observaba o se escuchaba para que se trabajara alrededor de esto.

4.9 Intervención grupal en adolescentes

En dos ocasiones fui la encargada de dar la terapia grupal, las sesiones iniciaban en cuanto llegara el primer paciente, si los otros llegaban retrasados se iban incorporando a la sesión y se les ponía al tanto de lo que se estaba hablando, ellos elegían que compartir con los otros y constantemente daban sus puntos de vista hacia lo que se decía. Eran los encargados de abrir el espacio para comentar o se podían quedar callados hasta que alguno decidiera empezar, constantemente les devolvía qué era lo que estaban tratando de expresar con su discurso o sus acciones y los confrontaba para que pudieran pensar alrededor de lo que estaba pasando con ellos.

4.10 Entrevistas de seguimiento a padres

Durante el transcurso de la terapia había situaciones en las que era necesario que se citara a los padres para poder aclarar algunas situaciones o comprender mejor que estaba pasando en ese momento en la vida del paciente, por lo que estas entrevistas ya eran semiestructuradas, y se abordaba el tema de interés.

4.11 Actividades administrativas

En este periodo también realicé algunas tareas administrativas, la primera de ellas era programar las citas a los padres de primera vez, ingresar los datos de los pacientes nuevos a la base de datos del consultorio y poner las notas en los expedientes de cada paciente al final de la entrevista o las sesiones terapéuticas.

Las notas del expediente debían contener la fecha, quien acompañaba al paciente, un resumen de la sesión y qué se trabajó durante ésta, la nota al final era firmada por mi adscrita.

5. Objetivo del informe de servicio social

Durante mi estancia en el hospital, fui observadora clínica del proceso grupal de los adolescentes, por lo que el objetivo de mi informe es brindar información sobre los trastornos más comunes que presentaban los participantes del grupo, como fue el proceso grupal, los pros y los contras de este proceso para cada uno de ellos y los resultados que se obtuvieron durante las sesiones en las que estuve presente.

6. Soporte teórico metodológico

6.1 La adolescencia

Fisiológicamente la adolescencia se inicia con el establecimiento de la pubertad y los cambios físicos, mentales y emocionales que la acompañan. Los cambios aparecen indeterminados, inconscientes, a menudo contradictorios y a veces inestables. Desde el punto de vista legal o médico, termina a los 18 años pero resulta más indeterminable precisar cuándo termina psicológicamente (Alarcón, 2005).

Para Blos (2003) los procesos biológicos de crecimiento y la diferenciación en el curso de la pubertad producen cambios en la estructura y funcionamiento del organismo. Estos cambios tienen lugar según un orden de secuencia típico llamado “maduración”. Los cambios psicológicos de la adolescencia siguen una pauta evolutiva, pero de distinto orden, ya que ellos extraen su contenido, estimulación, meta y dirección de una compleja interacción de choques internos y externos. A la postre, lo que se observa son nuevos procesos de estabilización y modificaciones de las estructuras psíquicas, resultados ambos de los acomodamientos adolescentes.

“Los tramos críticos del desarrollo adolescente se hallan en aquellos puntos en los que la maduración puberal y el acomodamiento adolescente se intersectan para integrarse. La adolescencia es entonces un segundo proceso de individuación,

el primero se consuma hacia el tercer año de vida, ambos periodos comparten vulnerabilidad de la organización de la personalidad, así como la urgencia de que sobrevengan en la estructura psíquica cambios acordes con el impulso madurativo. Este proceso de individuación en la adolescencia implica desprenderse de los lazos de dependencia familiares, aflojar los vínculos objetales infantiles para pasar a integrar la sociedad global, o, simplemente el mundo de los adultos” (Blos, 2003, p. 119).

De acuerdo a Salles (1991) la adolescencia es un largo periodo de transición en que el humano alcanza el funcionamiento adulto de la personalidad. Desde el punto de vista psicoanalítico, se ha entendido como un proceso de redistribución libidinal. Se puede decir que la vida adulta empieza cuando las funciones yoicas están más a cargo de las interacciones del ello con la realidad y con el superyó y que ésta es una empresa que va a prolongarse por el resto del desarrollo de la persona.

Los cambios del adolescente son probablemente los más drásticos en el desarrollo psicosexual y social de los humanos. Surgen nuevas capacidades que cambian la perspectiva de los individuos, con tal rapidez que quien los observa tiene la sensación de qué están cambiando físicamente pero también de que se encuentran en otro mundo, diferente de aquel en el que venían creciendo; sus perspectivas a veces parecen ser las de un nuevo ser, desconocido para los observadores y para ellos también. No están revisando, ni repitiendo la historia de su pasado, sino gestando una nueva.

6.2 Los adolescentes en instituciones de salud mental

En México hablar de salud mental aún resulta un tema polémico, por lo que muy pocas personas son atendidas si presentan en algún momento algún trastorno mental, la población adolescente es la más descuidada en términos de servicios de salud mental, el país cuenta con 544 establecimientos ambulatorios de salud mental, de los cuales el 3% está destinado a niño(a) s y adolescentes, que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes, lo que sería el 27% de la población total atendida. Hay 13 unidades de internamiento psiquiátrico en

hospitales generales con un total de 147 camas, lo que representa 0.14 por cada 100,000 habitantes. El 8% está reservado para niños y adolescentes.

Existen 46 hospitales psiquiátricos, de los cuales 13 corresponden al sector privado y 63% están integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios. Hay 5 camas por cada 100,000 habitantes y únicamente el 3% están reservadas para niños o adolescentes. En un estudio realizado por Benjet, Borges, Méndez, Albor, Casanova, Orozco, Curiel, Fleiz y Medina-Mora (2016) que muestra los trastornos más comunes entre la población adolescente en el país, el trastorno de abuso de sustancias fue el principal, seguido del comportamiento perturbador, del estado de ánimo, ansiedad y de patrones alimenticios.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Salud Mental (citado en López, 2011), existe una clara necesidad de un sistema escalonado de atención de la salud mental, que permita no sólo identificar con oportunidad los diferentes trastornos mentales, sino ofrecer en el primer o segundo contacto una medida que evite la evolución hacia la cronicidad y la discapacidad.

6.3 Los trastornos dentro del grupo

En el servicio de terapia psicodinámica, atendimos alrededor de 17 adolescentes, con diversos diagnósticos, los cuales presentaban problemáticas que les impedían desarrollarse adecuadamente en su medio familiar, social o escolar.

La atención que se le brindó fue grupal, lo cual les permitía relacionarse con otros, hablar sobre sus problemas y al mismo tiempo escuchar las dificultades que presentaban otros adolescentes.

El proceso grupal era muy intenso en diversas ocasiones y mostraba a los adolescentes otras realidades y diversas dificultades, como se mencionó, dentro del grupo no había adolescentes con un solo diagnóstico, lo que aportaba riqueza al tratamiento y también complicaba la comprensión entre los mismos. Había dos grupos de tratamiento, por lo que me enfocaré en el grupo de los miércoles, el cual contó con la presencia de 5 adolescentes durante el transcurso de mi servicio, las edades iban de los 14 a los 16 años.

Los trastornos más recurrentes dentro de este grupo eran los siguientes: TD, TDAH, TAG y Autolesiones. A continuación se describirá la definición, la etiología y el diagnóstico de cada uno de ellos.

6.3.1 Trastorno disocial (TD). Es definido acorde con el CIE 10 (1994), por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la población en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple travesura infantil o rebeldía adolescente.

Son actos que incluyen agresiones a personas o animales, la destrucción de la propiedad privada, la fraudulencia o robo y las violaciones graves de las normas del grupo de referencia, generando un deterioro significativo en la vida académica, escolar y/o laboral del individuo (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Etiología.

De acuerdo a Vásquez, Feria, Palacios y de la Peña (2010), los factores que contribuyen al desarrollo del TD son los siguientes: factores parentales, socioculturales, psicológicos, neuropsicológicos y del desarrollo.

Factores parentales.

- La educación rígida y punitiva caracterizada por la agresión física o verbal, está asociada al desarrollo de comportamientos agresivos mal adaptativos.
- Patrones de disciplina incorrectos, pueden variar desde la severidad extrema y estricta, hasta la incongruencia o relativa falta de supervisión y control.
- Condiciones caóticas en el hogar.
- El divorcio, donde exista hostilidad persistente, sobre todo si existe resentimiento y amargura entre los padres.
- El abuso, maltrato infantil y negligencia.
- Alcoholismo y abuso de sustancias.
- Trastornos psiquiátricos.

Factores socioculturales.

- Sufrir privaciones económicas.
- Vivir en zonas urbanas marginadas y que además exista consumo de drogas.
- Desempleo de los padres.
- Falta de una red de apoyo social.
- Falta de participación en las actividades de la comunidad.

Factores psicológicos.

- Los niños criados en condiciones caóticas y negligentes suelen ser malhumorados, agresivos, destructivos e incapaces de desarrollar progresivamente la tolerancia a la frustración, necesaria para las relaciones maduras.

Factores neuropsicológicos.

- Exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastorno de conducta parecen tener dificultades en el funcionamiento del lóbulo frontal del cerebro, que interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas.
- Se considera que el temperamento de los niños tiene origen genético. Los niños y adolescentes de carácter difícil (por ejemplo, baja tolerancia a frustración, inadaptabilidad al cambio, inestabilidad emocional) tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento.
- El riesgo de TD aumenta si uno de los padres presenta trastorno antisocial de la personalidad (APA, 2014).

Déficits en el desarrollo

- En el desarrollo socio-cognitivo, muestran dificultades en la forma de interpretar y responder ante el comportamiento de sus pares, en la resolución de problemas interpersonales y en la empatía.
- El bajo coeficiente intelectual.

No existe un factor causal único, por lo cual no es posible que la intervención se haga sobre un solo factor de riesgo (Burke, Loeber y Birmaher, en Urazán, 2011).

Diagnóstico. Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser de los siguientes tipos: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendios, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones y desafíos y desobediencias graves y persistentes (Rey, 2010).

De acuerdo al DSM-V (2014), el diagnóstico del TD requiere que tres o más comportamientos hayan aparecido durante los últimos 12 meses y por lo menos uno que se haya dado durante los últimos 6 meses. Es importante tener en cuenta que para realizar el diagnóstico de TD, el patrón de comportamiento debe provocar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral y que suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad.

Se proponen dos tipos de TD según la edad de inicio del trastorno: TD de inicio infantil y TD de inicio adolescente. Si al menos uno de los síntomas se presentó antes de los diez años, se considera TD de inicio infantil, pero si estos actos comenzaron después de los 10, se considera de inicio adolescente, en los casos en los que no se cuenta con la certeza sobre la edad de aparición del trastorno, debe indicarse que se trata de TD de inicio no especificado (APA, 2014).

6.3.2 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El CIE-10 (1994) define al TDAH dentro del grupo de trastornos hipercinéticos caracterizados por un comienzo precoz, y la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas. Estos problemas se presentan en situaciones variadas y a lo largo del tiempo. Con frecuencia pueden presentar un déficit cognoscitivo y suelen acompañarse de retraso en el desarrollo motor y del lenguaje, así como de un trastorno de aprendizaje. Es frecuente que se presenten comportamientos disociales y de baja autoestima.

Se le considera un trastorno externalizado del desarrollo, crónico, donde existe un déficit del control inhibitorio, de las emociones, del movimiento, de la regulación de la atención y de los impulsos.

Las características del TDAH, en orden de frecuencia son:

- Déficit de atención: No prestan atención, no consiguen organizarse para trabajar, no logran sostener el esfuerzo, se distraen con facilidad, pierden y olvidan cosas y no terminan las tareas. También pueden mostrar incapacidad para mantener una conversación, distracción, incapacidad para mantenerse leyendo, para concentrarse en el trabajo y cambios de lugar.
- Hiperactividad: Las personas con TDAH, se mueven de manera excesiva y aparentemente innecesaria para lograr los fines que desean; parecen constantemente inquietos e infatigables.
- Impulsividad: Imprudencia en situaciones de peligro que los hacen propensos a accidentes, no esperan turno, contestan sin pensar e interrumpen a los demás.
- Labilidad emocional: Manifiestan sus emociones públicamente con más intensidad y duración de lo que lo hacen los demás.
- Trastorno de memoria y pensamiento: La insuficiente atención sostenida, o su irrelevancia, y el cambio frecuente en su atención explican deficiencias en la memoria.

Etiología. Se considera que alrededor del 80% de los casos con TDAH son de origen genético, sin embargo existe otro 20% cuyo probable origen esté en factores de riesgo como tabaquismo de la madre durante el embarazo, exposición a plomo, ingesta de alcohol, bajo peso al nacer, complicaciones obstétricas y adversidad psicosocial (Poza, Valenzuela y Becerra, s.f).

Diagnóstico. Se debe realizar una historia clínica detallada acerca de los datos del desarrollo y de los síntomas del padecimiento.

- Los síntomas son significativos y deben de tomarse en cuenta, sólo si son excesivos en relación a los niños de su misma edad y nivel cognitivo.

- El padecimiento debe acompañarse de un significativo deterioro social, familiar, escolar y/u ocupacional.
- Esto debe ocurrir en preescolares por lo menos 9 meses y en escolares 6 meses.

6.3.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada. Aprensión o el temor excesivo sobre circunstancias reales o imaginarias. La característica más importante de la ansiedad es la preocupación, que es la inquietud excesiva sobre situaciones con resultados inciertos.

La ansiedad habitualmente tiene dos componentes: manifestaciones somáticas y síntomas cognitivo-conductuales y afectivos.

Manifestaciones somáticas.

Palpitaciones o elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayos, hormigueo y escalofríos.

Síntomas cognitivo-conductuales y afectivos

Despersonalización, miedo a perder el control, sensación de muerte inminente, intranquilidad, ideas catastróficas y deseos de huir.

Etiología

Factores genéticos

Estudios genéticos han producido datos sólidos de que al menos algunos componentes genéticos contribuyen al desarrollo de la ansiedad, casi la mitad de todos los pacientes con trastornos de angustia tienen al menos un familiar afectado.

Factores psicosociales

Muerte prematura de los padres, abuso sexual, disfunción familiar y sobreprotección.

Diagnóstico. El diagnóstico debe ser siempre definido operativamente con información suficiente para que sean fiables, basándose en la historia clínica y los datos psicopatológicos, es decir, los que describen el estado clínico del trastorno.

El diagnóstico se basa en los componentes del cuadro clínico, adicionalmente se acostumbra la práctica de instrumentos de diagnóstico como el inventario de miedos para niños y adolescentes, o el autorreporte de ansiedad para adolescentes. El tiempo por el que se presentan los síntomas es de por lo menos 6 meses.

6.3.4 Autolesiones

Se definen como actos intencionales y autodirigidos que ocasionan daños corporales de baja letalidad realizados para disminuir el estrés.

Etiología

- Psicopatología en ellos o en sus padres.
- Disfunción familiar.
- Adversidad social.
- Baja tolerancia a la frustración y manipulación.

Diagnóstico

- Preocupación por dañarse físicamente.
- Repetidos fracasos de resistirse a los impulsos de destruir o alterar el tejido propio del cuerpo.
- Tensión creciente justo antes y sensación de alivio después de la lesión.
- Ninguna asociación entre la intención suicida y el acto de autolesionarse.

6.4 La terapia de grupo

6.4.1 Definición de grupo. En español, grupo significa: conjunto de cosas o personas, pluralidad de seres; asociación; conjunto; corporación; cuadrilla; equipo; familia. El grupo es objeto de investigación y definición desde los campos de la sociología y la psicología (Díaz, 2000).

Para Slavson (1953) el grupo es la reunión voluntaria de tres o más personas, es una relación libre, cara a cara, sujeta a un liderazgo, con una meta en común y que, en relación con ella, genera una relación dinámica recíproca entre sus miembros, de la que puede resultar el desarrollo de la personalidad.

El grupo es físicamente una totalidad, una estructura, que se expresa como tal, además funciona como “objeto” en el inconsciente de cada uno y como “imago”. Los fenómenos de grupo son globales (silencio, risa, pánico), el grupo actúa de un determinado modo (se defiende, ataca, se desenvuelve, habla, trabaja) y manifiesta un “clima” específico, debido a las interacciones individuales constantes que constituyen, justamente, la dinámica de grupo (Bejarano, 1972).

Para Díaz (2000) el grupo representa un encuadre vital esencial para la sobrevivencia biológica, social y para el desarrollo de la personalidad. El individuo recibe de los grupos (familia de origen, escuela, pandilla) aceptación, socialización, identificación, afirmación sexual, seguridad económica y autoperpetuación. El sujeto responde de acuerdo con las características del interlocutor y con las propiedades de los grupos a los que pertenece. Los miembros de un mismo grupo pueden internalizar normas y códigos grupales relativamente distintos, a pesar de que el ámbito donde proceden las reglas sea el mismo.

Bion (1948) establece que lo que dice y hace el individuo dentro del grupo arroja luz tanto sobre su personalidad como sobre la opinión que tiene del grupo. El florecimiento o decadencia de la vida social del grupo depende de los juicios que hacen sus miembros sobre él.

6.4.2 Características generales de los grupos. Independientemente de la finalidad y lugar en que se reúnen, de su tamaño y estructura, los grupos poseen ciertas características comunes (Díaz, 2000)

1. Sólo existe interacción social en los grupos cuando hay cierta comunidad de intereses y percepciones entre los participantes.
2. Las personas en contacto continuo tienden a desarrollar una organización social informal, constituida por una sutil combinación de actividad manifiesta, lenguaje, gestos, sentimientos e ideas que sirven para distinguir a los miembros del grupo de los “extraños”.
3. Sólo los temas pertinentes a la meta del grupo despiertan tendencias hacia la conformidad de los miembros.
4. Una característica importante de la organización informal de los grupos es su código implícito, no escrito. La opinión del grupo es un agente de presión social mayor que el castigo físico.
5. El grado de conformidad hacia las normas del grupo, tiene relación directa con su grado de cohesión y mientras mayor es ésta, menos ansiedad experimentan los miembros. La presión hacia la uniformidad de los miembros hace que éstos tiendan a modificar su opinión de conformidad con la de los demás, lo que puede reafirmar o destruir la integridad del individuo.
6. Los desviados tienen menos preferencias sociométricas que los que se ajustan a las normas. Si fracasan los esfuerzos persistentes para conformar a los desviados se interrumpe la comunicación entre ellos y la mayoría, que los empieza a rechazar y excluir. Cuando las necesidades individuales están en conflicto con la meta de grupo se reducen la satisfacción de los miembros y el logro de la meta grupal.
7. Dentro del grupo no todos se comportan de la misma manera. Existe una diferenciación de roles: el payaso, el trabajador, el líder y seguidores. El comportamiento de cada miembro en el grupo está en función de su posición dentro del mismo.

8. Mientras más aceptado se siente el individuo por su grupo, más fácilmente puede desviarse de las creencias comunes, si su desviación sirve a los intereses del grupo.
9. Las normas y valores del grupo sirven generalmente a la función de contener la ansiedad, o cuando menos, de mantenerla dentro de los límites manejables. En ocasiones, los miembros que son menos capaces de tolerar los sentimientos constituyen el elemento controlador.

6.4.3 Definición del grupo terapéutico. Los psicólogos sociales y los antropólogos reconocen al grupo como agente terapéutico por sí mismo. Las psicoterapias tratan de establecer ciertos controles sobre los procesos de cambio espontáneos. La psicoterapia de grupo es un campo específico en el ámbito de las psicoterapias, una realidad condicionada y planificada estrictamente por el terapeuta, con miras a un objetivo terapéutico que tiene en cuenta la conveniencia de ese grupo para sus participantes (Scheidlinger, 1993; Slavson, 1953).

Díaz (2000) define a la psicoterapia de grupo como un

“Proceso psicosocial en el que el psicoterapeuta experto, con entrenamiento adicional especializado en procesos de grupo, utiliza la interacción emocional en pequeños grupos, 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” (p. 40)

O'Donnell (1974) caracteriza al grupo terapéutico como una organización microsociaI objetivamente descriptible; reunión de personas organizadas en un tiempo y espacio determinados, que tienen como objetivo la develación y transformación de conductas inadecuadas de sus integrantes y el descubrimiento y afirmación de conductas sanas.

Foulkes y Anthony (1957), establecen que los grupos analíticos no son comunidades; sus miembros no dependen entre sí, de ningún modo, en la vida ordinaria; de hecho, son un grupo de extraños. Son un tipo de grupo reunido en forma deliberada para propósitos terapéuticos. El grupo terapéutico es un grupo

secundario primarizado mediante la regresión. Despierta ansiedades básicas grupales (caos y masificación) con sus correspondientes defensas. La tarea en los grupos terapéuticos es el estudio de las modificaciones en su estructura debidas a la intervención de los procesos inconscientes de cada uno de los miembros.

6.4.5 La terapia de grupo psicoanalítica. El problema del grupo se introdujo en el psicoanálisis desde su origen, con insistencia y resistencia, a tal punto que esta afinidad conflictiva entre grupo y psicoanálisis hizo del grupo la otra matriz fecunda y traumática de la invención del psicoanálisis. Las primeras teorías psicoanalíticas de grupo trataban a éste como una entidad psíquica específica. Establecen una diferencia entre el espacio intrapsíquico reconocido por la práctica psicoanalítica de la cura individual, y un espacio psíquico generado por los vínculos de grupo.

Las teorías psicoanalíticas de grupo se dividen en tres corrientes centrales (Privat y Quélin-Souligoux, 2000).

1. Corriente Norteamericana: La que trata de los individuos en grupo sin tener en cuenta los fenómenos grupales y que postula que centrar el grupo sobre su dinámica tiende a debilitar el proceso terapéutico y puede llegar a ser nocivo para el individuo. Podemos hablar aquí mejor de la terapia *en el grupo*, que preserva el modelo binario de la relación psicoanalítica con respecto a cada paciente en el grupo.
2. Aquella para la cual el grupo es reconocido como una realidad psicológica específica y que admite la idea del desarrollo de un proceso grupal, que tiene como efecto activar la evolución de cada uno de los individuos que lo componen. El grupo es tomado en su totalidad y el analista forma entonces una díada psicoanalítica.
3. Se toma en cuenta la dinámica grupal, considerando que los efectos de grupo pueden reforzar los efectos terapéuticos individuales o, por el contrario, contrarrestarlos. De ello se deriva la necesidad de realizar un trabajo analítico de grupo, lo cual lleva, entre otras cosas, a evaluar los movimientos afectivos del individuo frente al grupo. Esta terapia *por parte del grupo* toma como

marco de referencia al grupo en sí mismo con el tratamiento del individuo mediante los procesos del grupo.

6.4.6 Características de los grupos terapéuticos. De acuerdo a Díaz (2000), los grupos terapéuticos presentan diferentes cualidades:

1. El grupo terapéutico dentro de un encuadre psicoanalíticamente orientado es un grupo *no estructurado*; lo que implica ausencia de papeles claramente definidos para el líder o los participantes, o de una agenda en la que se pueden ocultar ansiedades. Es una estructura semivacía, espacio virtual, en el que sólo están discriminados arbitrariamente el rol de terapeuta y de los pacientes. La estructura semivacía puede llenarse por la condensación, en el grupo, de transferencias múltiples. Finalmente, los polos de la estructuración del grupo son el encuadre y el objetivo terapéutico.
2. El encuadre es la suma de los elementos de la estructura y dinámica del grupo terapéutico. Está constituido por las constantes dentro de las cuales se da el proceso terapéutico. Consta de una serie de normas verbales y no verbales que regulan los encuentros y tienen un carácter fijo (horarios, ambiente, actividad y pasividad terapéutica, composición del grupo). El ritmo y la frecuencia de los encuentros configuran una continuidad espacio temporal institucionalizada que ocupará la posición de la realidad exterior. El encuadre organiza y sostiene al grupo. La organización espacio temporal y económica de los encuentros constituye el aspecto del encuadre, efectuada con otros fines. Sobre él se depositan las partes psicóticas de la personalidad, la temprana relación simbiótica madre-hijo y se abre campo a la resistencia. Durante el proceso terapéutico el encuadre adquiere diferente valor simbólico.
3. El contrato terapéutico se refiere a los acuerdos compartidos y no coercitivos, formales o informales, entre el terapeuta y los miembros, con respecto a las tareas que cada uno debe desarrollar, así como las reglas básicas para conseguirlo y los fines que se persiguen. Establece un marco de referencia dentro del que operan terapeuta y grupo. Es el fundamento en

el que se basa la alianza terapéutica. Incluye dos vertientes: una explícita, que se refiere al tiempo, espacio y aspectos económicos de las sesiones. Otra implícita, constituida por el cuerpo teórico e ideológico del terapeuta acerca de lo sano y lo enfermo y sobre los psicodinamismos grupales que considera útiles para el proceso terapéutico.

Entre sus reglas, algunos terapeutas incluyen: asistencia regular; honorarios; confidencialidad; actitud ante los contactos extra-grupales; abstenerse de contacto físico, de comer, poner en palabras los sentimientos hacia los compañeros terapeuta y grupo incluidos; la responsabilidad de compartir con los otros sus experiencias y dificultades presentes, pasadas y futuras, tan libremente como les sea posible. Contiene la descripción del grupo (abierto o cerrado, de duración indefinida o de tiempo limitado), duración y frecuencia de las sesiones, resultados esperables y posibles efectos colaterales indeseables (Díaz, 2000).

Elementos del encuadre.

- Los fines de la terapia dictan el número de los miembros. Se considera que el número ideal de pacientes para análisis en grupo es de 6 a 10 miembros, ya que permite el depósito transferencial de la familia nuclear y otras personas significativas en los compañeros. Con menos de 8 personas el grupo no tiene suficiente provocación y actividad interpersonal, lo que lleva a puntos ciegos en la interacción espontánea. Menos de 5 disminuye las interacciones y el terapeuta se encuentra muy pronto haciendo terapia individual.
- Frecuencia: el grupo se reúne de una a cinco veces por semana.
- Duración de las sesiones: varía de 80 minutos a 2.30 hrs. La duración de las sesiones es el resultado de una decisión adoptada por experiencia. Pero sea cual fuere el tiempo asignado para trabajar con el grupo, nunca se termina ninguna sesión de manera abrupta.
- Por su duración total, los grupos pueden ser a tiempo limitado o sin límite de tiempo, los primeros establecen, desde el contrato, el tiempo que el terapeuta asigna a la terapia. Son en general, grupos homogéneos, cerrados y con objetivos focalizados, trátase de supresión de síntomas o de resolver un área

especial del conflicto: adaptación a ciertas etapas de la vida (adolescencia, senectud), crisis vitales y otras. Todos los pacientes inician y terminan la terapia al mismo tiempo. Los grupos que pretenden modificaciones estructurales no pueden proveer el tiempo que les tomará a cada paciente lograrlos, por lo que se elige trabajar sin número de tiempo, con grupos heterogéneos abiertos. Los pacientes que terminan el tratamiento son reemplazados por nuevos miembros. Los terapeutas que eligen este modelo lo consideran cercano a la vida real, con sus pérdidas de viejas relaciones y establecimientos de otras nuevas.

Otra consideración para el establecimiento del grupo es la composición, los grupos heterogéneos en cuanto a sexo presentan a los pacientes una situación acorde a la vida cotidiana. Las actitudes que surgen de fuentes edípicas y de desajustes sexuales se manifiestan más pronto y de modo más realista en ellos. Los pacientes toman consciencia de sí según los ven sus compañeros del mismo sexo o los del sexo opuesto, con lo que disminuyen muchas fantasías sobre sí mismos.

Los síndromes nucleares y los marcos de referencia psicológicos y biológicos difieren en hombres y mujeres; por lo que la heterogeneidad es un elemento que enriquece al grupo. La utilidad del grupo heterogéneo no sólo es el logro del equilibrio entre tendencias opuestas, permite que se evidencien las características latentes y reprimidas contrarias a las manifestadas por las respectivas personalidades (Díaz, 2000).

La edad de los pacientes también es un elemento muy importante, puesto que deben hallarse en los grupos con personas de su misma generación, cuanto menor sea la edad de los pacientes, menor debe ser la diferencia. Por esto los grupos de niños y adolescentes la distancia cronológica ideal es de dos años (Díaz, 2000).

6.4.7 El grupo desde el enfoque psicoanalítico. Díaz (2000) considera que el contrato explicita sólo las condiciones formales de la terapia, la regla fundamental y la de confidencialidad, aunque también dentro de este grupo hay terapeutas muy normativos. Es muy frecuente que el grupo sea abierto, heterogéneo y sin límite de tiempo, para lograr la reestructuración de la personalidad total. El contrato no cambia en el curso de la terapia.

El objetivo radica en la modificación de las estructuras intrapsíquicas o desarrollo de estructuras deficientes o ausentes. La cohesión, es el producto de interpretaciones de grupo en cuanto a las angustias, defensas y deseos compartidos, que facilitan la identificación de los miembros entre sí y la percatación de la universalidad de los mecanismos inconscientes (Díaz, 2000)

En cuanto a la comunicación, se toman en consideración tanto los aspectos verbales como los pre y para verbales. El terapeuta primero y posteriormente también los miembros, diferencian lo manifiesto de lo latente implícito en la comunicación, su implicación personal en lo que expresan sobre sí mismos y de dónde provienen las reacciones que les provocan los demás (Díaz, 2000)

La interacción es uno de los medios para acceder al inconsciente individual y a las modificaciones que su emergencia provoca en la configuración grupal, es el equivalente grupal de la libre asociación del análisis individual.

Para que el insight sea efectivo es imprescindible la catarsis. El terapeuta puede razonar, discutir, apoyar, sostener, en un momento dado, como preparación o facilitación del terreno para la interpretación. Se exploran e interpretan, pero no se provocan, manipulan o desvían, las transferencias positivas o negativas del terapeuta, los pares, el grupo y el mundo externo. Las diferentes corrientes psicoanalíticas enfatizan el trabajo sobre uno u otro objeto transferencial. El terapeuta es un profesional, observador participante en el proceso grupal. Comparte el liderazgo con los miembros, no tiene más metas para sus pacientes que ayudarlos a descubrir sus motivaciones inconscientes. Tras lo cual, cada quien es libre de manejar lo que ha aprendido sobre sí en la forma que juzgue pertinente (Díaz, 2000).

6.4.8 Fenómenos grupales. Kadis (1963) denomina respuesta grupal al engranaje del conjunto de respuestas individuales omnipresente, recurrente, común y esquemática que se presenta en los grupos. El grupo reacciona como tal, en forma adaptativa, ante una amplia variedad de situaciones de cambio y movimiento; aunque siempre puede haber miembros del grupo que no participen en ninguna de las respuestas y es posible que no se presenten todas las respuestas grupales en un determinado grupo. Casi todas las respuestas grupales representan un intento de mantener la homeostasis y la angustia del grupo en un nivel tolerable.

De acuerdo a Díaz (2000), entre las respuestas grupales observables tanto en los grupos no terapéuticos como terapéuticos se encuentran:

1. **Compromiso:** Este constituye el mecanismo más común y esencial de los grupos sociales, políticos y dirigidos a una meta. En los grupos terapéuticos se establece un compromiso explícito entre pacientes y terapeuta mediante el contrato terapéutico. Las fuerzas que mantienen el compromiso son la alianza terapéutica (participación consciente, racional y voluntaria en la tarea) y la transferencia. La falta de compromiso en el grupo terapéutico se manifiesta en ausencias, retardos, participación escasa, dificultad para autodescubrirse y desinterés por las comunicaciones de los compañeros, esto es, genera situaciones resistenciales.
2. **Ocupación:** La ocupación es la razón por la que se reúne el grupo. En general se reúnen para dedicarse a ciertas actividades (ocupación manifiesta del grupo), acompañadas casi siempre por otras ocupaciones no declaradas, abierta y conscientemente. La ocupación sirve de escudo para frenar pensamientos íntimos, reacciones y fantasías interpersonales y mientras más importancia adquiere, menos libres se hacen las asociaciones que produce el grupo. Por estas razones el grupo analítico se evita la ocupación manifiesta, característica que lo diferencia del grupo de libre discusión.
3. **Preocupación:** Cuando la ocupación es latente (el grupo no está consciente de ella), constituye la preocupación, que puede ser más pertinente que la ocupación para la inteligencia de ciertos acontecimientos grupales. Un ejemplo de preocupación es la tendencia de los grupos terapéuticos a erigir

(consciente o inconscientemente) en ocupación, la búsqueda de soluciones concretas a sus problemas, en vez de investigar los factores inconscientes que los origina y los sentimientos que les provoca. Esta situación es resistencial, lo mismo que suprimir la comunicación de alegrías y éxitos, porque se considera que la ocupación del grupo es “resolver problemas”. Esta creencia da lugar a una fijación del grupo en el intercambio de consejos e informaciones.

4. La interestimulación: Consiste en la activación recíproca de acciones o ideas entre las personas involucradas en un objetivo común. En los grupos terapéuticos, la identificación implícita en la interestimulación permite levantar ciertas represiones, pues el alivio de saber que no se es el único que tiene pensamientos y acciones “reprobables” disminuye la culpa que los acompaña.
5. Inducción mutua: Es la activación recíproca de sentimientos y emociones. La asociación estrecha, empatía e intimidad, intensifican los procesos inductivos al grado de hacer innecesaria la comunicación verbal. Permitirse sentir “con” y “como” el otro incrementa la comprensión empática entre los miembros, les permite acercarse y cohesionarse.
6. Intensificación: La intensificación de los sentimientos y el acting out, son producto de la interestimulación, que Slavson (1953) considera indeseables, porque puede llevar a la desintegración del grupo. La función del terapeuta es cuidar tanto la integridad del grupo como la de sus miembros, por lo que debe explorar, aclarar e interpretar lo que sucede en ambos, cuando se percata de la incapacidad de los pacientes para tolerar afectos intensos.
7. Polaridad: Es el centro (idea, problema o persona) en torno al cual se reúne o concentra el grupo. Los grupos estables tienen polos o centros cargados emocionalmente que son muy claros. La polarización tiende a producir rigidez e inmovilidad en los roles, y por tanto en el grupo. En los grupos terapéuticos la polaridad es múltiple y variable. En un comienzo el terapeuta puede servir como polo a causa de su importancia transferencial; también los miembros

restantes del grupo terapéutico se convierten en objeto de los sentimientos de los demás en forma gradual.

8. Conducta nodal y antinodal: El nivel nodal (atmosfera grupal de interacción jovial y ruidosa) se origina en la interestimulación de pulsiones, emociones y fantasías. Se manifiesta en activas interacciones que conducen finalmente la tensión, desgaste emocional y necesidad de control mediante el silencio, inactividad o descanso (conducta antinodal). En los grupos terapéuticos cuanto mayor el número y más libres los individuos, más intensos serán los períodos nodales (hasta llegar al acting out) y más prolongados los antinodales (hasta la parálisis).
9. Formación de subgrupos: Es la división del grupo en fracciones más pequeñas, bajo la influencia de una tensión. La pareja o el subgrupo pueden apartarse temporalmente de la vida total del grupo. Los subgrupos más duraderos se originan por identificación entre los miembros (por ejemplo en relación con los síntomas, desplazamientos transferenciales); por complementariedad (dominante-sumiso, introvertido-extrovertido). Con el desarrollo del grupo se disuelven unos subgrupos, para dar paso al reagrupamiento.
10. Cohesión grupal: Depende de los miembros, es un efecto que ellos producen, pero al mismo tiempo, determina su conducta y situación en el seno del grupo. La cohesión se desarrolla a partir de la unión de los individuos en torno a un objetivo o interés común, que subordina los intereses individuales. Surge cuando predomina la empatía, la homogeneidad sociocultural y las consideraciones emocionales. Tanto la simpatía como la hostilidad y las experiencias de conflicto y antagonismo en el grupo pueden contribuir a unir emocionalmente a los miembros.

Los grupos poco cohesivos, con muchos cambios en la membresía, son poco terapéuticos. Un grupo cohesivo con normas y roles definidos permite tener expectativas claras con respecto a la conducta de los otros, lo que facilita la definición de la autoimagen; también protege y aumenta la autoestima; fortifica la habilidad para consolidar y mantener cambios benéficos en la

conducta; para resolver conflictos y facilitar la liberación de sentimientos constructivos.

11. Conformismo: Implica la presencia de normas y modelos colectivos específicos. A medida que se establece un sistema de comunicación e intercambio entre varias personas, aparecen ciertas uniformidades en sus conductas, opiniones, sentimientos y lenguaje. En los grupos institucionales estos modelos adquieren la forma de costumbres, a las que deben someterse los recién llegados. Las normas rígidas de conformidad suponen que todos exhibirían cierto comportamiento y evitarán otros.

La presión hacia la uniformidad hace que los miembros tiendan a modificar su opinión en conformidad con la de los demás y a que se excluya a quienes tienen opiniones desviadas a la norma. Toda conducta que se aparta de la norma puede considerarse desviación (desde el fantaseo hasta el acto criminal). El desviante puede definirse como el miembro de un grupo que solo o en compañía de una minoría, elige de modo más o menos deliberado, transgredir o transformar las normas del grupo en el plano práctico o en el ideológico y que provoca reacciones más o menos violentas de los demás en contra de él.

La disminución de la ansiedad, la satisfacción por la pertenencia a un grupo y la presión hacia la uniformidad entre otros factores importantes para el miembro, potencian sus cambios individuales. La función del conformismo es tocar zonas operativas y afectivas de la cohesión, permitiendo al grupo perseguir sus metas y mantenerse unido.

12. Integración: Es el proceso de análisis y regulación de las relaciones dentro del grupo, mediante el cual el individuo llega a ser una parte indivisible del conjunto, renunciando en grados variables a su individualidad y autodeterminación. La integración se produce aun cuando el sujeto posea sentimientos moderadamente antagónicos con respecto a algunos miembros del grupo y viceversa; sólo es necesario que el individuo comparta el objetivo o interés principal del grupo y se adapte a sus propósitos, códigos y costumbres, para que se le acepte como miembro. La integración del grupo

supone cierto grado de equilibrio, de institucionalización y, como tal, la anulación de las ansiedades y resistencias más comprometidas, por lo que resulta inconveniente para el proceso terapéutico.

13. Comunicación e información: La comunicación da a conocer a otros nuestros pensamientos, sentimientos y necesidades, y nos permite comprender los de los demás. Se modela de acuerdo a la persona a la que se dirige, los sujetos reaccionan e interactúan no sólo frente a lo que es el otro en la realidad; también responden al objeto interno desplazado a la situación actual, que influye sobre los estados afectivos y conducta del sujeto. Dentro del grupo terapéutico todos los datos observables o que producen una reacción se consideran comunicación, manifiéstense en forma tácita o verbal, consciente o inconsciente.

La apariencia personal, la vestimenta y actitud del individuo, los síntomas psicósomáticos (comerse las uñas, sonrojarse, experimentar palpitaciones cardiacas o migraña) pueden constituir comunicaciones. El grupo en su conjunto puede comunicar tensión mediante silencios o conversaciones irregulares y desarticuladas. Pero también es cierto que puede hablarse mucho sin comunicarse nada.

En el grupo se alienta y cultiva la fuerza que impulsa a los miembros a interactuar y comunicarse, en favor del incremento de la toma de consciencia y de la capacidad de articulación y verbalización. Bajo esta presión y con el estímulo del terapeuta como intérprete, los síntomas inarticulados, autísticos y no compartibles de los pacientes, se remodelan gradualmente, en un proceso continuo de comunicación, hasta llegar a la formulación articulada de los problemas.

14. Para Wiener (1993), la retroalimentación es el mecanismo terapéutico principal en los grupos, ya que los miembros comunican lo que otros les producen y las respuestas que quisieran dar. De este modo, los integrantes del grupo llegan a reconocer los efectos que producen sobre otras personas.
15. La información: En los grupos terapéuticos la información puede provenir del terapeuta o de los miembros del grupo y operar como permiso, como paliativo

ante la persecución superyoica. La explicación de un fenómeno es el primer paso para controlarlo. La incertidumbre provoca ansiedad, como un acto natural los pacientes se dan consejos y advertencias mutuamente, en especial en las fases iniciales del grupo. La instrucción didáctica se emplea de varias formas en la terapia grupal; para aportar información, para estructurar el grupo y para explicar el proceso de enfermedad.

16. Interacción: Designa los múltiples fenómenos de mutuo impacto entre los miembros de un grupo, a través de medios verbales como no verbales. La psicoterapia de grupo crea propositivamente las condiciones para la interacción interpersonal que influye de modo positivo sobre la angustia y disfunción humanas. Mediante la de la interacción en el grupo terapéutico, representación en miniatura del universo social, los pacientes se percatan en forma recíproca, de sus respectivas fuerzas, limitaciones y conductas inadecuadas que producen respuestas afectivas desagradables a los demás. La verbalización de estas respuestas permite que el individuo se percate de su participación en los rechazos que percibe del mundo externo.

17. Identificación: Es un proceso mental automático, inconsciente, a través del cual el individuo adquiere características de otra persona. El grupo terapéutico se compara como un "corredor de espejos". Lo que Foulkes (1964 y 1979) denomina reacción de espejo determina que cada individuo pueda objetivar sus cosas, tomar consciencia de sus sentimientos profundos y darse cuenta de sus actitudes y forma de conducta, por el hecho de verse reflejado en los demás.

En la medida que el grupo evoluciona y adquiere insight sobre los conflictos y ansiedades que lo mantenían dividido se integra, mediante lo que se ha denominado la posición depresiva, que implica la asunción de la culpa y de la necesidad de reparar; que lleva a la aceptación de sí mismo y del grupo como una totalidad, con sus partes buenas y malas. El paciente se contempla desde dentro de sí mismo y del grupo, gracias al establecimiento de identificaciones adecuadas, se efectúa el reforzamiento y reorganización del yo.

De acuerdo a Díaz (2000), existen ciertos mecanismos que propician la cura dentro de la terapia grupal:

1. **Catarsis:** Es la verbalización acompañada de la expresión de sentimientos. Es un instrumento de comunicación, una parte del proceso interpersonal que conduce a poder decir lo que molesta, aprender a expresar los sentimientos. La catarsis es un alivio emocional transitorio intelectual que debe culminar en la comprensión y el insight. Así mismo, el llanto profuso o las expresiones de ira descontrolada pueden usarse inconsciente o conscientemente con fines resistenciales (conmover o atemorizar a los demás miembros) para evitar enfrentar recuerdos o sentimientos aún más dolorosos o vergonzosos que los que se ventilan en la catarsis.
2. **Aprendizaje interpersonal:** En el grupo terapéutico de orientación analítica, la meta de la interacción es la búsqueda de las motivaciones inconscientes que condicionan la forma y el contenido de la relación con los demás. Va de la interacción manifiesta a la latente, para atraer a la consciencia las bases históricas de la conducta, ya que ésta solo cambia en forma permanente cuando se modifican las necesidades que satisface (defensa, venganza, exhibicionismo, castigo).
En general, se requiere primero disminuir las defensas de los pacientes que pretenden relacionarse en forma exclusiva con el terapeuta, excluyendo a los demás miembros, para satisfacer la fantasía de ser el hijo único de padres amorosos y complacientes, como hubieran querido hacerlo en su familia de origen. Poder oír y valorar las aportaciones de sus compañeros, reconocer sus triunfos, opiniones acertadas y utilizar en forma adecuada sus cualidades y experiencias, implica haber vencido la envidia, rivalidad y temor a su crítica y rechazo. De aquí que pueda considerarse el aprendizaje interpersonal como resultado de un proceso terapéutico eficaz.
3. **Desarrollo de técnicas de socialización:** En los grupos de terapia dinámica, el estímulo a la retroalimentación aporta a los pacientes información adecuada con respecto al comportamiento interpersonal que los expone al rechazo o maltrato.

La posibilidad de reconocer y alterar deliberadamente el comportamiento social puede ser muy útil para iniciar el cambio terapéutico, gracias a la disminución de la crítica y la facilitación de la experimentación y expresión de empatía en el grupo, lo que ayuda a las futuras interacciones sociales en el exterior. Al avanzar el proceso terapéutico los miembros son cada vez más capaces de desarrollar y expresar una empatía adecuada, y son más tolerantes a diferencias de opinión con los demás.

Si bien es cierto que los pacientes psicóticos no aprendieron las técnicas adecuadas de socialización por las preocupaciones autistas que muy temprano los alejaron de la realidad, saber cómo hay que comportarse para no ser rechazado no implica necesariamente un cambio genuino para el paciente neurótico o con trastornos caracterológicos.

4. Universalización: Universalidad es la percatación de que la mayoría de los hechos y pensamientos humanos constituyen experiencias compartidas por un gran número de personas. Después de oír a otros descubrir sus preocupaciones y encontrarlas similares a las propias, los pacientes se sienten aliviados del sentimiento de ser los únicos malos, con problemas, con pensamientos, con impulsos y fantasías anormales. Se inicia la reparación de la autoimagen y la autoestima y se reducen los sentimientos de culpa, contribuyendo así a la integración psíquica. Además, disminuyen la actividad defensiva y el temor a mostrarse a los demás, con lo que se hacen accesibles a la terapia los recuerdos ocultos reprimidos. Esto disminuye el conflicto entre ello, yo y superyó y permite establecer relaciones de objeto adecuadas para la conveniente realización de los deseos y necesidades antes reprimidos.
5. Asociación libre: Es la verbalización de pensamientos, recuerdos y sentimientos tal como surgen en la consciencia del paciente. No tiene necesariamente un orden lógico ni un tema bien definido. Puede consistir en una serie de recuerdos y/o ideas que se mueven desde el presente hacia el pasado. El terapeuta es el encargado de establecer en el grupo la cultura que permite asociar libremente, a través de sus invitaciones iniciales a participar en la interacción, para posteriormente interpretar la resistencia a hacerlo.

6. Interpretación: El terapeuta deduce lo que concibe como significados o sentidos de la conducta verbal, pre y paraverbal de los pacientes. Intenta demostrar las resistencias y mecanismos defensivos que se oponen a la emergencia de lo reprimido y subraya las emociones existentes. Integra todo lo anterior dentro del marco de referencia del “aquí y el ahora” de la sesión y de la transferencia y formula un enunciado a la vez profundo y asequible.

La interpretación tiene en cuenta que, al revivir sus conflictos pasados en forma consciente, el individuo se coloca a sí mismo, y a los demás, en el rol necesario para realizar su fantasía.

En la interpretación se señalan: la labilidad, ambivalencia, proyección e inversión de los afectos (objetos buenos que se convierten en malos) y sus desplazamientos sobre los diversos objetos transferenciales. Es necesario elegir en qué nivel se dirigirá la interpretación, ya que en todo momento se expresan diferentes registros de la psique (arcaico, preedípico, edípico: procesos primarios y secundarios; Eros y Thanatos; nivel familiar, societal y prosocietal).

La historia infantil se utiliza en las interpretaciones individuales en el grupo para trascender la simple experiencia emocional correctiva y comprender el pasado como algo vivo y activo en el presente, que además distorsiona la percepción realista del otro y produce, por ello, disfunciones en distintas áreas de la vida actual.

Debe valorarse el momento adecuado para interpretar, si la interpretación es prematura, aparece como poco convincente, intervencionista, salvaje y refuerza así la resistencia. Demasiado tardía ya no prende; los participantes olvidan el material que se dejó pasar, se reprime o desplaza su carga afectiva y la situación se estructura en exceso para poder analizarla.

Para que se tolere la interpretación debe haber un clima de aceptación y confianza hacia quien la hace. Pero la disposición para recibirla también puede depender del tono, estilo y modo de ser del terapeuta o compañero intérpretes, y del momento en que se formula.

7. Insight: Presupone una especie de introspección; implica una toma de contacto, intelectual y afectiva con vivencias que hasta ese momento habían permanecido inconscientes. Es la obtención de una visión adecuada o integrada del mundo interno como algo diferente del mundo externo. La integración cognitivo-afectiva es lo que genera el insight. En el grupo muchas de las situaciones internas se viven como externas, debido al uso de mecanismos proyectivos. Esto facilita el acceso, reconocimiento, comprensión intelectual y emocional de los procesos internos hasta entonces desconocidos, por represión y negación.

El terapeuta actúa como una pantalla de doble proyección, que posibilita una adecuada visión del “afuera”, situación que permite corregir y reintegrar el mundo interno. A medida que surgen dentro del grupo las partes escindidas e inconscientes del self, el paciente empieza a verlas primero como partes de las fallas humanas comunes, que pueden enfrentarse, perdonarse y resolverse.

8. Elaboración: Es el análisis de las resistencias y otros factores que evitan el insight. Produce cambios significativos y duraderos en el paciente. En esencia, consiste en la repetición de las mismas interpretaciones, aunque modificadas de acuerdo con el material emergente en ese momento. La meta de la elaboración es hacer efectivo el insight.

Las variaciones en la composición del grupo constituyen una oportunidad para enfrentarse, una y otra vez con las actitudes que despierta la llegada de un nuevo rival o aliado, o la partida de alguien querido u odiado. Asimismo, el relato que hacen otros miembros de problemas con su sexualidad, agresión, culpa, relaciones interpersonales, similares a los del paciente, enfrenta a éste, una y otra vez con sus conflictos inconscientes, repetición que culmina en su elaboración.

6.4.8.1 Transferencia central. Se ha planteado que las transferencias en el grupo siguen el patrón de desarrollo de la familia. Así, el terapeuta representa al padre, los miembros del grupo a los hermanos y el grupo en su conjunto a la madre.

El paciente necesita confiar en la capacidad del terapeuta para resolver sus dificultades, porque de lo contrario, no recurriría a la terapia. Pero además de esta situación realista, se despierta en su inconsciente la representación de los padres todopoderosos de la infancia, protectores y temibles, que se proyectan en el terapeuta, que también representa, en otros momentos, a la madre fálica-narcisista infantil, al superyó o a algún líder de la adolescencia que ha jugado un papel normativo importante.

Como resultado de la transferencia, el grupo confiere poderes sobrehumanos al terapeuta, todo progreso se atribuye a éste; sus errores y ausencias se ven como técnicas propositivas para provocar el avance del grupo y con frecuencia se espera que adivine las necesidades de los miembros, sin que éstos tengan que expresarlas, lo que implica borramiento de los límites entre su yo y el terapeuta (Díaz, 2000).

6.4.8.2 La resistencia. Las resistencias son obstáculos al proceso terapéutico, al acceso a inconsciente, pero también constituyen una manifestación propia del tratamiento. Reemplazan el recuerdo con la repetición. Todas las formas de resistencias que se observan en la terapia individual se encuentran en el tratamiento grupal, en el cual los miembros tienen que lidiar no sólo con sus defensas y resistencias, sino con las de los demás.

La resistencia en el grupo procede de distintas fuentes de acuerdo a Díaz (2000):

- Temor a perder el equilibrio psíquico logrado hasta el momento en que se ingresa al grupo. Buscan que grupo y terapeuta confirmen la validez de sus racionalizaciones.
- La terapia frustra porque cuestiona y presiona hacia el cambio de conductas y motivaciones neuróticas, que gratifican necesidades inconscientes.
- Revelar pensamientos, acciones, recuerdos y sentimientos que se viven prohibidos o criticables produce culpa y amenaza la autoestima.
- La fachada social exitosa es inútil en el grupo, no protege como en el mundo externo de cuestionamientos y ataques, lo que produce frustración, angustia y enojo.

- Fallas del terapeuta, desde la selección de pacientes, el momento de incluir nuevos miembros, su actitud autoritaria, incapacidad para proteger el encuadre y a los pacientes de impulsos y sentimientos vergonzosos o dolorosos, carencia de empatía, entre otros. Cuanto más débil es el yo más fuertes son las defensas y resistencias a tolerar el surgimiento de material inconsciente.

En 1988, Rosenthal, aplicó el grupo la clasificación de resistencias freudiana:

1. Resistencia de la represión. Al inicio del grupo se expresa mediante objeciones conscientes al autodescubrimiento y en la participación selectiva, sólo en temas que interesan. Su resolución suaviza el camino hacia el funcionamiento cooperativo del grupo.
2. La resistencia del superyó es la que se encuentra con más frecuencia en el tratamiento grupal. Incluye sentimientos de vergüenza, culpa y humillación alrededor del auto-descubrimiento. También se puede manifestar como moralismo hipercrítico, agresivo y punitivo hacia otros miembros, la proyección de los deseos sexuales y agresivos de un miembro sobre los compañeros, los hace sentirse dignos de pertenecer al grupo y puede destruirlo si no interviene el terapeuta.
3. La resistencia del ello se expresa a través de actitudes que gratifican necesidades libidinales y agresivas de los distintos niveles del desarrollo psicosexual.
4. En la resistencia de la ganancia secundaria se obtiene un culto placer o alguna ventaja de la enfermedad o de la situación terapéutica.
5. La resistencia de transferencia, revivir sin memoria es, al mismo tiempo, el puente más importante hacia el pasado inaccesible del paciente.

En el grupo hay una disminución superficial de la resistencia, porque las exigencias del superyó se reducen por efecto de la universalización, el apoyo mutuo, la identificación y la aprobación del grupo. El grupo ayuda a sus integrantes a percatarse de la proyección de sus figuras internalizadas sobre los compañeros y el

terapeuta; y poco a poco, los miembros aprenden cómo lidiar y utilizar en forma eficaz la resistencia individual y grupal para incrementar su autoconocimiento (Díaz, 2000).

La resistencia puede expresarse a través de:

1. Cuestionamientos y violaciones del contrato: ausentismo, retrasos crónicos, negarse a hablar o evitar que otros lo hagan, salirse de las sesiones, retraso en el pago, coalición para traer u omitir un material determinado.
2. Oposición al trabajo en equipo (a la interacción): preocupación excesiva por sí mismos, falta de disposición para escuchar, aprender de o ayudar a los otros. O por el contrario, dedicarse a ayudar a los demás sin mostrar los propios problemas. Enfocarse solo en el terapeuta ignorando a los demás miembros y viceversa.
3. Evitar el cambio: fijación en un solo nivel emocional: intelectualización; teatralidad. Fijación en o evasión de temas.
4. Normas antiterapéuticas: formación de sub-grupos; acting out; no interrumpir a los compañeros; distribuirse el tiempo para hablar; o asignar una sesión para cada uno de los miembros.

6.4.9 Proceso grupal. Selección de pacientes. La selección atiende factores como la motivación del paciente, el nivel de angustia, las metas del tratamiento y el enlace inicial entre terapeuta y paciente. La mayor parte de los autores aconseja una serie de entrevistas individuales previas al ingreso al grupo, a fin de preparar al paciente proporcionándole la información necesaria para que la familiaridad y conocimiento del terapeuta y del método terapéutico, le faciliten integrarse al grupo. La disminución de la ansiedad y confusión que se deriva de esta práctica permite el establecimiento de un vínculo inicial entre terapeuta y paciente, que hace a éste sentirse apoyado y comprendido frente a los extraños del grupo. Las entrevistas iniciales, más allá de la finalidad diagnóstica, cumplen la función de entablar una relación terapéutica con el paciente donde aprende en un clima de aceptación, a

explorar su inconsciente y a comprometerse con los lineamientos del encuadre. (Díaz, 2000).

En general, incluir a un paciente en un grupo requiere de mayor motivación para el trabajo terapéutico que cuando se trata de referencias a terapia individual. Por eso es conveniente que el candidato a terapia grupal presente una necesidad personal significativa y considere que el grupo puede satisfacerla. La terapia grupal psicoanalítica sólo es recomendable para personas que requieren de tratamiento intensivo y prolongado. No está indicada por el solo hecho de que haya muchos pacientes. Estos deben poseer: capacidad para establecer relaciones primarias, fortaleza yoica y desarrollo del superyó.

Usandivaras (1979) indica grupo en: las caracteropatías con poco insight, que sólo pueden ver sus problemas adaptativos mediante las confrontaciones ajenas; en el caso de los pacientes sociópatas que necesitan de un grupo "normal" que los integre al resto de la sociedad. Para Salvendy (1993) son indicaciones específicas para terapia grupal: la baja autoestima; humor depresivo de la naturaleza distímica; dificultades en la comunicación y problemas de relación con los compañeros, parejas y figuras de autoridad; inhibiciones sociales y temor a la autoafirmación y al descontrol de la agresión; las personas que hiperintelectualizan; quienes no pueden tolerar la intimidad diádica y los que provocan respuestas contratransferenciales lesivas en sus terapias individuales.

Hay ciertas contraindicaciones para la terapia grupal, dependen de las variables de exigencia de los terapeutas, sin embargo existen contraindicaciones absolutas, entre las primeras se encuentran: las neurosis y trastornos caracterológicos leves, psicosis agudas o graves, amenaza de quiebra psicótica; psicosis afectivas; depresiones agudas o suicidas; psicópatas antisociales; rasgos paranoides severos; demencias; epilepsia; debilidad mental; senilidad; afasia y otros daños cerebrales severos; alcohólicos y personas en situaciones de crisis (duelo, accidentes, mutilaciones, entre otras).

Inicio del grupo terapéutico. Seccionar un continuum terapéutico en las llamadas fases “inicial, media y terminal” es un artificio que puede provocar confusión y errores (Slavson, 1976). En los grupos abiertos, sin límite de tiempo, lo que pudiera constituir la fase de apertura para el nuevo, puede corresponder al proceso de terminación de otros.

Preparación para el ingreso. El proceso de selección y agrupabilidad culmina con la referencia del paciente al grupo que se considera adecuado para él. La ambigüedad que genera el desconocimiento de lo que se espera del paciente en las primeras sesiones alimenta sus distorsiones, temores interpersonales y angustia, con lo que se interfiere el desarrollo grupal inicial y se incrementan las deserciones prematuras. El respeto por los pacientes obliga al terapeuta a comunicarle al grupo a quién se pretende incluir y porque (Díaz, 2000).

Todos los terapeutas están de acuerdo en hacer saber a los pacientes cosas tan indispensables como lugar, día, horario, confidencialidad y suspensiones de las sesiones y si se trabajará con coterapeuta u observador silencioso. La regla de confidencialidad protege tanto al grupo como a sus integrantes y casi todos la viven más como garantía de esta protección que como algo externo a ellos. Hay quien, por ejemplo, sugiere a los pacientes no hacer nada destructivo o peligroso para sí, para el grupo y las propiedades del terapeuta. Unos prohíben la socialización fuera del grupo y otros la aplauden. Con muchas o pocas reglas, el terapeuta de grupo, que no es ni líder ni autoridad, sino observador participante, sabe que un contrato es el acuerdo de voluntades entre dos seres libres y contrata sin imponer, dispuesto a aclarar el porqué de las reglas que no entiende o no acepta en buen grado el paciente.

- Ansiedades y conductas iniciales

La situación grupal reactualiza las etapas de estructuración del yo, del sentimiento de identidad, lo que explica la intensidad de los afectos, de la angustia, defensas narcisistas, proyecciones y ataques.

- Ingreso de nuevos miembros

Recibir nuevos pacientes sin avisar antes al grupo, es una actitud poco cuidadosa, autoritaria y por tanto antiterapéutica, aunque puede ser inevitable en situaciones institucionales. La posibilidad de inclusión del nuevo miembro se anuncia con tiempo suficiente para que el grupo la elabore. Los pacientes pueden manifestar fastidio por tener que poner al corriente sobre su conflictiva al nuevo. La conducta de los miembros de un grupo en marcha oscila entre intentos de integrar y excluir a los nuevos, porque perturban las estructuras de los subgrupos establecidos y presionan hacia el reagrupamiento de roles.

Finalización de la terapia. En su forma más pura, la terminación es un acto planeado en función de la resolución exitosa de los problemas que trajeron a la persona al tratamiento. Implica el acuerdo entre éste y el terapeuta con respecto a haber obtenido los resultados deseados, por lo que el paciente podrá funcionar sin el grupo, apoyado en sus propias fuerzas y recursos, no en las figuras omnipotentes del pasado. En el caso de los grupos a tiempo limitado, el criterio para dar por terminada la terapia es haber completado el tiempo que se acordó para llevarla a cabo.

El grupo actúa terapéuticamente en la medida en que suprime los síntomas, facilita y estimula, una mejor adaptación individual y tiende a la integración interna y social de sus miembros. La recuperación se inicia cuando (como resultado de la adquisición del insight, de la comprensión vivencial y total de sí mismo), las partes en lucha y las dos pulsiones se unen, gracias a que desaparecen los conflictos internos y las fantasías destructivas que mantenían dividido al paciente.

Los distintos miembros del grupo cambian cuando cada uno, después de haber proyectado lo suyo en los demás, introyecta algo nuevo, menos destructivo y supera la culpa que se origina a partir de sus tendencias inconscientes, antes reprimidas, rechazadas y negadas. La personalidad reconstruida no sólo es socialmente consciente, sino que también está involucrada en forma creativa con su propia vida. El paciente cercano a la terminación del tratamiento ha experimentado la mejoría de su autoimagen mediante de la redistribución de la libido, el fortalecimiento del yo y la disminución de la severidad del superyó.

El proceso terapéutico atenúa o hace desaparecer el deseo de dominar a los demás y de someterse a ellos. En la última fase del proceso terapéutico el paciente se atreve a experimentar nuevos modos de pensar, actuar y relacionarse. Reconoce la existencia de sus necesidades antes inconscientes y rechazadas, e intenta satisfacerlas en forma sublimada, usando en forma constructiva sus potencialidades; con lo que logra tener una vida creativa y satisfactoria (Díaz, 2000).

Cuando la terminación es planeada, quien se va muestra sus sentimientos hacia los compañeros y el grupo.

Por otro lado se encuentran los pacientes que abandonan el grupo, sin previo aviso, los cuales muestran las siguientes características:

1. Pobre motivación.
2. Defensas caracterológicas que dificultan la intimidad y autorrevelación (desconfianza, negación, hostilidad, autodescubrimiento promiscuo).
3. Expectativas irreales con respecto al tratamiento.
4. Existencia de situaciones de crisis.
5. Resistencia al cambio.
6. Enganche de una transferencia negativa con la contratransferencia correspondiente.
7. Interferencias de circunstancias externas (cambios de domicilio, de horario, trabajo).

El paciente que deserta, con frecuencia está muy perturbado por la alteración de su equilibrio intrapsíquico. Encuentra muy poco tolerable los cambios que le acontecen, racionaliza los motivos para irse y busca como aliados a otros miembros del grupo que apoyen su huida (Díaz, 2000).

La forma en que un paciente maneja su despedida refleja su manera de lidiar con la separación en otras relaciones. El acuerdo de terminación requiere un tiempo para elaborar la separación. En los grupos con tiempo limitado el contrato incluye la fecha de terminación, que debe respetarse. La última sesión del paciente brinda al terapeuta la oportunidad de comprobar, en silencio, que el sujeto es capaz de bastarse a sí mismo frente a sus problemas y puede aprovechar la oportunidad para hacer notar al resto del grupo, las actitudes que favorecen el cambio terapéutico.

7. Resultados

Durante mi estancia en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, fui observadora clínica de las sesiones grupales, las cuales como mencione eran los días martes y miércoles, se atendieron en esta modalidad terapéutica alrededor de catorce adolescentes.

Observar las sesiones grupales era una tarea que requería atención y escucha activa, las sesiones eran siempre interesantes por las características que cada miembro le aportaba al grupo. Para demostrar cómo se daba este trabajo y cuáles fueron realmente los avances, los pros y los contras de este tipo de terapia, me enfocaré al grupo de los miércoles, al cual asistieron cinco adolescentes, con diversos diagnósticos y de diferentes edades, a continuación se exponen los cinco casos clínicos y su integración y trabajo dentro del grupo. Decidí elegir este grupo debido a que durante el tiempo que realicé mi servicio me percate que la mayoría de estos adolescentes tenían un diagnóstico y llegaban con esa etiqueta a la terapia, sin embargo algunos estaban mal diagnosticados y medicados, lo cual dificultaba aún más el trabajo terapéutico, pues los padres exigían un cambio en sus hijos a muy corto plazo, y la mayoría de ellos mostró que esta modalidad terapéutica no era la más recomendable debido a su sintomatología y personalidad.

7.1 Características del grupo

- Abierto.
- Mixto (2 hombres y 3 mujeres).
- Los participantes tenían entre 14 y 16 años.
- Las sesiones duraban 90 minutos (de 9 a.m a 10:30 a.m, se daban 10 minutos al inicio para que llegaran todos los miembros, si alguno llegaba después de los 10 minutos podía ingresar a la sesión sin interrumpir a los demás, podían entrar hasta 10 minutos antes de que terminara la sesión).
- No se anunciaba la entrada de un miembro nuevo, sin embargo, sí se anunciaba la salida de alguno si terminaba el tiempo del tratamiento.
- Sólo se permitían 3 faltas consecutivas, con 4 se les daba de baja del tratamiento.

- Se les permitía faltar por motivos escolares, consultas con el médico del hospital o por enfermedad.

7.2 Ingreso a tratamiento

Para el ingreso al tratamiento grupal, los padres o tutores de los adolescentes asistían a una entrevista inicial y después se realizaban entrevistas de evaluación para recabar la historia clínica de los pacientes, seguido de esto, los adolescentes asistían a entrevistas de evaluación dónde hablaban libremente de su vida y de los sucesos que ellos consideraban importantes, por lo que al final ellos eran los que podían decidir si querían ingresar a este tratamiento y cuáles eran los motivos por los que ellos consideraban que debían asistir a terapia.

7.3 Encuadre

El encuadre para los adolescentes se realizaba después de que ellos tomarán la decisión de ingresar a la terapia grupal, la terapeuta designaba de acuerdo a las características del paciente a qué grupo asistiría; las reglas eran las siguientes:

- Decir todo lo que están pensando
- Regla de confidencialidad
- El enojo se saca con palabras todas las que se desee, pero no con actos, no se permite el contacto físico entre los integrantes, ni aventar el mobiliario del aula.
- Los adolescentes que con un diagnóstico de trastorno disocial, tenían prohibido establecer una amistad con algún miembro del grupo, en caso de romperse está regla, era necesario que durante las sesiones se hablaran sobre esto los miembros involucrados, pues se consideraba una situación grupal.

El encuadre para los padres se daba después del ingreso al tratamiento, consistía en las mismas reglas, sin embargo, se añadía una más ya que se consideraba que si durante el tratamiento los adolescentes tenían alguna crisis o algún comportamiento preocupante, los padres al inicio de la sesión debían

acercarse con la terapeuta y comentarlo para que esto se trabajara inmediatamente dentro del grupo.

7.4 Paciente 1

Nombre: Alejandro*

Sexo: Masculino

Edad: 15 años

Escolaridad: 2° secundaria

Motivo de consulta: “Se sale de clases, miente y cree que lo van a correr de la escuela” (sic. Madre)

Diagnóstico: TDAH

Datos importantes: Alejandro vivía con sus padres, su madre fue quién lo llevó al hospital debido a su conducta en la escuela, pues constantemente se salía de su salón, no prestaba atención a las clases, no hacía tareas, faltaba seguido a la escuela y no se relacionaba con sus pares. Al llegar al hospital el médico lo diagnosticó con TDAH y lo medicó con metilfenidato, sin embargo los padres no notaban ninguna diferencia en su conducta después de los medicamentos, es enviado al servicio de psicología y su madre es quien se encarga de acudir a las entrevistas de evaluación y lo lleva a las sesiones grupales.

La historia clínica muestra que Alejandro siempre tuvo dificultades para relacionarse con sus pares, su desempeño escolar era pobre y la mayor parte del tiempo estaba con la madre, la cual en repetidas ocasiones mencionó la dificultad que tuvo para poder quedar embarazada de él, y lo consigue a la edad de 39 años; Alejandro siempre estuvo bajo su cuidado y el padre se dedicaba a trabajar, sin embargo durante el tiempo en el que estuvo en el proceso grupal, el padre se encontraba desempleado.

Actitud observada durante las sesiones: Se mostraba en ocasiones atento a lo que los otros decían, constantemente jugaba con sus manos, las cuales siempre llevaba cubiertas por guantes, cuando alguien llegaba a llorar no lo toleraba, inmediatamente buscaba cambiar de tema y se mostraba muy angustiado, en general siempre se retraía, evitaba el contacto visual con los otros, generalmente

se balanceaba sobre la silla, ocupaba siempre el mismo lugar, y cuando alguien más lo ocupaba se mostraba muy inquieto, durante las sesiones miraba repetidamente detrás de él, y cuando quería expresar su opinión siempre se dirigía a la terapeuta, no llamaba por su nombre a los otros integrantes del grupo, los señalaba sin mirarlos y se limitaba a decir “ella/él”. Siempre fue puntual, sin embargo faltaba repetidamente a las sesiones, debido a que tenía cita con su médico o simplemente no quería asistir a la terapia.

Discurso: Alejandro mantenía un discurso fantasioso, que estaba cargado de violencia y agresión contenida; paranoico en diversas ocasiones, pues consideraba que todos le querían hacer daño, no parecía estar en la realidad, se veía así mismo como un guerrero, con el cuerpo musculoso y las manos de piedra. Hablaba sólo de su madre, y cuando hablaba de su padre lo descalificaba como hombre y como figura de autoridad; le preocupa que sus padres no fueran jóvenes como los padres de sus compañeros, en repetidas ocasiones mencionaba que “las voces” le decían que debía hacer, qué debía decir y lo alentaban sobre lo que los otros querían hacerle. (En una ocasión el psiquiatra decidió prohibirle ver películas de miedo o acción debido a que creía que estas eran las culpables de que se sugestionara y tuviera este tipo de pensamientos, sin embargo no hizo caso de las indicaciones).

Rol en el grupo: Dentro del grupo Alejandro se desempeñaba como el “raro”, aquel al que todos miraban con extrañeza cuando hablaba de las cosas que le sucedían (como los poderes que creía que tenía, la fuerza que presumía y las fantasías que describía), era poco aceptado por los otros y les causaba mucha impresión con su discurso, era quien llamaba la atención en sus momentos de angustia.

Tiempo de trabajo el grupo: 10 meses

Resultados: Debido a las faltas constantes, a la poca capacidad que mostraba para hablar, para pensar sobre lo que le pasaba, y al pensamiento paranoico que llegó a mostrar, dejó de asistir sin despedirse del grupo, y sin explicar porque abandonaría la terapia. En la nota del expediente que puso el psiquiatra, Alejandro le comentó que los demás durante una sesión se habían burlado de él (esto realmente no ocurrió), lo cual le había disgustado; esto aunado a las

entrevistas de seguimiento que se estaban llevando al mismo tiempo con el padre, en las cuales había una gran incongruencia entre lo que él decía y lo que la madre había mencionado al inicio de la evaluación y de la historia clínica, ya que el padre refería que él y Alejandro tenían una excelente comunicación y pasaban mucho tiempo juntos, y la madre refirió que el padre no estaba interesado en lo que pasará con el paciente.

No hubo un avance o un cambio significativo en su comportamiento durante el tiempo que estuvo dentro del grupo, sus faltas a la escuela se hicieron más frecuentes, y estaba a punto de reprobar el año escolar, la madre no parecía querer que cambiara nada, pues trataba de mantenerlo aislado y sin que nada lo pudiera afectar, la relación con el padre seguía siendo distante, y sus síntomas se hacían más frecuentes, se dejó de tener un seguimiento al ser dado de baja del servicio.

7.5 Paciente 2

Nombre: Bruno*

Sexo: Masculino

Edad: 16 años

Escolaridad: 2° semestre del bachillerato

Motivo de consulta:

Diagnóstico: Distimia, Trastorno obsesivo compulsivo.

Datos importantes: Bruno es hijo único, vivía con su madre, asistía a la escuela, en general tenía un buen rendimiento escolar, planeaba entrar a la universidad y estudiar antropología. La relación con su madre no era buena, pues debido a los problemas que ella tenía (la falta de orden y estructura en casa y en su relación), Bruno comenzó a mostrar compulsiones en su hogar, buscaba mantener todo en orden y limpio, no toleraba que algo saliera de su control; tampoco tenía buenas relaciones con sus pares, pues era tímido; en casa no tenía un espacio propio, pues aún dormía con su madre, lo que incrementaba más su sintomatología.

Su madre fue quién lo llevó al hospital por primera vez, el paidopsiquiatra lo diagnosticó y lo medicó con antidepresivos, los cuales le fueron retirados al poco tiempo.

Actitud observada durante las sesiones: Bruno era puntual, asistió a la mayoría de las sesiones, en general no participaba en el grupo sólo cuando se le pedía su opinión la daba, se mostraba atento a lo que los otros decían y los observaba detenidamente; no se movía demasiado, permanecía en ocasiones muy rígido, parecía estar pensando en lo que los otros comentaban pues asentía con la cabeza o negaba cuando escuchaba algo en lo que estuviera o no de acuerdo, no parecía tomar importancia a las actitudes de demás, cuando hablaba de algo que él consideraba relevante se ponía ansioso y se trababa fácilmente.

Cuando Bruno supo que su tiempo de trabajo dentro del grupo iba a concluir, tuvo 4 sesiones para hablar sobre su trabajo dentro de éste, despedirse de los miembros y de la terapeuta, durante este mes pudo hablar de todo lo que le estaba pasando, pareciendo que tenía aún muchas cosas que resolver en el corto tiempo que le quedaba de tratamiento, parecía estar preocupado por tener que abandonar el grupo, sin embargo al final pudo cerrar su tratamiento terapéutico y despedirse de los otros integrantes.

Discurso: Bruno trataba de racionalizar todo, hablaba continuamente del futuro, lo que haría en el ámbito escolar, planificaba con gran exactitud como haría las cosas y en qué tiempo, evitaba hablar sobre la relación con su madre; su lenguaje era muy monótono, y sólo expresaba estar “bien”.

Rol en el grupo: Bruno era el observador, el que la mayoría de las veces solo se dedicaba a escuchar, pero miraba detalladamente a los demás y se esforzaba por pasar desapercibido.

Tiempo de trabajo durante el grupo: 18 meses (tratamiento completo)

Resultados: Durante el tiempo que estuvo dentro del grupo, Bruno logró ser más independiente de su madre y tener su propio espacio en casa, lo que ayudo a disminuir significativamente sus síntomas, sin embargo aún al final le costaba trabajo poder expresar lo que pensaba, lo que quería y sus emociones.

7.6 Paciente 3

Nombre: Carla*

Sexo: Femenino

Edad: 16 años

Escolaridad: 1° semestre del bachillerato

Motivo de consulta: “Se puso mal en la escuela (se desmayó), piensa que puede ser un problema psicológico” (Sic. Madre)

Diagnóstico: TAG

Datos importantes: Carla es una adolescente que vive con su madre, la pareja de esta y su hermano menor, sus padres se separaron cuando ella tenía 9 años, motivo por el cual no había visto a su papá hasta hace apenas 6 meses. Cuando él de pronto la busca y decide reanudar la relación padre-hija, después de que esto sucede, un día en la escuela durante una clase, Carla comienza a sentirse mal, se marea, tiene dificultades para respirar, la vista borrosa y ansiedad, pide ayuda a sus amigos para que la lleven a su casa, en el trayecto a su casa se desmaya y su madre decide llevarla al GEA González.

En dónde le realizan diversos estudios y al no encontrar un motivo orgánico del desmayo, es enviada al HPIJNN, en dónde el paidopsiquiatra le diagnostica TAG, por lo que le recetó un ansiolítico, del cual después de aproximadamente 3 meses admitió comenzar a ser adicta, pues no podía dormir sin tomarlo, por lo que el médico decidió cambiar el medicamento.

Carla mantenía una relación conflictiva con su madre y su pareja, protegía demasiado a su hermano y llegaba a hacer las cosas que a él le correspondían, era su aliado dentro de la casa, en ocasiones lo usaba para mediar los conflictos con su madre. Mostraba muchas dificultades para relacionarse con otras mujeres de su edad, pues en general surgían conflictos con ellas, comentaba que sus compañeras hablaban mal a sus espaldas, la veían feo y la agredían verbalmente, nunca reconoció porque sucedía esto; con los hombres se podía relacionar mejor, comentaba que no toleraba estar sola en la escuela, ya que sentía que todos la veían y la criticaban.

La relación con su padre era muy confusa, pues en ocasiones él mostraba mucho interés en ella y después podían pasar tiempo antes de volver a hablar con él. Carla admitió que le gustaba beber alcohol y que en ocasiones llegaba a alcoholizarse en fiestas que realizaba en su casa con el permiso de su mamá.

Actitud durante las sesiones: Acudía en compañía de su madre, era puntual; no mostraba dificultades para hablar de lo que pensaba o le ocurría, generalmente ella era quien comenzaba a hablar en las sesiones, no se mostraba ansiosa y se desenvolvía bien con los otros integrantes, mostraba interés en lo que se comentaba y aportaba constantemente su opinión pero usándose como referencia constantemente, observaba detalladamente a los otros y buscaba llamar la atención hacía ella.

Discurso: Carla mantenía un discurso que constantemente la colocaba como ejemplo para los demás, pero también como víctima de todo lo que le ocurría; tenía metas a largo plazo, como ingresar a una escuela de leyes en Estados Unidos, sin embargo no consideraba que era lo que tenía que hacer para llevarlas a cabo, consideraba que los otros tenían que solucionar esto por ella, mostraba poca capacidad de planeación; continuamente se colocaba en el lugar del hombre de la casa, pues consideraba que su madre debía hacer lo que ella deseaba y a su hermano lo trataba como si fuese su hijo, sobresalía una agresión latente hacía la pareja de su madre.

Rol en el grupo: Carla era la que en ocasiones se posicionaba como líder, pues tomaba la palabra y preguntaba a los otros su opinión, buscaba conocer a los que consideraba interesantes, pero también rivalizaba con las otras chicas del grupo.

Tiempo de trabajo durante el grupo: 12 meses.

Resultados: Aunque aún le faltaran 6 meses para concluir la terapia, Carla reconoció que la sobreprotección hacía su hermano no era benéfica, por lo que dejó que él fuera más independiente, en la relación con su madre aún existían conflictos, sin embargo estos ya no le causaban ansiedad como en un inicio y lograba solucionarlos de una forma más rápida y comunicándose mejor, la relación con su padre se mantenía igual y seguía sin aceptar a la pareja de su madre; la relación

con los otros al parecer no le generaba tanto conflicto como ella lo había descrito en un principio, por lo que durante las sesiones podía hablar mejor de sus relaciones de amistad, sin embargo nunca profundizaba en lo que le generaba temor o ansiedad.

7.7 Paciente 4

Nombre: Diana*

Sexo: Femenino

Edad: 16 años

Escolaridad: No asiste a la escuela

Motivo de consulta: “Me enoja, me quiero ir de mi casa, no los soporto, no me dejan hacer lo que quiera” (sic. Paciente)

Diagnóstico: Trastorno disocial, soporte familiar inadecuado.

Datos importantes: Diana es una adolescente que vive con su madre, su padrastro y su medio hermano, no asiste a la escuela debido a que se salió al haber tenido una pelea con una de sus compañeras, no entraba a sus clases y no entregaba trabajos. Su madre detectó comportamientos de riesgo ya que no llegaba a casa, no le avisaba dónde se encontraba, fumaba en exceso, pertenecía a una banda de porros, continuamente peleaba con todos los miembros de la familia y hacía lo que quería, en una ocasión le mencionó que fue violada por un amigo suyo, motivo por el cual es llevada al hospital, el médico la diagnostica con Trastorno disocial, no le envía medicamento y es enviada a psicoterapia.

Nunca conoció a su padre biológico, su madre nunca le hablo sobre él, a la edad de ocho años su madre queda embarazada de su medio hermano, lo que hace que comience a mostrar un comportamiento agresivo e intolerante, pues ella considera que era como una “princesa” antes de la llegada de su hermano, al inicio llevaba una buena relación con su padrastro, pues él representaba a la figura paterna que le daba una estructura, pero después comenzaron a pelear debido a que él no la dejaba hacer lo que quisiera, pues le marcaba límites que ella no permitía, su madre no mostraba ser una figura de autoridad para ella, con su hermano llevaba una relación distante.

Diana comenzó a salir de su casa a altas horas de la noche desde los 11 años, no parecía medir riesgos, admite haber comenzado su vida sexual a los 12 años y de ahí en adelante tener múltiples parejas sexuales; en el ámbito escolar logra salir de la secundaria con un promedio bajo y entra a un CETIS, el cual deja por los motivos que se mencionaron; en la relación con los otros, mantenía muchas amistades, con las cuales se iba cuando no entraba a la escuela o no llegaba a su casa. Hace ejercicio con frecuencia pues llegó a asistir a gimnasia cuando era niña y actualmente da clases de “barras” en un parque, le gustaba participar en peleas con mujeres u hombres.

Actitud durante las sesiones: Diana llegaba tarde a las sesiones por 15 o 20 minutos, ingresaba sin tocar la puerta y siempre vestía llamativamente, en ocasiones iba disfrazada (de personajes de comics japoneses), lo que llamaba la atención de los otros miembros del grupo, intentaba mostrarse ruda y asustar a los demás, no les prestaba atención, se mostraba distraída, ansiosa, constantemente traía algo en las manos con lo que pudiera jugar, mostraba abiertamente su aburrimiento y llegaba a dormirse mientras los otros hablaban, buscaba llamar la atención de la terapeuta todo el tiempo, interrumpía a los demás mientras hablaban, generalmente al inicio de las sesiones permanecía en silencio y de pronto comentaba algo para llevar hacia ella la conversación, no tenía inconveniente en dar su punto de vista a los demás y se consideraba muy “honesta”, nunca mostro algún sentimiento como miedo, tristeza, felicidad, siempre fue muy monótona en todas sus expresiones, llegaba a manipular a los otros, evitaba a toda costa mostrarse débil o con problemas, ya que ella siempre tenía una “solución” para todo.

Discurso: Diana solía ser muy agresiva, sus comentarios tenían una fuerte carga de violencia la mayoría del tiempo, agredía a los otros cuando sus comentarios no le gustaban; en ocasiones muy fantasiosa, ambiciosa pero con poca capacidad de planeación, descalificaba por completo a sus figuras paternas, constantemente retomaba el “abandono” de su padre biológico y él desconocimiento que tenía de este.

Rol dentro del grupo: Diana era la conflictiva del grupo, pues gustaba de provocar a los otros y generarles angustia o temor, llegaba cuando quería y en

ocasiones también era el payaso, pues con sus disfraces llamaba siempre la atención.

Tiempo de trabajo durante el grupo: 6 meses

Resultados: No concluyó la terapia, ya que dejó de asistir a las sesiones, después de faltar por un mes regresa a una sesión y se le comenta que debido a las inasistencias previas había sido dada de baja del servicio, ella sale del grupo y azota la puerta. Diana nunca tuvo intenciones de asistir a la terapia ya que era “obligada” por su madre a asistir, por lo cual no hubo un cambio en su conducta, ni un verdadero trabajo en las sesiones, pues nunca mostró capacidad de escucha y de análisis propio.

7.8 Paciente 5

Nombre: Eliza*

Sexo: Femenino

Edad: 14 años

Escolaridad: No asiste a la escuela

Motivo de consulta: “Es rebelde con los maestros, les dice groserías, no hace tareas, tomó dinero de su abuelita” (sic. Madre)

Diagnóstico: TDAH, Soporte familiar inadecuado, Enuresis.

Datos importantes: Eliza vivía con su madre, su padrastro y sus hermanos al asistir por primera vez al hospital, llegó debido a su mal comportamiento en la escuela y por las noches presenta enuresis. Era una adolescente que tenía muchas dificultades para concentrarse en la escuela, se metía en diversos problemas, llegaba a pelearse con sus compañeras, no podía estar en su lugar durante las clases y se salía del salón todo el tiempo, sus calificaciones eran muy bajas, por lo que dejó de asistir a la escuela, después de reprobar dos semestres seguidos, el paidopsiquiatra le diagnosticó TDAH y le envió metilfenidato, fue enviada al servicio de psicología e ingresó a terapia grupal.

Su madre era quien la llevaba a las consultas en un inicio, ya que después debido a su comportamiento y a constantes peleas con uno de sus hermanos menores se va a vivir con sus abuelas, y estas se hacen cargo de llevarla al hospital.

Durante su niñez Eliza vivía en Guanajuato con sus padres, sin embargo su padre era ladrón por lo que al temer que lo metieran a la cárcel se vienen a vivir a la ciudad, en ese entonces la paciente comienza a robar cosas en tiendas de abarrotes y toma dinero en varias ocasiones de su abuela, pues ella alegaba que no tenían para comer tanto ella como sus hermanos y por esta razón lo hacía, su madre le quemaba las manos como método de castigo; sus padres deciden separarse y se queda con su madre, sin embargo esta los descuida al tener una nueva pareja, Eliza se hace cargo de sus hermanos más pequeños y adopta el rol de madre, en la primaria aún no tenía tantas dificultades de aprendizaje, al entrar a la secundaria es cuando su comportamiento llama la atención a su madre, pues la expulsan de la escuela en repetidas ocasiones por peleas, no entrega tareas y le cuesta trabajo concentrarse, también comienza a orinarse en la cama por las noches.

Eliza presentaba muchos problemas de alimentación, pues no comía adecuadamente lo que hizo que presentará un severo cuadro de gastritis. Constantemente se cambiaba de vivienda, pues se iba con sus abuelas, luego estas al no tolerar su comportamiento la regresaban con su madre y viceversa, no tenía un lugar fijo para poder desarrollarse adecuadamente, al dejar de asistir a la escuela ingresa a trabajar a una tortillería, donde solo permaneció unos cuantos días pues la dueña no le permitió mantener una relación de noviazgo con otro chico de ahí; su madre le consigue empleo en una cremería para que pudiera aportar un poco de dinero para que sus hermanos puedan comer, pues es lo que más le preocupaba.

Eliza aún mantenía comunicación con su padre, sin embargo no lo veía, él era la figura más significativa en su vida, a su madre no la veía como figura de autoridad y tenía más aprecio hacía sus abuelas.

Actitud durante las sesiones: Era puntual y nunca faltaba a las sesiones, durante estas, era muy abierta, no mostraba dificultades en expresar lo que le sucedía, lo que pensaba o en dar su opinión a los demás, mostraba sus emociones sin temor, sin embargo siempre estaban cargadas de miedos, tristeza o enojo; prestaba atención a lo que decían los otros, en ocasiones presentaba ansiedad al hablar, lo que hacía que siempre estuviera jugando con sus manos o con lo que

tuviera a su alcance, en algunas ocasiones llegaba a ignorar a los demás con otra integrante al estar en el celular.

Discurso: Generalmente su discurso estaba cargado de sufrimiento y dolor, pues constantemente hablaba sobre la violencia que había vivido de niña, pues su madre la golpeaba; mencionaba las carencias que había tenido no solo emocionales, sino también de comida o vivienda. Se mostraba pesimista hacía el futuro, no consideraba el poder estar bien y feliz como algo posible, se consideraba una madre para sus hermanos, ella era la última por quien debía ver.

Rol dentro del grupo: Ella era la más pequeña del grupo, pero la que más fortaleza mostraba, por lo que a partir de lo que ella comentaba los otros realmente valoraban su propia historia de vida, era el punto de comparación de los otros para comprender sus carencias y lo que realmente les pasaba.

Tiempo de trabajo durante el grupo: 12 meses.

Resultados: Eliza siempre mostro una gran capacidad para hablar, para reconocer lo que sentía, sin embargo, le faltó capacidad de análisis y escucha propia, durante el tiempo que estuvo en terapia pudo encontrar algo de equilibrio en su vida, pues al final vivía con su madre y sus hermanos, tenían una mejor relación madre-hija, había mayor comprensión de su madre hacía lo que ella estaba viviendo, la enuresis no desapareció pero disminuyo la frecuencia de los accidentes considerablemente. Al octavo mes de su tratamiento terapéutico se entera que está embarazada y ya tenía aproximadamente 5 meses, sigue asistiendo y después del nacimiento del bebé asiste a dos sesiones más y deja de asistir definitivamente, por lo cual es dada de baja del servicio.

*Por motivos de confidencialidad los nombres fueron cambiados para la redacción del informe.

7.9 Sesiones relevantes

1. Ingreso de Diana al grupo

Al llegar a su primera sesión, mostró una actitud muy agresiva, vestía completamente de negro y se presentó ante los otros miembros del grupo,

en este momento Carla aún no había ingresado al grupo, por lo que solo estaba conformado por 4 integrantes.

Diana- Soy Diana, tengo 16 años, no estudio, soy muy honesta, vengo porque la pendeja de la doctora (refiriéndose a una pasante) dice que soy disocial, yo vi que ella me lo puso en mi expediente, no lo soy

Mónica (psicóloga a cargo del grupo)- La pasante no llenó tu hoja de referencia, ese diagnóstico lo pone el médico de consulta externa.

Diana- yo reconozco la letra de la pasante y sé que fue ella, pero no sé porque dice que soy disocial, no lo soy y sí fue ella.

Mónica- Vamos a continuar con las presentaciones

Alejandro- Tengo 15 años, voy en segundo de secundaria, vengo aquí por mi conducta.

Eliza- Yo tengo 14 años, no voy a la escuela ahorita porque me suspendieron, pero estoy en segundo, vengo por mi conducta igual y ya.

Bruno: Tengo 16 años, voy en segundo semestre de bachilleres, vengo aquí por depresión.

Diana- Mi mamá me obligó a venir, yo no quería, pero dicen que tengo que terminar el tratamiento, pero no sé para qué, yo no quiero estar aquí, es muy temprano, odio levantarme temprano.

Mónica- Si no deseabas venir ¿por qué lo hiciste?, antes de que ingresarás se te pregunto si tú querías y dijiste que sí.

Diana- Lo hice solo por mi mamá, porque me dijo que tenía que venir, que tengo que cumplir con el tratamiento.

Mónica- La terapia no va a funcionar si tu vienes sólo porque tú mamá quiere, deberías pensar si realmente quieres estar aquí, no porque el médico te diga que debes tomar una terapia y tu mamá te obligue debes cumplir con ello, si no lo deseas lo comentamos con tu mamá y listo, no tienes que levantarte temprano y venir cada semana.

Diana- (guarda silencio)

Alejandro- Me voy a meter a clases de karate, mi papá me dijo que soy bueno, él me entrena en un domo todos los días, voy mejorando, quiero que mis

puños sean muy fuertes y todo mi cuerpo, quiero ser un gran guerrero, pero tengo que entrenar mucho.

Mónica- Eso está bien, cuando comienzas.

Alejandro- La siguiente semana, voy a ir lunes, miércoles y viernes, no sé si pueda seguir viniendo a terapia.

Mónica- Pues puedes ir sólo dos días los lunes y viernes, y en la escuela cómo vas.

Alejandro- No he ido porque me he sentido mal, me duele la cabeza en la mañana y mi mamá me deja quedarme en la casa.

Después de la presentación de Diana, el grupo habla sobre lo que le ha pasado en la última semana, todos mencionan sólo algunos aspectos por los cuales están en el hospital, les cuesta comenzar a hablar a los demás integrantes, Bruno durante toda la sesión sólo se dedica a escuchar, no comenta nada más después de su presentación, Eliza sólo menciona estar bien y escucha con atención y sorpresa la presentación de Diana y lo que comenta Alejandro.

Lo que más se destaca de la sesión fue la manera en la que Diana se presentó ante el grupo, mostrando una imagen que genera dudas y temor, casi todos brindaron muy poca información sobre los motivos por los cuales habían sido mandados a terapia, pero esto comenzó a cambiar con el avance de las sesiones, con la llegada de Diana el funcionamiento del grupo cambió, y se debía generar de nuevo confianza entre los participantes, nueva asignación de roles y nuevas alianzas.

2. Salida de Bruno

Bruno como se mencionó, terminó por completo el tratamiento, estando en terapia grupal año y medio, un mes antes de terminar, se le hizo saber que debía irse despidiendo de cada miembro del grupo y viceversa, para que pudiera cerrar adecuadamente su proceso terapéutico, después de que se le comunicó que solo le quedaba un mes de tratamiento, comenzó a hablar más

durante las sesiones, en la sesión final se le observaba angustiado, pero pudo hablar y despedirse uno a uno de los demás.

Mónica- Bueno hoy es el último día de Bruno, así que qué les quieres decir.

Bruno- Pues a todos les quiero agradecer por haber compartido conmigo sus historias, por haberme escuchado, a Alejandro por haberme dejado conocer un poco de él, lo que le gustaba, lo que es importante para él, a Eliza por dejarme conocer más de su vida, compartir momentos dolorosos y por su confianza, a Diana por escuchar y a Carla (quien acababa de ingresar al grupo) le puedo decir que aproveche las sesiones, aproveche la terapia, que pueda decir lo que siente o lo que le pasa, es muy bueno y a mí me ayudó venir aquí, a la psicóloga por haberme escuchado, darme su opinión y por todo el tiempo que estuve en la terapia, les puedo decir que no desaprovechen esta oportunidad.

Mónica- Qué le quieren decir ustedes a Bruno.

Alejandro- Que si él se va voy a ser el único hombre en el grupo.

Carla- Gracias por la recomendación, lo voy a aprovechar y gracias por la confianza.

Eliza- Gracias por contarnos lo que te pasaba, tus preocupaciones, y qué te vaya bien.

Diana- Pues que te vaya bien y gracias por compartir lo que te pasaba o pensabas.

La sesión continuó con los comentarios sobre lo que habían vivido en la semana, Bruno comentó que ya sabía que estudiaría y como iba a hacer para poder lograr su objetivo, se mostraba entusiasmado al hablar sobre esto, Alejandro siguió angustiado sobre ser el único hombre que estaría en el grupo con tres mujeres, estaba pensativo, no puso atención a lo que comentaban los demás y parecía no escuchar más que sus pensamientos.

3. La magia

Durante esta sesión se encontraban Alejandro, Diana, Carla y Eliza, al comienzo todos comentaron estar bien sin comentar nada más, después de

un momento Diana comenzó a hablar sobre la magia negra, y diversos rituales de los que ella había escuchado hablar.

Diana- Yo tengo un libro de magia negra, y vienen varios rituales, yo creo en la magia y en que tal vez hay varios planos de existencia, en este momento tal vez haya alguien aquí

Alejandro- En mi casa una vez me pasó algo extraño, yo estaba dormido y me aventaron un muñeco de peluche y mi mamá no estaba ahí, y luego volvió a pasar.

Diana- Es que si existen los espíritus, por ejemplo si yo pongo mis manos así (las pone una frente a la otra) puedo sentir una energía.

Mónica- Pues todos nosotros producimos energía, las células del cuerpo producen energía, y no es algo mágico.

Diana- Pero si pone las manos así (le muestra las manos formando un ovalo) puede sentir algo, yo creo que pueden estar varios espíritus aquí.

Alejandro- (comienza a angustiarse, observa detrás de su silla, observa detalladamente todo el lugar) ¿En serio existen?

Diana- sí, yo tengo un libro si quieres te lo presto.

Alejandro- no puedo, puedes dejar de hablar de eso por favor. (Se tapa los oídos y comienza a mecerse sobre su silla).

Mónica- ¿qué te sucede con esto que menciona Diana, Alejandro?

Alejandro- nada, sólo quiero que se calle, que ya no diga nada más. (Se muestra muy angustiado, pálido, sigue tratando de taparse los oídos).

Los otros miembros del grupo no decían nada mientras Diana hablaba, y ella al ver que Alejandro realmente estaba asustado por lo que decía parecía disfrutarlo y seguía haciendo comentarios sobre lo que ella sabía sobre la magia, Eliza la observaba con una mirada incrédula y Carla volteaba los ojos con desaprobación de lo que estaba escuchando. Al terminar la sesión Alejandro salió realmente asustado y Diana parecía haber disfrutado mucho provocar en él esa reacción.

7.10 Resultados de la terapia grupal

Después de haber participado como observadora clínica en las sesiones grupales, y comentar lo que pude observar en ambos grupos, considero que este tipo de tratamiento no es apto para todos los adolescentes que llegaron al servicio, pues debido a su sintomatología no reaccionaban adecuadamente al tratamiento, en el caso de los adolescentes con TD no hubo ningún resultado positivo, ya que no hubo una adherencia terapéutica por parte de ellos ni de sus padres, quienes no brindaban un soporte adecuado para que pudiera haber un verdadero tratamiento.

En los adolescentes con depresión, había una mejor adherencia y un mejor trabajo en conjunto con sus padres, pues se mostraban más abiertos al diálogo y se comprometían más con el tratamiento, pues eran constantes en las sesiones, sin embargo, en algunos casos los adolescentes no hablaban en la sesión o casi al final de esta se animaban a hablar comentando algo de relevancia, en ellos observe un cambio en cuanto a soltarse más en las sesiones conforme avanzaban en el tratamiento, algunos mostraban mayor capacidad de análisis y comprensión propia, lo que modificaba su conducta y mejoraba su sintomatología.

Con los adolescentes con TDAH, pude observar que no les costaba trabajo hablar, eran generalmente los que más se expresaban, llegando a no dejar que participarán los demás, sin embargo al momento de que la psicóloga les hacía una devolución de lo que habían comentado se mostraban incapaces de reaccionar ante ésta, no había una capacidad de análisis y generalmente no tenían empatía hacia los otros, pues se quedaban con los aspectos más superficiales de lo que se comentaba, los resultados no eran tan favorables en estos casos.

En general puedo decir que el trabajo grupal no es apto para todos los casos que llegan al servicio, y que sí hay adolescentes que necesitan un tratamiento individual en un inicio para poder entrar a un grupo terapéutico más adelante.

Una ventaja de esta modalidad terapéutica que yo observe, es que ayuda a los pacientes a determinar un parámetro de realidad y enfermedad, pues al escuchar la historia de los otros, que tal vez tienen su misma edad o que simplemente se identifican con ellos, los ayuda a observar y analizar su estado

propio y poder aceptar mejor su enfermedad y al mismo tiempo el tratamiento, lo que general mejoras significativas en su vida.

7.11 Resultados generales del servicio social realizado

Haber realizado mi servicio en este hospital me permitió desarrollar varias habilidades profesionales y también un desarrollo personal, al inicio de mi servicio realicé funciones administrativas, como llenar las bases de datos, agendar a los pacientes nuevos y realizar notas en los expedientes.

En el transcurso de seis meses realicé entrevistas a padres, evaluaciones a los niños y adolescentes para el ingreso a tratamiento, trabaje con 5 niños en terapia de juego, e ingrese a un adolescente a terapia grupal; asistí a diversos cursos y encuentros que se llevaron a cabo en las instalaciones del hospital, tuve la oportunidad en una ocasión de ayudar durante una semana en el departamento de psicodiagnóstico. Conocí el funcionamiento del hospital así como el trabajo integral que se busca en cuanto a la atención de la población.

7.12 Aprendizaje profesional

Durante este tiempo adquirí un aprendizaje muy valioso para mi vida profesional, lo más importante es la responsabilidad que se tiene como psicólogo infantil, pues al ver los casos que llegaban al hospital, recolectar información, trabajar con los padres y al final con los niños me hizo darme cuenta que es una labor que requiere de muchas precauciones, que se debe manejar con mucha ética, responsabilidad, compromiso y amor, pues tienes ante ti una vida humana, que busca ayuda, que puede o no tener una enfermedad y que siempre debes buscar proporcionar una mejor calidad de vida, ayudar a estas poblaciones no es una tarea fácil, se requiere de conocimientos, prácticas y trabajo propio para poder hacerlo.

También aprendí a relacionarme con diversas profesiones en el ámbito de la salud, como psiquiatras, pediatras, enfermeras, y en el ámbito psicológico con las diversas áreas que se impartían en el departamento como terapeutas familiares, terapeutas encargados de realizar psicodiagnósticos y los coordinadores de las áreas de enseñanza y capacitación del hospital, lo cual me permite reconocer la

importancia de la colaboración entre especialistas para buscar lo mejor para los pacientes, así como poder detectar fallas y poder colaborar para solucionarlas desde distintos enfoques y si es necesario buscar ayuda adicional.

En cuanto al área clínica y su aplicación

1. Terapia de juego: Aprendí a trabajar con esta modalidad terapéutica, con la ayuda de la psicóloga adscrita, quién me enseñó como podía ser el trabajo con el juego, el análisis del mismo y los diversos recursos que se pueden utilizar para que haya una adecuada relación niño-terapeuta.
2. Terapia Grupal: Adquirí conocimientos sobre los grupos, la elección de los miembros, la función de estos, y con qué poblaciones y características se puede obtener realmente un resultado visible, que realmente colabore a brindar una mejor calidad de vida.
3. Trabajo con padres: La relación de los padres con el terapeuta es un aspecto fundamental para la mejora significativa del paciente, ya que si no hay una misma línea de dialogo y trabajo en conjunto, los esfuerzos del terapeuta no bastarán para la mejora del niños o adolescente.

Conocimientos aprendidos durante la carrera y que pude reforzar dentro del servicio se encuentran:

1. Entrevista clínica: Durante la carrera tuve la oportunidad de realizar varias entrevistas, sin embargo, al realizar mi servicio reforcé esta habilidad, ya que aprendí a manejar mi estrés inicial, a ser más fluida en cuanto a las preguntas que realizaba, me concentré mejor en la información que tenía y que necesitaba y a manejar mejor la escucha activa.
2. Sensibilidad y empatía: Desarrollé mejor estas habilidades, ya que me permitió acercarme a muchas y diversas situaciones de vida, que me hicieron ser capaz de controlar mis sentimientos por lo que podía empatizar con los pacientes, escucharlos y así poder comprender mejor lo que estaba sucediendo, lo que estaban comunicando con sus palabras y su lenguaje no

verbal, aprendí a no juzgar y entender el discurso y su relación con sus síntomas, lo que a su vez me permitía realizar un mejor trabajo.

3. Conocimiento sobre las enfermedades mentales: Aprendí desde un punto de vista más médico como se diagnosticaban las enfermedades, así como las principales características y los posibles factores que los causan, también cuales eran los fármacos más recetados para cada uno y sus efectos y repercusiones a largo plazo.
4. Ética profesional: En mi trayecto escolar en varias ocasiones me enseñaron como debíamos manejarnos profesionalmente, el código ético del psicólogo y la importancia de la buena ética en el trabajo, en el hospital todos esta información cobró más sentido para mí, ya que pude reconocer la importancia de una buena práctica clínica, ya que al estar trabajando con niños y adolescentes había momentos en los que los padres querían saber todo lo que ellos comentaban durante las sesiones, sin embargo el hecho de que sean niños y adolescentes no nos exenta de mantener la confidencialidad de lo trabajado en las sesiones, se respetaba por completo su privacidad, también la información que los padres nos brindaban y su historial clínico en el expediente. Cuando se trataba de casos legales también había un manejo más delicado de la información y del trabajo realizado, sobre todo porque en ocasiones los padres pedían una carta que explicará qué se estaba trabajando con el paciente, pero nosotras como psicólogas no debíamos realizar estos documentos, pues se trataban directamente con el área legal del departamento.

Este servicio me ayudo a conocer cómo es el trabajo y el ambiente en una institución de salud pública, a ser más responsable, a respetar al paciente y sobre todo a mi profesión.

8. Recomendaciones y/o sugerencias

Sin duda alguna el haber realizado mi servicio en esta institución fue de gran relevancia para mi formación profesional, ya que me dio la oportunidad de conocer la práctica clínica con niños y poder aportar mis conocimientos y habilidades para ofrecerles una mejor calidad de vida.

El hospital es el único que atiende a la población infantil que tiene problemas de salud mental en México, por lo que a él acude gente de toda la república en busca de ayuda, sin embargo al ser una institución que depende del gobierno mantiene ciertos límites y fallas que considero podrían mejorarse, por ejemplo:

1. La mayoría de los médicos dan consulta sólo por las mañanas, por lo que el sistema matutino está saturado, lo que causa que los médicos sólo le puedan dar 15 o 30 minutos de consulta a los pacientes, y en este tiempo dar un diagnóstico, medicar y referenciar a los otros departamentos de ser necesario, por lo que muchas veces los diagnósticos iniciales están mal, lo que causa una medicación inadecuada y por lo tanto el tratamiento realmente no ayuda como debería al paciente. Recomiendo que de ser posible se abrieran más consultas en la tarde, y se distribuyera mejor a la población en ambos turnos para que se le diera mayor tiempo de consulta y así un mejor tratamiento.
2. El departamento de psicología solo está abierto por las mañanas, de 9 a.m a 1 p.m, por lo que la mayoría de los pacientes debe faltar a clases o bien sus padres a trabajar para poder asistir a sus terapias, las cuales son una vez por semana, y para los padres que de verdad no pueden asistir entre semana hay consultas los sábados, sin embargo, el número de terapeutas para este día es mucho menor que el que labora entre semana, por lo que las listas de espera para este día son muy largas, considero que si se abriera un turno vespertino en el área de psicología un mayor número de personas podría recibir ayuda de calidad y poder tener una mejor adherencia al tratamiento, ya que no habría tantas faltas a las sesiones y tanta deserción.

3. Si al llegar al hospital los médicos psiquiatras no detectan que el usuario realmente necesite los servicios, son rechazados y enviados a alguna institución de primer o segundo nivel, sin embargo durante el tiempo que estuve, me percaté que muchos de los usuarios a los que habían rechazado regresaban después por complicaciones en su salud o un aumento significativo en su sintomatología, por lo que considero que debería realizarse un diagnóstico más profundo de primer instancia a los paciente que rechazan, pues al final del día muchos regresan, lo que hace más lenta la posible mejoría del paciente y alarga la angustia de la familia.
4. Mejorar la comunicación entre médicos y psicólogos es esencial, pues muchas veces los médicos no permitían otro punto de vista sobre el paciente que no fuera el que ellos ya habían proporcionado, lo que impedía un trabajo multidisciplinario adecuado para la mejora del paciente.

En cuanto al área de enseñanza y capacitación considero que habría varias cosas que mejorar, pues esta área es la encargada de reclutar a los pasantes y asignarlos a cada área del hospital; de dar cursos, talleres, seminarios y actualizaciones al personal y a los pasantes.

1. Había una mala comunicación entre los mismos encargados de esta área, lo que en ocasiones ocasionaba conflictos entre ellos y los pasantes, pues no daban la misma información o se contradecían, por lo que considero que esto debería mejorar, todos deberían tener la misma información para poder dar un mejor trato a los que realizamos nuestro servicio o prácticas profesionales.
2. Los encargados de enseñanza y los terapeutas del área de psicología mantenían una mala relación, lo que dividía opiniones y hacía que los pasantes estuviéramos en medio del conflicto al tener que realizar trámites, por lo que sugiero trabajen en conjunto para que no haya roces entre el mismo personal y exista un mejor clima laboral, ya que en ocasiones el ambiente se volvía pesado y tedioso por esta situación.

3. Como pasantes teníamos derecho a 20 horas de cursos, talleres o seminarios, sin embargo muchas veces un solo curso era de más de 20 horas y sólo cuando nuestro adscrito también asistía nosotros podíamos tomarlo, de otra manera si estábamos interesados en más de uno no podíamos tomarlo pues se excedía de lo permitido, lo que considero incorrecto pues restringe nuestro aprendizaje dentro de la institución, sugiero que se pudiera ampliar este tiempo de 20 horas, siempre y cuando esto no afecte en nuestro trabajo como adscritos.

Sí recomendaría que las personas que quieran hacer su servicio en una institución de salud mental lo hagan en este hospital, porque más allá de las deficiencias que pueda haber, el aprendizaje adquirido es muy valioso.

Mi trabajo en el área de psicoterapia psicodinámica me permitió conocer diversas modalidades de intervención para los usuarios, sin embargo había algunos detalles que se podrían mejorar, por ejemplo:

1. Brindar más herramientas teóricas para conocer más a fondo el trabajo que se realiza y un mejor sustento del mismo.
2. Todos los adolescentes como lo mencione antes, eran enviados a terapia grupal, por lo cual sugeriría que esto no fuera así en todos los casos, pues algunos usuarios requerían un trabajo individual antes de ingresar a un grupo o bien mantenerse sólo en la modalidad individual, otra opción sería poder integrar los diversos enfoque de terapia del hospital, por ejemplo primero que pudieran ingresar a una terapia cognitiva- conductual para que trabajarán con pensamiento y tal vez aprendieran métodos que les ayudarán a controlar su ansiedad o angustia, que trabajaran con su capacidad de atención, que disminuyan un poco los síntomas que es lo que más les preocupa a los padres, y después complementarlo con la terapia psicodinámica.
3. Algunos usuarios llegaban al consultorio al mismo tiempo que aún se les realizaba un psicodiagnóstico, lo cual hacía más lento el proceso de evaluación para el ingreso a terapia, por lo que recomiendo que antes de dar citas de primera vez se examinaran los expedientes y se hiciera una

valoración previa del caso, para que el estar en dos servicios a la vez no perjudicará el tratamiento psicoterapéutico.

4. Dentro del tratamiento general que se les da a los adolescentes y a los niños en el hospital, sugeriría que los padres también reciban atención. Una opción sería que se les brindara un taller sobre regulación emocional, ya que les permitiría adquirir habilidades para dar una respuesta emocional adecuada a su contexto, lo que minimizaría las molestias personales y tomarían en cuenta la adecuada respuesta ante los demás (Soto, 2017), lo cual sería un beneficio para sus hijos y el tratamiento de estos.

En general para mí, poder realizar mi servicio social en esta institución fue una gran satisfacción y una herramienta muy valiosa de aprendizaje profesional, me hizo darme cuenta de la realidad en la que estamos. Muchas veces los problemas de salud mental no son vistos como algo que deba tener relevancia o que afecte la vida de las personas, está llena de estereotipos y muchas personas consideran que la ayuda es para los “locos”, este término lo escuche muchas veces de los mismos niños que no sabían porque asistían pero que habían escuchado a personas cercanas, familiares o amigos decirles que estaban “locos” por asistir al hospital.

Considero que es nuestro deber como profesionales de la salud romper con estos estigmas que se tienen y así poder contribuir de una forma menos prejuiciosa o ambiciosa a las personas que lo necesitan, en este caso niños y adolescentes, pues cada día estos problemas van en aumento y afectan a más población, mucha que ni siquiera tiene los medios para poder buscar ayuda.

El trabajo que se realicé con los niños de hoy se verá reflejado en adultos con una buena salud mental y que les permita tener una mejor calidad de vida; el tiempo que presté mis servicios me ayudó a darme cuenta que la psicología es esencial para la vida de cualquier persona, y que como profesional debo brindar siempre la mejor atención, con respeto, dignidad y amor a mi profesión.

9. Referencias

- Alarcón, P., Vinet, E. y Salvo, S. (2005 mayo) Estilos de personalidad y desadaptación social durante la adolescencia. *Psykhe*, 14 (1), 3-16.
- Arroyo, E. (2016). Historia y profesionalización de la psiquiatría infantil y de la adolescencia. *Familia Médica*, 7(44), 4-10.
- Asefo. (2011, Mayo, 11). Diagnósticos. *Sociedad Internacional de Autolesión*. Recuperado de: <http://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-el-psicologo/diagnosticos/>
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5 Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014
- Benjet, C., Borges, G., Méndez, E., Albor, Y., Casanova, L., Orozco, R., Curiel, T., Fleiz, C. y Medina-Mora, M. E. (2016). En *European Child & Adolescent Psychiatry, Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey*. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-015-0721-5>
- Bion, W. R. (1948). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Blos, P. (2003). *La transición adolescente*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Blos, P. (1986). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Díaz, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Editorial Pax México.
- Fernández, C. B. y Rodríguez L. M. (2013 enero/junio). *Tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad*. *Acción psicológica*. 10 (1).
- Foulkes, S. H. y E. Anthony. (1957). Desarrollo Histórico del análisis del grupo. En *Psicoterapia de grupo* (pp.40-46). Buenos Aires: Paidós.
- Foulkes, S.H. (1964). *Outline and Development of Group Analysis*. Nueva York, Estados Unidos: International Universities Press, Inc.

- Foulkes, S.H. (1975). *Psicoterapia de grupo analítica. Método y principios*. El conductor en acción (pp. 197-290). Barcelona: Gedisa.
- Hikal, W. (2009 abril/junio). Criminología del desarrollo: el estudio de la personalidad. *Ciencia UANL*, 12 (2), 124-130.
- Kadis, A., Krasner, C. y Foulkes, S. H. (1963). Algunos fenómenos del grupo. En *Manual de psicoterapia de grupo (pp.96-119)* México: Fondo de cultura económica.
- Kaes, R. (2010). *Un singular plural: El psicoanálisis ante la prueba de grupo*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Kaes, R. (2000). *Las teorías psicoanalíticas de grupo*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Kaes, R. (1977). *El aparato psíquico grupal*. Madrid, España: Granica Editor.
- Livingstone, C. (1994). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
- López, M. (2016, noviembre, 07). Trastornos mentales, frecuentes y desde la juventud. *Animal Político*. Recuperado de: <http://www.animalpolitico.com/blogueros-blog-invitado/2016/11/07/trastornos-mentales-juventud-estudio/>
- Martínez, O. A., Fernández, A. C., Navarro, M. I. y Martínez, M. M. (s.f) *Guía Clínica Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad*. Ciudad de México, México: Hospital Psiquiátrico Infantil.
- Meditor & López, J. (Ed.) (1994). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: OMS
- Mobilli, R. A. y Rojas, M. C. (2006). *Aproximación al adolescente con trastorno de conducta disocial*. *Investigación en salud*. 8 (2), 121-128.
- O'Donnell, P. (1974), Rol, en *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal* (pp.55-78). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Otto, K. (s.f). *El diagnostico estructural y la entrevista estructural para los trastornos de personalidad*. Recuperado de <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/apunte-el-diagnostico-estructural-y-la-entrevista-estructural-para-los-trastornos-de-la-personalidad-otto-kernberg.pdf>
- Pavlovsky, A. E. (1974). *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes*. Buenos Aires, Argentina: Centro editor de América Latina
- Privat, P. y Quélin-Souligoux, D. (2000). *El niño en psicoterapia de grupo*. Madrid, España: Síntesis.
- Puerta, I., Martínez-Gómez, J. y Pineda, D. (2002). Prevalencia del retraso mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Revista de Neurología*, 35 (11), 1014-1018.
- Poza, M. P., Valenzuela, M. V., y Becerra, A. (s.f). *Guía Clínica Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Ciudad de México, México: Hospital Psiquiátrico Infantil.
- Quiroga, S. y Cryan, G. (2005 enero/diciembre). Adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas técnicas terapéuticas. *Anuario de investigaciones*, 12, 25-32.
- Rey, A. C., (2010). *Trastorno disocial*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Rey, A. C., Paitán. Á. L. y Monguí, M. Z. (2014). *Diferencias neuropsicológicas, biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias, entre adolescentes con y sin trastorno disocial*. *Interdisciplinaria*, 31 (2), 275-295.
- Rosenthal, L. (1993). Resistance and Working Through in Group Psychotherapy. *Comprehensive Group Psychotherapy*. Baltimore: Williams y Wilkins.

- Salvendy, J. T. (1993). Selection and Preparation of patients and Organization of the group. En Kaplan, H. I. y Sadock, N. J. (Eds.), *Comprehensive Group Psychotherapy* (pp.72-84).
- Salles, M.M. (1992). *Manual de psicoanálisis, psicoterapia para niños y adolescentes*. México: Grupo Editorial Planeta de México
- Servicios de Atención Psiquiátrica. (2017). Hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro. Recuperado de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-infantil-dr-juan-n-navarro.aspx>
- Scheidlinger, P. (1993). *History of Group Psychotherapy*. Baltimore, Estados Unidos: Williams & Wilkins.
- Slavson, S. R. (1953). El gaipo en la naturaleza, la cultura y la psicoterapia, en *Tratado de psicoterapia grupal analítica* (pp.16-39). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Slavson, S. R. (1973). La comunicación en la Psicoterapia Grupal Analítica. *Tratado de Psicología*. Buenos Aires. Argentina: Paidós.
- Soto, G. (2017). *Regulación Emocional en Padres de Adolescentes: Intervención grupal* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Ulloa, F., Contreras, H., Paniagua, N. y Victoria, F. G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*. 36(5), 417-420.

- Urazán, G., (2011). *Funciones cognoscitivas en niños y niñas con trastorno disocial comparados con niños y niñas sin el trastorno*. Universidad de San Buenaventura, Facultad de Psicología, Bogotá.
- Usandivaras, R. J. (1979). Errores frecuentes en la psicoterapia de grupo. *Acta psiquiatría psicológica*. 25, 15-23.
- Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno disocial*. Ciudad de México. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Wiener, M. F. (1993). *Role of the leader in group Psychotherapy*. Baltimore: Williams y Wilkins.