



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

# PSICOTERAPIA A UN GRUPO HETEROGENEO.

TESINA PROFESIONAL  
PRESENTADA POR  
DR. IGNACIO HERNANDEZ ALBERTOS

Curso de Especialización en Psicoterapia de Grupo

  
México, D. F.

  
1983

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.

## I N D I C E

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. CRITERIOS DE SELECCION	4
III. CARACTERISTICAS DEL GRUPO	5
1. Homogeneidad-Heterogeneidad	
1.1 Homogeneidad	
1.2 Heterogeneidad	
2. Abierto - Cerrado	
3. Duración y Contrato Terapéu- tico.	
IV. CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES	13
1. Paciente "A"	
2. Paciente "B"	
3. Paciente "C"	
4. Paciente "D"	
5. Paciente "E"	
6. Paciente "F"	
7. Paciente "G"	
8. Paciente "H"	
9. Paciente "I"	
10. Paciente "J"	

11. Paciente "K"

12. Paciente "L"

V. PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS 44

VI. DESARROLLO DEL GRUPO 46

1. ETAPA INICIAL

1.1 Fase I

1.2 Transición de la Fase I a  
la Fase II

1.3 Fase II

1.4 Transición de la Fase II a  
la Fase III

1.5 Fase III

2. ETAPA INTERMEDIA

2.1 Transición de la Fase III  
a la Fase IV

2.2 Fase IV

3. ETAPA FINAL

3.1 Transición de la Fase IV  
a la Fase V

3.2 Fase V

	Página
VII. TECNICA	63
VIII. EVALUACION DE LOS RESULTADOS	66
1. Objetivos principales alcanzados.	
2. Principales cambios observados en cada uno de los pacientes	
3. Mortalidad en el Grupo.	
IX. COMENTARIO PERSONAL.	

## I N T R O D U C C I O N

El trabajo que a continuación se describe, me resultó de gran interés y aprendizaje, tanto en los niveles prácticos, como durante su elaboración escrita.

Las sesiones se iniciaron a fines del mes de Octubre de 1982 y concluyeron a principios del mes de Agosto del siguiente año, después de haberse trabajado una vez por semana durante un período de 9 meses en forma prácticamente ininterrumpida, salvo 3 sesiones, 2 durante las vacaciones de Diciembre y una en las de Abril.

Se realizaron dos recontratos por solicitud del grupo. Se trató de un grupo con características primordialmente heterogéneas, que dificultaban en un principio el proceso de integración y cohesión de grupo, que se fueron solventando progresivamente y que a la larga significó una mayor riqueza en el aprendizaje y efectos terapéuticos para los pacientes.

En un principio el grupo fue abierto, para posteriormente transformarse en cerrado por una decisión unánime.

El número de pacientes fue en un principio de doce, lo cual fue considerado como un grupo numeroso; sin embargo la mayor parte del tiempo se trabajó con siete pacientes y finalmente con seis.

En un principio mi papel fue como cooterapeuta y el de mi maestro de terapeuta, para invertir progresivamente los roles, y quedarme sólo a partir del cuarto mes.

Se incluyen las principales características de cada uno de los pacientes y durante el curso del trabajo se utilizan símbolos para identificar a los pacientes de la siguiente manera: siete hombres: "A, B, C, E, G, J y K" y cinco mujeres: "D, F, H, I, L".

El desarrollo del grupo se describe en tres etapas: inicial, intermedia y final; ubicando en cada una de las fases específicas descritas por Elmore A. Martin Jr. y William Fawcett Hill, acerca de su teoría sobre el desarrollo de los grupos pequeños a fin de hacer más objetivos los progresos y las peculiaridades del proceso del grupo y de sus integrantes. A mi criterio el grupo llegó hasta la Fase V.

En la etapa inicial ocurrieron las Fases I, II, y III con las respectivas interfases de transición. Al finalizar esta etapa desertaron cinco pacientes "G, H, I, K y L".

En la etapa intermedia ocurrieron la transición de la Fase III a la Fase IV y la fase IV. Esta etapa constituyó el período en que hubo mayor actividad, provecho y cambio en los pacientes, marcándose su término con la última deserción: "B".

La etapa final, se constituyó con la transición de la Fase IV a la Fase V, y la Fase V.

Seguidamente se tocan los principios en que se basaron las técnicas; los objetivos alcanzados en el grupo; y los principales cambios ocurridos en los 7 pacientes que más se beneficiaron ("A, B, C, D, E, F, y J").

Finalmente se hace mención de las principales razones por las que hubo deserción en el grupo; y en cada uno de los pacientes; terminándose con un comentario final.



C A P I T U L O   I I  
C R I T E R I O S   D E   S E L E C C I O N

Los principales criterios en que nos basamos para canalizar a los pacientes a un grupo de psicoterapia fueron los siguientes:

1. Características heterogéneas en los pacientes, que permitieran crear como en un laboratorio, un medio que reflejara, en un primer momento la realidad externa, para posteriormente lograr en forma paulatina un ámbito de trabajo terapéutico propiamente dicho, y compartido con los pacientes en donde la intervención directa de los terapeutas marcara la conducción del proceso individual y de grupo, hacia cambios que facilitarían la solución de los principales conflictos acaecidos en cada uno de los miembros y en el grupo.
2. Que desde el diagnóstico se visualizaran los principales conflictos y quejas manifestadas por los pacientes, como posibles de ser mejorados en un grupo de psicoterapia.
3. Que se observara en los pacientes suficiente disponibilidad, interés, motivación y deseo manifiestos, para recibir ayuda a través de éste tipo de tratamiento (en grupo).
4. Que se comprometieran en forma manifiesta con el contrato terapéutico establecido en común acuerdo.
5. Que los pacientes tuvieran la posibilidad de acudir al lugar de la cita periódica, durante el tiempo señalado.

### CAPITULO III

## CARACTERISTICAS DEL GRUPO

#### 1. HOMOGENEIDAD - HETEROGENEIDAD

1.1 HOMOGENEIDAD: Algunas características similares entre la mayor parte de los miembros favorecieron el tratamiento, debido a una identificación positiva que actuaba como un estímulo reforzador de la voluntad, del valor y de la confianza, para manifestar sus principales conflictos públicamente en el grupo, lo cual permitió establecer la interacción y la comunicación:

- a) Casi todos se encontraban en vías de formación profesional o eran profesionistas.
- b) Todos presentaban problemas para relacionarse a nivel interpersonal, especialmente con el sexo opuesto.
- c) La mayor parte no tenía pareja sexual en la actualidad.
- d) La mayor parte sufría importantes crisis depresivas, acompañadas de ideas autodevaluatorias culpógenas de carácter neurótico, con excepción de un miembro que eran de carácter psicótico (J).
- e) La mayor parte de ellos provenían de un grupo familiar conflictivo, y vivían en la actualidad en dicho ambiente.
- f) La mayor parte presentaba importantes conflictos de identidad.

1.2 HETEROGENEIDAD: A pesar de presentar los miembros algunas similitudes, podemos aceptar que se trató de un grupo francamente heterogéneo, característica que señalaba continuamente las diferencias entre ellos, y que actuaban como disparadores en la manifestación de conflictos latentes o conscientemente escondidos y que brindaban la posibilidad de darles una solución terapéutica.

Las principales diferencias fueron las siguientes:

- a) Edades: variaron entre los 18 y 35 años.
- b) Sexos: de carácter mixto, 7 hombres y 5 mujeres.
- c) Estado Civil: 9 solteros, 2 separados, y 1 paciente casada, unida al conyuge en la actualidad.
- d) Profesiones: 2 estudiantes de arquitectura; 1 estudiante de psicología; 1 licenciado en derecho; 1 estudiante de derecho; 2 estudiantes de medicina; 1 médico; 2 bachilleres, uno de los cuales estaba por iniciar la carrera de bibliotecario, y el otro se encontraba en orientación vocacional.
- e) Ocupaciones: 5 pacientes no trabajaban; 1 dedicado a las labores del hogar; 1 a codificar datos; 1 trabajaba como dibujante en el despacho de un arquitecto; 1 trabajaba en obras de construcción; 1 como empleado de un banco; 1 se dedicaba, cuando no estudiaba, a lavar automóviles.

- f) Origen: Todos eran mexicanos, salvo uno que era de origen sudamericano.
- g) Inteligencia: Poco más de la mitad (7) tenía un C. I. superior al término medio; la cuarta parte (3) término medio; y 2 pacientes con inteligencia limítrofe.
- h) Diagnóstico: Poco menos de la mitad (5) sufrían trastornos psicossomáticos, como anorexia, disnea, cefalea, mareo, migrañas y/o palpitaciones; en aproximadamente la mitad de los pacientes existían rasgos del carácter esquizoideos, de rigidez y obsesivos; una paciente sufría de fobia a los hospitales; un paciente era homosexual y le generaba culpa; un paciente era borderline; una paciente sufría deficiencia mental con daño orgánico cerebral leve; un paciente sufría de farmacodependencia y alcoholismo; en dos pacientes existían importantes rasgos creativos; y en uno de ellos se observaba suficiente flexibilidad y madurez en el carácter.
- i) Madres: Las dos terceras partes tenían una madre con actitudes seductoras hacia el paciente (varón).
- j) Padres: La mitad no contaba con el padre en la actualidad, debido en tres de los casos a muerte, en dos a separación, y en uno de los casos el paciente nunca lo conoció; en la cuarta parte de los casos el padre sufría alcoholismo.

k) Lugares que ocupan en la familia; Poco menos de la mitad de los pacientes eran primogénitos de familia poco numerosa.

l) Antecedentes traumáticos; En uno de los casos se supo que la paciente fué violada por un familiar que le doblaba la edad.

## 2. ABIERTO - CERRADO

En un principio el grupo fué abierto integrado por 7 miembros ("B, C, D, E, F, H e I") como un resultado de la estructura normativa inicial y producto de los acuerdos, permitiendo así la entrada de nuevos miembros. En base a ello se integró, primero "L", luego "K, G, J" y por último "A". Después de la entrada de "A" existió un clima generalizado de tensión, enojo, incomodidad y pereza, que fueron trabajados, apareciendo así un ajuste por consenso a la normatividad acordada, transformándose el grupo de abierto a cerrado. Los principales elementos manifestados fueron; que les generaba una sensación de encontrarse constantemente ante extraños y la molestia de tener que repetir continuamente sus problemas para que los demás se enteraran. Lo anterior fué permitido ya que nos basamos en principios democráticos para que el grupo creara sus propias normas, y que fuera a su vez un factor que los responsabilizara y

comprometiera con el trabajo a más de permitir que el proceso de cohesión grupal se diera, elemento que consideramos esencial para que el clima terapéutico ocurriera.

### 3. DURACION Y CONTRATO TERAPEUTICO:

El contrato terapéutico se inició desde las entrevistas individuales con el terapeuta que canalizó a la mayor parte de los pacientes al grupo. Ya en trabajo de grupo se fijó desde un principio, nuevamente el día, lugar, hora y duración de las sesiones, que fueron acordes a las trabajadas previamente:

Lugar: Departamento de Psicología Médica de la U.N.A.M.

Tiempo: 2 horas de duración, con acuerdo en la hora de inicio.

Frecuencia: Una vez por semana.

Desde un principio se observó dificultad en un miembro "B" en cuanto al tiempo, que arregló sin mayor problema hasta el proceso final del grupo, ya que reapareció, entre otros, el mismo problema. A la mayor parte de los miembros siempre les convino la hora y el día.

Posteriormente se observaron dificultades similares en "K" y en "G". Este último venía después de recorrer una distancia aproximada de 60 kms, tratando de llegar a tiempo; y en "K" se presentaba el problema de inasistencia ocasional por tener que realizar guardia y le implicaba tener que

salirse sin permiso.

Otros aspectos que se trabajaron desde el principio fueron:

- a) La importancia de no interrumpir las sesiones por alterarse el proceso de integración grupal ("se pierde la secuencia")
- b) La importancia de comportarse con la mayor franqueza y espontaneidad al plantear sus problemas.
- c) Se acordaron las principales normas, que surgieron del grupo dentro del encuadre del contrato.
- d) Se estableció un contrato de trabajo de 3 meses, al final del cual se revisó la conveniencia de establecer uno nuevo por más tiempo, lo cual se repitió en un total de 3 ocasiones: a principios de Febrero y en Mayo; y a fines de Agosto que se acordó la finalización del grupo.

#### 4. NUMERO DE MIEMBROS:

##### 4.1 Número de pacientes:

El número inicial de miembros integrantes del grupo fue de 7, tres hombres ("B, C, E") y cuatro mujeres ("D, F, H, I"). En el curso de los siguientes dos meses se añadieron 5 miembros más, cuatro hombres ("A, G, J y K") y una mujer ("L"), quedando integrado el grupo por 12 miembros, cinco mujeres y siete hombres. La cantidad anterior fue considerada numerosa, pues rebasaba los límites idóneos planteados por la litera-

tura a un nivel general, para los grupos pequeños (entre 4 y 8).

Se pensó en la cantidad de miembros señalada, con el propósito de tener una experiencia de trabajo psicoterapéutico con un grupo numeroso ó en su defecto para consolidar después un grupo más pequeño, ya que se esperaba una subsiguiente deserción, como suele ocurrir la mayor parte de veces con éste tipo de psicoterapia.

Durante el proceso del tratamiento sucedió dicha deserción, y se trabajó la mayor parte del tiempo con 7 miembros, cinco hombres ("A, B, C, E y J") y con dos mujeres ("D y F") número que fué óptimo, aun cuando existía una desproporción entre los sexos. Al final se terminó con 6 miembros, al desertar "B".

#### 4.2 Equipo Terapéutico

El equipo técnico estuvo formado en un principio por un terapeuta y un cooterapeuta.

Durante los primeros dos meses mi papel fué de cooterapeuta, habiendo llevado el de terapeuta una de las dos personas que fué mi maestro en ésta práctica clínica, en donde mi rol fué menos activo en cuanto a interacción individual, abocándome primordialmente a focalizar lo que iba ocurriendo en el proceso del grupo, por lo que mis



observaciones estaban relacionadas con el mismo. Los siguientes dos meses se invirtieron progresivamente los roles bajo acuerdo, o sea yo como terapeuta y mi maestro como cooterapeuta, en donde mi papel de interacción individual fue progresivamente más activo.

La duración del equipo terapéutico fue de 4 meses aproximadamente, debido a que el maestro tuvo que abandonar progresivamente el grupo para irse integrando a otro.

La mayor parte del tiempo de trabajo se realizaron Post-Sesiones hasta de una hora, integradas por ambos y mi supervisor clínico, quien fue la persona que había enviado a la mayor parte de los miembros al grupo, y había o continuaba fungiendo como terapeuta individual en algunos de ellos, como un apoyo durante la involucración progresiva de los mismos al grupo. Las Post-Sesiones se centraron básicamente en un intercambio de ideas y observaciones acerca de los sucesos más relevantes ocurridos, en los pacientes, en nosotros y en el proceso del grupo, haciéndose sugerencias para una mayor congruencia terapéutica en lo sucesivo.

## C A P I T U L O   I V

### C A R A C T E R I S T I C A S   D E   L O S   P A C I E N T E S

#### 1. PACIENTE "A"

##### 1.1 FICHA DE IDENTIFICACION:

Masculino de 20 años de edad; terminó la preparatoria hace 2 años aproximadamente; en la actualidad se encuentra en orientación vocacional; trabaja codificando datos; y proviene de un nivel socio-cultural bajo.

##### 1.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

Problemas emocionales, y de relación interpersonal especialmente con el sexo femenino. Ha disminuído notablemente su rendimiento general; se siente culpable de cualquier cosa que sale mal en su trabajo; sufre anorexia. Todo lo anterior se inició desde que cursaba la preparatoria. Se queja que nunca ha tenido novia, y menos relaciones sexuales genitales.

##### 1.3 ANTECEDENTES:

- a) Padre que abandonó la casa hace 5 años. por solicitud de la madre, dejando de ayudar económicamente a la familia desde hace 2 ó 3 años. Considera que su padre siempre fué la "oveja negra" de la familia, por ser muy inquieto y quejarse de aburrimiento en el hogar.

Mantuvieron poca comunicación y en ocasiones golpeaba al paciente.

- b) Madre dedicada a la labores del hogar. La considera comprensiva y "buena madre", aunque han mantenido hasta la fecha poca comunicación.

Habla poco de ella, y se queja que cuando salen juntos se angustia y le dan palpitaciones.

- c) Ocupa el cuarto lugar de cinco hermanos:

-femenino (F1) de 27 años de edad que trabaja como secretaria. La considera muy grosera y que goza de libertades que no tienen los demás. Las relaciones con el paciente son distantes.

-masculino (M1) de 24 años de edad, soltero, y empleado. Mantiene buenas relaciones.

-femenino (F2) de 23 años de edad, estudiante de administración turística, además de trabajar como empleada. Mantiene buenas relaciones.

-Paciente (M2):

-femenino (F3) de 17 años de edad, estudiante. Las relaciones con el paciente son buenas, pero no como con M1 y F2.

#### 1.4 DIAGNOSTICO:

Inteligencia superior al termino medio. Como principales rasgos caractereológicos presenta aislacionismo, rasgos obsesivos y suspicaces. Utiliza principalmente los siguientes mecanismos defensivos: racionalización, inte-

lectualización, negación, proyección y huida a la fantasía.

Al parecer su conflicto principal es la falta de reafirmación en su identidad. Los estudios psicológicos detectaron un perfil esquizoide con depresión ansiosa.

#### 1.5 Observaciones:

Inició primera entrevistas individuales a principios de Noviembre, siendo canalizado inmediatamente a Psicoterapia de grupo que llevó por dos meses en forma combinada con individual.

## 2. PACIENTE "B"

### 2.1 FICHA DE IDENTIFICACION:

Masculino de 24 años de edad; estudiante de arquitectura del sexto semestre; en la actualidad trabaja como dibujante en un despacho de un arquitecto, después de haber dejado el trabajo de dibujante en una inmobiliaria, con los fines de mejorar su remuneración económica, estar más a gusto por relacionarse con su profesión y existir más variedad de tareas. Proviene de un nivel socio-económico medio alto.

### 2.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

Manifestó dificultad para respirar, como una sensación de "masmarse".

También dijo que sus conflictos giran alrededor de la homosexualidad, que en ocasiones acepta y otras veces no. Lo que lo motivó principalmente a solicitar ayuda, es la esperanza de cambiar su homosexualidad por

heterosexualidad; por no considerarla como algo natural, sino el resultado de " una fijación en el proceso de maduración", y le impediría tener hijos. También espera que en caso de no poder lograr el objetivo anterior, tratar de aceptar su homosexualidad sin que le cause sentimientos de culpa.

Manifestó que encuentra más satisfacción en las relaciones homosexuales que en las heterosexuales, debido a que no puede gozar la relación genital con la mujer por el miedo al ridículo de la impotencia, y que nunca aceptaría.

### 2.3 ANTECEDENTES:

- a) El padre en un principio fué empleado de correos y ascendió paulatinamente hasta lograr un equilibrio económico y comodidad material. Desde hace varios años se jubiló. Considera que siempre fué una buena persona pero muy débil de carácter. Recuerda haber sido reprendido por él una sola vez en su vida.
- b) La madre es de otro Estado y siempre se ha dedicado a las labores del hogar a pesar de haber estudiado comercio. El paciente la considera muy impulsiva, rígida, convencional y prohibitiva con todos, rasgos que mejoraron con el tiempo a criterio de "B". Siempre se hizo lo que ella consideró, es fuerte,

y lleva el papel de la principal autoridad en la familia. Siempre veló por el bienestar de todos.

c) El paciente ocupa el tercer lugar de 4 hermanos:

-M1: masculino de 28 años de edad, soltero; con maestría en Medicina, siempre tuvieron problemas. Recuerda "B" juegos infantiles sexuales con él.

-F1: femenino de 25 años de edad, casada, en la actualidad trabaja.

-M2: El paciente

-F2: femenino de 15 años de edad. Considera "B" que después de él, fue la más consentida de la familia.

Refirió el paciente que con todos lleva relaciones a nivel superficial, salvo con F2, con quien las relaciones son estrechas.

Sospecha que se hayan dado cuenta de sus inclinaciones homosexuales, cosa que no puede afirmar.

d) Paciente: en la actualidad vive con su familia.

Sin tener necesidad trabajó como agente de ventas y maestro de secundaria, motivado por el deseo de hacer algo útil. Refirió que siempre tuvo buen rendimiento escolar y restringida su libertad, hasta mediados de la preparatoria, a los 17 años inició su vida homosexual, en la Universidad, al enamorarse de un compañero al grado de considerar la relación como "impulsora de su vida"

Ya en profesional tiene un conflicto con un maestro y comienza a rezagar materias a partir del segundo semestre, y pierde 2 años. Andan juntos durante 1 año y medio y rompen después de una relación genital. Desde hace año y medio mantiene relaciones homosexuales genitales con diferentes personas, por lo menos 1 a 2 veces cada 15 días. En cinco ocasiones tuvo relaciones heterosexuales genitales hasta el orgasmo con prostitutas, y en una ocasión con una novia sin lograrlo, lo cual le generó sentimientos de vergüenza y culpa. Refirió haber tenido otras novias, en donde sus relaciones fueron en general satisfactorias, pero no genitales ni muy profundas. Las novias fueron muy guapas de buen cuerpo y simpáticas" para que le representaran algún atractivo. Se considera una persona sociable, amigüero y comunicativo, pero en niveles superficiales.

#### 2.4 DIAGNOSTICO: -

Inteligencia superior al término medio y sin daño orgánico cerebral.

Sus principales rasgos caractereológicos consisten en ser muy simpático, comunicativo en niveles superficiales, pero con dificultad para establecer relaciones estrechas por temor a que se evidencie su

homosexualidad e impotencia con las mujeres. Otros rasgos son de fácil irritabilidad, impulsivo, hostil, irónico, suspicaz, manipulador, con tendencia a exagerar las cosas, con actitudes feminoides, y lucha intensa por el poder.

Los principales mecanismos de defensa del yo son de intelectualización, racionalización, proyección, huida a la fantasía, sobrecompensación y conversión. Con lo anterior se resaltan sus rasgos histrionicos y narcisistas en el carácter y con tendencias pasivo-agresivas. Su conflicto principal es de identidad psicosexual.

### 2.5 Observaciones:

El paciente estuvo acudiendo a psicoterapia individual desde mediados de 1981 hasta Febrero de 1982; a la cual retornó hasta Noviembre del mismo año e inició psicoterapia en este grupo. Se observó en el diagnóstico, gran sensación de minusvalía para conducirse en los grupos.

## 3. PACIENTE "C"

### 3.1 FICHA DE IDENTIFICACION:

Masculino de 18 años de edad, estudiante del C.C.H., actualmente trabaja lavando automóviles con la finalidad de ayudar económicamente a su familia; es soltero; proviene de un nivel sociocultural medio bajo.



### 3.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION;

Desde hace año y medio comenzó a presentar gran susceptibilidad, deprimirse y entristecerse por todo y que se acompañaban de sentimientos autodevaluatorios y manifestaciones psicósomáticas consistentes en cefaléa, mareo, mialgia y sueño, que no se explicaba por algún problema de tipo orgánico. Toda la sintomatología anterior se inició cuando tuvo que hacerse cargo de 2 hermanos menores que él, debido a que ambos padres trabajaban. Otro de los síntomas que manifestó tener desde hace muchos años y que se incrementó con la aparición de los otros, fue la dificultad para relacionarse con la gente.

### 3.3 ANTECEDENTES;

- a) El padre tiene 40 años de edad y es cobrador de una empresa. Actualmente está terminando la Secundaria en un sistema abierto. El paciente lo considera un buen padre, rara vez se enoja, pero sí lo hace es muy enérgico y exigente. Cuando eran pequeños les pegaba y llegó a temerle; actualmente únicamente les grita. Refiere "C" que mantienen buenas relaciones, aunque no le agrada que en ocasiones se embriague y le haga cariños como a la hermana.

b) La madre tiene 38 años de edad, y su escolaridad es de tercer año de primaria. Le tiene menos confianza que al padre. Es muy alegre, agradable, platicadora y bromista, sobre todo con la hermana. Generalmente no se enoja pero cuando lo hace es muy explosiva. En la actualidad ya no trabaja.

c) Ocupa el paciente el primer lugar de tres hermanos:

-M1 El paciente

-F1, femenino de 17 años de edad. La considera "C", como una buena hermana, van juntos a fiestas y se comunican estrechamente.

-M2, masculino de 12 años de edad, estudiante. "C" considera que la madre lo ha consentido de sobremanera y es muy desobediente y grosero.

El paciente, refirió deseos de estudiar la carrera de bibliotecario además de interesarle el fútbol a nivel profesional. Rompió su último noviazgo debido a que los padres no lo aceptaron. Considera que tanto con esta novia como con otra que tuvo anteriormente las relaciones fueron a nivel muy superficial. Nunca ha tenido relaciones a un nivel genital, debido a que "no he tenido necesidad". Su vida social siempre ha sido baja, y en la actualidad desea unir a la familia.

### 3.4 DIAGNOSTICO:

Los estudios psicológicos detectaron una inteligencia superior al término medio sin embargo su funcionamiento general impresionó como término medio. No se detectó daño orgánico cerebral. Sus principales rasgos caracterológicos fueron: tendencia a exagerar, a aislarse y comprometerse poco. Es irritable, ansioso, depresivo, inseguro, extremadamente amable y detallista. Presenta rasgos obsesivos como meticulosidad y rigidez. También se manifestó impulsivo y competitivo.

Los principales mecanismos que utiliza son: intelectualización, racionalización, negación, huida a la fantasía, sobre-compensación, conversión y regresión, con una fijación incestuosa a la madre importante, que le impide desarrollarse con más libertad y creatividad.

### 3.5 Observaciones:

El paciente tuvo de diez a once sesiones de psicoterapia breve individual a mediados de 1982, la cual abandonó. Posteriormente retornó y fue incluido en la Psicoterapia de Grupo actual, por visualizarse posibilidades de cambios sustanciales en su estado emocional, independencia y sociabilidad.

#### 4. PACIENTE "D"

##### 4.1 FICHA DE IDENTIFICACION:

Femenino de 21 años de edad, estudiante del cuarto semestre de arquitectura; actualmente realiza trabajos aislados relacionados con su carrera; es soltera; y proviene de un nivel socio-cultural medio bajo.

##### 4.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

Manifestó no estar a gusto con la carrera que escogió, así como tener problemas familiares importantes. Consideró que su problema era de gravedad, debido a que nunca ha podido tener amigas, pero sí muchos amigos. Siente que se enamora de todos, los deja inmediatamente y los engaña diciéndoles que no ha tenido novio desde hace varios años.

##### 4.3 ANTECEDENTES:

- a) No conoció al padre, tanto el hermano como la paciente son hijos naturales. Considera que su problema es debido a esto. Un tío materno ha fungido ese rol y han mantenido buena comunicación y afecto.
- b) La madre es de baja cultura, siempre fue muy agresiva con "D" y la golpeaba sin motivo, por lo que siempre le tuvo mucho temor. La paciente estuvo

regida por la abuela materna, quemurió hace 14 años, la quizo mucho por sus buenos tratos. Existió muy poca comunicación entre la madre y la abuela, y entre aquella y la paciente.

c) Unicamente tuvo un hermano mucho menor que "D", que padece deficiencia mental consecutiva a forceps. La madre tuvo grandes distinciones en el trato entre ellos, debido al problema del hermano.

d) La paciente, refiere que aproximadamente a los 8 años de edad tuvo una relación sexual con un primo mucho mayor que ella, al parecer con penetración, lo cual le generó gran culpa. Mantuvo un noviazgo durante 5 años con una persona a quien quizo mucho, se embarazó y provocó el aborto a los 2 meses de gestación, a principios de 1981. Refiere "D" que las relaciones sexuales que mantuvieron no fueron satisfactorias para ella y piensa que nunca la quizo. Durante toda su vida tuvo gran temor a establecer relaciones profundas; especialmente después de terminar con el novio.

#### 4.4. DIAGNOSTICO:

Inteligencia superior al término medio, sin daño orgánico cerebral.

Sus principales rasgos caractereológicos son: irritabilidad, sumisión, impulsividad, distimia, de poca perseverancia en la mayor parte de cosas que hace. También posee una tendencia a manipular y a ser teatral, irónica, suspicaz y ansiosa. Los principales mecanismos defensivos que utiliza son de: racionalización, proyección, negación, huida a la fantasía y conversión. El conflicto central de la paciente es de identidad.

#### 4.5 Observaciones:

Desde Junio de 1982 llevó psicoterapia individual y fué canalizada a psicoterapia grupal en Octubre del mismo año, en un grupo mixto, habiendo dejado un tiempo después el primer tipo de tratamiento en acuerdo con el terapeuta.

### 5. PACIENTE "E"

#### 5.1 FICHA DE IDENTIFICACION:

Masculino de 26 años de edad; estudiante del cuarto año de psicología en la UNAM; no trabaja; es soltero; proviene de un nivel socio-cultural medio alto.

#### 5.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

Después de fallecer su padre en 1979, aparece en el paciente insomnio; irritabilidad, aislacionismo, apatía, y baja en el rendimiento escolar. Síntomas que se re-

crudecen en su segunda solicitud.

### 5.3 ANTECEDENTES:

- a) El padre mantuvo relaciones adecuadas con el paciente, sin embargo siempre fué una persona rígida, autoritaria y distante con la familia, aunque responsable en el mantenimiento económico del hogar.
- b) Considera "E" que su madre fué buena, abnegada, sumisa, muy pasiva, y dedicada al hogar. Las relaciones con el paciente fueron difíciles por diferencias en los puntos de vista, sin embargo se comunicaban a un nivel superficial.
- c) Ocupa el paciente el último lugar de 5 hermanos, en donde existieron grandes diferencias en la edades:
  - F1, femenino de 52 años de edad; soltera; maestra normalista.
  - F2, femenino de 47 años de edad; casada; con hijos; química.
  - M1, masculino de 46 años de edad; casado; con hijos; médico.
  - F3, femenino de 27 años de edad; casada; psicóloga y es con la que mejor se comunica "E".
  - Paciente; refiere que siempre tuvo "problemas personales" que solucionaba por sí sólo, hasta la apari-

ción de la sintomatología descrita, se considera poco sociable, especialmente para relacionarse con las mujeres, con quienes se siente muy inseguro. Tuvo una novia, con quien terminó por diferencias en sus ideas.

#### 5.4 DIAGNOSTICO:

Inteligencia superior al término medio; sin daño orgánico cerebral.

Sus principales rasgos caractereológicos son de irritabilidad; ansiedad, depresión, impulsividad. Posee tendencia al aislamiento y a conservar distancia y exigencia a los demás. Es poco expresivo, irónico e hipercritico hacia sí mismo y hacia los demás. Se manifiesta hostil, inseguro, poco comunicativo, suspicaz, meticuloso y con dificultad para establecer relaciones profundas. Es muy observador e hipersensible.

Como principales mecanismos defensivos utiliza; la intelectualización, la racionalización; la negación; la proyección y la identificación proyectiva.

El conflicto central del paciente gira alrededor de su falta de identidad psicosexual, con la autoridad y posee un narcisismo acentuado.

#### 5.5 Observaciones:

El paciente estuvo en psicoterapia de grupo aproximadamente 11 meses, la cual dejó por mejoría. Retornó en



Noviembre de 1982 y fue canalizado a psicoterapia de grupo.

## 6. PACIENTE "F"

### 6.1 FICHA DE IDENTIFICACION:

Femenino de 35 años de edad; con licenciatura en Derecho; en la actualidad trabaja en este campo; está separada; es extranjera sudamericana; proviene de un nivel socio-cultural medio alto.

### 6.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

Refirió no saber exáctamente los motivos que la orillaron a solicitar ayuda, sin embargo sintió que hay muchos aspectos poco claros en su personalidad que han estado influyendo negativamente en su vida, por lo que pensó que con ayuda especializada podría llevar una vida más satisfactoria. Solicitó ayuda a pesar de dudar que un psiquiatra se la podría proporcionar. Refiere como principales síntomas, timidez e inseguridad.

### 6.3 ANTECEDENTES:

- a) La madre tiene 72 años de edad y es considerada por "F" muy maternal y comprensiva, pero no como el padre. Le molesta de ella su gran tendencia a sobreprotegerla. Manifestó no guardar recuerdos de ella, durante sus primeros años de infancia, pero sí de la

abuela paterna, que fué muy cariñosa, y murió cuando "F", tenía 7 años de edad.

- b) Cuando la paciente tenía 5 años de edad el padre se separó de la madre por dificultades que nunca entendió. Se frecuentó "F" con él pocas veces, y a la edad de 13 años se enteró que se ligó con otra mujer. A pesar de que se veían poco, siente "F" una mayor comunicación e identificación con él que con su madre. Estando en México y en psicoterapia individual, se enteró en Marzo de 1982 que su padre sufría cancer metastásico y fallecería en breve tiempo. A pesar de sus intentos para verlo no lo logró, y hasta 3 meses después habló telefónicamente con él, manifestándose comprensivo hacia ella por su situación de separación. 2 meses después falleció, lo cual tomó con fortaleza a pesar del dolor que significaba tal pérdida.
- c) Tiene un hermano mayor. Habla poco de él.
- d) Paciente: al separarse sus padres, se fueron a vivir a otro sitio lejos de la capital, lo cual resintió debido al alejamiento del padre, de la abuela y de la escuela. Lo anterior le generó una sensación de infelicidad y añoranza.

"F" se interesó siempre por el Derecho Penal, por el cine y la pintura.

Por problemas sociales en su país se trasladó a México, vivió un tiempo con su conyuge mucho mayor que ella, hasta que por desavenencias se separaron.

Desde la muerte de su padre se le ha intensificado el deseo de un hijo, aún cuando fuera natural.

#### 6.4 DIAGNOSTICO:

Inteligencia superior al término medio, sin problema orgánico cerebral.

Sus principales rasgos caractereológicos son: aparente tranquilidad, suspicacia, depresión y sociabilidad, establece con facilidad relaciones profundas con los demás, pero tiene dificultades para hacerlo con el sexo masculino de edad madura. Se manifiesta comunicativa altruista, con tendencia a exagerar y a dominar algunas situaciones. Se observan tendencias a manipular y a la competitividad, pero posee suficiente flexibilidad, imaginación, productividad, creatividad y responsabilidad.

Los principales mecanismos defensivos que utiliza son : la intelectualización, la racionalización, la proyección, la negación, la sobrecompensación y la identificación proyectiva.

### 6.5 Observaciones:

La paciente inició psicoterapia individual a mediados de 1982, y comenzó en forma combinada psicoterapia en este grupo en Noviembre del mismo año. Aproximadamente 4 meses después permaneció únicamente en éste último sistema hasta su terminación.

## 7. PACIENTE "G";

### 7.1 FICHA DE IDENTIFICACION:

Masculino de 23 años de edad; soltero; hace dos años terminó el bachillerato; en la actualidad trabaja en un banco; proviene de un nivel socio-cultural medio-bajo.

### 7.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

Desde que terminó el bachillerato y después de que fue rechazada su familia por un tío político, presenta crisis de angustia con palpitaciones. Sin embargo desde hace varios años tiene sentimientos de autodevaluación, de vergüenza, y sensación de que los compañeros de trabajo lo rechazan "como si no les importara". Desde entonces se embriaga semanalmente y utiliza ocasionalmente marihuana.

### 7.3 ANTECEDENTES:

a) Padres; él es alcohólico y "G" lo considera un mal

padre. Nunca se han llevado bien, y maltrata a su madre. En ocasiones han llegado a los golpes. Su madre se dedica a las labores del hogar.

- b) Ocupa el cuarto lugar de 15 hermanos. En la actualidad sobreviven 14. Considera que las relaciones entre ellos nunca fueron buenas ya que siempre lo humillaban por "sus dientes mal hechos"
- c) Paciente; siempre fué muy tímido y de pocos amigos. Se salió de su casa hace varios años para huir de los malos tratos que su padre tenía hacia su madre, además de acercarse a la escuela a la que asistía. En la actualidad vive con una tía soltera. Manifestó gran dificultad para relacionarse con la gente, especialmente con el sexo femenino. Siempre sobresalió en el fútbol.

#### 7.4 DIAGNOSTICO:

Inteligencia término medio; y sin aparente daño orgánico cerebral.

Sus principales rasgos caractereológicos son de timidez, depresión, ansiedad; irritabilidad; impulsividad; aislamiento, y de poca comunicación, e hipercrítico hacia sí mismo y hacia los demás. Es suspicaz, desconfiado, detallista y rígido. Posee tendencias a exagerar su situación y a manipular.

Los principales mecanismos defensivos que utiliza son: la intelectualización, la racionalización, la proyección, la negación, la huida a la fantasía y la conversión. El conflicto central del paciente es su identidad, alcoholismo y farmacodependencia.

#### 7.5 Observaciones:

Desde que acudió fué canalizado a psicoterapia en éste grupo, proporcionandosele en forma simultánea tratamiento psicofarmacológico para la depresión.

### 8. PACIENTE "H"

#### 8.1 FICHA DE IDENTIFICACION:

Femenino de 25 años de edad; vivió en concubinato durante dos años y medio y se separó hace aproximadamente un año y medio; actualmente cursa el décimo semestre de medicina; proviene de un nivel socio-cultural medio-alto.

#### 8.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

Refiere tener sentimientos de culpa y remordimiento por la vida que ha estado llevando.

#### 8.3 ANTECEDENTES:

- a) Padre: lo considera la paciente, muy inteligente y bien parecido. Lo admira de sobremanera.
- b) Madre: refiere que siempre fué muy ansiosa, la comu-

nicación y relación entre ellas nunca fue buena, debido a que ésta la evadía, según la observación de un médico.

- c) hermanos: Es hija única.
- d) paciente: manifestó que siempre ha tenido conflictos que no puede resolver sin ayuda especializada, entre ellos el temor a establecer relaciones profundas y duraderas con la gente. Hace 4 y medio años tuvo un hijo. Debido a que su pareja comenzó a frecuentar a otra mujer, se separaron en común acuerdo por solicitud de "H". Refiere que sufrió mucho la separación, nunca lo volvió a ver, pero actualmente lo desea. Anteriormente estuvo con otro médico.

#### 8.4 DIAGNOSTICO:

Inteligencia término medio, sin daño orgánico cerebral.

Sus principales rasgos caractereológicos son de impulsividad, irritabilidad, fácilmente explosiva, extrovertida, suspicaz, desconfiada, manipuladora y teatral. Pasiva, exigente, sociable en forma superficial, hiper-crítica hacia los demás y hacia sí misma; celosa, envidiosa y hostil.

Los principales mecanismos defensivos que utiliza son: la racionalización; la proyección; la negación; la huida a la fantasía y la regresión.

Su conflicto primordial es de identidad psicosexual, con importante fijación incestuosa al padre. Además sus rasgos histriónicos y narcisistas en el carácter, y en la aceptación de la autoridad.

#### 8.5 Observaciones:

La paciente fué canalizada inmediatamente a psicoterapia a éste grupo.

### 9. PACIENTE "I"

#### 9.1 FICHA DE IDENTIFICACION:

Femenino de 21 años de edad; soltera; cursa el quinto semestre de medicina; proviene de un nivel socio-cultural medio bajo.

#### 9.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

Se refiere "I" que al comenzar a frecuentar los hospitales para sus prácticas, dejó de atraerle su carrera. El mismo problema le sucedió a su novio. Refiere que le molesta que se hable de enfermedades.

#### 9.3 ANTECEDENTES:

- a) Padre: murió (probablemente por TB) cuando la paciente tenía 12 años.
- b) Madre: siempre la consideró buena y preocupada por la paciente. Sin embargo se relacionaron poco debido a que trabajaba como costurera. Se crió prácticamen-



te con una tía y dos tíos de ésta. Siempre fué muy cariñosa y "regañona". Hacían un grupo con características de gran meticulosidad, rigidez y orden. Después de la muerte del padre, la madre nunca se volvió a juntar con nadie.

c) Hermanos: Se considera hija única, conoció a su hermanastro en la secundaria, y nunca tuvieron mayor relación.

d) Paciente: Siempre la cuidaron en exceso, y la obligaron a ser muy ordenada.

Después de dos años y medio de noviazgo, aproximadamente, se separaron por dos años, lo cual le hizo sufrir, regresaron y desde hace año y medio mantienen relaciones sexuales genitales que considera satisfactorias, pues siente que él la protege. Desean casarse sin abandonar la carrera. Su vida social siempre fué pobre.

#### 9.4 DIAGNOSTICO:

Inteligencia término medio, sin problema orgánico cerebral.

Sus principales rasgos caractereológicos son de tipo fóbico, impulsividad, ansiedad, depresión e inseguridad. Con una tendencia a la autocrítica y a la autodevaluación, perfeccionismo, meticulosidad e introversión.

Los principales mecanismos defensivos que utiliza son; la racionalización, la negación, la conversión, la huida a la fantasía y la represión.

El conflicto principal de la paciente es en su identidad, y de gran dependencia hacia la tía.

#### 9.5 Observaciones:

La paciente inició inmediatamente psicoterapia de grupo.

### 10. PACIENTE "J"

#### 10.1 FICHA DE IDENTIFICACION:

Masculino de 25 años de edad; soltero; estudiante del quinto semestre de Derecho; está por iniciar un trabajo en un despacho de abogados; proviene de un nivel socio-cultural bajo.

#### 10.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

Lentitud para pensar, dificultades para concentrarse y para relacionarse con la gente, especialmente con las mujeres. A quienes les hace groserías en lugares públicos y que no puede controlar. Se queja de ansiedad, crisis de angustia con palpitaciones, depresión y aislamiento.

#### 10.3 ANTECEDENTES:

- a) Padre: alcoholico y hostil para con el paciente.  
Siempre tuvo malos tratos con la familia.

- b) Madre: dedicada a las labores de la casa, tuvo mejores relaciones con el paciente, pero con muy poca comunicación verbal. La considera muy buena y comprensiva.
- c) Hermano: mayor que el paciente; soltero; trabaja como empleado. Mantuvieron poca comunicación.
- d) Paciente: refiere que siempre se le dificultó mucho el estudio, y que con grandes esfuerzos ha logrado alcanzar el nivel actual. Siempre ha deseado tener una novia, pero siente que todas las mujeres lo rechazan. Nunca ha tenido una relación heterosexual; y en dos ocasiones ha tenido relaciones homosexuales con un amigo, que le han generado sentimientos de vergüenza y culpa.

#### 10.4 DIAGNOSTICO:

Inteligencia limitrofe, sin aparente problema orgánico cerebral.

Sus principales rasgos caractereológicos son de impulsividad, irritabilidad, hostilidad, ansiedad, gran tendencia a autodevaluación. Es distímico, bradipsíquico, incongruente, y de fácil disgregación, además manipulador, con tendencia al pensamiento concreto, meticoloso y extremadamente suspicaz. Se observan trastornos importantes en el juicio de realidad e ideas delirantes de

referencia.

La sintomatología psicótica aparece en situaciones que le generan angustia o ansiedad extrema, que suele mejorar posteriormente en forma espontánea. Existe en el paciente una gran lucha por mantener el equilibrio psíquico realista.

#### 10.5 Observaciones:

Parece tratarse de un paciente borderline de la personalidad.

Entró al grupo 3 meses después de haberse iniciado.

### 11. PACIENTE "K"

#### 11.1 FICHA DE IDENTIFICACION:

masculino de 26 años de edad; actualmente está por terminar su residencia rotatoria y ha sido aceptado para llevar el curso de Psiquiatría en la S.S.A.; soltero; proviene de un nivel socio-cultural medio alto.

#### 11.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

Refirió sufrir frecuentes estados depresivos, así como dificultad para relacionarse con la gente, especialmente con el sexo femenino. Se queja de inseguridad y torpeza. Añadió que una de las razones que más influyeron fué su deseo de recibir un tratamiento debido a la especialidad que escogió.

### 11.3 ANTECEDENTES:

- a) Padre: mantienen buena comunicación, lo considera responsable en la casa aunque le falta carácter.
- b) Madre: es alegre, pero se irrita y tiende a dominar a la familia. La comunicación con el paciente es mucho mejor que con el padre.
- c) Paciente: siempre ha sido inseguro con una tendencia perfeccionista y detallista en todo lo que hace, especialmente en el estudio. Anteriormente tuvo una novia durante dos años, también estudiante de medicina, tuvieron juegos sexuales; y terminaron debido a que no se entendían bien. Refirió que en el pasado tuvo en varias ocasiones relaciones sexuales con prostitutas, manifestando inseguridad en las primeras ocasiones. Siempre tuvo una inclinación por los aspectos psicológicos, en especial últimamente que se encuentra muy motivado para iniciar Psiquiatría.

### 11.4 DIAGNOSTICO:

Inteligencia superior al término medio, y sin daño orgánico cerebral.

Sus principales rasgos caractereológicos son de frecuentes tendencias depresivas, acompañadas de ideas culpógenas y autodevaluatorias. Se manifiesta -

irritable e impulsivo. Presenta importantes rasgos obsesivos como son de rigidez y tendencias perfeccionistas. Es comunicativo en niveles superficiales y se compromete poco en sus relaciones interpersonales.

Los principales mecanismos defensivos que utiliza son: la racionalización, la intelectualización, la proyección, la negación, la huida a la fantasía y la sobrecompensación.

El conflicto central del paciente gira alrededor de una falta de reafirmación en su identidad; así como de un narcisismo marcado.

#### 11.5 Observaciones:

Fue canalizado a psicoterapia de grupo inmediatamente. Su motivación es de baja confianza, ya que presenta cierta actitud de superioridad y de poco convencimiento para que se le pueda ayudar en grupo.

### 12. PACIENTE "L"

#### 12.1 FICHA DE IDENTIFICACIONES:

Femenino de 27 años de edad; con escolaridad de preparatoria y comercio; tiene un hijo de 9 años aproximadamente; es casada desde hace 10 años; proviene de un nivel socio-cultural bajo.

#### 12.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

Refirió sufrir frecuentes crisis depresivas con temor a tener una enfermedad incurable tipo "cáncer", ya que

en ocasiones presenta mareo, se le nubla la vista y le comienza cefalea intensa, que le desaparecen súbitamente.

#### 12.3 ANTECEDENTES:

- a) Padre alcoholico, que siempre fué irresponsable y agresivo con la familia. No se llevan bien y la comunicación es mala.
- b) Madre: dedicada a las labores del hogar, de baja cultura, la considera "L" muy amable con ella, mantienen buena comunicación, y siempre ha tendido a sobreprotegerla.
- c) Paciente: refiere que siempre fué impulsiva e irritable, con una tendencia a preocuparse de sobremana por su salud física, por haber sido enfermiza. Se casó y fueron teniendo cada vez más problemas ya que él sufre de alcoholismo. Cree que todo lo que le sucede es castigo de Dios, debido a algo que haya hecho y que desconoce.

#### 12.4 DIAGNOSTICO:

Inteligencia limítrofe; y con daño orgánico cerebral difuso.

Como principales rasgos caractereológicos presenta una tendencia a manipular y a exagerar las cosas.

Tiene una preocupación poco realista acerca de su salud física, con temor a sufrir "Cáncer". Es irritable e insegura, detallista y rígida.

Los principales mecanismos defensivos que utiliza son la racionalización, la proyección; la negación, la conversión y la regresión. Con importante fijación incestuosa a la madre

#### 12.4 Observaciones:

Fue canalizada a psicoterapia de grupo inmediatamente, aun cuando por sus limitaciones se pensó en la posibilidad de una deserción. Se le está tratando además con psicofármacos.



C A P I T U L O V

P L A N T E A M I E N T O D E L O S O B J E T I V O S

Es importante señalar que los objetivos que se pretendieron lograr en el grupo, fueron en función de mejorar el cuadro clínico que presentaban los pacientes, en donde incluimos los principales conflictos emocionales que presentaban. Lo anterior con la finalidad de que llevaran una vida más satisfactoria:

1. Mejorar la intensidad de los estados depresivos, así como la frecuencia de su presentación.
2. Mejorar las capacidades para relacionarse y comunicarse interpersonalmente los miembros, a través de una experiencia psicoterapéutica de grupo, y distinta a la que vivieron anteriormente.
3. Reafirmar la seguridad, el valor y la confianza en sí mismos.
4. Fomentar la espontaneidad y la conducción independiente en el grupo y en sus vidas.
5. Lograr que ante la angustia los pacientes utilicen mecanismos más sanos y maduros, en la resolución de sus conflictos. Lo anterior especialmente en los pacientes que presentaban frecuentes alteraciones psicósomáticas; y en uno de los miembros del grupo intentar que soporte niveles

de angustia mayores sin caer en estados delirantes y conductas inapropiadas.

6. Lograr que tengan un mejor contacto con la realidad, a través de una cultura grupal terapéutica. (Homogeneidad Grupal).
7. Darles a los pacientes la oportunidad de tener una experiencia racional y compartida con la autoridad.
8. Responsabilizar a los pacientes de que en lo futuro vigilen mejor su propia salud mental.

CAPITULO VI  
DESARROLLO DEL GRUPO

Con la finalidad de ubicar el desarrollo del grupo nos basaremos en las Seis Fases que describe Elemore A. Martin Jr. y William Fawcett Hill acerca de su teoría sobre el desarrollo de los grupos terapéuticos, y que considero que se dio hasta la Fase V, en éste grupo.

A más de lo anterior haré una relación de las Fases en el tiempo en que fueron ocurriendo: Etapa Inicial; Etapa Intermedia; y Etapa Final.

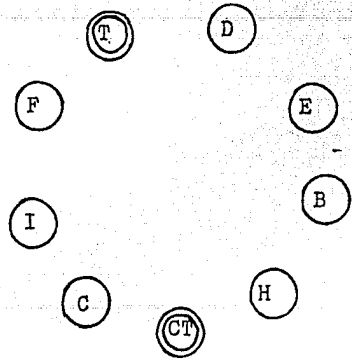
1. ETAPA INICIAL; En ésta etapa incluyó desde la Fase I hasta el término de la Fase III

1.1 FASE I

Desde antes de iniciar las sesiones hubo un acuerdo entre los terapeutas acerca de sus roles.

El terapeuta inició estimulando a los miembros a presen-

tarse; para posteriormente tocar los primordiales aspectos acerca del contrato (tiempo, lugar, etc.); seguidamente



se fueron realizando los principales acuerdos normativos (ver capítulo III inciso 2), entre los cuales resaltó primordialmente la permanencia abierta del grupo. En las primeras sesiones se observó puntualidad, regularidad en las asistencias, un clima de tensión, y una tendencia al aislamiento y a la falta de interacción entre los pacientes, especialmente en "C, D, E, I". El ambiente fue roto por el terapeuta, motivando a los miembros, a fin de que se sintieran con la suficiente confianza y libertad para ir tratando lo que les había motivado a solicitar ayuda en el Departamento, sin que por ellos se sintiesen presionados. Desde entonces se observó una tendencia a comunicarse con mayor fluidez y espontaneidad en "F, B y H", siendo los contenidos en un principio intelectuales.

La ubicación de los miembros dentro del grupo se simboliza en la Figura 1.

#### 1.2 TRANSICION DE LA FASE I A LA FASE II;

La Fase I duró poco tiempo pues los demás miembros fueron incluyéndose progresivamente en una participación activa similar a la de los primeros que lo hicieron, aún cuando siempre existió una tendencia al aislamiento en "I" y en "E".

### 1.3 FASE II

Progresivamente reinó un clima tendiente a socializar las reuniones. Las interacciones fueron incrementándose pero con un carácter netamente intelectual y de poco compromiso afectivo, especialmente en "H".

"B y F" trataban de estimular a los otros miembros a comunicar lo que fuere, a través de la comprensión, aceptación e identificación, como por ejemplo acerca de quién era cada uno, a qué se dedicaba, etc., sin embargo mientras se daba este proceso fueron integrándose al grupo los demás miembros; primero "L", luego "K, G, J", y por último "A". Había una tendencia a retornar a la Fase I, que era fácilmente superada a pesar de las manifestaciones de inconformidad ocurridas en la siguiente transición interfásica. Existió una tendencia a ubicarse los miembros dentro del grupo, como se simboliza en la Fig. 2

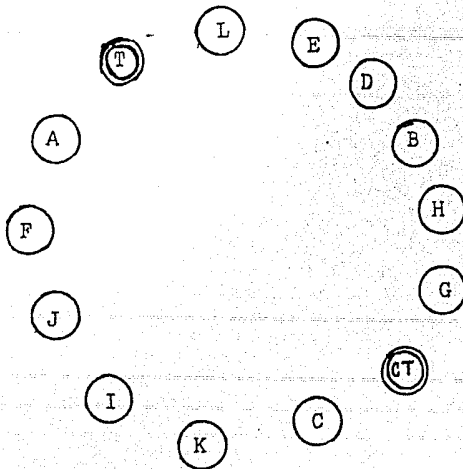


FIGURA 2

#### 1.4 TRANSICION DE LA FASE II A LA FASE III:

Comenzó a observarse en los miembros del grupo cierta incomodidad, enojo y fastidio, hasta que "B" como portavoz, manifestó la molestia de tener que estar repitiendo cada uno de sus problemas cada vez que entraba un nuevo miembro. También refirió su sensación de sentirse ante extraños cuando con un gran esfuerzo comenzaban a sentirse en confianza. Ante lo anterior ocurrió resonancia en los demás miembros, especialmente en "H", y en mucho menor grado en "F", que tuvo una actitud más tolerante. Se llegó a la conclusión de cerrar el grupo a otros miembros; "F" manifestó que no tenía inconveniente en que permaneciera abierto, sin embargo consideraba que era más importante la decisión de la mayoría. La decisión fue aprobada por el terapeuta. Lo anterior le afectó al paciente "A", pues manifestó sentirse rechazado aún cuando no le habían dicho nada a nivel personal, pero era obvio que había sido el último en integrarse al grupo.

#### 1.5 FASE III

Seguidamente ocurrió una mayor cohesión en el grupo, manifestada por un incremento en la interacción. En general el grupo comenzó a interesarse en los problemas de cada uno de los miembros y a la mayor parte se le dedicó en

forma rotativa y espontánea, prácticamente una sesión completa. Primero hablaron un poco de sus vidas "B" y "F", con una actitud tendiente a la identificación con los demás miembros cuando comenzaron a manifestar sus problemas. Cuando lo hizo "J" se le dedicó suficiente tiempo, y se le escuchó con interés, sin embargo desde entonces comenzó a observar el grupo, que tenía un comportamiento simplista, perseverante y con manifestaciones fuera de contexto, como fueron explosiones de risa, de rencor, manipulación, de tendencias al llanto, cuando se trataban aspectos de otros pacientes ó cuando no se le escuchaba. Lo anterior fué manifestado más adelante por algunos miembros.

Sin que se hubiera manifestado un conflicto evidente, "I" dejó de asistir súbitamente después de haber hablado. Refirió su rechazo a los hospitales y sus relaciones satisfactorias con su novio, en donde incluyó las sexuales. Dijo que se sentía comprendida y pensaban casarse en breve tiempo, recomendándole el grupo y especialmente "F", que lo pensara mejor y no se apresurara, ya que podía terminar primero sus estudios.

Más adelante dejó de asistir "L", también en forma repentina, a pesar de que el grupo le demostró simpatía e interés, aún cuando manifestó en forma simplista y exagerada, sobre sus problemas y tendencias religiosas.

Posteriormente "A" contó sus dificultades para comunicarse y manejarse en los grupos, y pensaba que con ayuda de la psicoterapia de grupo podía superar éstos problemas. La mayor parte del grupo demostró un acercamiento y culpa por lo que había sucedido, especialmente en "B".

Durante este tiempo comenzaron a notarse las inasistencias y la falta de puntualidad en algunos miembros, especialmente de "H, K, y G", expresando el grupo su preocupación, especialmente "F y B", quienes hablaron de la importancia de las asistencias y la necesidad de que decidieran si deseaban continuar o no, pero debían tomar una postura definida. Después de lo anterior, a pesar de haberse comprometido "H" dejó de asistir súbitamente, como si temiera involucrarse más en el grupo.

Posteriormente en parte de una sesión, habló "K" de sus dificultades y falta de seguridad para relacionarse con la mujer. También refirió dificultades para salir durante sus guardias y venir a la sesiones, ya que estaba realizando la residencia rotatoria, no tenía asignados días fijos y no encontraba siempre a alguien que lo cubriera.

El grupo se sintió rechazado cuando manifestó que dudaba que se le pudiera ayudar a través de la psicoterapia de grupo, y había estado pensando en llevar un psicoanálisis. "G" habló de sus dificultades para ser puntual y no fallar, habló de sus problemas familiares y de alcoholismo, así como de la distancia de su trabajo, el grupo empatizó



bastante con él, sin embargo fué dejando de asistir progresivamente, hasta que avisó que definitivamente dejaría el grupo por sus problemas de horario y de traslado.

En el curso de la deserciones el maestro tuvo que dejar de asistir progresivamente, debido a sus necesidades de asistir a otro grupo a la misma hora, lo cual el grupo sintió pero aceptó con comprensión.

Durante este tiempo el grupo pasó por una etapa de preocupación por las deserciones de "G, H, I, K y L" y que superó pronto con una creciente cohesividad. Existió unanimidad y sentimientos de rechazo a estos miembros excepto hacia "G" debido a que comprendían su problema. Manifestaron "B y D" que era obvio que no les interesara el tratamiento y que la parte positiva de todo era que podrían trabajar mejor sus problemas, ya que siendo menos habría más tiempo para cada quien.

2. ETAPA INTERMEDIA: Después de la deserción de los 5 miembros inicia una nueva etapa en el grupo durante la transición de la FASE III a la FASE IV, a partir de entonces comenzó una mayor apertura e intimidad entre los miembros, que generó un avance progresivo del grupo. Existió una tendencia de los miembros a ubicarse dentro del grupo como se simboliza en la Fig. 3

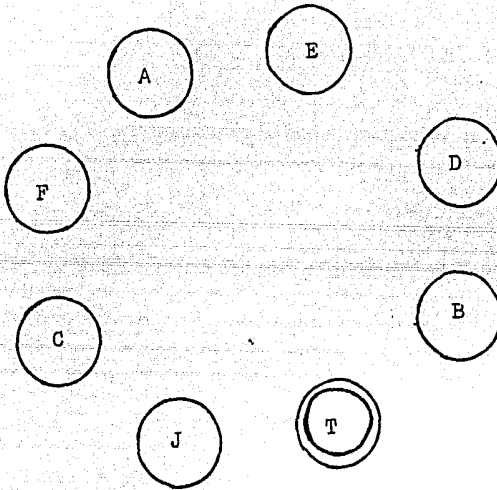


Figura 3

### 2.1 TRANSICION DE LA FASE III A LA FASE IV.

A pesar de que el grupo se manifestó con unanimidad ante las deserciones y haber expresado esperanzas y mayor confianza, llegó un momento en que comenzó a ocurrir cierto aburrimiento de escuchar siempre los mismos problemas como si no se progresara. Lo anterior se rompió con el inicio a mi criterio de la Fase IV, creándose desde entonces un vínculo más estrecho entre los miembros, al manifestar conflictos personales en otro nivel y que generó una interacción más emotiva entre ellos.

## 2.2 FASE IV

Al iniciar "A", se dirige la atención hacia sus aspectos individuales e íntimos refiriendo un conflicto importante con el padre, ya que siempre tuvieron relaciones distantes. Mientras manifestaba los sentimientos que tenía, de que su padre lo rechazaba, aparece un cuadro abreactivo acompañado de llanto, desesperación, irritabilidad, tensión y cólera, expresando su "odio" hacia su padre. El grupo permaneció en silencio, escuchándolo con respeto e interés; el terapeuta se aproxima físicamente y lo motiva a continuar hablando, ocurriendo un progresivo alivio en el paciente, aún cuando expresó vergüenza por no haber sabido controlarse. El grupo lo apoya y le comunica sus sensaciones de verlo más auténtico y humano, que la impresión que había estado dando.

Desde entonces se generó un mayor acercamiento entre los miembros.

Habló de sus problemas de comunicación con su madre y de temor. Refiere que "F" le había despertado sentimientos maternos. "F" lo escuchaba con cariño, lo aconsejaba y lo motivaba hasta abrazarlo con ternura.

Posteriormente el grupo le fue haciendo observaciones acerca de su gran inseguridad y conducta infantil, ya que le veían importantes capacidades para ser más inde-

pendiente en sus relaciones interpersonales, especialmente con la mujer, pues había manifestado su temor para acercarse a una muchacha que se interesaba en él.

En otras sesiones los miembros fueron participando mucho más emotivamente, ya que les había impactado lo que había sucedido con "A", y se sentían más cómodos para hablar de sí mismos. Hablaron de ser menos formales y más espontáneos, sugirieron sentarse en el suelo y en otra ocasión la sesión fué en el jardín. Existió una mayor seguridad y confianza entre los miembros para indagar y expresar los aspectos personales.

Otra sesión se dedicó a "B", aceptándolo más "E". Comienza a hablar de su pasado, de su familia, de su madre como la principal autoridad de la casa y la falta de carácter de su padre. Refirió la necesidad de hacer una vida más independiente y vivir sólo, por lo que necesitaba conseguir otro trabajo. Su participación inició con una tendencia intelectual que fué cambiando por una más emotiva, y comenzó a referir sus conflictos homosexuales. Impresionó sincero, hasta el grado de palidecer, disminuirle la confianza al hablar y entró en suspicacia, sin embargo el grupo lo acepta y lo motiva a hablar más de sus conflictos. Refirió la impotencia que sufrió en una relación genital con una amiga, lo cual le generó dificultad para relacionarse con la mujer en aspectos

íntimos. Posteriormente habló del duelo que tuvo por la separación con un compañero homosexual; sin embargo parecía que iban a volver a relacionarse.

Posteriormente comenzó a hablar "D" reconociendo que lo había hecho muy poco. Dijo que se le hacía difícil contarle al grupo dos problemas muy importantes que había tenido en su vida. Uno de los cuales se relacionaba con su novio, ya que se embarazó y abortó, por lo cual se sentía culpable. El grupo lo ve con naturalidad y la reconforta con respeto, especialmente "F" y "B"; "D" dijo que sentía que su novio nunca la había querido. En otra sesión añadió que lo que le había contado le resultaba penoso pero lo que realmente no había querido tratar era otra cosa. A pesar de que se le señaló que si no lo deseaba podía no hacerlo, dos sesiones más tarde refirió que cuando tenía 8 años de edad, tuvo juegos sexuales con un familiar, pero que describió como una violación. El grupo le hace ver que no tenía por qué sentirse avergonzada ó culpable, pues no tenía ninguna culpa, manifestándole "F" que la virginidad era un problema más que algo de que enorgullecerse. Esto le impactó a "C" y "A" pues nunca habían tenido una relación sexual; sin embargo ambos lo tomaron maduramente.

Poco después refirió "D" que la verdadera razón por la que no se había atrevido a tocar el tema era por la pre-

sencia de "J" que le inspiraba poca confianza. "J" se manifestó con enojo, refiriendo abiertamente que el grupo lo rechazaba.

En otra sesión comenzó a hablar "J" del problema de agresividad y alcoholismo de su padre, así como su dificultad para relacionarse con las mujeres. Refirió que no había querido contar un problema por temor al rechazo del grupo, este consiste en que solía hacerle groserías a las muchachas en el metro, lo cual le impactó a "D". A partir de entonces su actitud comenzó a ser manipuladora y disruptiva, queriendo que siempre se le escuchara; posteriormente permanecía muy tenso, hostil, distímico, hasta tener actitudes delirantes, como fue el hecho de sentarse frontalmente a la pared, con algunos soliloquios, lo anterior le impactó de sobremanera al grupo, sin embargo aceptó que continuara, observandose manifestaciones de comprensión y tolerancia, especialmente de "F" que le aconsejaba a pesar de la ambivalencia que tenía hacia él. A pesar de lo anterior y del rechazo de "E y D" por la decisión del consenso, y por no haberse presentado dicho cuadro otra vez.

"F" habló acerca de su situación actual, especialmente de la muerte del padre; del problema de su separación y el deseo intenso de tener un hijo. También comentó

que su madre tendía a sobreprotegerla, y le disgustaba. En esta etapa se comporta defensiva e intelectual, y que va cediendo poco a poco.

También contó los problemas que vivió en su país y las dificultades para adaptarse a México. La escuchan y la aconsejan primordialmente "A, B, y E".

Bajo concenso se le motiva a hablar a "E" ya que nunca lo había hecho. Lo hace con gran resistencia y dificultad, se comporta hostil y muy sensible a la críticas, especialmente de "B" que le hacía observaciones, como que hablaba poco por inseguridad, únicamente los observaba, como si los mirara "de lejitos". En un principio se comportaba con ironía y manifestaba que no creía que pudieran ayudarlo; sin embargo le hacen observaciones acerca de que muchos habían abandonado el grupo y él continuaba viniendo, comenzando a abrirse más, y manifestar el problema de relación con su padre; el deseo de vivir sólo; y su respeto hacia "F" y al terapeuta.

Por último en forma espontánea habla "C" con gran temor, y fué comportandose con progresiva soltura, mejorando en el curso de las siguientes sesiones su capacidad de comunicación y empatía. Fué aceptado y motivado por todo el grupo para tratar de ser más independiente y solucionar sus problemas familiares y lograr sus deseos de retornar con su novia.

A más de todo lo anterior se observó mucha más interacción emotiva, creándose simultaneamente una tendencia de lucha por el liderazgo entre "B" y "F", siendo apoyado el prime-

ro por "D" y por las actitudes era obvio el conflicto que tenía hacia "F". Se observó apoyo del resto del grupo hacia "F", especialmente de "E". Las siguientes sesiones dijo "B" que tenía dificultades para ser puntual y venir en algunas ocasiones, debido a su cambio de trabajo y horario. Lo anterior tenía al parecer algo de cierto, pero impresionaba más como una actitud manipuladora, debido a lo que venía sucediendo en el grupo. Después de su participación con suspicacia, como si estuviera resentido con los demás miembros, se tornó muy defensivo y sensible a la crítica, especialmente de "E" que le hacía observaciones acerca de sus faltas o por querer imponer la razón. Cuando hablaba "F", tendía a callarse y a interactuar menos que antes. El grupo le hizo observaciones acerca de su conducta y estado, que les aceptaba con reserva. Poco después abandonó definitivamente el grupo.

3. ETAPA FINAL; Se fué delimitando con la transición de la Fase IV a la Fase V, donde hubo una tensión generalizada en el grupo, así como la necesidad de una mayor intervención activa del terapeuta.

En esta etapa ya no se contaba con "B"; y los miembros comienzan a hablar acerca de sus avances y peculiaridades vividas, hasta ir finalizando con una progresiva despedida y terminación de las sesiones, bajo acuerdo.



Existió una tendencia a ubicarse los miembros dentro del grupo como se simboliza en la Fig. 4

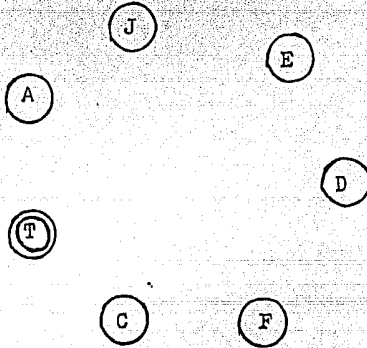


Figura 4

### 3.1 TRANSICION DE LA FASE IV A LA FASE V

A pesar de la aceptación que tenían por "F", comenzaron "D, E y C" a luchar también por el poder en el grupo, generándose un clima de tensión, por lo que el terapeuta orientó las sesiones para que "F" hablara más de si misma y dejara ver algunas fallas en su personalidad, lo cual hizo manifestando su conflicto con "B" y con el terapeuta, que creía haber superado.

### 3.2 FASE V

Se introdujeron ejercicios estructurados para que expresaran los sentimientos que tenían cada uno de los miembros entre sí, específicamente acerca de sus temores y

acercamientos a los miembros del grupo.

Cada uno comenzó a hacer evidentes los conflictos que tenían entre sí: "D" en relación con "J", le despertaba un temor a la violación y sentimientos de rechazo hacia él debido a que le faltaba el respeto a la mujer; y por su conducta inapropiada en el metro; así mismo fue apareciendo un mayor acercamiento hacia "F" de tipo maternal y admiración. "E" manifestaba un mayor acercamiento y aceptación a los miembros del grupo, pues le habían enseñado muchas cosas, como son las relaciones de tipo humano, sobre todo. Refirió que aún cuando no aceptaba de mucho agrado a "J", consideraba que tenía conflictos serios ("J") que debería ir solucionando.

"A" refirió haber aprendido a conducirse mucho mejor en el grupo, especialmente a poder hablar más espontáneamente, y a relacionarse con la mujer, especialmente con "F", además de con el terapeuta.

"C" manifestó abiertamente haber encontrado aceptación, escucha y cariño por parte del grupo, especialmente del terapeuta, de "F" y "D", lo cual le generó una mayor seguridad y confianza en sí mismo para conducirse más espontánea e independientemente, aún cuando aceptaba que le faltaba mucho por recorrer.

"F" manifestó que había aprendido también mucho del grupo, a ver sus fallas y algunas resistencias por las observaciones del terapeuta. Manifestó que "A" y "C" le habían inspirado mucha ternura, y notaba el acercamiento de "D" y "E". Refirió aceptar más a "J" a pesar de sus conflictos serios. "J" refirió que los sentimientos de rechazo del grupo lo habían impactado, especialmente de "D", que no comprendía bien pero le habían enseñado que no debía tener el tipo de conductas acostumbradas.

Finalmente se plantea la posibilidad de un recontrato, sin embargo "F" manifestó que en breve tiempo se iría del país y el terapeuta tenía imposibilidad para continuar por más de un mes.

Se observó en los demás miembros una motivación para continuar durante ese mes, aún cuando existía ambivalencia marcada hacia "J", por lo que se decidió por consenso dar por terminado el grupo, y se les exhortó para que continuaran vigilando su propia salud mental.

## C A P I T U L O   V I I

### T E C N I C A

Las técnicas utilizadas se basaron en los principios siguientes:

1. Permitir que los miembros establecieran por sí mismos el propio proceso del grupo, fomentando su independencia para establecer las normas y realizar los ajustes pertinentes las veces que lo consideraran necesario de acuerdo con los diferentes momentos evolutivos por los que iban pasando. Lo anterior siempre y cuando existiera un concenso.
2. En base al punto anterior, dejar que los miembros resolvieran sus propios problemas de grupo, aún cuando estaban en estados críticos, siempre y cuando demostraran capacidad para solventarlos.
3. Actuar el terapeuta como un facilitador de los procesos individual y de grupo:
  - 3.1 Durante el inicio de la psicoterapia, estimular a los pacientes, motivándolos y dándoles suficiente confianza, libertad y espontaneidad para hablar de sí mismos, de los demás y del grupo con la menor presión, a fin de que las intervenciones fueran en los momentos de necesidad y propia decisión.
  - 3.2 Durante momentos críticos, focalizar el problema individual o de grupo, interviniendo en forma estrictamente necesaria a fin de que el curso no se detuviera.

Las intervenciones fueron, además de las similares al punto anterior (3.1), realizando interpretaciones individuales ó de grupo, desde una óptica de autoridad profesional, a través de un lenguaje no verbal, ó verbal en forma directa ó estratégica acorde con las situaciones. También se utilizaron algunos ejercicios estructurados rotando para hablar de sí mismos o de los demás miembros, expresiones físicas de afecto, etc.,

4. A través de similares intervenciones a las del inciso 3.2, se trató de afectar el proceso, para que se distribuyera el poder y la autoridad en el grupo, en base a las necesidades y posibilidades de los miembros. Lo anterior transmitiéndoles información global generalizada, para que ocurriera un ajuste en la distribución afectiva.
5. Tratar de evitar que el grupo cayera en un sociologismo y se olvidara de los aspectos individuales en el grupo.
6. Mantener la flexibilidad, en donde se incluye, en el contrato hasta marcar la finalización en el momento propicio.
7. A través de todo lo anterior estimular la cohesividad grupal cada vez mayor, pero con susceptibilidad y dis-

Las intervenciones fueron, además de las similares al punto anterior (3.1), realizando interpretaciones individuales ó de grupo, desde una óptica de autoridad profesional, a través de un lenguaje no verbal, ó verbal en forma directa ó estratégica acorde con las situaciones. También se utilizaron algunos ejercicios estructurados rotando para hablar de sí mismos o de los demás miembros, expresiones físicas de afecto, etc.,

4. A través de similares intervenciones a las del inciso 3.2, se trató de afectar el proceso, para que se distribuyera el poder y la autoridad en el grupo, en base a las necesidades y posibilidades de los miembros. Lo anterior transmitiéndoles información global generalizada, para que ocurriera un ajuste en la distribución afectiva.
5. Tratar de evitar que el grupo cayera en un sociologismo y se olvidara de los aspectos individuales en el grupo.
6. Mantener la flexibilidad, en donde se incluye, en el contrato hasta marcar la finalización en el momento propicio.
7. A través de todo lo anterior estimular la cohesividad grupal cada vez mayor, pero con susceptibilidad y dis-

posición al cambio y a reajustar sus mecanismos para mantenerla.

8. Tomar en consideración los aspectos diagnósticos y motivos de consulta de los pacientes.

## C A P I T U L O   V I I I

### E V A L U A C I O N   D E   L O S   R E S U L T A D O S

#### 1. OBJETIVOS GENERALES ALCANZADOS.

Se observó una mejoría generalizada en los miembros del grupo que participaron en la etapa intermedia, o sea, "A, B, C, D, E, F, J", especialmente en "A, C, D, F y J" y menos en "E y B";

1.1 El tipo de mejoría fué básicamente para relacionarse más afectivamente y menos intelectualmente con los demás miembros y específicamente con el sexo contrario. Lo anterior a través de una mayor espontaneidad y comunicación más fluida.

1.2 Se incrementó la seguridad, confianza e independencia de los miembros.

1.3 Lograron tener una suficiente flexibilidad y comprensión ante las necesidades de los otros.

-1.4 Existió una disminución de la culpa y vergüenza de algunos miembros, que estaban relacionados con conflictos específicos.

1.5 Tomaron conciencia de la necesidad de vigilar en lo futuro sus problemas emocionales.

#### 2. PRINCIPALES CAMBIOS OBSERVADOS EN CADA UNO DE LOS PACIENTES;

2.1 PACIENTE "A"; Mejoró su capacidad para relacionarse con la autoridad, con el hombre y la mujer.



Así mismo lo possibilitó a conducirse más espontáneamente y a comunicarse con los demás miembros.

2.2 PACIENTE "C": Incrementó su seguridad y confianza en sí mismo para conducirse en el grupo en forma fluida y espontánea; concientizó sus necesidades de índole sexual y su problema de gran dependencia de la familia.

2.3 PACIENTE "D": A través de la experiencia interpersonal con los miembros del grupo, y más específicamente con "F", logró incrementar su seguridad y confianza con mayores posibilidades de un acercamiento afectivo. Le disminuyó la culpa y la vergüenza a través de una aceptación más natural de los problemas que tuvo del aborto y la violación que sufrió,

2.4 PACIENTE "E": Apesar de que la mejoría fue menor que en los otros miembros, se observó en el paciente una menor rigidez en la personalidad en sus relaciones con los demás miembros; manifestándose con una mayor aceptación de ayuda de otros; aun cuando

el conflicto con la autoridad mejoró muy poco. El acercamiento con los otros fue de carácter más emotivo y espontáneo sin tanta estructuración y exigencia intelectual.

2.5 PACIENTE "F": Mejoró sus posibilidades para conducirse en los grupos; a tener una mayor flexibilidad en la autoridad compartida. Asimismo se reforzaron su seguridad y tendencias sanas para comprender y ayudar a los demás. También disminuyó su timidez.

2.6 PACIENTE "J": A pesar de que el paciente debe continuar un tratamiento psicofarmacológico y en grupo de neuróticos, se le observó un mejor contacto progresivo con la realidad; aprendió a esperar y escuchar; así como a relacionarse un poco mejor interpersonalmente, y respetar más a la mujer y las necesidades de otros.

2.7 PACIENTE "B": Es muy probable que las razones de la deserción de éste paciente respondieron al inicio de una crisis que lo lleve a un cambio positivo, y a buscar nuevamente ayuda especializada.

### 3. MORTALIDAD EN EL GRUPO:

La deserción ocurrió primordialmente en la parte final de la Fase III - Etapa Inicial, y que se debió muy probablemente al progreso del grupo, con una tendencia a interactuar cada vez más en un nivel personal y emotivo, lo cual implicaba un mayor compromiso participativo, mayor tensión y valor de estos miembros. El paciente "B" desertó en la etapa final por motivos particulares.

3.1 PACIENTE "H": Su tendencia fué siempre a interactuar en un nivel social, con actitudes histrionicas y manipulatorias. Cuando el grupo la presionó a integrarse más, y a que aceptara las normas acordadas, que se sumaban a un mayor compromiso, desertó.

3.2 PACIENTE "I": Probablemente temió que se hicieran evidentes los conflictos que la motivaban a casarse apresuradamente, y al hacerce concientes entraría en crisis con ella misma y con el grupo, por su gran tendencia a la rigidez.

3.3 PACIENTE "K": La deserción pienso que se debió básicamente a un desinterés. Se integró poco, su nexa con el grupo fué débil y la confianza en el tratamiento era poca.

3.4 PACIENTE "L": La paciente comenzó a ir al grupo, pues la aceptaron desde un principio y se sintió bien cuando

su interacción fué en un nivel social básicamente, como si estuviera en un grupo de amigos más que terapéutico. Cuando el grupo le puso en duda su patología, (creencia de estar enferma, y tener cancer), sus mecanismos autorreguladores del yo, se sintieron amenazados, sintió que el grupo le estaba generando gran angustia en lugar de confortarla como al principio.

3.5 PACIENTE "G": Los motivos fueron primordialmente de una imposibilidad real para asistir, debido a problemas en la distancia y en el tiempo.

3.6 PACIENTE "B": Las razones de su deserción fueron similares a las de "L" con sus propias peculiaridades, según se especificó en la etapa final, y en el inciso 2.7 de éste capítulo.

C A P I T U L O   I X

C O M E N T A R I O

El trabajo en grupos de psicoterapia, pienso que es una experiencia que debe tener cualquier trabajador de la salud mental que utilice técnicas para tratar pacientes en niveles psiquiátricos y/o psicológicos; indistintamente que cuenten dichos profesionales con uno ú otro esquema conceptual referencial compartido con una escuela teórica determinada, que les sirva de indicadores para su comprensión específica acerca de los fenómenos que ocurren en los individuos y en los grupos; en donde incluimos los de psicoterapia.

Es inegable que trabajamos con seres humanos, cuyo funcionamiento depende de sus características individuales que son producto de su historia familiar y social en donde se desarrollaron. Asimismo destacamos el impacto cultural que tuvieron. La estructuración psíquica, se dá a través de una continua participación en grupos, en un principio en los primarios, en donde podemos incluir principalmente a la familia y a los amigos; posteriormente su participación en otro tipo de grupos sociales, como son los de la escuela, los religiosos, los laborales y otros de carácter institucional, cuyas organizaciones están vinculadas a la satisfacción de necesidades, pero que parten de una ideología determinada, delimitando así su régimen legal y moral, que funge como una fuerza

dinámica arrolladora, que impacta estructurando a los individuos que forman parte de ella. Lo anterior se dá a través de una interacción continua que los empapa en niveles concientes e inconcientes; por ello es que en un tratamiento de tipo psicosocial, como es en un grupo, se permite que se dé en los pacientes el interjuego curativo, a través de una vivencia regida por los de una vivencia regida por los principios que recomendando tomar en el capítulo VII, correspondiente a técnica. Si los pacientes permanecieran en el grupo, y al mismo tiempo fueran capaces de participar e involucrarse genuinamente, la psicoterapia de grupo actuará en forma intensiva y correctiva hacia la salud de sus miembros, ya sea en un trabajo a corto, mediano o más largo plazo.

A más de los comentarios yá realizados en el curso del trabajo, especialmente en los capítulos: III, V, VI y VII, podemos añadir que en este grupo existieron dificultades al inicio para lograr la integración y cohesión, debido básicamente, a la entrada continua de nuevos miembros, a la falta de motivación en algunos de ellos, y a las deserciones ocurridas. Apesar de ello se observó desde un principio una tendencia a cambios acelerados, debidos a la participación activa del terapeuta y a las capacidades personales en "B" y "F", para establecer una relación empática con los demás miembros. Lo anterior permitió ace-

lerar el proceso de interacción y comunicación emocional.

La relación que hago con las Fases descritas por Elmore A. Martin Jr. y William Fawcett Hill, en mucho se debe a que durante el tiempo durante el tiempo que lleve el grupo, mi supervisor y el terapeuta-maestro, estuvieron trabajando en niveles prácticos basados en dichas fases; lo cual me estimuló a tomarlas en cuenta como un organizador para la interpretación objetiva de los avances y sucesos más relevantes del proceso y de sus miembros.

Finalmente se resaltó la importancia de tomar muy en cuenta, durante las etapas de selección de pacientes, la motivación, el interés y la posibilidad para llevar un tratamiento en grupo, como ocurrió en "A, B, C, D, E, F y J", de lo contrario se pondría en peligro al grupo por un posible sabotaje indirecto para el progreso del mismo.

## B I B L I O G R A F I A

1. BAULEO ARMANDO: Ideología, Grupo y Familia; Foliod Ediciones
2. DIDIER ANZIU - JACQUES - YVES MARTIN; La Dinámica de los Grupos Pequeños; Ed. Kapelusz
3. CARRILLO C. A.; GONZALEZ CHAGOYAN JOSE LUIS; R. DE LIEBERMAN SILVIA; Introducción de Técnicas Dramáticas en la Psicoterapia Analítica de Grupo. Trabajo presentado en el Congreso Nacional de la Sociedad Psiquiátrica Mexicana, Diciembre 1975.
4. FOULKES, S. H., y ANTHONY E. J.; Psicoterapia Analítica de Grupo; B.A. PAIDOS, 1964.
5. FREUD ANNA; El Yo y los Mecanismos de Defensa; Ed. Paidos.
6. FREUD SIGMUND O.C.: "Psicología de las Masas y Análisis del Yo" López Ballesteros, Biblioteca Nueva.
7. FREUD SIGMUND O.C.: "Totem y Tabú"; López Ballesteros; Biblioteca Nueva.
8. LEWIS H. LOESER M.; Art. "Algunos Aspectos de la Dinámica de Grupo.
9. MORTON KISSEN; Dinámica de Grupo y Psicoanálisis de Grupo; Ed. Limusa.
10. PALACIOS AGUSTIN; Técnica de Grupo en Psicoanálisis; La Prensa Mexicana.
11. PICHON RIVIERE E.; El Proceso Grupal, Del Psicoanálisis a la Psicología Social; Ed. Nueva Visión; B.A.



12. USANDIVARAS R. ; Selección de Pacientes para Formar un Grupo Terapéutico; Rev. Psicología y Psicoterapia de Grupo.
13. YALOM I.; 3a. parte. Cap. 13 del libro La Teoría y Práctica de Psicoterapia de Grupo; Técnicas de el Terapeuta; Formatos Especializados y Procederes de Ayuda.
14. ZIMMERMAN D.; Estudios Sobre Psicoterapia Analítica de Grupo; B. A. Ed. Hormé.