

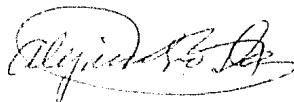
REPORTE DEL PROCESO DE PSICOTERAPIA
DE UN GRUPO PRESENTADO COMO TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN PSICOTERAPIA DE GRUPO.

DR. JORGE FRANCISCO CARDENAS ARROYO

GENERACION 81-83

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ORDEN TEMÁTICO

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO

CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL GRUPO

CARACTERÍSTICAS DE CADA UNO DE LOS PACIENTES

PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS Y METAS TERAPÉUTICAS

CONSIDERACIONES TÉCNICAS

DESARROLLO DEL GRUPO

Etapa Inicial

Etapa Intermedia

Etapa final

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Objetivos generales alcanzados

Principales cambios individuales

Mortalidad en el grupo. Razones de deserción

CONSIDERACIONES FINALES

BIBLIOGRAFÍA

CARACTERISTICAS DEL GRUPO.

En la conformación del grupo y en lo que se refiere al criterio de homogeneidad-heterogeneidad, se siguieron los postulados de Yalom, quién dice que la homogeneidad es un concepto muy relativo, ya que puede haber homogeneidad para algunas características y heterogeneidad para otras, así, pueda haber homogeneidad en edad, pero heterogeneidad en cuanto a sexo clase social o religión, u homogeneidad en cuanto a padecimiento y heterogeneidad en cuanto a edad y clase social.

La homogeneidad no es necesariamente el ideal para el buen funcionamiento del grupo, y aunque al momento esto parece ser cierto en lo que se refiere a grupos de niños y preadolescentes, en adultos y aún en adolescentes, la heterogeneidad, por la confrontación con elementos y situaciones contrastantes, ofrecen una gran riqueza experiencial a los individuos que las confrontan. Lo anterior pudimos constatarlo en un estudio de evaluación de un programa de psicoterapia de grupo que realizamos el año pasado, en el que en base a factores terapéuticos y a evolución de proceso de grupos, pudimos observar mejores resultados en grupos heterogéneos que en grupos homogéneos, por lo que decidimos seguir este criterio en el grupo.

Se postuló el formato de un tiempo limitado a un año de duración, como se pretendía basarse en un proceso de interacción grupal total, se creó un grupo que admitiera miembros nuevos durante los primeros tres meses, para convertirse en un grupo cerrado a partir de ese tiempo. Para ello se consideró un número de 12 miembros, contemplando la posibilidad de una deserción de cuatro o cinco personas, para trabajar con un número promedio de siete u ocho gentes.

El grupo inició con cinco miembros, siendo avisados estos de que se irían aceptando nuevos miembros hasta incrementar el número a doce y que una vez alcanzada la cifra, el grupo se cerraría.

Considero que no hubo mayor impacto en el grupo por la inclusión de nuevos miembros, debido en gran parte a que ellos estaban informados de este proceso de inclusión; Por otra parte se insertaban no mas de dos miembros nuevos como máximo, a excepción de la tercera sesión en la que se incluyeron tres pacientes. El otro aspecto importante creo que fué el hecho de que las inclusiones se hicieron en las etapas iniciales del grupo, cuando este estaba en formación, y aún el proceso de cohesividad era rudimentario.

Por otra parte, hacia los dos primeros meses de la vida del grupo practicamente se habían hecho todos los movimientos en cuanto al número de miembros nuevos y únicamente se agregó un miembro mas hacia el final del tercer mes, poco antes de que se convirtiera en un grupo cerrado.

En este primer trimestre, hubo dos deserciones, ambas en las primeras sesiones, por lo que se decidió incluir dos personas mas, así el número total de pacientes que ha estado en el grupo ha sido de catorce.

De los dos pacientes referidos, una de ellas fué propiamente una deserción, ya que abandonó el grupo en tan solo dos sesiones de asistencia. El otro paciente fué removido a otro grupo, ya que tenía una relación conflictiva con otro paciente. Esta había sido una relación de tipo profesional de la cual habían quedado rencillas, por lo que ambos consideraron que se verían bloqueados en su proceso en la psicoterapia, por lo que salió el de mas reciente ingreso.

Posterior al período del cierre del grupo, hubo dos deserciones más, la primera de ellas en el sexto mes del grupo, por circunstancias similares al caso referido en líneas anteriores; Otro miembro del grupo era su vecina, y aunque cuando al darnos cuenta de esto, se les cuestionó si no habría problema de estar ambas en el mismo grupo y no fué objetado por estas en un principio, posteriormente la paciente en cuestión declaró sentirse incómoda de que la vecina se enterara de sus situaciones íntimas, y que además temía que pudiera darse el caso de que en algún conflicto ésta podría utilizar dichos conocimientos sin respetar la regla de discreción del grupo, por lo que fué removida a otro grupo.

La cuarta deserción ocurrió a los nueve meses de la vida del grupo cuando un paciente anunció su salida, ya que finalmente había sido admitido en la Universidad, lo que significaba la resolución de su problema principal planteado ante el grupo, y que su horario de clases coincidía con el de las sesiones.

Hasta la fecha del reporte faltan dos meses para que termine el proceso psicoterapéutico y no ha habido más deserciones, de los pacientes restantes (diez), hay ausentismo ocasional no mayor a cuatro sesiones, por lo que la asistencia promedio a las sesiones es de siete a nueve pacientes.

Además de los pacientes, el equipo terapéutico está formado por dos coterapeutas que comparten la responsabilidad de la conducción terapéutica del grupo sin ascendente jerárquico de uno por sobre del otro. En el curso del reporte, aparecerá el otro terapeuta denominado como TA, y el que esto escribe aparecerá como TB. Ambos completamos el curso de especialidad en psicoterapia de grupo.

El equipo, terapéutico se completa con tres observadores detrás de la cámara de Gezel, residentes del tercer año de la especialidad de psiquiatría, quienes asisten como parte de su entrenamiento en psiquiatría comunitaria.

Al terminar cada sesión se lleva a cabo un período de comentarios entre los observadores y los terapeutas de 15 a 20 minutos con objetivos didácticos, aunque, como se describirá mas adelante estas postsesiones las hemos utilizado como implemento terapéutico.

La presencia de los observadores es conocida por el grupo, no habiendo observado hasta ahora que esto influya en la participación del grupo. Ocasionalmente se les ha preguntado por el particular, respondiéndonos que al estar involucrados en la sesión, no se percatan o se olvidan de las presencia de los observadores.

Otras características administrativas del grupo, son que las sesiones, sin contar el período de postsesión, tienen una duración de una hora y media a dos horas y que el mínimo de miembros para iniciar una sesión es de tres. Las reuniones extragrupo pueden darse, siempre y cuándo se reúnan en su mayoría y no en subgrupos, además de relatar en las sesiones con los coterapeutas lo acordado. Aunque no se ha dado el caso, también se les mencionó la regla de no establecer relaciones íntimas entre dos miembros. Además de la consabida regla de que todos los problemas inherentes al grupo deben plantearse ante el grupo, evitando comunicaciones privadas con los terapeutas o con otros miembros del grupo.

CRITERIOS DE SELECCION DEL GRUPO.

La base de la formación del grupo fueron pacientes que ya habían

tenido alguna experiencia en psicoterapia de grupo.

La experiencia se llevó a cabo en un centro de salud mental comunitaria en donde desde hace dos años implementamos un programa de atención por medio de la psicoterapia de grupo con un modelo de psicoterapia breve con tiempo limitado a quince sesiones con objetivos de exploración y conocimiento de la dinámica de personalidad que produce el conflicto emergente y la búsqueda racional de soluciones; además de compartir la experiencia emocionalmente con otros, y que la interacción con estos le permita a cada miembro conocer sus mecanismos de conducta social e intentar cambiarlos por otros mas adecuados o menos conflictivos.

Al terminar el tratamiento de psicoterapia breve, encontramos que en cada grupo había uno o dos pacientes una capacidad de insight superior al promedio, con mayor capacidad de involucrarse emocionalmente en la interacción grupal y también capacidad de entender el proceso en el aquí y el ahora del grupo, cuyas problemáticas de personalidad era entendida por ellos como algo mas global que la circunscripción a un síntoma y en los que vimos la necesidad de un manejo psicoterapéutico mas profundo y de mayor duración, para lo que, y tomando en cuenta las características y exigencias de una institución pública de asistencia, logramos que se nos permitiera echar a andar dos grupos de un año de duración formados por este tipo de pacientes.

Así, el grupo reportado se alimentó de estos pacientes provenientes de grupos de psicoterapia breve principalmente. De los catorce pacientes, nueve correspondían a las características antes mencionadas. Dos pacientes mas habían estado en grupo pero habían deserta-

do, sin embargo se les admitió dado a su insistencia de participar en este tipo de grupos y su promesa de ser constantes en su asistencia (una de estos dos fué la que desertó después de dos sesiones). De estos once pacientes, cuatro estuvieron en grupos conducidos por TA, cinco en grupos conducidos por TB, y dos en grupos conducidos por otros terapeutas.

De los tres pacientes restantes, dos fueron referidos de la consulta individual, y la tercera tuvo conocimiento del grupo, y se acercó a mí solicitando ser incluida. Todos los pacientes tuvieron valoración clínica individual inicial, y nueve tuvieron alguna participación en psicoterapia individual.

Además de los criterios de selección referidos, se tomó como criterios de inclusión que fueran pacientes del centro de salud mental comunitaria, y que estuvieran dispuestos en principio, salvo imponderables, a participar un año.

Como criterios de exclusión: que no fueran pacientes psicóticos, que no fueran pacientes fronterizos, y que no tuvieran baja capacidad de control de impulsos.

Aunque no fué un criterio establecido, al terminar la selección, nos dimos cuenta que excepto dos pacientes, el resto tenía un coeficiente intelectual al término medio.

Fuera de estos criterios, nos atuvimos a las líneas de heterogeneidad de Yalom ya mencionadas.

CARACTERISTICAS DE CADA UNO DE LOS PACIENTES.

Teresa.

Femenino de 43 años de edad, que asiste a consulta por presentar un cuadro de depresión muy intenso con ruminaciones suicidas que incluso es planteado posteriormente por la paciente, que a no ser por el tratamiento muy probablemente hubiera intentado matarse, divorciada en dos ocasiones, y separada de una unión libre, clase social media alta, estudió hasta cuarto año de medicina, dueña de una farmacia. Religión católica.

Proveniente de una familia humilde, provinciana asentada en la capital, con un padre alcohólico, golpeador muy severo, por lo que podríamos hablar de ella tanto como de sus hermanos de síndrome del niño golpeado. Una madre pasiva, golpeada también por el marido, pero que de alguna manera impedía que los (padres) hijos se revelaran al padre, pidiéndoles sumisión y dándoles el mensaje de que la situación era una cruz que tenían que cargar por amor a Dios. La paciente es la única de los cuatro hermanos que se atreve a revelarse al padre sin importarle las golpizas que esto le acarreará, lo que de alguna manera era visto con orgullo por el padre alentando no verbalmente esta conducta. Por otro lado, la paciente toma actitudes de autoridad para con sus hermanos (ella es la mayor), los cuales por un lado demandan esa protección, pero por otro lado le cobran gran resentimiento. Esa actitud la conserva hasta la actualidad en que emerge su padecimiento. Trata de solucionar el problema de alcoholismo de sus dos hermanos y de neurosis de su hermana, pero para ello no repara en inniscurarse en sus respectivas estructuras familiares, lo que le acarrea el rechazo de hermanos, cuñados y sobrinos, y especialmente cuándo es rechazada por su hermana, es cuándo cae en estados depresivos, el mas severo de ellos

es el que motiva la consulta inicial. Refiere además que no puede evitar establecer relaciones conflictivas con figuras masculinas, con quienes lo hace de manera competitiva.

Refiere también histerectomía hace 5 años por Ca cervicouterino, sin que hasta ahora existan evidencias de reactivación. Obesidad exógena con dificultad de seguir regímenes dietéticos, crisis asmáticas e hipertensivas, y crisis de dolor en Ms 1s por desviación de cuerpos vertebrales lumbares. Los dos primeros tipos de crisis desaparecieron durante una confrontación emotiva muy intensa en una sesión de psicoterapia individual, y el tercer tipo de crisis se ha espaciado en su frecuencia de presentación.

Además de haber participado en un grupo de terapia breve, estuvo dos años en psicoterapia individual de orientación analítica.

Diagnósticos principales: Depresión neurótica. Trastorno afectivo de la personalidad.

Amelia.-

Femenino de 40 años de edad, casada, de clase social media alta, vive con su esposo y dos hijos de 16 y 12 años, maestra de primaria, no dedicándose en la actualidad a ello, haciéndole parcialmente labores del hogar. Religión católica.

Inicialmente el que asiste a consulta por problema de alcoholismo es el marido, detectándose problemas en la paciente y captándola para tratamiento.

Los conflictos iniciales identificados por la paciente, son los de que ella advierte que le falta "carácter" para evitar la imposición de su marido, ya que este no la deja trabajar, y al no poder realizar sus potencialidades, piensa que su vida carece de sentido considerándose una persona inútil. Menciona también la sensación de hastío en su relación conyugal, pero a pesar de esto y que su esposo en varias ocasiones le ha pedido el divorcio, ella no tiene valor para tomar esa decisión, ya que se sentiría culpable por abandonar a un enfermo alcohólico, ya que, en su militancia en un grupo de Alanón, le han hecho ver que la mujer de un alcohólico debe intentar comprender y acompañar a su esposo, y aunque este ya tiene muchos años de abstinencia, ella se siente comprometida a continuar a su lado.

Además refiere una gran dependencia hacia su madre, a pesar de resentimientos hacia ella por considerar que fué muy dominante, y esto contribuyó a que ella fuera una persona indecisa. También dice sentir una gran indiferencia hacia quienes le rodean, especialmente a sus familiares, desentendiéndose de los problemas de sus hijos y no teniendo con ellos prácticamente ninguna comunicación. Intenta convencerse de que sus hijos son muy buenos y que no tienen ningún problema. Con su hija es muy exigente y poco paciente, le preocupa el que no la pueda tolerar.

Diagnósticos principales: Trastorno esquizoide de la personalidad.

Ricardo.-

Paciente masculino de 16 años de edad, soltero, clase media baja, vive con su madre, tiene un hermano dos años menor farmacode-

pendiente, pero al parecer con un fondo psicótico probablemente esquizofrénico. El padre lo abandonó hace 8 años, abandonó sus estudios cuando cursaba el primero de bachillerato debido a que le resultó pesado el trabajar y estudiar a la vez además que perdió interés en los estudios. Actualmente trabaja como empleado en una bodega de una compañía distribuidora de productos metálicos.

El motivo de consulta fué por sentirse deprimido por tener problemas en su trabajo, por sentirse impotente para ayudar a resolver el problema de su hermano, por ser introvertido y tener dificultades de interrelación principalmente hacia los adultos, así mismo temor a entablar pláticas con muchachas, nunca ha tenido novia, y pocas relaciones sexuales.

Diagnósticos principales: Reacción depresiva. Trastorno asténico de la personalidad, personalidad pasiva.

David.-

Masculino de 20 años de edad, soltero, clase social media baja, vive con sus padres y cuatro hermanos, de los cuales el es el mayor, actualmente sin ocupación, desertó de la carrera de ingeniería, desearía ingresar a la de administración de empresas, pero a pesar que ha sido admitido en dos escuelas, él desea seguir sus estudios en la Universidad (Ingeniería estuvo en el Politécnico), pero como no lo han admitido, no se ha presentado en las mencionadas escuelas. Religión católica.

Asíste a consulta por padecer períodos depresivos cada vez mas prolongados, dificultad de relacionarse, dificultad de esta-

blecer relaciones afectivas con muchas. Siente que está defraudando a sus padres y que el tiene la responsabilidad de dar el buen ejemplo a sus hermanos y que se preocupa demasiado por los problemas de ellos.

Diagnósticos principales: Trastorno de adaptación en la adolescencia. En la etapa universitaria.

Juana.-

Femenino de 28 años de edad, vive en unión libre con su marido además de dos hijas de 7 y 5 años. En la casa de su madre ocupan una vivienda mientras que en otra vive una de sus hermanas con su marido y tres hijos. El marido de Juana se acaba de reintegrar con la familia, ya que estuvo en prisión cuatro años por asalto a mano armada. Terminó la primaria y estudió un año de comercio el cual no completó. Aunque acepta la existencia de un Dios, no cree en ninguna religión.

Asiste inicialmente a consulta por problemas de alcoholismo y dependencia a marihuana, crisis de angustia en las que le vienen pensamientos obsesivos de matarse y matar a sus hijos, lo que incrementa la angustia. Sentimientos de culpa por tener ocasionalmente prácticas sexuales de lesbianismo, o simplemente por que ocasionalmente le viene al deseo obsesivo de practicarlas. Tendencia al acting out, pero sin ser grave la dificultad de control de impulsos.

Diagnósticos principales; Síndrome de abstinencia al alcohol. Abuso de drogas (Cannabis) sin dependencia. Trastorno de la identidad pre-cosexual. Frigidez. Neurosis de ansiedad. Trastorno histérico de la

personalidad. Personalidad histriónica.

Manuel.-

Masculino de 42 años de edad. Vive en unión libre con su mujer y dos hijos de anterior matrimonio. Ha estado casado en dos ocasiones y ha vivido en unión libre otras dos ocasiones, teniendo hijos de las tres primeras uniones, a los cuales frecuente y mantiene, e incluso a dos hijos de su primera mujer que no son suyos. Clase social media alta, Médico general, ejerce parcialmente la medicina privada y tiene negocios de bienes raíces. Religión: pertenece a un grupo masónico de meditación de la vida personal por medio del racionalismo.

Asiste a consulta no por un síntoma o síntomas específicos, sino por que quiere entender el por que sus relaciones con el sexo opuesto son muy conflictivas y por que evade analizar su vida personal mientras que le es muy fácil analizar la de los demás.

Diagnósticos principales: Otros trastornos de la personalidad.
Personalidad inmadura.

Armando.-

Masculino de 34 años de edad. Soltero. Vive con su madre, aunque sus hermanos viven con sus familias cerca de su casa, por lo que los frecuenta diariamente. No terminó el tercer año de secundaria, trabaja como ebanista empleado. Clase media baja. Religión católica, exmiembro de un grupo de A.A. Religión católica.

Asiste a consulta por problema de alcoholismo, pero aunque lleva ya varios años en abstinencia, va encontrando interés en manejar problemas de su personalidad, que son básicamente los conflictos sociales que le acarrea ser homosexual. Y aunque refiere una aceptación personal a su homosexualidad, no ha tenido relaciones estables, según él, por que le preocupa dar un mal ejemplo a sus sobrinos. Achaeca a este estado de tensión la tendencia a "fugarse" en la ingestión de bebidas alcohólicas.

Diagnósticos principales. Síndrome de adicción al alcohol. Desviación sexual, homosexualidad egodistónica.

Lucía.-

Femenino de 48 años de edad. Casada. Vive con tres hijos solteros y su esposo. No completó su primaria, es ama de casa. Religión católica.

Asiste a consulta por presentar cefalea frecuente y constante, que no cede con el uso de analgésicos, además de que después de múltiples consultas médicas, estos coinciden en decirle que su problema es de origen emocional.

La cefalea se acentúa cuando se encuentra preocupada, y esto generalmente sucede cuando tiene conflictos con el marido o con los hijos, principalmente con el marido, el cual es agresivo a nivel verbal con ella, y a nivel físico con los hijos. Refiere malestar por sentirse incapaz de enfrentar su conflicto familiar, ya que ante los gritos se asusta, y por temor no protesta a su esposo, no teniendo ninguna autoridad. Se califica a si misma como u-

na persona insegura, "dejada", con dificultad de establecer relaciones interpersonales.

Diagnósticos principales: Psicalgia presentada como cefalea. Trastorno asténico de la personalidad, personalidad pasiva.

Irma.-

Femenino de 29 años, divorciada, vive con sus dos hijas en casa de sus padres, lo que le permite un nivel socioeconómico medio medio, ya que su capacidad personal de ingresos es media baja. Médico general, no ha podido colocarse de una manera satisfactoria, trabajando en un consultorio de tipo dispensario, con muy poca remuneración. Religión católica.

Asiste a consulta por presentar episodios de despersonalización, los cuales le duran de media hora a varias horas, quedando posteriormente con sensación de mareo y a veces con sudoración profusa. Estos episodios son referidos como la sensación de que "no soy yo", sin pérdida de conciencia ni confusión mental. Esta sintomatología se presentaba en forma ocasional desde los 15 años de edad, pero aumentó en frecuencia hasta tres o cuatro veces por semana, motivo por el cual fue tratada en psicoanálisis durante un año, tratamiento que ya no pudo sostener económicamente. Este aumento de frecuencia, coincide con la separación de su esposo. Posterior a este período de análisis, la frecuencia de las crisis se redujo a una presentación promedio de una vez al mes.

Además de esto, se siente inconforme por sus bajos logros personales y su incapacidad para independizarse. Refiere que no ha po-

dió aún recuperarse emocionalmente de su separación. Cabe hacer notar que se le practicaron dos EEG, uno de ellos activado, resultando normales ambos estudios.

Diagnósticos principales: Síndrome de despersonalización neurótica. Trastorno estético de la personalidad, personalidad dependiente.

Trinidad.-

Masculino de 34 años de edad, casado, vive con su esposa y tres hijos, estudió hasta segundo de secundaria, actualmente trabaja como vendedor de autos usados, clase social media media. Religión católica.

Asiste a consulta por presentar períodos de varios días de embriaguez alcohólica, haciéndolo frecuentemente, además presenta psoriasis que se acentúa con los estados emotivos. Dificultad en sus relaciones familiares, ya que es irascible con su esposa e hijos.

Antes de entrar al grupo, participó en un grupo de psicoterapia breve de parejas, con lo que mejoraron sus relaciones familiares, pero al terminar el grupo, reaparecieron sus lesiones dérmicas.

Yolanda.-

Femenino de 31 años de edad, separada, vive sola con sus tres hijos, aunque en un principio el esposo, aunque ya no vivía con ella, llegaba a comer o a dormir cuando quería, imponiéndole a su esposa toda clase de restricciones sin obligaciones.

La paciente estudió una carrera corta comercial, y al momento de su llegada al centro dependía económicamente de lo que le pasara su esposo, aunque actualmente ya trabaja, siendo la base del sostenimiento de sus hijos. Clase socioeconómica media media. Religión católica.

Asiste a consulta por presentar una depresión reactiva a la situación con su esposo, con gran temor de no poder sostener a sus hijos, o de que este se los quitara, o los convenciera para que se fueran con él. Este temor, se tradujo en miedo por las noches de que un ladrón se metiera en la casa, lo que provocó también un estado de tensión emocional importante con labilidad emocional y llanto fácil.

Diagnósticos principales: Depresión ansiosa reactiva. Trastorno atónico de la personalidad, personalidad dependiente.

Rosalía.-

Femenino de 36 años. Casada, vive con su esposo y tres hijas, la mayor de ellos casada, vive ahí con el marido. El hijo menor de 8 años, padece retardo mental, el esposo es alcohólico. La paciente no terminó la primaria. Es locataria en un mercado, siendo ella el principal sostén económico de la familia. Religión católica.

Inicialmente trae a su hijo a consulta, enterándose de la existencia del grupo, por lo que solicita su inclusión, ya que piensa que este tipo de tratamiento la va a ayudar a mejorar sus relaciones interpersonales, ya que se enoja fácilmente, lo que

hace que sus relaciones interpersonales sean conflictivas. Esto incluye su relación con sus hijos, incluyendo al enfermo. Por lo que respecta a su esposo, la relación es prácticamente nula, no hay comunicación, relegándolo la paciente sin concederle ninguna autoridad.

Diagnósticos Principales: Personalidad querellante.

Maribel.-

Femenino de 19 años, soltera, vive con sus padres y cuatro hermanos menores en la casa de su abuela paterna. Terminó secundaria y está estudiando preparatoria abierta, actualmente trabaja como recepcionista en una agencia de automóviles. Clase social media media, religión católica no practicante.

Inicialmente es su madre la que viene a consulta, trayendo posteriormente a la paciente por el motivo de que es muy rebelde a las órdenes familiares, discutiendo principalmente con la abuela, además de que sale con diferentes muchachos y la madre teme que pueda tener relaciones sexuales posibilidad que es vista como algo terrible por la madre. Además es tan seductora que se pone a coquetear en la calle con cualquier muchacho que pase, sin importar la presencia de la mamá.

Diagnósticos principales.- Reacción de adaptación a la adolescencia. Trastorno histérico de la personalidad.

Enrique.-

Masculino de 33 años de edad. Casado. Vive con su esposa y tres hijos. Médico General, trabaja en una clínica privada de una colonia

proletaria, recibiendo un porcentaje de los honorarios que esta cobra. Clase media baja. Religión católica no practicante.

La esposa es la que inicialmente acude a consulta, detectando como uno de los problemas principales la mala relación con su esposo, situación que los tiene al borde del divorcio, sin embargo la esposa quiere luchar por salvar su matrimonio. Se queja de que el paciente es una persona conformista, sin ambiciones de superación, que trabaja mucho por poca remuneración y que descuida a la familia tanto económica como moralmente. Es la esposa la que se encarga de dar la cara para solucionar los conflictos, por ejemplo la del tratamiento de su hijo menor que es hiperquínético, mientras que el esposo es temeroso para afrontar las situaciones. Es por este motivo que ambos participan en un grupo de parejas al final del cual se sugiere al esposo la participación en una terapia de grupo no de parejas.

Diagnósticos principales: Personalidad dependiente, pasivo agresiva.

PLANTEAMIENTOS DE OBJETIVOS Y METAS TERAPEUTICAS. CONSIDERACIONES TECNICAS.

Los objetivos planteados fueron los siguientes:

-que los pacientes tuvieran una experiencia grupal principalmente dada en cuanto a proceso grupal global, según la teoría del desarrollo de los grupos planteada por Martin y Fawcett, en la cual el plan es que el grupo evolucione de una fase inicial en gran parte autística (fase proyectivo-transfereencial) hasta el objetivo de una

fase mas madura de afinidad interpersonal y de individualización.

La meta sería llegar a la fase máxima que es la del grupo como instrumento social integrador y creativo, que es una fase ideal que sabemos que un grupo terapéutico muy difícilmente alcanza, por lo que damos como obtenidas las metas si se llega a la fase de responsividad ante problemas de dinámica y procesos de grupo, o cuando menos como meta mínima a alcanzar la de la fase de conciencia de interrelaciones y formación de subgrupos y estructuras de poder.

El beneficio individual de llegar a la fase ideal aunque sea temporalmente es de que los miembros tengan la experiencia de vivir un grupo que alcance este grado de funcionamiento, si no a nivel creativo, al menos a nivel adaptativo, ya que esta es la condición que ponen autores como Kurt Levin para hablar de un grupo sano.

Las características de esta fase son de que el grupo posee un patrón de liderazgo distributivo que se traduce por una individualización realista de diferentes papeles, así, estos se asignan sobre una base de competencia y los grados de incompetencia se aceptan y manejan de acuerdo a ello. De la misma manera, el grupo puede proceder y tomar decisiones aceptables si no tener una compulsiva necesidad de un consenso absoluto. El grupo es capaz de regular hasta cierto punto su proceso y sus miembros sienten que son en la misma medida, dueños de su destino, así, los miembros del grupo pueden elegir objetivos y sincronizarse en su consecución. También pueden colaborar en la resolución de problemas, diagnosticar sus propios problemas en los procesos y descubrir técnicas para afrontarlos. La atención esté centrada en obtener

datos sobre las realidades sociales del campo de acción del grupo, como datos intrapsíquicos, intragrupal, y relacionados con la sociedad de que forma parte el grupo. Se produce un estado dinámico de tensión que los impulsa a abordar sus problemas en un modo cooperativo experimental y creador o al menos adaptativo.

Para lograr éstas metas y objetivos, se hace a través de una técnica y un marco teórico definido, y por la formación recibida por un lado, el tiempo con el que se cuenta por otro, y además la consideración de que sería lo idóneo para manejar el proceso global del grupo, se decidió conducir al grupo bajo las técnicas y el marco teórico de la psicoterapia interaccional de Yalan, cuyas postulados básicos en forma resumida son los siguientes:

- Manejo centrado en el aquí y el ahora del grupo. No se deprecia el pasado, por el contrario, se busca, pero adquiere sentido solo al conectarse con el presente.

- Importancia también a la planeación a futuro.

- Interpretación de las interacciones que se dan en el grupo

- Utilización de técnicas aceleradoras del proceso si así se requiere.

- Cambios en base a los siguientes factores:

- Cambios en base a los siguientes factores:

Fomento de esperanzas

Universalidad

Impartición de información

Altruismo

Recapitulación correctiva del grupo familiar

Desarrollo de técnicas de socialización

Conducta imitativa

Aprendizaje interpersonal

Cohesividad

Catarsis

Factores existenciales

Auto y heteroaceptación.

Sin embargo, hicimos una pequeña modificación, se hicieron interpretaciones del grupo como un todo, ante los terapeutas, siempre y cuándo éstas sirvieran como aceleradoras del proceso.

Se revisaron también las fantasías inconscientes del grupo o de algún miembro del grupo, siempre y cuándo tuvieran un significado para ella y el ahora, y lo mismo sucedió para interpretaciones transferenciales, en la que se utilizaron términos actualizados en tiempo, así por ejemplo, en vez de padre o madre, utilizábamos figura masculina, figura femenina, figura protectora, figura de autoridad, buscas una figura con características maternas, etc.

Aunque se mencionó el traer sueños, hasta ahora no se ha relatado ninguno, y nosotros no hemos insistido, dejándolo a que salga en forma espontánea.

En cuanto a las interpretaciones por parte de los terapeutas, éstas son similares, solo varían por el estilo propio de cada uno, y que TB se encarga de las interpretaciones del grupo como un todo.

En cuanto al ritmo de interpretaciones, en las primeras sesiones no se hicieron, concretaciones o señalamientos para promover la interacción, éstas fueron introduciéndose gradualmente, hasta un punto en que las interpretaciones y los señalamientos fueron frecuentes, cuidando de que la comunicación entre pacientes no se triangulara a través de nosotros.

En el momento que consideramos que el grupo se involucraba

mas en la interacción y tenía la necesidad de cambiar su estilo de interacción, por el de la exploración del personal interpersonal dentro del grupo, disminuimos gradualmente las intervenciones, límites e consideraciones sobre el proceso del grupo, éstas disminuían todavía mas, hasta lograr lo mas cercanamente posible la imagen de ser un miembro mas del grupo con el carácter de asesoría.

Tomamos dos parámetros para medir los cambios en el grupo, el primero de ellos la aplicación trimestral de un instrumento ya probado para nosotros que mide la importancia que van teniendo los diferentes factores terapéuticos en la vida del grupo. El segundo fué la apreciación por parte de los terapeutas de la fase o interfase en que se iba encontrando el grupo de acuerdo a Martin y Fawcett, lo que nos iba dando la pauta del tipo de intervenciones que se requerían para promover el avance del grupo.

DESARROLLO DEL GRUPO.

Etapas inicial.

Consideramos que dado a la experiencia en grupos que tenía la mayor parte de los participantes, la primera fase y la primera interfase, es decir la de conducta individual y no compartida, solo duró un fragmento de la primera sesión, ya que después del establecimiento de las reglas, y algunas consideraciones sobre la forma de trabajar, y posterior a un corto silencio, se iniciaron las participaciones, y así se inició típicamente interacciones estereotipadas, con una comunicación de tipo asenático, en la que cada paciente trataba de "robar" para sí la canalización de la plática, y aquí comienzan a distinguirse los líderes, que son: Manuel, Teresa, Armando y Rosalía. Estos empiezan a tener peso en el grupo, pero únicamente a nivel de comunicación asenática, mas tarde se agrega Juana a este juego de grupo.

Por otra parte también se dió un fenómeno peculiar. Al tomar la palabra y hablar de sí mismo, también incluyen las interpretaciones de sus antiguos terapeutas (de los que la mayoría habíamos sido los terapeutas actuales). Con frase como "Después que el Dr. X me dijo tales palabras , a partir de entonces cambié mi forma de ser", o "Fué como me dijo usted Doctor, Esto es como una serie de abcesos que se van urenando en cuánto aparece.. y sia anestesia" Establecen una competencia para demostrar que su terapeuta es el mejor, el más inteligente, el más sabio, el que sabe exactamente lo que está haciendo y por que lo está haciendo. Y en el que todos tratan de copiar palabras de su terapeuta, como preguntando ¿aprendí bien?.

Por otra parte, cada quién ve los demás en forma estereotipada también, así por ejemplo, Teresa es la ladrona, la mamá hambriena del grupo, Manuel el importuno que habla fuera de tiempo, Armando y Amelia los conciliadores y enlazadores, Rosalía la enojona, David y Francisco los hijos buenos a quienes aconsejar, y Juana la hija descarriada, y Esto produce contrariedad en algunos de ellos.

Durante ésta etapa, durante algunas sesiones señalamos estas semejanzas, lo que de alguna manera promovió este tipo de relación, pero cuidando que estas no resultaran demasiado perturbadoras como para que provocaran la deserción. A veces utilizábamos la broma para disminuir la angustia de la exposición, en otras ocasiones hacíamos interpretaciones individuales para aclarar lo que sucedía al paciente que estaba exponiendo, pero sin expresarlo de manera que el resto pudiera tener miedo de exponerse, por lo que después de algunas aclaraciones, cambiábamos el foco de atención, o siempre pedíamos la intervención de los demás pa-

ra irlos metiendo en la participación de la resolución de los problemas.

Esto llevó al grupo a un tipo de interacción en que los pacientes exponían sus problemas y recibían las opiniones del resto del grupo, e incluso opiniones de posibles soluciones, cuando un paciente exponía era estimulado por el resto del grupo a sacar las emociones que esto le producía, dándole importancia a la catarsis, lo que en un momento dado se convirtió en un valor a alcanzar por los participantes. Debo decir que esta labor era principalmente llevada a cabo por los líderes del grupo, quienes empezaban a pelear por el poder, pero estas luchas eran esporádicas y aisladas, observándose que los involucrados en ella, trataban de aclarar sus diferencias e incluso se pedían disculpas "para llevar la fiesta en paz". También se daba mucho la búsqueda de identificación de los problemas personales a través de la exposición de los demás.

Las actividades de los terapeutas a estas alturas, fueron las de promover la participación e involucración de los miembros menos participativos del grupo, y hacer interpretaciones que los llevaran hacia el aquí y el ahora de la interacción grupal. Hacer el fin l de esta etapa, nos dimos cuenta que se estaba estableciendo una rutina de exposición de uno o cuando mucho dos miembros del grupo, a la que seguían las opiniones y los consejos de los líderes, por lo que buscamos cambiar los focos de interés para que se hiciera más activa la participación, además de hacer interpretaciones acerca de la forma en que los participantes más frecuentes buscaban la gratificación de la atención del grupo y el por que de esto.

Hacia principios de la etapa descrita, se aplicó el cuestionario por primera vez, el cual nos mostró que aunque los doce factores obtuvieron alguna calificación, los de mayor importancia fueron la universalidad, el altruismo y la impartición de información además de la catarsis, los de mediana importancia el fomento de (interés) esperanza, la recapitulación correctiva del grupo familiar, el aprendizaje interpersonal y los factores existenciales, y los de mas baja o ninguna practicamente calificación fueron el desarrollo de técnicas de socialización, la cohesividad, la auto y heteroaceptación y la conducta imitativa.

Etapa intermedia.

Esta la podemos ubicar mientras el grupo estaba en la fase anterior descrita, hasta un poco mas allá de la fase que anotamos en seguida y la cual identificamos como la fase IV de Martin y Fawcett.

Algunos miembros del grupo empiezan a expresar que aunque se expresan los problemas, en realidad no se dice ño que se siente en las sesiones y en especial lo que se refiere a otros miembros del grupo. A estas alturas, el grupo por iniciativa propia y promovido por Teresa, Amelia y Manuel, empieza a reunirse en una cafetería al terminar las sesiones, lo cual es avisado a los terapeutas y aceptado por estos siempre y cuándo se acepten las reglas al respecto, lo cual es acatado. Se refiere que algunos miembros se expresan mas fuera de las sesiones y no hablan de ello dentro de estas, mostrándose herméticos, animándolos a expresar sus transferencias hacia los terapeutas, sin embargo las cosas no cambian y hay malestar, expresado por una etapa, en que

comienzan a faltar, esto es interpretado por los terapeutas como una crisis en la vida del grupo, en la que ya no les satisface su manera de participar y que necesitan buscar nuevas formas de hacerlo, o también que ante los demás presentan una careta que es necesario quitarse ahora para poder vivir su psicoterapia.

Los pacientes empiezan a expresar sus sentimientos hacia los demás, especialmente las sensaciones que están sintiendo en el momento y hacen bromas a Teresa y Manuel acerca de que ellos quieren hacer labores de terapeuta y señalan su malestar cuando alguien quiere monopolizar las sesiones.

Ocurre también que ya no se preocupan tanto por resolver los problemas de afuera que trae un miembro sino que invierten sus esfuerzos en analizar las interacciones y emociones vividas en el aquí y el ahora del grupo, a través de esto lo conectan con su pasado y una vez descubierta la génesis de un comportamiento o sentimiento, se regresan al presente para descubrir en que forma el pasado hace impacto en el.

Así, aumenta considerablemente la participación, hay sesiones en que intervienen todos los miembros, y la asistencia se vuelve a hacer constante. Sin embargo resaltan las diferencias entre Teresa y Manuel, quienes apoyándose en que hay que decirse lo que se siente, aprovechan para agredirse, lo que gradualmente se va haciendo más intenso. Se forman entonces dos subgrupos, divididos por sexos y liderados por las personas mencionadas. Siendo los "segundos de a bordo" Amelia por un lado y Armando por el otro.

El subgrupo femenino es más cohesivo, cierran filas para apoyar casi incondicionalmente a Teresa y Amelia, forman este subgrupo Juana, Irma, Yolanda y Elvira se angustian ante las discusiones, y permanecen fuera del subgrupo. Por el lado de los hombres, aquí si todos se integran a apoyar a sus líderes, pero no lo hacen en bloque como las mujeres, y se limitan a comentar la agresividad de Teresa. Además Manuel, más que atacar, trata de justificarse, y aunque lucha por llevar la dirección del grupo, hace intentos de ser aceptado por las mujeres.

En esta fase implementamos algunas variantes, además de hacer dramatizaciones con cambio de papeles, conseguimos la aceptación del grupo de quedarse a las post sesiones, llevándolas a cabo delante de ellos bajo dos condiciones, que los comentarios solo se refirieran a las interacciones y al proceso grupal, y de que los pacientes no podían intervenir, limitándose a escuchar. Sus comentarios al respecto los hacían al principio de la siguiente sesión, lo que nos permitió constatar el efecto positivo que tuvo este procedimiento.

Al finalizar el sexto mes aplicamos el cuestionario por segunda vez. En esta ocasión el puntaje total fué mucho más alto que el anterior, siendo los factores más importantes fueron el aprendizaje interpersonal, el desarrollo de técnicas de interacción, la impartición de información y la recapitulación correctiva del grupo familiar, los de mediana importancia, el altruismo, los factores existenciales, la cohesividad y la conducta imitativa, y los de menos calificación, la universalidad, la catarsis, la auto y heteroaceptación y el fomento de esperanza.

Etapa final.

Empezaron a rescidivar los síntomas de algunos pacientes (Yolanda, Lucía y Juana) y Ricardo expresaba frecuentemente que no experimentaba ningún cambio y que el grupo le aburría, además hubo en una postsesión comentarios que parecieron impactarles mucho, se dijo que había temor por parte de algunos de compartir experiencias y búsqueda de soluciones con el sexo opuesto, por lo que buscaban soluciones y refugio con los de su mismo sexo, elaborando sus conflictos homosexualmente, siendo que tal vez fuera más enriquecedor hacerlo heterosexualmente. que los líderes se preocupaban más por tener la batuta que por el grupo, y que esto desviaba los esfuerzos del grupo en vez de dirigirlos por caminos más productivos.

La actitud entonces fué la de reclamar a Manuel y a Teresa por que estaban robando tiempo al grupo y de disminuir su directividad. Estos por su parte, pudieron identificar la influencia que tenía en su conducta su rivalidad añeja con el sexo opuesto. Cambiaron entonces sus esfuerzos a conectar las interacciones de los demás con su problemática personal, volviéndose sus intervenciones menos frecuentes pero más sustanciales. Teresa comentó que el hecho de tomar posiciones antagónicas no les impedía encontrar juntos la génesis de su problemática. Empezaron entonces a volver a hablar de sus conflictos personales, pero a la luz de los cambios que habían tenido con respecto a éstos a través de su psicoterapia, ayudados por el resto de sus compañeros, enfrascándose todo el grupo al reanálisis de cada problema y a visualizar los mecanismos de la dinámica de cada se-

sión, tocan temas angustiantes que habían evadido, pero encontrando en el grupo el apoyo y la fuerza para afrontarlos.

La actividad terapéutica además de continuar con los comentarios en las postseiones fué la de alentar este tipo de interacciones. Las intervenciones eran poco frecuentes y se limitaban a aclarar conceptos o completarlos, cuando el grupo se atascaba en la definición de su dinámica.

Este es el nivel donde se encuentra el grupo en la actualidad, y que pensamos que corresponde a momentos con la fase V de Martin y Fawcett, probablemente esto sea mas que suficiente y sea mejor dedicar los últimos dos meses de la vida del grupo en elaborar la terminación, aunque no perdamos la esperanza de llegar a la fase VI, pero tal vez esto dependa mas de la capacidad del grupo que de los intentos de los terapeutas.

Al final del noveno mes se hace una tercera aplicación de nuestro instrumento, quedando pendiente la cuarta para el final. El puntaje total fué ligeramente mayor al anterior, con la particularidad de que hubo poca diferencias entre los puntajes para cada uno de los factores. Los de mayor puntaje fueron la cohesividad, la auto y hetero aceptación, el aprendizaje interpersonal y la universalidad, los de puntaje intermedio la recapitulación correctiva del grupo familiar, el altruismo, el desarrollo de técnicas de socialización y la impartición de información, y los de menor puntaje la conducta imitativa, la catarsis y el fomento de la esperanza.

EVALUACION DE RESULTADOS.

Objetivos generales alcanzados.

El resultado hasta el momento es bastante satisfactorio, ya que en la búsqueda de la vivencia del proceso grupal global hemos llegado a la fase V de Fawcett y Martin.

Principales cambios observados en cada uno de los pacientes.

Teresa.- Su participación fué muy útil, ya que sus experiencias pasadas en psicoterapia, hacían que al intervenir promoviera que el grupo trabajara mas profundamente y percibiera mas claramente las siguientes situaciones.

Modificó mucho sus problemas de competencia con los hombres, encontrando formas mas adecuadas de relación. No han vuelto a deprimirle el rechazo de sus hermanos, y ha mejorado la relación con su hermana.

Amelia.- Ha mejorado sus relaciones con sus hijos y con su madre, se modificó su actitud hacia el esposo, ya no le aterroriza la idea de divorciarse. Identificó su apatía como una forma de defensa, y logró manifestar su afectividad en el grupo.

Ricardo.- Tal vez el que menos se ha beneficiado, sin embargo a un nivel modesto ha mejorado su capacidad de interrelación y ya le pidió noviazgo a una muchacha.

Juana.- Logró identificar su ambivalencia y su envidia hacia el hombre y sus búsquedas de relaciones homosexuales como reacción angustiada ante sus dificultades con el hombre. Se acepta como mujer, y a excepción de una vez, no ha vuelto a deprimirse.

Manuel.- Identificó su mecanismo de relación con las mujeres, lo que le aclaró el por que del fracaso de sus experiencias conyugales. Modificó en el grupo esta conducta. Ha disminuido su actitud racionalista, y ha aumentado su actitud emotiva.

Armando.- Se dió cuenta de los conflictos internos que le producé su homosexualidad y el mecanismo a través del cual esta se fué estableciendo. Identificó su agresividad reprimida que se revertía hacia si mismo y logró sacarla en parte. No ha bebido en lo que lleva en psicoterapia, finalmente ha sido contante a un tratamiento.

Lucía.- Aunque dado a su baja capacidad intelectual no podi clarificar procesos, su cefalea fué espaciándose hasta desaparecer en el momento. No ha vuelto a deprimirse y en el grupo ha adquirido seguridad para intervenir.

Irma.- Se adapta mas a su situación de divorciada, acepta mejor su pérdida objetal, incluso tiene un amante con quien al parecer lleva una relación satisfactoria, dejó de vivir con su madre y en el tiempo que lleva en el grupo no ha presentado sus crisis de despersonalización.

Trinidad.- Su psoriasis desapareció a los pocos meses de estar en el grupo, y aunque a manera de prueba ha dejado de asistir a tres sesiones seguidas en dos ocasiones, no ha tenido rescidivas, solo ha bebido en una ocasión y ha mejorado la relación con sus hijos, no ha vuelto a deprimirse.

Yolanda.- Pasó una situación emocional difícil cuando supo que

su marido había vuelto a casarse y quería convencer a sus hijos de irse con él, sin embargo estos decidieron quedarse con ella. Ya no le afecta tanto su pérdida objetal, ha adquirido seguridad de poder sacar adelante a sus hijos, tiene trabajo estable y no ha vuelto a deprimirse.

Rosalía.- Logró identificar que su agresividad encubría una gran inseguridad y temor. Dejó sus actitudes agresivas apareciendo a la vista sus actitudes temerosas. En estas condiciones estaba cuándo se le cambió a otro grupo.

David.- Mejoró mucho en seguridad y autoconfianza, desapareció el empeño y la angustia de encargarse de sus hermanos, así como su depresión, tiene novia con relaciones al parecer satisfactorias, y no dependientes. De hecho el motivo de su deserción fue un logro de la resolución de uno de sus problemas. Expresó tristeza por tener que dejar al grupo.

Mortalidad en el grupo. Principales razones de deserción.

Maribel.- Estuvo solo la tercera y cuarta sesión. No tenía actitud terapéutica. En su actitud seductora expresó que solo asistía al grupo por el terapeuta, y le irritaba tener que compartirlo; además vio en Manuel actitudes similares a las de su padre, cosa que no pudo aguantar.

Enrique.- Asistió a la quinta sesión, fue cambiado de grupo.

Rosalía.- Al quinto mes fue cambiada de grupo.

David.- Dejó al grupo en el octavo mes, ya que finalmente fué aceptado en la Universidad en la carrera que el quería, y su horario de clases interfería con el de las sesiones.

CONSIDERACIONES FINALES.

En lo personal creo que este grupo me ha sido gratificante, ya que la asistencia es muy buena y la deserción muy baja, y se ha trabajado a niveles altos tanto el aspecto racional como el emotivo.

El factor principal de esto, fué el tomar pacientes que habían estado previamente en psicoterapia breve de grupo, lo que funcionó no solo como filtro sino además como un procedimiento que preparó a los pacientes de manera que tuvieran una actitud terapéutica e iniciaran a niveles mas avanzados que los habituales. Además nos permitió hacer una buena selección del grupo, al que pudimos conformar de una manera balanceada.

BIBLIOGRAFIA.

Yalom Irving D. The theory and practice of group psychotherapy. Basic Books Inc. New York. Second Edition 1975.

Martin Jr. Elmore y Fawcett William. Hacia una teoría del desarrollo de los grupos. Del libro de Kissen-Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo. Ed. en español. Editorial Limusa. México 1979

Cárdenas Arroyo J. Evaluación de factores terapéuticos en psicoterapia breve de grupo. Trabajo presentado en el VIII congreso internacional de psicoterapia de grupo. México, Abril 1984 y en el simposium de psicoterapia de grupo de la APM. México, Julio 1984.

Grinberg L. Langer M. Rodrigué E. Psicoterapia de grupo. Editorial Paidós. Buenos Aires. 5a. edición 1979.