

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROCESO DE FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS,  
MEDIANTE UNA PRÁCTICA SUPERVISADA, QUE  
UTILIZA COMO DISPOSITIVO DE APRENDIZAJE  
UN GRUPO EN FORMACIÓN Y UN GRUPO  
TERAPÉUTICO.

### INFORME DE PRÁCTICAS

QUE PARA OBTENER EL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTAN

HERNÁNDEZ CRUZ CLAUDIA  
NUÑEZ RIVERA GERALDINE

DIRECTORA DEL INFORME DE PRÁCTICAS  
LIC. DALILA YUSSIF ROFFE





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



UNAM. 255  
2011

M.  
Tps.

## AGRADECIMIENTOS

*Doy gracias a Dios por darme la oportunidad de existir.  
Gracias a mis padres a quienes me han heredado el tesoro  
más valioso que pueda dársele a un hijo: amor; porque  
saben escucharme y brindarme ayuda cuando es necesario,  
porque gracias a su cariño, apoyo y confianza hicieron  
de mí una persona de provecho.*

*El presente informe de prácticas es un esfuerzo en el cual, directa o  
indirectamente, participaron varias personas leyendo,  
opinando, corrigiendo, acompañándonos en los momentos de crisis y en los  
momentos de felicidad.*

*Gracias a todos los compañeros del Grupo en Formación que con su participación  
y aportaciones, hicieron posible el enriquecimiento de este trabajo.*

*Gracias la Lic. Dalila Yussif por su apoyo y esfuerzo en este informe de prácticas.*

*Gracias a la Mtra. Asunción Valenzuela, al Dr. Samuel Jurado, a la Lic. Leticia  
Echeverría, a la Dra. Andrómeda Valencia y al Mtro. José Luis Ávila, por su  
dedicación, apoyo y comprensión para hacer posible este reporte.*

*Gracias a nuestros amigos que estuvieron con nosotras en todos los momentos  
importantes de la carrera, que compartieron este sueño, que hoy se hace realidad.  
Diana, Evelin, Evelyn, Monse, Luis, Susana y Yazmín, las queremos mucho.*

*Luis Hernández Vásquez y Gabriela Cruz García. Mis padres, a quienes amo profundamente.*

*Y sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo, quiero que sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo. Con cariño y admiración les agradezco infinitamente el apoyo incondicional y la comprensión que me han dado durante toda mi carrera, por sus consejos que me orientaron a tomar las mejores decisiones y por creer en mí.*

*¡GRACIAS PAPÁS!*

*Pedro Escorcía Juárez. Gracias por ser el mejor amigo, compañero y pareja que me ha apoyado y comprendido en todos estos años, por estar conmigo, motivarme y realizar éste sueño juntos, este logro es de ambos, te amo bobo.*

*Agradezco a mis hermanas: Lily, Gaby y mi querida Alondra, por su amor incondicional.*

*A mi gran amiga y compañera de este sueño Yeral, por haber estado siempre conmigo y compartir tantas cosas, y por el tiempo que invertimos juntas en este trabajo.*

*A mi Pablo, Cesar y Nancy, los quiero mucho, gracias por ser los mejores amigos que alguien puede conocer, por los buenos momentos juntos, y por su apoyo incondicional y duradero, siempre están en mi corazón.*

*Agradezco a familiares y amigos que tuvieron una palabra de apoyo para mí durante mis estudios.*

**CLAUS**

*Gracias a Irma Rivera Burgos por el gran AMOR que me tienes, por el apoyo ilimitado e incondicional que siempre me has dado, por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos, por ser una guerrera incansable, por ser la mujer que me dio la vida y me enseñó a vivirla... no alcanzan las palabras en este mundo para agradecerte todo lo que haces por mí ni para decirte cuanto TE AMO MAMI.*

*Gracias a mi mejor amiga por compartir los mejores momentos conmigo, gracias por tu comprensión y tu amistad que es mucha. Te quiero mucho Clau.*

*Gracias Ronald John Mason por todo tu AMOR y tu apoyo, gracias porque aunque no estábamos en el mismo lugar siempre estuviste conmigo. TE AMO BEBÉ.*

**YERAL**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	4
<b>CAPÍTULO 1. FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS: ADQUISICIÓN DE HABILIDADES ESTRATÉGICAS</b>	
1.1 PROCESO DE FORMACIÓN.....	5
1.2 HABILIDADES ESTRATÉGICAS PARA EL PSICÓLOGO.....	6
1.2.1 Atención de los procesos inconscientes.....	6
1.2.2 Incremento de la capacidad de <i>insight</i> o introspección.....	8
1.2.3 Percepción de la ansiedad.....	9
1.2.4 Detección de la respuesta contratransferencial.....	11
1.2.5 Otras habilidades.....	12
1.3 Elementos para un léxico.....	14
1.3.1 Minuta.....	14
1.3.2 Viñeta narrativa.....	15
1.3.3 Juego de Roles.....	15
1.3.4 Análisis de casos.....	15
1.3.5 Grupo en formación.....	16
<b>CAPÍTULO 2. PSICOTERAPIA DE GRUPO</b>	
2.1 Historia de la psicoterapia de grupo.....	17
2.2 Selección de pacientes.....	19
2.3 Proceso terapéutico.....	21
2.3.1 El grupo en sus inicios.....	22
2.3.2 El grupo a lo largo del proceso.....	23
2.3.3 Terminación.....	27
<b>CAPÍTULO 3. SUPERVISIÓN CLÍNICA</b>	
3.1 Definición y objetivo de la supervisión.....	29
3.2 Supervisión como proceso de adquisición de habilidades.....	30

3.3 El supervisor .....	33
3.4 El supervisado.....	35
3.5 El grupo de supervisión.....	36
<b>CAPÍTULO 4. ANTECEDENTES CONTEXTUALES.....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 5. ANTECEDENTES DE EXPERIENCIAS SIMILARES.....</b>	<b>41</b>
<b>MÉTODO</b>	
JUSTIFICACIÓN.....	47
OBJETIVOS.....	48
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	49
VARIABLE.....	49
HIPÓTESIS.....	49
MUESTRA.....	50
ESCENARIO.....	52
MATERIALES.....	52
PROCEDIMIENTO.....	53
ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN.....	56
<b>RESULTADOS</b>	
1.- RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....	58
2.- ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE.....	90
3.- HABILIDADES ESTRATÉGICAS REPORTADAS EN LAS MINUTAS Y LOS TRABAJOS DE INTEGRACIÓN FINAL .....	95
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....</b>	<b>122</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>127</b>

## RESUMEN

El objetivo del presente Informe de Prácticas, es describir y resaltar la importancia del proceso de formación y adquisición de habilidades de los estudiantes de psicología, mediante la práctica supervisada. Se utilizó el *Modelo de Formación* planteado por Yussif en 1994, donde se pretenden desarrollar 4 habilidades estratégicas: 1.- Atención de los procesos inconscientes, 2.- Incremento de la capacidad de *insight*, 3.- Percepción de la ansiedad, y 4.- Detección de la respuesta contratransferencial; en el que se utiliza como dispositivo de aprendizaje un Grupo en Formación y un Grupo Terapéutico al supervisar los obstáculos de los terapeutas noveles, que les impiden una labor terapéutica más adecuada.

La evaluación de la adquisición de las habilidades se hizo a través de un análisis cualitativo de viñetas narrativas extraídas de minutas y Trabajos de Integración Final de los alumnos y un análisis estadístico de estos datos con la prueba de Kruskal Wallis, en un curso de formación que duró dos semestres. En los resultados se observa que hay una diferencia estadísticamente significativa en la adquisición de las habilidades cuando se cursa el proceso formativo completo y cuando solo se cursa un semestre. También demuestran que las técnicas que se utilizaron para el aprendizaje en el proceso de formación, generaron que además de las habilidades estratégicas, los alumnos desarrollaran otras habilidades indispensables para la labor clínica.

Entre las conclusiones se plantea que: Uno de los dispositivos fundamentales para el aprendizaje, es la observación de cómo se enseña a trabajar a un grupo, para que éste trabaje con otro grupo. El proceso de formación de psicólogos a través de la práctica supervisada, es fundamental en el desarrollo profesional del estudiante, le ayuda a analizar sus posibles obstáculos, a reflexionar sobre sí mismo, y a desarrollar habilidades para beneficiar la labor terapéutica durante las sesiones y la práctica futura. Se encontró que a pesar de que los alumnos deben cursar el proceso de formación completo, aquellos que solo cursaron uno de los dos semestres también tuvieron cierto nivel de aprendizaje, pues la formación *per se*, es generadora de cambio en todos los que participan en ella.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge del programa de prácticas denominado "Formación y Adquisición de Habilidades Estratégicas Psicoanalíticas para el Psicólogo Clínico", Yussif (2008), y del interés que nació de las sustentantes de este informe en ahondar sobre el proceso de adquisición de habilidades terapéuticas de un grupo de psicólogos en formación.

Partiendo de esta inquietud, se trabajó a través de la materia de Psicología Clínica y Psicoterapia I y II del plan de estudios 1971, que es una asignatura en la que se pretende que el alumno adquiera conocimientos acerca de los elementos que se manejan en el proceso terapéutico, lo que representa una amplia y sólida entidad de conocimientos y recursos terapéuticos, que permitirán brindar una atención adecuada a los problemas emocionales tanto de los pacientes, como del propio psicólogo. Es una materia optativa y del área clínica, que preferentemente se tiene que cursar de manera secuencial durante dos semestres, 8° y 9°, y tiene una modalidad vivencial, la cual desafía al participante al alejarlo de su área de comodidad, consiguiendo que explore y descubra por sí mismo sus propias actitudes, habilidades y comportamientos, para posteriormente trasladar esa percepción al campo de su trabajo y vida diaria (TFC, 2003).

El *Modelo de Formación* de Yussif (1994), plantea 4 habilidades estratégicas: 1.- Atención de procesos inconscientes, 2.- Incremento de la capacidad de *insight* o introspección, 3.- Percepción de la ansiedad, y 4.- Detección de la respuesta contratransferencial; que son importantes y necesarias, además de que condensan a otras competencias que están presentes en el proceso de formación

La obtención de las cuatro habilidades se dio a través de estrategias de cuestionamiento, reflexión, auto-observación y autoconocimiento utilizando materiales como: a) referencias bibliográficas, b) minutas, c) ejercicios autorreflexivos, d) Trabajos de Integración Final, e) narraciones de experiencias vividas por parte de los participantes, f) material clínico y, g) logros terapéuticos de los pacientes en la terapia de grupo. La información que

se recabó durante el proceso de aprendizaje se obtuvo de los trabajos realizados por los alumnos del Grupo en Formación.

Se trabajó con un Grupo en Formación durante dos semestres y un Grupo Terapéutico en el segundo semestre, ambos grupos se utilizaron como dispositivo para el aprendizaje de dicho Grupo en Formación a lo largo de los dos semestres.

Los pacientes fueron atendidos por dos coterapeutas noveles, por medio de una psicoterapia de grupo breve con tiempos y objetivos limitados de corte psicoanalítico. El resto del Grupo en Formación observó las sesiones terapéuticas *in situ*, a través de la cámara de Gesell. Tanto el proceso de formación como el terapéutico fueron supervisados por la profesora Dalila Yussif, de esta manera se analizó la información teórico-práctica y las respuestas generadas en el estudiante con respecto al material que surgía en las sesiones.

## MARCO TEÓRICO

*La comprensión teórica ayuda a decidir qué decir, cuándo decirlo, cómo decirlo y que callar (Glen G, 2002).*

Con el propósito de ofrecer una visión de los principales conceptos teóricos relacionados con el tema central de este informe de prácticas "Proceso de Formación de Psicólogos, mediante una Práctica Supervisada, que utiliza como Dispositivo de Aprendizaje un Grupo en Formación y un Grupo Terapéutico", se decidió plantear los siguientes capítulos:

1. FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS: ADQUISICIÓN DE HABILIDADES ESTRATÉGICAS. En este apartado se describen los elementos que forman parte del proceso de aprendizaje para la adquisición de las competencias, además se definirán las 4 habilidades que se utilizan durante el proceso, siguiendo el modelo de Yussif (1994).
2. PSICOTERAPIA DE GRUPO. En este apartado se presenta una revisión teórica de la historia de la "Psicoterapia de Grupo", se exploran las aportaciones de algunos autores respecto a ésta y se incluye la fundamentación teórica de las etapas por las que transcurre el proceso terapéutico.
3. SUPERVISIÓN CLÍNICA. En esta sección se intenta abarcar panorámicamente los aspectos de la supervisión como proceso de formación, con la finalidad de mostrar la importancia que tiene esta actividad para adquirir las habilidades estratégicas a lo largo de la práctica profesional.

# CAPÍTULO 1

## FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS: ADQUISICIÓN DE HABILIDADES ESTRATÉGICAS

### 1.1. Proceso de Formación

La formación es algo más que una simple emisión de información por parte del profesor, ya que se trata de un proceso de comunicación interactivo. En los casos en que el método sea más activo, el papel del alumno como emisor aumentará. El profesor como principal responsable de la consecución de los objetivos perseguidos tiene que considerar que, en general: no hay que perder de vista que el alumno tiene responsabilidades como la puntualidad, la atención en clase, formulación de preguntas, esfuerzo dedicado a preparar la asignatura de acuerdo con las indicaciones del profesor. La dinámica de este tipo de actuaciones de los alumnos puede enriquecer o empobrecer los resultados del proceso de formación.

A través de la formación se pretende que se produzca un cambio en el alumno, este cambio es la diferencia entre la situación inicial y la situación final deseada en relación con el alumno, en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes. El primer día del programa de formación los alumnos se presentan, informando a los demás compañeros y al profesor de aquellos datos que se consideren más relevantes: nombre, semestre en curso, experiencia, formación previa, intereses respecto al programa y motivos por los que están en el programa o asignatura.

Lo que se busca en un modelo de formación vivencial es tener alumnos más reflexivos: el interés se concentra en la observación de una situación, o la actuación de otros, desde diferentes perspectivas. Existe una gran motivación por el intercambio de ideas entre los distintos alumnos (Amat, 2000).

Un momento clave en el proceso de formación es cuando el profesor formula repetidamente las mismas preguntas básicas, para lograr que el alumno en formación constantemente se cuestione sobre su conocimiento y se prepare para ser capaz de reformular como “problemático” lo que hasta ahora había

considerado como “dado” (Bateman, 2000); aunado a esto, la contestación adecuada a las preguntas es un elemento imprescindible para el éxito del proceso de formación (Amat, 2000).

De acuerdo a Meyers (1987) para promover el pensamiento crítico: los alumnos deben compartir ejemplos específicos de problemas, el profesor tiene que gestionar adecuadamente la sesión, han de participar todos, la diversidad de opiniones es respetable aunque pueden ser discutidas, al escucharse los unos a los otros, alguien tiene que tomar nota de todo lo que se va tratando (en Villar, *et. al.* 1995).

Dentro del proceso de formación, un elemento a evaluar es el trabajo del alumno, ya que pone en evidencia la integración de aspectos teóricos y prácticos de la formación (Amat, 2000), además fomenta la habilidad de buscar y descubrir las cosas por sí mismo, ya que esto perdura más tiempo y enriquece la formación; “pues lo que nos dicen los demás, desaparece entre los apuntes, la búsqueda conlleva significado, el otro no” (Bateman, 2000).

## 1.2. Habilidades estratégicas para el psicólogo

Hoy en día, el desempeño de cualquier rol profesional exige conocer y dominar, junto a capacidades conceptuales y técnicas, un conjunto de habilidades que permitan al profesional crear una relación eficaz y satisfactoria con los demás: sus compañeros, clientes o pacientes. Las habilidades no son una característica de la persona, sino de la conducta de ésta, y que como cualquier otro comportamiento son susceptibles de aprendizaje (Gil & León, 2000).

### 1.2.1. Atención de los Procesos Inconscientes

Freud (1963) reconoció dos tipos diferentes de **contenido inconsciente**: 1) el preconscious que guarda los contenidos mentales que pueden ser fácilmente atraídos a la consciencia por el simple desvío de la atención y 2) el inconsciente propiamente dicho que guarda los contenidos mentales que son censurados por ser inaceptables, entonces son reprimidos y no fácilmente atraídos a la consciencia (Gabbard, 2002).

El **preconsciente** es uno de los tres componentes (con el consciente y el inconsciente), del aparato mental de la Teoría Topográfica de Freud. El preconsciente contiene residuos de palabras que pueden conectar un sentimiento, pensamiento o imagen consciente o inconsciente con una representación lingüística. Los elementos del preconsciente, no son conscientes, pero son fácilmente trabajados en la consciencia enfocando la atención hacia ellos (Pearson, Cooper & Gabbard, 2006).

El **inconsciente** se refiere a los contenidos mentales que están más allá del alcance del pensamiento consciente. Para Freud los sueños y los actos fallidos proporcionan evidencia de la existencia del inconsciente y del impacto sobre la vida mental (*idem*).

Los conceptos básicos de la teoría de los procesos mentales inconscientes son el desplazamiento, la condensación o la represión (Klanber, 1985).

Gabbard (2002) menciona que el sistema inconsciente y los recuerdos no son susceptibles de consciencia porque se opone a ello la barrera de "represión". En este sistema la información no se procesa de acuerdo a las leyes de la lógica, el tiempo y la causalidad.

Según éste autor el Determinismo Psíquico, es uno de los procesos inconscientes que tienen que ver con la confusión en la conciencia, y el control del inconsciente. Menciona que vamos a lo largo de nuestra vida como si tuviéramos libertad de elección, pero estamos realmente más limitados de lo que pensamos. Los síntomas y comportamientos son manifestaciones externas de procesos inconscientes, lo que nos hace ver que en todo lo que hacemos se refleja nuestra estructura de las motivaciones inconscientes, observando que muchas veces nos manejamos de la misma manera en diferentes áreas.

Otros procesos inconscientes son:

El **afecto**, que se define como sentimiento, afección o estado de ánimo. Se entiende frecuentemente en el sentido de moción, estado de sentimiento intenso y relativamente corto (Dorsch, 2008).

La **introyección** es el proceso inconsciente por el cual un objeto externo es tomado simbólicamente dentro de sí y asimilado como parte de uno mismo. Es la internalización de imágenes del objeto y de su relación afectiva a la imagen del *self* (Pearson, Cooper & Gabbard, 2006).

La **proyección** es el mecanismo de defensa en el cual un individuo atribuye a otra persona un pensamiento, sentimiento, o característica inaceptable, tal como un impulso agresivo o sexual, el cual es de él mismo (*idem*).

La **identificación proyectiva** es el mecanismo de defensa a través del cual un aspecto intolerable de la vida mental de un individuo es proyectado, dentro de otra persona acompañado por la fantasía de que este elemento proyectado controla a la persona desde el interior (*idem*).

Consideramos que las diversas definiciones del sistema inconsciente citadas en este apartado, dan la pauta para comprender cómo funcionan los procesos psíquicos no conscientes, lo que hace posible la atención a fenómenos mentales previamente incomprensibles, para ayudar al terapeuta a identificar sus mecanismos inconscientes.

### 1.2.2. Incremento de la capacidad de *insight* o introspección

Se le llama ***insight*** al proceso por el cual el sujeto se hace cargo de un aspecto de su propia dinámica psíquica hasta entonces desconocida para él. La palabra *insight*, literalmente “mirada interior”, podría traducirse al español como “introspección”. Se trata de un momento muy particular observable durante el tratamiento analítico, en el cual el paciente toma conciencia de un aspecto de su propio conflicto, de un movimiento pulsional, de un aspecto de sus defensas, etc., hasta entonces reprimido o negado (Dorsch, 2008; Mijolla, 2007).

El *insight* tiene que ver con el entendimiento de alguna verdad, previamente irreconocida sobre el propio *self*, comportamiento, acciones y motivaciones de otros, interrelacionado a este concepto se encuentra la introspección que es el esfuerzo por examinar y entender las experiencias y construcciones psicológicas y emocionales internas de uno mismo (Pearson, Cooper & Gabbard, 2006).

El *insight*, autoconciencia, autoconocimiento e introspección son conceptos clave en la dinámica de grupos. El grupo proporciona oportunidades para aprender sobre el propio paisaje interno, las relaciones de autoridad y el impacto de otros sobre uno mismo. Principalmente el *insight* fue entendido en términos de comprender las raíces históricas de los comportamientos, percepciones y sentimientos actuales (Rutan, *et. al.*, 2007).

Adentrarse en el interior del ser humano es tanto como encaminarse hacia el corazón de laberinto personal, lleno de encrucijadas y senderos desconocidos. Y por más que resulta una prospección arriesgada, el viaje hacia uno mismo es necesario. La introspección es el punto de partida del autoconocimiento, del descubrimiento de los demás y de la apertura del ser trascendente (Martínez-Otero, 2004).

Las definiciones anteriormente mencionadas ayudan a comprender este término, para fines del informe, lo que se va a manejar como incremento de la capacidad de *insight* a lo largo del proceso de formación, es lo que Bussenius, (2007) define como la capacidad de “darse cuenta”, tomar conciencia en forma súbita de una realidad interior, que normalmente había permanecido inconsciente. Es conectar una vivencia, una conducta, un rasgo de personalidad o forma de ser, con su significado y/o su origen, lo que permite ampliar la conciencia y acceder a un mayor conocimiento de sí mismo, el *insight* ocurre en el presente, en el “aquí y ahora”.

### 1.2.3. Percepción de la ansiedad

La **ansiedad** es un afecto displacentero caracterizado por manifestaciones psicológicas automáticas y una aprensión subjetiva. Psicológicamente el daño es inconsciente y podría ser parecido al miedo, lo cual es una respuesta a un peligro externo y real (Pearson, Cooper & Gabbard, 2006).

La ansiedad es la sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes, caracterizada por el predominio de tensión física. Se manifiesta frente a cualquier amenaza percibida físicamente real, psicológicamente molesta o incluso imaginaria. Es un patrón de

comportamiento variable y complejo caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión, acompañado de asociados fisiológicos, que ocurre en respuesta a estímulos internos o externos. Puede ser evaluada mediante observación directa, tests, cuestionarios, auto-reportes o mediciones fisiológicas (Consuegra, 2004).

Para Rojas (1998), la ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y afectiva, caracterizada por un estado de alerta y reactivación generalizada. Por lo tanto, lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa, que el individuo percibe como una amenaza para su integridad.

Hay desencadenantes externos que pueden ser objetivados con evidencia, y desencadenantes internos constituidos por recuerdos, ideas, pensamientos, fantasías personales, etc., que actúan como estímulos y que deben y pueden ser controlados.

La ansiedad puede ser adaptativa, ya que ayuda a enfrentarse (si su intensidad no es excesiva) a ciertos requerimientos y exigencias concretas de la vida. Esto entra de lleno en el campo de la motivación. La ansiedad positiva es el estado de ánimo presidido por el interés, la curiosidad, el afán de conocer y ahondar en tantas cosas atractivas y sugerentes que existen.

Por otro lado, la ansiedad puede conducir a un cansancio psicológico, que se suma a un peculiar estado de ánimo, que es el aburrimiento, donde todo cobra un carácter monótono y pesado, repleto de indiferencia, soporífero, centrado en el bostezo.

Hay también en la ansiedad una cierta predisposición que surge sobre todo en sujetos con algún nivel de introspección, de autoanálisis, de capacidad para meterse en los laberintos de la afectividad y rastrear sus sentimientos y emociones.

Yussif *et. al.* (2001, 2003) han encontrado que en la formación y entrenamiento de psicólogos, se despiertan ansiedades ante el miedo de trabajar con otras personas, ser observados, contactar con los propios sentimientos, desintegrar

al grupo terapéutico y la confrontación personal con aspectos dolorosos de la vida de los pacientes.

Los síntomas psicológicos se captan a través del lenguaje verbal. Mediante el análisis del discurso se penetra en la calidad y los matices de la vivencia. La información que obtenemos va a depender directamente de la riqueza psicológica del paciente y de la capacidad de ahondar y describir sus sentimientos (Rojas, 1998).

#### 1.2.4. Detección de la respuesta contratransferencial

Para hacer referencia al vocablo contratransferencia, se va a utilizar la definición de Pearson, Cooper y Gabbard, (2006) que plantea que el término incluye todas las respuestas emocionales conscientes e inconscientes, del analista hacia el paciente.

Sin embargo, no se puede hablar de contratransferencia, sin definir antes la transferencia, que es la experiencia inconsciente que tiene el paciente hacia el terapeuta, al presenciarlo como una figura significativa de su pasado, atribuyéndole los sentimientos y cualidades de esta figura, reviviendo una relación pasada (Gabbard, 2002).

La contratransferencia es el conjunto de las reacciones inconscientes del analista a la transferencia de su paciente, incluidos los sentimientos proyectados por éste hacia él; el afecto que se le otorga al paciente debe ser dado conscientemente por el analista según la necesidad, nunca debe ser dado en forma directa desde el inconsciente; por ello es necesario reconocer y superar la propia contratransferencia (en Mijolla, 2007).

La supervisión es una tarea de integración teórico clínica, que proporciona el espacio adecuado para metabolizar y elaborar las perturbaciones contratransferenciales, lo que permite mantener la situación analítica mediante la elaboración de la contratransferencia y la transferencia del equipo terapéutico (Kaës, 1982, en Yussif, 1995). La supervisión debe incluir un manejo adecuado de los complejos procesos de transferencia y

contratransferencia que ocurren tanto en la sesión terapéutica como en la de supervisión, con el propósito de apoyar el curso del tratamiento, la formación del terapeuta y su ejercicio profesional autónomo (Valenzuela, 2011).

#### 1.2.5. Otras habilidades

Demás autores plantean que hay otras habilidades que se pueden adquirir durante el proceso de formación de psicólogos. Por ejemplo Bellak y Small (1990) han subrayado la relevancia de ciertas capacidades y funciones del terapeuta: capacidad de escucha, asumir un grado adecuado de responsabilidad con respecto al bienestar del paciente, elección del tipo de intervención más adecuada, reconocimiento de las propias capacidades, poner en práctica los conocimientos sobre psicodinamia, elaboración de un diagnóstico integral y habilidad para utilizar recursos terapéuticos auxiliares.

Yussif en el 2002, plantea que algunas de las habilidades que se pueden adquirir durante el proceso de formación de terapeutas son: empatía, creatividad en las intervenciones, capacidad de auto-observación, establecer buena alianza terapéutica, establecer hipótesis clínicas, crear y favorecer la conciencia, propiciar el cambio, observación de la dinámica grupal, etc.

Linares y Ortega en el 2008 enfatizan algunas características consideradas clásicas del futuro terapeuta que comprenden capacidad de escucha empática, tolerancia a la frustración, curiosidad para saber e indagar sobre otros y flexibilidad; planteando además, que el psicoterapeuta en formación debe pasar de ser un buen oyente a ser un buen "vidente", capaz de comprender y elaborar hipótesis provisionales a partir de la observación clínica. Su mirada debe aprender a captar lo analógico y su oído a escuchar lo metafórico, debe conocer el modelo con el que trabajan sin ignorar el componente creativo que habrá de perfeccionarse con la formación y durante la vida profesional.

El objetivo más importante de la supervisión en los enfoques breves, no es entrenar de manera efectiva y específica psicoterapeutas de tiempo limitado, sino formar psicoterapeutas que se desempeñen con habilidades a corto plazo (Valenzuela, 2011). En general se espera del psicoterapeuta en formación la

integración de un conjunto de actitudes que tal vez ninguno o muy pocos, habrán desarrollado en forma “natural” o “innata” como habilidades terapéuticas. Dichas aptitudes y habilidades requieren ser desarrolladas por la mayoría y la supervisión constituye el espacio para apoyar su búsqueda, orientación o entrenamiento (Bellak & Small, 1990).

Algunas de estas habilidades son definidas de la siguiente manera:

De acuerdo a la Real Academia española (2001), la **empatía** es la identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro. Es imaginar la experiencia subjetiva de la otra persona, a través del propio uso de la experiencia subjetiva (Pearson, Cooper & Gabbard, 2006).

La empatía es la propiedad de revivir las vivencias de otras personas, especialmente su estado emocional; es la capacidad de situarse en su lugar, de compartir sus sentimientos a base de la presentación de su expresión, por haber experimentado conjuntamente con otras personas la misma situación o por tener conocimiento de su estado psíquico (Dorsch, 2008). Es la representación concreta del estado mental de otro incluyendo la calidad emocional que le es propia (Mijolla, 2007).

El **pensamiento crítico** se entiende como la capacidad para relativizar la información y las soluciones, la exigencia de pruebas que justifiquen una afirmación y la concepción de la ciencia como un cuerpo organizado de conocimientos que se encuentra en continua reelaboración (Dorsch, 2008; Villar, *et. al.* 1995).

La **reflexión** se emplea para designar la dirección del propio sujeto, del pensamiento y de la observación (Dorsch, 2008). Es una preparación preocupada por ahondar en un pensamiento crítico, racional e intuitivo y a desarrollar actitudes de liberalidad, responsabilidad y entusiasmo (Villar, *et. al.* 1995). La reflexión no es sólo un acto crítico, sino esencialmente un acto práctico y técnico.

El **análisis** es un procedimiento indispensable para la adquisición de conocimientos, para penetrar con la inteligencia en el conjunto que se nos

presenta como manifiestamente unitario. También designa una serie de técnicas para el uso sistemático de la libre producción lingüística como base de observación (Dorsch, 2008). Es la habilidad para analizar un problema, una comunicación o forma de enfocar un problema es compleja, utiliza el conocimiento, la comprensión y la aplicación, pero va más allá de ellos (Bloom, & Hasting, 1975).

El **autoconocimiento** es la orientación del conocimiento al propio Yo. Se trata de estudiar el sí mismo como representación configurada y duradera de la experiencia del individuo en sus peculiaridades (ser, conducta, predisposiciones, capacidades, actitudes, motivaciones). Esta representación posee su propia historia de desarrollo y es única para cada individuo (Dorsch, 2008).

### 1.3. ELEMENTOS PARA UN LÉXICO

#### 1.3.1. Minuta

Las minutas son el expediente escrito de una reunión o audiencia, proporcionan una descripción de la estructura de la reunión, comenzando con una lista de los presentes, seguido de los planteamientos y las respuestas de cada uno de los asistentes. Son elaboradas a menudo en el momento de la reunión por un integrante que registra la reunión, y posteriormente la distribuye a los participantes, alternativamente, la reunión puede ser grabada en audio y después mecanografiada. Las palabras de los participantes se registran con precisión, o con ligeras modificaciones, de modo que los comentarios de cada uno quedan incluidos. Las minutas pueden ser tan detalladas como una transcripción, o tan brevemente y sucintas como una lista simple de las resoluciones o decisiones tomadas. En un grupo grande que se ocupa de varios puntos controversiales, puede ser muy difícil presentar una versión de minuta que complazca a todos, pues la gente tiende a tener ideas diversas sobre cualquier discusión, o la importancia de un asunto específico<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Recuperado el 17 de Marzo de 2011de:  
<http://www.mitecnologico.com/Main/ElaboracionDeMinutasDeLasJuntasDeTrabajo>

### 1.3.2. Viñeta narrativa

La viñeta narrativa es el relato escrito con unidad argumental que no se queda en la descripción de la práctica, sino que intenta una descripción reflexiva de la práctica en la que se evocan imágenes de la trayectoria personal que se relacionan en el propio relato con aspectos del comportamiento actual e incluso como justificación de comportamientos futuros. Son historias personales de la experiencia donde no sólo se incluye la descripción de un acontecimiento sino la interpretación del propio descriptor hacia el hecho narrado. Una buena viñeta narrativa puede ser elaborada tras una sesión de observación de la actuación de un compañero (Connely & Clandinin, 1990, en Villar, 1995).

### 1.3.3. Juego de Roles

El juego de roles, en inglés "*role playing*", consiste en hacer que los alumnos simulen personajes definidos con antelación. De esta forma, pueden observar desde perspectivas distintas los comportamientos de cada actor según el papel que desempeña. Para que el método funcione, es preciso que haya la suficiente confianza entre los alumnos y que los papeles estén correctamente definidos. Además suele ser de gran utilidad la grabación en video de las actuaciones con el fin de facilitar la relación y el análisis posterior del juego (Amat, 2000).

### 1.3.4. Análisis de casos

Los casos son narraciones e historias que incluyen las acciones, los pensamientos, las creencias y los sentimientos de profesores y estudiantes. Los casos son la práctica misma, son parte de la formación. Se conciben también como experiencia vicaria, que permite aprender de la experiencia de otros, evitando las consecuencias negativas que se pudieran derivar (Amat, 2000).

### 1.3.5. Grupo en formación

Lo que en este reporte se llama Grupo en Formación, otros autores lo definen como grupos de reflexión, equipo terapéutico, equipo reflexivo y grupo de supervisión.

Grupos de reflexión: por su objetivo y metodología, son grupos de entrenamiento y aprendizaje, originariamente destinados a la formación de psicoterapeutas grupales, pero en tanto estos grupos suponen una dimensión institucional, se debe recurrir a ideas procedentes de la sociología, la psicología social y la pedagogía (Dellarossa, 1979).

Equipo terapéutico: Es un grupo de trabajo que no puede dejar de estar regido por las leyes generales de los grupos, de modo tal que existirá un número óptimo de personas, terapeutas y observadores que podrán compartir en un mismo grupo de trabajo el estudio teórico y las tareas de supervisión del material clínico (Dellarossa, 1979).

Equipo reflexivo: Constituye un equipo de profesionales en formación que escuchan la entrevista entre supervisor y el supervisado para presentar sus reflexiones en forma posterior. Dichas reflexiones sirven de guía para el terapeuta consultor y el supervisor y abren posibilidades para la solución del problema (Lee & Mondragón, 2002).

Grupo de supervisión: Dentro de la formación clínica, es el que tiene lugar a través del encuentro de un grupo de estudiantes con un supervisor, para analizar su papel como equipo dentro de la práctica clínica profesional. Permite la reflexión sobre los recursos y dificultades para la intervención clínica, mediante la participación y análisis que en el grupo se realiza. La reflexión se lleva a cabo después de observar o participar en actividades clínicas, cuando se presentan los propios casos o se participa en la presentación de los casos que otros conducen (Valenzuela, 2011).

## CAPÍTULO 2 PSICOTERAPIA DE GRUPO

### 2.1 Historia de la Psicoterapia de Grupo

La psicoterapia de grupo nace en los años veinte como un instrumento de intervención en hospitales de los Estados Unidos para el manejo de enfermedades crónicas. Con la Segunda Guerra Mundial la terapia de grupo cobró un llamativo impulso y una creciente popularidad, debido a la abundancia de casos psiquiátricos producto de la guerra (Scheidlinger, 1996).

De acuerdo a los escritos de Rutan, *et. al.*, (2007) y de Scheidlinger, (1996), entre los pioneros de la Terapia de Grupo se encuentra **Joseph Pratt** (1922), hacía sesiones de lectura con sus pacientes tuberculosos en un ambulatorio de Boston, en dichas lecturas se combinaba la información con sugerencias útiles para que los pacientes aprendieran a manejarse con su enfermedad crónica. **Edward Lazell** (1921) psiquiatra, adopto el método grupal de Pratt para trabajar con esquizofrénicos en el hospital St. Elizabeth de Washington D.C.; se servía de discusiones de grupo con orientación psicoanalítica además de lecturas de apoyo.

**Cody Marsh** (1931), desarrolló un abordaje grupal con pacientes internos, complementaba sus conferencias con tareas en casa, lecturas, ejercicios grupales, testimonios y conferencias de pacientes, *role playing* y otras técnicas psicodramáticas. **Trigant Burrow** (1927) uno de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Americana, desechó el diván a cambio de pequeños grupos informales de discusión con participación de pacientes, familiares y otros colegas; aplicando lo que denominó análisis de grupo.

**Wender** (1936) se inició en el contexto de pacientes ingresados, combinando conceptos freudianos sobre la psicología de grupo con interpretaciones de la transferencia familiar a la transacción dentro del grupo; posteriormente extendió su trabajo a grupos de pacientes ambulatorios (Wender & Stein,

1949). **Schilder** (1936) introdujo en el grupo actividades estructuradas como biografías escritas.

**Jacob Levy Moreno** (1913) acuñó los términos de: encuentro, comunicación interpersonal, terapia de grupo, psicoterapia de grupo y catarsis grupal. **S.R. Slavson** (1943) observó que los individuos en edad de latencia, típicamente inhibidos y afectados, eran más espontáneos gracias a las interacciones dentro de un grupo.

**Wilfred Bion** (1960) aportó que los grupos parecen estar invariablemente reunidos para dos propósitos: funcionar como *grupo de trabajo* o como un *grupo de supuesto básico*; el primer grupo asociado a algo consciente y designado, y el segundo se refiere a tres procesos inconscientes distintos: dependencia, ataque-fuga (fight-flight) y apareamiento:

1. En el *grupo de dependencia*, los miembros se comportan como si ellos pudieran ganar seguridad y protección por un individuo, el líder, quien es omnipotente y omnisciente. Aunque esta fantasía es irrealizable, los miembros actúan como si ellos realmente pudieran crear una situación que realizaría sus deseos.

2. En el *grupo de ataque-fuga*, los miembros se comportan como si ellos pudieran ganar seguridad y preservar el grupo a través de pelear o escapar. Su modelo primario es la acción, los individuos necesitan poder ser sacrificados para preservar el grupo.

3. El *grupo de apareamiento* actúa como si estuvieran produciendo un mesías, dos personas dan a luz un fruto; la esperanza es que este producto salvará al grupo de los sentimientos intensos en el presente.

La *valencia* es una aportación de Bion, que usa para referirse a una tendencia primaria del individuo para entrar a la vida del grupo con uno de los supuestos básicos, la valencia implica la naturaleza instantánea e involuntaria de la tendencia a actuar de cada individuo.

**S. H. Foulkes** (1948) conceptualiza al grupo como un “todo social”, mayor que la suma de sus partes. Aportó el concepto de *resonancia* que describe la reverberación de un tema entre los miembros, quienes pueden reaccionar en diferentes niveles de acuerdo a sus necesidades, nivel de desarrollo y estado regresivo. Y el de *espejo* es el aspecto del *self* que está reflejado en el otro; a través de mecanismos de identificación y proyección los miembros llegan a ser conscientes de las partes de ellos mismos (Rutan, *et. al.*, 2007; Scheidlinger, 1996).

En general, el **grupo** representa una réplica más exacta de la sociedad, que la relación diádica: por ello ofrece mayores oportunidades de aprendizaje correctivo y de enseñanza de las normas sociales (Salvendy, 1996).

El grupo se define, para algunos autores, como un conjunto de individuos con una función ó serie de funciones, en donde se reúnen varias personas que interactúan e influyen entre sí con objeto de lograr ciertas metas comunes en cierto espacio emocional (González N., 1978 en González N, 1992; Kissen, 1979 en Alonso 1995).

El grupo de terapeutas en formación tiene características propias de todo grupo: implicación mutua, normas, roles, objetivos y metas compartidas, comunicación y, cohesión suficiente para permanecer dentro del mismo. Se trata de un grupo de pares con estructura de relación horizontal y no vertical. Puede haber heterogeneidad en cuanto a la formación y experiencia laboral de los miembros, lo cual no dificulta, sino que enriquece la vida grupal al permitir una elaboración rica, compleja e interdisciplinaria de la intervención (Valenzuela, 2011).

Yalom (1966) aborda la terapia grupal como una oportunidad privilegiada para poner de manifiesto y modificar las relaciones interpersonales actuales.

## **2.2. Selección de pacientes e Integración del Grupo Terapéutico**

Si se desea que la terapia sea eficaz es necesaria una evaluación y diagnóstico precisos, y una cuidadosa selección, ayudando a determinar si el paciente es

susceptible de tratamiento de grupo y, en caso afirmativo, qué tipo de abordaje puede ser el más beneficioso (Kaplan & Sadock, 1996).

Una selección adecuada contribuye al desarrollo de la preparación y organización del grupo, incrementa la tasa de asistencia, acelera el establecimiento de las conductas grupales, lo cual favorece la cohesión del grupo. El balance entre hombres y mujeres no es muy significativo siempre que se cuente con un mínimo de dos miembros del mismo sexo excluyendo al o los terapeutas (Salvendy, 1996).

Existen circunstancias propias de los pacientes las cuales hacen necesaria la **exclusión** de los mismos dentro de esta modalidad de psicoterapia: los que se rehúsan a formar parte de un grupo, aquellos con quienes el terapeuta no se siente cómodo para trabajar, los que tienen un pobre control de impulsos, los que están viviendo una crisis intensa, y aquellos que poseen características particulares (Rutan, *et. al.* 2007).

De acuerdo a Kaplan y Sadock (1996) la selección de pacientes se realiza considerando los siguientes **criterios de inclusión**: los participantes deben ser capaces de realizar la tarea grupal de examinar su conducta interpersonal, estar motivados para participar en el tratamiento, estar dispuestos a dar y aceptar feedback de modo respetuoso y honesto en el grupo, estar abiertos a intentar nuevas conductas y formas de relación con los demás en el grupo y comprometerse a asistir al grupo con constancia. Además hay una serie de factores prácticos que inciden en el proceso de selección, el principal es la disponibilidad de candidatos adecuados.

Como parte de la conformación del grupo psicoterapéutico, será necesario tomar en cuenta: características demográficas, motivo de consulta, género, aspectos socioculturales y el estilo interpersonal al relacionarse (Rutan, *et. al.*, 2007). Lo anterior tiene la finalidad de lograr un grupo lo más homogéneo posible ya que éstos cuajan más rápidamente que los heterogéneos, tienen tasas más altas de asistencia, son más cohesivos y ofrecen un apoyo más inmediato, son menos conflictivos, generan un alivio sintomático más rápido y permiten la identificación entre sus integrantes (Salvendy, 1996).

Para tener un grupo homogéneo es importante considerar también la etapa del ciclo vital que los candidatos estén atravesando, por ejemplo en la *adolescencia* aparece la búsqueda de la identidad en aspectos como la profesión, los valores y la intimidad; el adolescente vive una lucha por la autoafirmación y por alcanzar sus metas. Las preocupaciones de la *adultez temprana* están relacionadas con la intimidad y la iniciación de una carrera u ocupación; es un periodo de asentamiento y consolidación de las raíces y al mismo tiempo de avance, en particular en la profesión (Slaikeu, 1996).

El **tamaño del grupo** es una condición limitante de la cantidad y calidad de la comunicación que puede tener lugar entre los individuos integrantes de un grupo, ejerce una influencia importante sobre las personas que se involucran de manera activa y en la conducta en el interior del mismo (Hare, 1976, en Napler & Gerschenfeld, 2000). El tamaño también afecta el comportamiento de los miembros del grupo cuando están ante los demás. Con un grupo más grande los miembros tendrán más recursos para resolver problemas, pero disminuye la contribución promedio de cada individuo y llega a ser más difícil alcanzar acuerdos para tomar una solución de grupo, además disminuye el lazo afectivo entre sus miembros (Kinney, 1953; Schellenberg, 1959, en Napler & Gerschenfeld, 2000). Por otro lado, los grupos pequeños aumentan proporcionalmente más la participación que los grandes (Huberman, 1987, en Napler & Gerschenfeld, 2000).

Teniendo en cuenta la tasa probable de abandonos, el terapeuta debería comenzar con un grupo ligeramente superior al ideal, de forma que ni el terapeuta ni el grupo tengan que preocuparse porque algunos miembros se dan de baja (Rutan, *et. al.*, 2007). El tamaño de los grupos puede variar entre 4 y 15 personas, aunque la mayoría de los clínicos considera 8 el número ideal de pacientes (Salvendy, 1996).

### 2.3. Proceso Terapéutico

En la fase inicial, el grupo necesita invertir su energía en el desarrollo de la cohesión, la confianza y el apoyo. En sus fases intermedias, dicho grupo inicia el análisis constructivo del desacuerdo y del enfrentamiento. Más tarde, a

medida que los pacientes van finalizando la terapia, desean centrarse nuevamente en los aspectos positivos y más íntimos de la experiencia grupal, antes que en los aspectos divisivos (MacKenzie, 1995).

### 2.3.1. El grupo en sus inicios

En el grupo se establece el encuadre, cuyas funciones son contener la ansiedad y la confidencialidad de los pacientes, establecer la frecuencia de las sesiones, una vez por semana, con una duración promedio de 75 a 120 minutos, el rango promedio de asistencia es de 6 a 10 personas, el espacio donde se desarrollarán las sesiones deberá ser lo suficientemente amplio para permitir la libre distribución de los pacientes (Rutan, *et. al.*, 2007).

Los objetivos que se establecen para un grupo terapéutico son: propiciar la capacidad de *insight*, de las acciones y pensamientos de los pacientes; promover la adquisición de autonomía en la toma de decisiones; aumentar la comprensión de las conductas de otras personas; mejorar la autoimagen y la confianza en cada paciente, así como las relaciones interpersonales por medio de una comunicación más empática (Rutan, *et. al.*, 2007).

En la primera etapa del grupo, los pacientes son particularmente vulnerables, los requisitos inherentes al grupo implican tener que compartir el escenario con seis o siete extraños y tener que mostrar material muy íntimo en público. Esto lleva a primer plano los temas relacionados con la confianza, confidencialidad, privacidad, límites y autoestima (Lothstein, 1996; Rutan, *et. al.*, 2007).

Los coterapeutas deben observarse para evitar contradicciones y no convertirse en motivo de escisiones, deben respetarse mutuamente, aceptar sus diferencias y sus distintas ópticas, y encontrar vías para trabajar sus discrepancias de modo constructivo (William 1976, citado en Kaplan, 1998).

Las tareas propias de los terapeutas durante la primera sesión, son en primer lugar, comprender las ansiedades que los pacientes están experimentando y establecer la alianza terapéutica, esta última conlleva a un compromiso en el alcance de los objetivos con el paciente, lo cual permitirá erradicar las

resistencias presentadas al tratamiento de cambio (Gabbard, 2002; Rutan, *et al.*, 2007).

El terapeuta da información sobre las razones fundamentales de la terapia grupal y describe en lenguaje claro el funcionamiento del grupo, también debe informarle al paciente lo que debe esperar del grupo, en función de sus propios roles, de los roles de los otros miembros del grupo y del rol del terapeuta (Salvendy, 1996).

Las emociones que se suscitan en el espacio terapéutico son: excitación, ansiedad y aprehensión, además existe la responsabilidad por parte del terapeuta para comenzar esa primera sesión, aunque esté presente la presión en él para reducir la ansiedad inicial, debe resistir el impulso por ser demasiado participativo (Rutan, *et al.*, 2007). Alonso (1995) menciona que es frecuente que durante los inicios de un grupo, al líder (terapeuta o supervisor) se le atribuyan cualidades de omnipotencia, esto mitiga un poco la ansiedad de los miembros y ayuda a darle cohesión al grupo.

### 2.3.2. El grupo a lo largo del proceso

De acuerdo con Mackenzie (1995), la tarea básica de la segunda etapa es la diferenciación, que consiste en apreciar la cualidad única de los diversos puntos de vista individuales y aprender a enfrentarse a ellos. El tiempo de la aparición de los retos y de la afirmación dependerá del nivel de madurez psicológica de los miembros, del desarrollo de la cohesión grupal y del estilo de liderazgo.

En la relación paciente y terapeuta se abordan sentimientos primitivos hacia las figuras parentales y temas relacionados con la autoridad. De la relación entre los miembros del grupo se derivan rivalidades fraternales, competencia por la atención de los terapeutas y la dinámica entre iguales y con posibles parejas. En la relación entre cada miembro y el grupo aparecen los temas sobre la posición con respecto a la familia, escuela, iguales y trabajo (López-Yarto, 1997).

La dinámica de grupo se ocupa de las interacciones en el seno del grupo, con su conductor y entre sus integrantes, y de la relación de tales interacciones con la meta del grupo, su estructura y desarrollo (López-Yarto, 1997).

Un aspecto significativo para el bienestar de los miembros, es apreciar que se avanza hacia las metas del grupo. Algunas expectativas son satisfechas con la atribución de roles, el ordenamiento de las relaciones entre los miembros, la cohesión grupal y una cultura compartida dentro del grupo. Otro aspecto de la satisfacción de los miembros es el sentimiento de libertad participativa, que muestra que aunque dentro de un grupo no todas las personas tienen la misma necesidad de participar, los grupos en los que se da una distribución equitativa de la participación o en los que sus miembros se sienten con libertad para cubrir sus necesidades participativas, son aquéllos en los que hay mayor sensación de gratificación (Munich, 1996).

Slavson (1964) refiere que los grupos analíticos facilitan el *insight* porque los pacientes tienen que enfrentarse con sus propias resistencias, especialmente las defensas y las rigides de carácter, mucho antes y de manera más reveladora, debido a las reacciones de sus compañeros (en Rosenthal, 1996).

Las resistencias son definidas como los deseos del paciente de preservar el *status quo*, es decir, oponerse a los esfuerzos del terapeuta por producir *insight* y cambio, pudiendo ser ésta consciente, preconsciente o inconsciente; toda resistencia intenta evitar sentimientos displacenteros, sea enojo, culpa, odio, amor (si es dirigido a un objeto prohibido como el terapeuta), envidia, vergüenza, dolor, ansiedad, o alguna combinación de estas. La resistencia define la enfermedad del paciente, entender la resistencia es el tratamiento, al encontrar a qué se está resistiendo se puede empezar la reestructuración de la persona. Un grupo en plena resistencia puede hacer silencios duraderos e incómodos, mostrar indecisión en los temas a discutir e insistentes demandas de dirección hacia el terapeuta o supervisor (Gabbard, 2002).

Vinogrado y Yalom (1996) surgieron algunos factores terapéuticos dentro de la terapia de grupo:

1. Infundir esperanza. Donde la creencia por sí misma acerca de las expectativas de ayuda son curativas, presenciar la mejora de un paciente infunde en otro la esperanza acerca de su propia mejoría.
2. Universalidad. Existe una sensación de aislamiento con respecto de la problemática personal, vivenciada como única, la cual al revelarse abiertamente, brinda una sensación de alivio cuando se cae en cuenta de que no se está sólo con los problemas, que pueden ser universales y compartirse con otros individuos.
3. Altruismo. Los pacientes comparten problemas similares, se ofrecen ayuda mutua, sugerencias e *insights*, se tranquilizan unos a otros, y existe un sentimiento de utilidad.
4. Comportamiento imitativo. Es el beneficio obtenido a través de la observación de otro paciente con problemas similares, en determinados momentos los pacientes se agradecen mutuamente el permitirse mostrarse vulnerables, dando pie a una mayor introspección.
5. Catarsis. Manifestación abierta de las emociones que genera un alivio emocional en el momento, para dar paso a una experiencia emocional correctiva.
6. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario. El conflicto central se ubicaba en un seno familiar insatisfactorio, donde al recapitularse puede corregirse, reconociendo que existe la posibilidad de asumir otro rol a pesar de las circunstancias familiares.
7. Cohesión del grupo. La cohesión grupal se refiere al interés que los participantes tienen sobre el grupo y sobre el resto de los miembros. Los miembros de un grupo cohesivo se aceptan y se apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas en el seno del grupo (Yalom & Vinograd, 1996).

La cohesión grupal es la consistencia de grupos como resultante de todas las fuerzas que influyen en su permanencia (Festinger, 1950). Estas fuerzas están en función de la atraktividad del grupo, de la atraktividad de cada miembro, de las actividades y los objetivos del grupo, de la satisfacción de las necesidades individuales mediante el grupo, de la dificultad de acceso al grupo, etc., (en

Dorsch, 2008). Tiene que ver con la unión que existe entre los miembros, que hace que las personas permanezcan integradas y el grupo no se disuelva (Consuegra, 2004).

Se manifiesta primero a través del apoyo, aceptación y aliento a la asistencia de parte del grupo, continúa desarrollándose y posteriormente le permite a los miembros comprometerse con una apertura, confrontación y retroalimentación más significativa (Yalom, 1985; Mackenzie 1987, en Alonso, 1995).

Según Rutan y colaboradores (2007), los procesos por los que atraviesa el grupo terapéutico son:

- a) Confrontación. Este proceso tiene que ver con transformar lo egosintónico en egodistónico, indica las discrepancias entre lo que está siendo comunicado y lo que realmente se quiere decir. Son esfuerzos por señalar al paciente la conducta, el estado emocional o los problemas que son recurrentes y contradictorios en su discurso. Para ello se necesita la capacidad para establecer alianzas terapéuticas y empatía.
- b) Planificación. Son las actividades cuyo objetivo será el establecimiento de focalización de los fenómenos psíquicos relevantes para ser analizados. Los detalles significativos que tendrán que ser desenterrados y separados del material externo que lo cubre. En este proceso terapéutico es común que mucho del material cargado de afecto, que anteriormente fue separado y desconectado de la persona, pueda ser traído para sostener un problema más específico.
- c) Interpretación. Son hipótesis tentativas que están sujetas a la validación, confirmación o negación por parte del paciente. Una interpretación tiene como objetivo el inconsciente, mientras que la clarificación está dirigida al material consciente o preconscious de la persona. Una interpretación está diseñada para hacer conscientes aquellos fenómenos inconscientes, para añadir significados a eventos, situaciones o sentimientos. Ayuda a lograr que el paciente obtenga un entendimiento más amplio sobre sus motivaciones subyacentes y los conflictos que han contribuido a su conducta problemática.
- d) Elaboración. Incrementa la capacidad del paciente para examinarse a sí mismo, comprender los conflictos y las áreas en las cuales es vulnerable, y

con ello poder interpretar su propia conducta y ayudar a desarrollar mecanismos de defensa más variados y flexibles que lo protejan de ansiedades indebidas.

Los cambios se van alcanzando cuando se va obteniendo una comprensión emocional de las relaciones tanto dentro como fuera de la situación terapéutica y cuando se examinan las creencias básicas que han sustentado sus percepciones y conducta (Rutan, *et. al.*, 2007).

### 2.3.3. Terminación

Como fenómeno de la terapia grupal, la palabra *terminación* se ha utilizado para designar diferentes experiencias incluyendo retraso, ausencia, asistencia intermitente, terminación de una sesión, terminación de uno o varios miembros, terminación prematura, abandonos, expulsiones, terminación del terapeuta o de los coterapeutas, terminaciones forzadas, terminaciones planificadas, fortuitas y tardías, y terminación del grupo como un todo; remueve tanto en los clínicos como en los miembros del grupo, asociaciones con la separación-individuación, pérdidas, disolución, impotencia, dependencia y muerte (Bahrey, McCallum & Piper, 1991, en Lothstein, 1996).

H. Roback y M. Smith (1987) afirmaron que los factores que más contribuyen en la terminación prematura son: estados situacionales del paciente, defensas caracterológicas, problemas con la apertura, dificultades con la intimidad, uso excesivo de la negación y tendencia a ser sumisos u hostiles verbalmente. Otros pacientes que abandonan muestran débil motivación, expectativas irreales, o se encuentran en medio de una crisis aguda (en Lothstein, 1996; Rutan, *et. al.*, 2007; Yalom, 1966.).

Los abandonos, los cuales son percibidos de forma negativa por el grupo y el terapeuta, influyen en la cohesión y moral grupales (Yalom, 1966). Se debe animar a los miembros del grupo a expresar sus sentimientos respecto al abandono, para permitir la elaboración de los distintos sentimientos que se hayan suscitado (en Salvendy, 1996)

Algunos autores concluyen que no es tanto que el paciente fracase en la terapia grupal, sino que fracasa en un determinado grupo. Kaplan (1998) menciona que en ocasiones los terapeutas se sienten amenazados por el hecho de que un miembro quiera desertar, pues creen que se debe a su incompetencia o a la del enfoque y tiende a querer retener a los pacientes.

Para Vélez y Restrepo (2008) la terminación constituye uno de los aspectos más delicados de la terapia de tiempo limitado debido a los sentimientos que se pueden generar tanto en los pacientes como también en el terapeuta.

MacGee, Schuman y Racusen (1972) afirmaron que la terminación adecuada de un grupo se produce cuando: el miembro que se va, el terapeuta y el resto del grupo, participan de forma activa en el proceso de terminación (en Lothstein, 1996).

Después de haber trabajado en promover la confianza del paciente, los terapeutas pueden experimentar sentimientos de culpabilidad ante la terminación del tratamiento. En el terapeuta pueden aparecer deseos de acelerar el proceso o de atender cuestiones no tratadas previamente o, por el contrario, evitar o abandonar temas que puede resultar dolorosos para el paciente, también es posible que surjan sentimientos de alivio frente a pacientes "difíciles" (Vélez & Restrepo, 2008).

La terminación puede movilizar en algunos terapeutas, sobre todo durante la formación, afectos de ansiedad, preocupación, culpa, enfado, fracaso o la sensación de que hizo falta mayor esfuerzo. Resulta fundamental que el terapeuta cuente con un espacio terapéutico personal para comprender y elaborar estas relaciones, pero además, con el espacio de supervisión para evitar que interfieran con el cierre del proceso en cuestión (Valenzuela, 2011).

Por todo lo que requiere tanto el establecimiento, como la conducción y la terminación del tratamiento psicodinámico de tiempo limitado, el espacio de supervisión resulta de gran importancia durante todo el proceso, ya que permite el análisis de las reacciones contratransferenciales y evita que interfieran en el inicio del proceso terapéutico, en su desarrollo y en su adecuada finalización (Valenzuela, 2011).

## CAPÍTULO 3 SUPERVISIÓN CLÍNICA

### 3.1. Definición y objetivo de la supervisión

El concepto tradicional y más generalizado de supervisión es atribuido al de un método pedagógico que tiene cierta implicación de control (supervisión), donde una persona con mayor nivel de conocimiento y experiencia en un campo profesional, contribuye al aprendizaje de quienes cuentan con menos experiencia y conocimiento. Entre sus objetivos están el de aumentar el conocimiento profesional, crear seguridad y confianza en el uso de técnicas y procedimientos, integrar la teoría con la práctica y, de acuerdo con el punto de vista de Díaz Barriga y Hernández (2002), podemos agregar el de procurar la creación de un yo profesional, autónomo y competente (en Valenzuela, 2011).

Siguiendo a Loubat (2005) la supervisión es una actividad básica en el aprendizaje del quehacer psicoterapéutico y útil para el trabajo terapéutico con niños, adolescentes y adultos, cuando se trabaja en forma individual o en equipos interdisciplinarios y bajo cualquier perspectiva teórica.

Tonnon (2003, en Puig, 2009), enfatiza el aspecto reflexivo de la supervisión y la define como proceso teórico-metodológico que se despliega en dos espacios: el ejercicio profesional y el de la formación académica. Su objetivo es el aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades, necesarias para el desempeño profesional cotidiano, así como la reflexión acerca del impacto afectivo y emocional que se genera en el supervisado por la atención de cada situación en la que haya actuado profesionalmente. Se basa en una concepción holística de la realidad en la cual interactúan los conocimientos teóricos con la experiencia práctica.

Para Grinberg (1975), supervisar representa un proceso de aprendizaje basado en el estudio conjunto, del material resultante de la interacción entre paciente y terapeuta, que capacita a este último para aprender de su propia experiencia y poder extender este aprendizaje, al beneficiar a los pacientes.

De acuerdo a Fuentes (2006), la supervisión de la formación psicoterapéutica, tiene el propósito de promover la identidad profesional desde la orientación, ayuda y acompañamiento del supervisor, procura la reflexión crítica de la propia práctica, para lograr transformaciones en el *ser*, *el saber hacer* y *el saber estar*. La define como método de enseñanza por el cual, el terapeuta en formación confía en alguien de mayor experiencia, para presentarle el proceso terapéutico con su paciente, el supervisor funge como un “tercero” que escucha el discurso de otro, sobre otro.

En otra perspectiva, Hernández (2007) visualiza la supervisión como un escenario clínico-formativo y como un proceso generativo y transformador en el cual las personas desarrollan sus competencias. Es a la vez una forma de enseñar un enfoque específico de terapia y una práctica reflexiva sobre la propia práctica terapéutica.

### **3.2. Supervisión como Proceso de Adquisición de Habilidades**

La supervisión implica el proceso de interacción entre profesional especializado y el alumno en entrenamiento quien adquiere y desarrolla habilidades profesionales específicas de intervención, conocimientos actualizados y actitudes acorde a la realización eficiente y competente de sus actividades, respondiendo así a las necesidades y demandas sociales a través de un ejercicio profesional autónomo (Ritchie, 1996 en Ayala & Vázquez, 2001).

Este proceso resulta muy necesario durante la formación y el inicio de la actividad profesional, representa una experiencia significativa de aprendizaje y un recurso valioso que aporta beneficios y enriquecimiento a lo largo de la vida profesional. El aprendizaje significativo, que integra producción de conocimiento y búsqueda de autoconocimiento, surge al abordar la diversidad y complejidad de los problemas clínicos, permitiendo el desarrollo de estrategias y recursos de enfrentamiento que favorecerán el desarrollo profesional. Por otra parte, la supervisión concede importancia a las implicaciones afectivas generadas en el trabajo intersubjetivo, tanto en los aspectos profesional e interpersonal (Valenzuela, 2008).

Como proceso de enseñanza-aprendizaje la supervisión se centra en reflexionar sobre la actividad psicoterapéutica, tiene características propias que no son las de ejercer funciones específicas de docencia y tampoco terapéuticas por parte del supervisor. Su desarrollo requiere estructurar y definir claramente la relación de trabajo en que se establece, aclarar expectativas, plantear objetivos y funciones, y explicitar los roles del supervisor y del supervisado (Valenzuela, 2011).

Es un espacio dentro de la formación cuyo propósito es generar aprendizaje y retroalimentar la actividad terapéutica, un lugar donde el terapeuta en formación pueda resolver dudas teóricas y técnicas con la ayuda de profesionistas que, estando en diferentes niveles de experiencia puedan ofrecer alternativas de solución y apoyo (Valenzuela, 2011).

La supervisión es una modalidad de enseñanza que implica aspectos de reflexión sobre la práctica profesional, puede ser realizada como parte de la formación o durante el ejercicio independiente (Valenzuela, 2011).

Para Grater (1994, en Morales & Somarriba, 2001) puede hablarse de cuatro etapas según el punto de focalización dentro del proceso de supervisión terapéutica:

- 1) El foco de atención se dirige al desarrollo de habilidades básicas que faciliten al supervisado asumir su función como terapeuta.
- 2) Se focaliza la expansión del rango de habilidades terapéuticas para hacer uso de las intervenciones más adecuadas al trabajo con el paciente y a los resultados esperados.
- 3) El foco se dirige a desarrollar en el terapeuta, las habilidades para identificar y centrarse los patrones habituales de comportamiento conflictivo.
- 4) Se focaliza ayuda al terapeuta para hacer uso de sus propios recursos de evaluación en las diferentes etapas de intervención.

El núcleo de la supervisión es el supervisado y los focos de la supervisión son: la intervención, los sentimientos que acompañan la actividad, los valores y el

modelo de interpretación que se manifiesta en su actitud y orientación con las personas atendidas, los colegas y uno mismo (Puig, 2009).

La supervisión es un proceso que resulta colaborativo, a pesar de los diferentes niveles de experiencia de los participantes. Se busca crear un ambiente que pueda propiciar el diálogo entre supervisor y supervisado, para que este último tenga la oportunidad de entender la situación terapéutica (Bobebe, Gardner & Biever, 1995, en Tarragona, 1999).

Así como la supervisión promueve la posibilidad de aprender, también puede conducir a la autonomía profesional e incrementar el autoconocimiento personal y profesional (Schön, 1992, en Linares & Ortega, 2008). La supervisión requiere funcionar como mecanismo que permite desarrollar cuidado de sí mismo al intervenir con otras personas. Este autocuidado no se dirige a la defensa del usuario aunque directamente le beneficia, se trata de un mecanismo de protección del psicoterapeuta, como requisito imprescindible para trabajar en situaciones difíciles. Debe generar los cuidados preventivos necesarios en los aspectos subjetivo y social, en personas que participan en espacios de intervención. El aceptar la necesidad de autocuidado debe conducir al desarrollo de las propias competencias, a actualizar los conocimientos y a procurar el crecimiento y análisis personal que permita mayor autoconocimiento para ser incorporado en la vida cotidiana, personal y profesional.

La supervisión implica un estrecho compromiso con la institución, el grupo de aprendizaje y el grupo terapéutico: ya que los efectos paralelos, como por ejemplo: la resonancia, influyen en el trabajo de manera determinante, pudiendo perturbar tanto el proceso terapéutico, como el proceso académico (Yussif, 1995).

Se engloba a la supervisión como un espacio de co-construcción, en donde participa un terapeuta y un supervisor, donde el terapeuta presenta su proceso de trabajo con el paciente, esperando una opinión experta y la resolución de las dificultades que el caso le presenta. El espacio incluye: la visión del paciente

sobre sí mismo, la visión del terapeuta sobre el paciente y la visión que el supervisor tiene del terapeuta y del paciente (Candarle, Álvarez & Vieyra, 2002).

### 3.3. El Supervisor

El supervisor es una figura prioritaria del aprendizaje y del entrenamiento permanente de la formación profesional del alumno. En un modelo de supervisión profesional se constata que es el supervisor *in situ* y su trabajo de supervisión quien, con base por un lado en su dominio especializado, destrezas, habilidades y conocimientos referentes a las actividades que desarrolla la institución o escenario natural en el que se desempeña; y por el otro, por tener contacto directo y continuó con el alumno, y su desempeño, es la figura idónea para propiciar su aprendizaje (Ayala & Vázquez, 2001).

El supervisor habrá de caracterizarse por dominar en su ejercicio profesional las habilidades y competencias a enseñar, aplicar estrategias de aprendizaje, poseer una actitud innovadora a través de la cual se generen ideas que enriquezcan los programas de formación, orientarse hacia la solución de problemas, estar motivado en lo referente al proceso enseñanza-aprendizaje, orientar y apoyar el desenvolvimiento profesional (Andrew, 1982 en Ayala & Vázquez, 2001).

El papel del supervisor es el de mantener la supervisión en un punto de equilibrio entre el ejercicio terapéutico y la supervisión, para posteriormente, profundizar sobre aspectos y creencias del terapeuta que influyen directamente en la intervención clínica (Baringoltz, 2000 en Candarle, Álvarez & Vieyra 2002)

London y Rodríguez (2004) definen al supervisor como la figura que ofrece junto con el grupo preguntas, especulaciones y opiniones que ayuden a cuestionar, ampliar y encontrar explicaciones nuevas a la situación en cuestión y además fomenta el respeto, escucha y valora lo que es importante para el supervisado.

Para Fernández (2008), el supervisor posibilita el cumplimiento de dos funciones, que pueden darse en diferentes niveles:

1.- Formación: función relacionada con el entrenamiento de habilidades psicoterapéuticas, incluye actividades relativas a la manera de obtener y registrar información relevante, vigilar el cumplimiento del contrato y la alianza terapéutica, el manejo de situaciones críticas o límites, aumentar conocimiento teórico y sobre procedimientos técnicos y de investigación.

2.- Orientación personal o ayuda terapéutica: no se trata de un proceso de psicoterapia personal, pero el supervisor puede realizar intervenciones focalizadas para proteger al terapeuta frente al conflicto que puede presentar el tratamiento de algún paciente.

Algunas conductas identificadas como propias del supervisor y, que para Milne y James (2002), contribuyen positivamente a la supervisión psicoterapéutica son: Contener y alentar cuando sea necesario y según el momento del proceso; sintetizar y clarificar la situación terapéutica para focalizar puntos relevantes; ofrecer retroalimentación de los elementos del proceso (terapéutico y de supervisión); sugerir la revisión teórica pertinente que permita apoyar la intervención; favorecer el aprendizaje interpersonal (modelado, *role playing*); promover la autorrevelación facilitadora en relación a su propio rol del terapeuta y observación de registros u otros materiales sobre el caso (grabaciones o en vivo).

De acuerdo al *Modelo de Supervisión Profesional* propuesto por Ayala y Vázquez (2001), las funciones del supervisor son:

1.- Permitir que los alumnos observen la forma como él realiza las actividades profesionales.

2.- Realizar ejercicios de situaciones simuladas, previos al enfrentamiento por parte del alumno a la situación real en el escenario.

3.- Evaluar la adquisición y el desarrollo del aprendizaje de habilidades y competencias profesionales.

4.- Propiciar el desarrollo de conductas éticas y profesionales.

5.- Propiciar que la institución brinde el apoyo logístico necesario, el supervisor, dada su pertenencia a la institución, enseña a los alumnos a actuar apegados a las normas de la institución para obtener el material que pudieran requerir.

Para finalizar, Ayala y Vázquez (2001) plantean que el supervisor debe valorar la importancia de la supervisión a impartir, respeta el tiempo de los otros y cumple con sus responsabilidades, tiene presente la cita de supervisión y cumple el tiempo de supervisión requerido, por lo que se programa para dedicarle el tiempo necesario. El éxito y utilidad de la supervisión dependen de realizar los preparativos necesarios. Dentro de la supervisión se evalúa el desempeño del supervisado, propiciando el uso permanente de registros y anotaciones.

### **3.4. El Supervisado**

Las principales tareas del supervisado corresponden a: reflexionar sobre su papel como terapeuta; poner a prueba las hipótesis que sustentan la evaluación y la intervención terapéutica; conceptualizar diferentes procesos que emergen en las sesiones en relación con los aspectos teóricos y técnicos para su comprensión y abordaje; darse cuenta de sus emociones y vivencias relacionadas con la tarea terapéutica; planear y anticipar posibilidades de intervención (Milne & James, 2002).

El proceso de supervisión permite al supervisado darse cuenta de sus propias capacidades, sentimientos, recursos y limitaciones personales y profesionales. Contribuye además al aprendizaje a través de la experiencia, a la adquisición de estrategias de acción y también a aceptar los puntos débiles y a aquello que se ignora, para asimilar nuevos aprendizajes que podrían emplearse en el trabajo con más personas (Grinberg, 1975; Puig, 2009).

Una perspectiva sobre el proceso de supervisión es la propuesta por Fernández (2008) al plantear distintas fases de progresión relacionadas con el desarrollo del supervisado:

Primera fase: el supervisado es dependiente del supervisor, tiende a imitarlo y tiene poca conciencia de su propia actuación. El supervisor provee instrucciones, sostén y estructura.

Segunda fase: el supervisado progresa en su autonomía y el supervisor lo favorece, con el consiguiente conflicto entre dependencia vs. autonomía que surge en el supervisado, en relación al supervisor.

Tercera fase: el supervisado tiene una dependencia condicional, se ha diferenciado y tiene buen *insight* en su tarea. La relación supervisor-supervisado se lleva a cabo entre pares.

Linares y Ortega (2008) han señalado algunos riesgos que pueden ponerse en juego durante las sesiones:

a) Riesgos relacionados con aspectos personales del terapeuta: como todo profesional tiene su propia ideología, relativa a supuestos sobre el funcionamiento del mundo y las relaciones humanas. Esta ideología, por un lado dirige y justifica o da significado a sus acciones y, por otro, restringe su perspectiva o visión del mundo. Si el terapeuta es cada vez más consciente de ello, se limita el riesgo de confusión y resistencia ante valores diferentes a los suyos.

b) Riesgos relacionados con la dinámica familiar del terapeuta: el momento de su ciclo vital puede diferir o coincidir con el grupo (o paciente) que atiende, la semejanza y resonancia afectiva con los problemas, la manifestación de su resistencia, transferencia y contratransferencia, entre otros.

### **3.5. El Grupo de Supervisión**

Los objetivos del grupo de supervisión clínica comprenden (Valenzuela, 2008): Incrementar las cualidades terapéuticas en el estudiante en un proceso experiencial que involucra a supervisado, supervisor y grupo de supervisión, donde todos se transforman en observadores y participantes de una experiencia que los enriquece; comprender y reflexionar sobre la dinámica de los grupos clínicos incluyendo la revisión de los propios patrones de interacción

y los procesos intersubjetivos del grupo de aprendizaje; manejar diversas ansiedades personales y grupales que emergen al afrontar una tarea en común; y desarrollar la vivencia emocional de aprendizaje grupal, como contraparte a la vivencia “emocional correctiva” de la situación terapéutica.

Cuando se lleva a cabo la supervisión con un equipo reflexivo o grupo de supervisión, participan tres elementos:

a) Supervisor: Schuluter (1999), considera que es el terapeuta y académico cuya experiencia permite orientar, promover y guiar la actividad terapéutica del terapeuta en formación.

b) Supervisado: Eguiluz (1999), lo define como el aprendiz activo, participativo, constructor de significados y generador de ideas sobre lo que aprende y capaz de construir el conocimiento con la mediación de otros (supervisores y supervisados) en un contexto determinado.

c) Equipo reflexivo: Constituye un equipo de profesionales en formación que escuchan la entrevista entre supervisor y el supervisado para presentar sus reflexiones en forma posterior. Dichas reflexiones sirven de guía para el terapeuta consultor y el supervisor y abren posibilidades para la solución del problema (Lee & Mondragón, 2002).

El grupo de supervisión dentro de la formación clínica, es el que tiene lugar a través del encuentro de un grupo de estudiantes con un supervisor, para analizar su papel como equipo dentro de la práctica clínica profesional. Permite la reflexión sobre los recursos y dificultades para la intervención clínica, mediante la participación y análisis que en el grupo se realiza. La reflexión se lleva a cabo después de observar o participar en actividades clínicas, cuando se presentan los propios casos o se participa en la presentación de los casos que otros conducen.

En los grupos de supervisión se multiplica el encuentro de cada estudiante con la tarea clínica, al compartir la experiencia de la práctica realizada y aportando elementos para el aprendizaje significativo. La supervisión grupal, representa un espacio vivencial para la integración teórico-clínica, permite reconocer y

asimilar diferentes emociones que se resignifican en el campo profesional y funciona como contención para elaborar las ansiedades que suelen acompañar a los nuevos aprendizajes (Valenzuela, 2011).

La situación grupal, permite analizar la “resonancia” generada por el análisis del material clínico, así como la gama de sentimientos reales y contratransferenciales que emergen con la vivencia de afectos comunes cuando se comparte la relación psicoterapéutica (Foulkes, 1981). Además, el contexto grupal promueve el intercambio de ideas que lleva a plantear o replantear las hipótesis clínicas que guían las intervenciones. Representa un espacio para compartir y clarificar aspectos contratransferenciales que permiten ser aprovechados como recursos diagnósticos y terapéuticos o, de lo contrario, si dichos aspectos generan limitaciones, se indica la necesidad de revisarlos en el espacio analítico propio del terapeuta (Valenzuela 2011).

Desde el punto de vista de Candarle, Álvarez y Vieyra (2002), la supervisión es un pilar de la labor profesional que cuando se realiza en un equipo cohesionado, facilita un enfoque amplio y flexible y provee de recursos para atender la complejidad de la consulta clínica de manera eficaz. Desde su perspectiva, el trabajo grupal aporta ventajas como: una revisión profunda del material del paciente al contar con múltiples miradas, se escucha y propone más de una alternativa de acción, los terapeutas se enriquecen al aprender de los casos propios y los ajenos y, en grupo se puede equilibrar el sesgo del supervisor a partir de la riqueza de voces y miradas.

El grupo de supervisión evoluciona al adquirir capacidad teórica y técnica en forma paralela a la preparación para lograr su propia transformación tanto a nivel individual como grupal. Con el tiempo, el comportamiento del grupo será cada vez más flexible, menos dogmático y llevará al supervisado a funcionar con mayor espontaneidad y creatividad, tanto como terapeuta y como integrante del grupo de supervisión (Valenzuela, 2011).

Sobre los grupos de supervisión se puede resaltar que el trabajo grupal, puede por sí mismo, promover cualidades terapéuticas dentro del espacio

supervisado-supervisor-grupo de supervisión, donde todos son participantes de una experiencia enriquecedora (Valenzuela, 2008).

Independientemente del modelo teórico, la supervisión grupal ofrece algunas ventajas relacionadas con las que ofrece la psicoterapia de grupo tales como: alivio de la vergüenza al exponer la intervención en un clima seguro y respetuoso; apoyo del grupo y del supervisor sobre los errores y aciertos propios y de los demás; amplía el horizonte clínico; estimula el desarrollo de competencias, poner en práctica habilidades y asumir riesgos necesarios empleando nuevas técnicas; permite lograr mayor empatía y conciencia de la experiencia interna y obtener apoyo en los problemas de identificación proyectiva, porque tanto colegas como supervisor, ayudan al terapeuta a separar sus propios límites de los del paciente (Alonso, 1995).

Para Moreira (1995), no existe acuerdo en cuanto a definir la actividad de supervisión debido a la variedad de posiciones teóricas, metodológicas, posiciones filosóficas y visiones del ser humano. Pero sin duda, en lo que sí hay acuerdo unánime, es en aceptar su importancia en la formación de terapeutas (en Lee & Mondragón, 2002).

## CAPÍTULO 4

### ANTECEDENTES CONTEXTUALES

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD) inició sus actividades en 1981 y sus objetivos son: ofrecer servicios psicológicos a distintos tipos de población como alumnos, personal de la UNAM y personas externas a la institución; proporcionar al estudiante de psicología una enseñanza práctica bajo la supervisión de especialistas; brindar al estudiante una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación organizados y sistematizados, que favorezcan una formación integral; ofrecer a los alumnos una formación clínica aplicada y especializada, a nivel de estudios superiores y posgrado; y difundir el conocimiento especializado.

Este espacio se convierte en el lugar idóneo para desarrollar programas de prácticas supervisadas, ya que es posible aprovechar tanto sus instalaciones como la afluencia de pacientes que llegan a solicitar tratamiento a dicho centro, de manera que se logra integrar: el servicio a la comunidad, la formación de terapeutas, la investigación y la difusión de los resultados, de manera simultánea.

El Centro proporciona servicio psicológico y psicoterapéutico, con diferentes aproximaciones teóricas; entre estos servicios están: a) Prevención primaria con talleres en las áreas de habilidades sociales, desarrollo de emociones, manejo de crisis, desarrollo infantil y habilidades parentales; b) Tratamiento presencial de forma individual, de pareja, familiar y grupal; y c) Tratamiento a distancia. Para tener acceso a estos servicios es necesario cumplir con una serie de requisitos como la pre-consulta, evaluación psicométrica general, pre y post tratamiento.

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” está ubicado en el sótano del edificio “D”, de la Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Delegación Coyoacán, Colonia Cópilco Universidad2.

---

<sup>2</sup> Recuperado el 15 de Febrero de 2011de:

<http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/112/centro-de-servicios-psicologicos-dr-guillermo-davila>

## CAPÍTULO 5

### EXPERIENCIAS SIMILARES<sup>3</sup>

El Modelo de Formación de Psicoterapeutas de Grupo lo inició Yussif desde 1994 en una línea de investigación sobre el **Impacto que tiene la Supervisión Clínica en la Formación de los Psicoterapeutas**, encaminada a promover la adquisición y desarrollo de habilidades profesionales complejas y estratégicas durante el entrenamiento de los estudiantes del último año de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones.

El objetivo de este proyecto fue desarrollar modelos rigurosos de entrenamiento, supervisión, docencia, e investigación para psicólogos, que permitieran la formación de estudiantes, a través de la supervisión de la práctica profesional, y que además fortalecieran la producción científica y la investigación en escenarios reales como el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (CSP). Se observó que este proyecto permitió atender de manera eficiente y profesional a un mayor número de pacientes.

En enero de 2001, se trabajó con 14 psicoterapeutas experimentadas del CSP, se observó que algunas presentaban diversos niveles de ansiedad, dificultad para trabajar con los pacientes, reconocer y contactar con los sentimientos contratransferenciales generados.

Durante la etapa de la formación de las psicoterapeutas se trabajó con dos grupos terapéuticos. En enero de 2003, se decidió que el grupo de pacientes estaría integrado con estudiantes de los últimos semestres de la licenciatura con la finalidad de incrementar su capacidad de *insight* o introspección, habilidad indispensable en los psicólogos y requisito necesario para poder trabajar clínicamente. Como resultado de esta experiencia se encontró en el

---

<http://pavlov.psicol.unam.mx:8080/site/servcom/centros/guillermodav.htm>

<sup>3</sup> Afectos que Impiden la Labor Terapéutica. Yussif, 2011 (Documento en prensa)

grupo de formación y de pacientes una dificultad para contactar con sus sentimientos, para ser autosuficientes y para integrar su identidad profesional.

La experiencia formativa y la investigación con las psicoterapeutas continuó hasta 2006 en el CSP. Con base a los resultados y a las dificultades encontradas, se consideró necesario trabajar con estudiantes de los últimos semestres de la licenciatura y a partir de 2005 se trabaja con grupos de los últimos semestres de la licenciatura en la materia de psicología clínica y psicoterapia.

#### ANTECEDENTES AL MODELO:

(1) Yussif (1987) considera importante el uso de la contratransferencia como valioso instrumento de trabajo y recomienda un entrenamiento especial en el que se revise y se trabaje con modificaciones a la técnica tradicional del psicoanálisis, así como, la coterapia y el registro de sesiones. Concluye que para contrarrestar la intensidad de la ansiedad y de las respuestas contratransferenciales es necesario que el terapeuta cuente con un espacio de reflexión, de diálogo clínico y/o un equipo de trabajo posterior a las sesiones que permita contener las ansiedades que se despiertan. Además, considera conveniente registrar dichas reacciones contratransferenciales para propiciar el análisis y la elaboración de las mismas.

(2) Yussif (1989) señala que para trabajar con adolescentes es importante desarrollar una técnica más activa en la que el terapeuta participe más y se muestre como es, sin "escondarse" en su rol de analista; señala que durante las sesiones de grupo, por la cercanía tanto física como emocional, es común sentir que aflore en el *setting* terapéutico, sentimientos libidinales y agresivos, por lo que se considera importante utilizar la contratransferencia como valioso instrumento empático. Se recomienda un entrenamiento especial en el que se revise y se trabaje con modificaciones a la técnica tradicional del psicoanálisis, así como, la coterapia y el registro de sesiones.

(3) Castillo y Yussif (1989), ponen en práctica un modelo de co-supervisión para formar a psicoterapeutas y desarrollar modelos con adolescentes en I.M.P.P.A. En el que se trabajó con un Grupo de Adolescentes entre 14 y 15 años, y un Grupo de Padres.

(4) Carrillo y cols. (1993) plantearon como objetivo la formación de psicoanalistas y psicoterapeutas a través de grupos de formación, también llamados *Groups T* o grupos centrados en los fenómenos que surgen dentro del grupo. Los autores concluye que una formación completa es aquella que enlaza y abarca los saberes *del* y *sobre* el inconsciente y que articula teoría y práctica.

(5) Yussif y cols. en 1995 describieron la experiencia del curso "Psicoterapia de Grupo Bajo Supervisión", partiendo de que es fundamental vincular el aprendizaje con la experiencia. Se entrevistó a 40 pacientes los cuales fueron distribuidos en dos grupos terapéuticos. Uno fue observado a través de la cámara de Gesell, por todo el equipo. Al otro grupo, se le supervisó, en base a la relatoría que proporcionaban los observadores y los terapeutas; aunado a una serie de vivencias anteriores a la supervisión, se generaron problemas entre los dos equipos que se conformaron, uno de ellos tuvo problemas con la terminación del trabajo clínico debido a las ansiedades que se despertaron y que no se mencionaron durante la supervisión, por lo que no pudieron ser elaborados. A pesar de esto se atendió de manera más eficiente a un mayor número de pacientes en comparación de los que podría atender un solo terapeuta experimentado.

(6) Yussif (1996) muestra reflexiones sobre la experiencia del modelo de supervisión que se impartía en la Especialidad de Psicología Clínica y Psicoterapia en Instituciones de la Facultad de Psicología. Concluye que durante el proceso de formación fue necesario valorar constantemente las reacciones del grupo de estudiantes respecto de las ansiedades básicas que se movilizan en relación al objeto de estudio, que eran los pacientes. Se encontró que el análisis y la elaboración de las ansiedades que surgían durante el proceso estaban estrechamente ligados al éxito con los pacientes. Este

proceso de aprendizaje implica la ruptura y el abandono de viejos esquemas y conocimientos internalizados, pone en movimiento afectos intensos y difíciles de manejar.

(7) Yussif (1997) En la Maestría en Psicología Clínica Infantil en la Universidad de Morelos se supervisó el trabajo terapéutico de un grupo de estudiantes, las que trabajaron con grupo terapéutico, integrado por madres de niños que en ese momento estaban en tratamiento psicoterapéutico. Los psicoterapeutas y el resto del equipo, observan la sesión a través de la Cámara de Gesell. Durante y después de la observación, se realizaba el análisis del material clínico. El proceso permitió valorar y analizar las reacciones del grupo de estudiantes, respecto a las ansiedades básicas que se movilizan en relación al grupo de madres y las ansiedades básicas de las terapeutas.

(8) Yussif *et. al.* (2002) presentan resultados de la investigación, que en encuentran al inicio del proceso de formación está presente la resistencia al nuevo aprendizaje y a contactar con los sentimientos que surgen durante el trabajo clínico En la medida en que se sienten más confiadas y seguras la supervisión se convierte en un espacio de contención de las ansiedades. Se encontró durante el proceso que existían diversos grados de dificultad para contactar con los sentimientos generados en el grupo de formación hacia el grupo terapéutico, debidos a la intensidad de los mismos. Lo que se pudo concluir al final de este trabajo es que los terapeutas aumentaron su sensibilidad y manifestaron sus sentimientos positivos hacia los pacientes que terminaron el proceso terapéutico. Se logró la integración del grupo de formación, y en cuanto a las habilidades adquiridas en este proceso se encontró que siempre fue en forma ascendente.

(9) Yussif *et. al.* (2003), como parte de los resultados de investigación concluyeron que existen pocos reportes en la licenciatura sobre estudios relacionados con la supervisión en grupo para la formación de psicoterapeutas de grupo por lo que proponen realizar investigaciones controladas que permitan vincular la práctica profesional supervisada de psicólogos y psicoterapeutas a los más recientes hallazgos en el campo. Durante la experiencia formativa se

manifestó el miedo a: los propios sentimientos contratransferenciales, ser observado, desintegrar al grupo, y a la confrontación personal a través del material de los pacientes, entre otros. Reportan que al final del proceso se logró contener las ansiedades que se movilizaron durante el proceso. Se recomienda dar mayor atención al aspecto afectivo del aprendizaje.

(10) García J., (2005) encontró entre sus conclusiones que el tratamiento grupal, adquiere mayor importancia al paso del tiempo, ya que la percepción social sobre el requerimiento de ayuda profesional ha cambiado positivamente, por lo que se puede observar justamente un cambio ascendente en el comportamiento de la demanda de atención psicológica. También planteó que el modelo de supervisión aportado por Yussif (1995), convierte al fenómeno de la resonancia psicológica en una fortaleza para el trabajo terapéutico, ya que un objetivo fundamental fue trabajar los sentimientos que surjan en resonancia a los pacientes. Esto permitió la construcción de una conexión empática, a través de hacer consciente el conflicto desde el grupo académico, esclareciendo los lados ciegos que no permitían entender claramente la problemática planteada por los pacientes.

(11) Yussif D., *et. al.* (2006) presentaron los resultados del trabajo con un Grupo en Formación integrado por estudiantes de 9° semestre y con un Grupo Terapéutico. Al final de la experiencia terapéutica se percibió que los niveles de estrés fisiológico permanecieron igual según lo reportado en los registros inicial y final, sin embargo de acuerdo a observaciones hechas, se manifestó una mejor respuesta ante la situación de estrés.

Se encontró que las habilidades que se requieren para el trabajo psicoterapéutico no son fáciles de desarrollar, solo a través del trabajo y la experiencia; están íntimamente relacionadas con la historia personal del psicólogo y a pesar de que son aspectos señalados y difíciles de evaluar, se observó el impacto que tienen sobre la efectividad de la psicoterapia.

(12) Yussif en el 2007 observó que la identificación y el análisis de las ansiedades que obstaculizan el trabajo y la integración de los afectos escindidos durante la supervisión, permite una mayor confianza y participación

libre y espontánea de los estudiantes en formación y de los pacientes. Se concluyó que lograr una mejor comprensión de sí mismo y de los pacientes, incrementa la capacidad de *insight*; detectar los niveles de ansiedad propios, las reacciones defensivas y proyectivas, y la respuesta contratransferencial, deja al psicólogo manejar de una mejor manera sus respuestas de ansiedad y fortalecer su identidad profesional, lo que se traduce en un trabajo más adecuado con los pacientes y en mayores logros terapéuticos.

## MÉTODO

### JUSTIFICACIÓN

La importancia de que los psicólogos en formación desarrollen las habilidades clínicas desde una perspectiva psicoanalítica, se debe a que es necesario tener en cuenta, cómo el contacto directo que el psicólogo tiene con el otro, lo enfrenta a su propia vida, a su salud o enfermedad y a sus alegrías o frustraciones, generando que estos procesos internos del terapeuta influyan positiva o negativamente en la atención que se le da al paciente. Subrayándose así que todo terapeuta debe desarrollar el autocuidado, entendido éste, como toda aquella actividad que realiza para él mismo y por iniciativa propia en cuanto a su salud y bienestar (Bateman & Fonagy, 2005; Gabbard, 2002; Loubat, 2005; Yussif, 1995; Yussif, 2002; Yussif, 2006; Yussif, 2010). Esta atención que el psicólogo en formación se debe brindar a sí mismo, es un aspecto prioritario en todo programa de entrenamiento, representa la capacidad para atender la propia experiencia subjetiva, especialmente las relaciones afectivas de la relación paciente-terapeuta (Valenzuela, 2011).

El psicólogo debe utilizar su *self* como instrumento de trabajo, por tanto, deberá estar preparado para aprender a detectar sus emociones, organizar su pensamiento y analizar sus reacciones, con el objeto de tener la sensibilidad, capacidad, comprensión y empatía necesarias que le permitan hacer intervenciones terapéuticas pertinentes y adecuadas (Yussif, 2001; Yussif, 2006).

Se considera que la base del autocuidado del terapeuta en formación, es la supervisión, que no se trata sólo de enseñanza teórica, aunque ocasionalmente ésta puede ser incluida, tampoco de llevar a cabo un entrenamiento en diversas técnicas, aunque en ciertos momentos esto puede requerirse y mucho menos, de psicoterapia del supervisado por el supervisor, aunque existan momentos en los que se hace necesaria la contención del supervisado. Durante la supervisión se establecen vínculos que generan vivencias y expresiones afectivas muy intensas: uno es el que se establece entre

supervisor y supervisado para analizar otro vínculo, el de psicólogo y paciente (Valenzuela, 2011; Yussif, 1995).

Parte del proceso de formación de psicólogos se llevó a cabo a través de una psicoterapia de grupo, cuyo objetivo es establecer relaciones interpersonales más sólidas e íntimas, y propiciar que las personas aprendan a relacionarse con los demás.

La terapia breve es una forma de intervención con amplia difusión en la psicoterapia en los últimos años, su mayor auge ha sido a partir de la década de los años 80, de hecho en la actualidad, la mayoría de los tratamientos psicoterapéuticos son breves, ya sea por la propuesta de las instituciones (10-20 sesiones) o por el abandono prematuro del tratamiento (menos de 6 sesiones). Esta modalidad de supervisión de la psicoterapia breve de grupo, permite atender de manera más eficiente a un mayor número de pacientes en comparación con los que podría atender un sólo terapeuta experimentado (Valenzuela, 2011).

## **OBJETIVO GERNERAL**

El objetivo de este Reporte de Prácticas es describir y resaltar la importancia del proceso de formación y adquisición de habilidades en los alumnos de Psicología Clínica y Psicoterapia I y II, desde una perspectiva propiamente psicoanalítica, que permite enriquecer la comprensión de sí mismo y fomentar la salud mental del psicólogo encaminada al autocuidado, mediante la supervisión. Las habilidades centrales con las que se va a trabajar a lo largo del informe son: 1.- Atención de procesos inconscientes, 2.- Incremento de la capacidad de *insight* o introspección, 3.- Percepción de la ansiedad, y 4.- Detección de la respuesta contratransferencial.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer la experiencia de aprendizaje en un grupo de estudiantes con formación competente y parcial del Programa de Formación y Adquisición de Habilidades para el Psicólogo Clínico.

- Enfatizar la importancia de utilizar la observación como herramienta para enseñar a trabajar a un grupo con otro grupo.
- Resaltar la importancia de trabajar con un enfoque vivencial para desarrollar habilidades clínicas.

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Diseño mixto: La primera fase del presente informe se hizo un análisis cualitativo del material y en la segunda fase se realizó un análisis estadístico de los datos con la prueba estadística de Kruskal-Wallis.

## **VARIABLES**

Variable dependiente: Habilidades en los estudiantes.

Variable independiente: Programa de *Formación y Adquisición de Habilidades Estratégicas Psicoanalíticas para el Psicólogo Clínico*.

## **HIPOTESIS**

H1.- Los alumnos que cursen el programa de *formación y adquisición de habilidades estratégicas psicoanalíticas para el psicólogo clínico* completo, desarrollarán más habilidades que aquellos alumnos que tengan una formación parcial.

H2.- Los alumnos que cursen parcialmente el programa de *formación y adquisición de habilidades estratégicas psicoanalíticas para el psicólogo clínico*, desarrollaran menos habilidades que aquellos alumnos que cursen el programa completo.

## MUESTRA

### \*Grupo de Formación Parcial:

\*Grupo en Formación Parcial de 8° semestre: integrado por 6 alumnos, 3 mujeres y 3 hombres, de edades entre 21 y 24 años,

\*Grupo en Formación Parcial de 9° semestre: integrado por 9 alumnas, de edades entre 21 y 24 años,

\* Grupo en Formación Completo (8° y 9°): constituido por 9 alumnos, 5 mujeres y 4 hombres 21 y 24 años, y dos de 32 años. (Fig. 1).

El Grupo en Formación de 8° estuvo contituido por 15 alumnos y el de 9° por 18 alumnos.

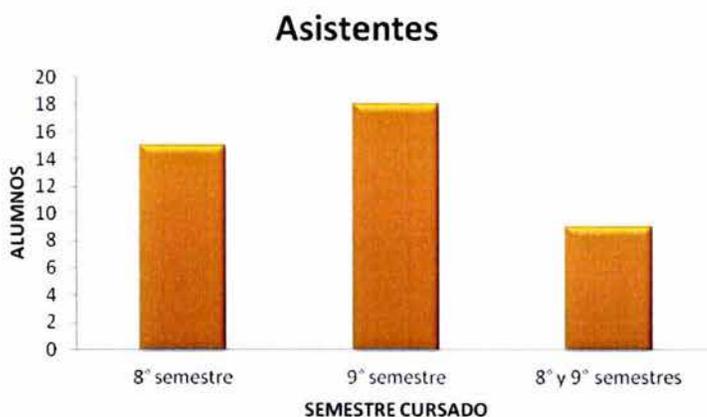


Fig. 1 Alumnos asistentes del Grupo en Formación.

\* Grupo Terapéutico: se entrevistaron 28 pacientes, se integró por 8 pacientes, entre 17 y 25 años de edad, que cursaban bachillerato y licenciatura, con problemáticas como ansiedad, angustia, depresión y baja autoestima, entre otras (Cuadro 1) (Fig.2).

Cuadro 1. PACIENTES ENTREVISTADOS QUE FORMARON EL GRUPO TERAPÉUTICO

	NOMBRE	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	MOTIVO DE CONSULTA <sup>4</sup>	EXPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO
1	E	25 años	Soltero	Pasante de Licenciatura	Insalubridad emocional, problemas de nerviosismo e inseguridad, crisis de ansiedad y depresión.	Recuperar la salud.
2	H	23 años	Soltero	Estudiante de Licenciatura	Apoyo psicológico, baja autoestima y depresión.	Estar bien de salud.
3	R	17 años	Soltero	Estudiante de Bachillerato	Problemas de autoestima.	Ser ayudado y orientado para poder salir adelante.
4	D	18 años	Soltera	Estudiante de Licenciatura	Creo que tengo problemas de ansiedad y angustia se me ponen moradas las manos y me duelen las piernas.	Que le ayuden a resolver sus problemas.
5	A	19 años	Soltera	Estudiante de Bachillerato	Baja autoestima y déficit de atención.	Resolver mis problemas.
6	L	23 años	Soltera	Estudiante de Licenciatura	Sufro de celos y comportamientos obsesivos.	Que me ayuden a no ser insegura.
7	K	23 años	Unión libre	Licenciada	Necesito cambiar mis pensamientos, mis actitudes y mi conducta.	Obtener herramientas para cambiar, ser tolerante y no tener pensamientos negativos y no caer en lo anterior.
8	U	25 años	Soltero	Estudiante de Licenciatura	Depresión malas relaciones interpersonales, ansiedad y desconfianza.	Saber qué hacer con mi relación actual.

<sup>4</sup> El motivo de consulta es una extracción literal de la ficha de identificación elaborada por el paciente.



Fig. 2 Frecuencia de problemáticas presentadas en los pacientes del Grupo Terapéutico.

## ESCENARIO

Se trabajó en el CSP “Dr. Guillermo Dávila” ubicado en el sótano del Edificio “D” de la Facultad de Psicología, en C.U. Se utilizaron las Cámaras de Gesell 5 y 6; 14 y 15, cada aula mide aproximadamente 5 metros de ancho, por 6 metros de largo, con sillas acomodadas en círculo durante 8° semestre y en 9°, acomodadas frente a la cámara de Gesell, la cual tenía el mismo ancho de las aulas y una longitud aproximadamente de 2 metros.

## MATERIALES

Cámara de Gesell, equipo de sonido, video grabadora, grabadora de sonido, sillas, pantalla LCD, computadoras y memorias USB. Y para el análisis del proceso se utilizó material bibliográfico, minutas, ejercicios autorreflexivos, análisis de las experiencias vividas por parte de los participantes, material clínico de los pacientes, transcripción de los archivos de grabación y Trabajos de Integración Final.

## PROCEDIMIENTO

### Fases por las que transcurrió la práctica

De acuerdo a la metodología de la práctica, ésta se divide en dos períodos: el primero fue 8° semestre, que comprendió la presentación del Grupo en Formación, integración grupal, cohesión grupal y el Trabajo de Integración Final de este semestre. El segundo período que fue 9° semestre abarcó la realización de preconsultas para formar el Grupo Terapéutico, el Proceso Terapéutico, el Trabajo de Integración Final de 9° y el cierre del curso. En ambas fases se trabajó bajo una formación teórico-vivencial; como puede apreciarse en el Diagrama de Gant (Fig. 1), en el que se muestra la cronología de las actividades mencionadas.

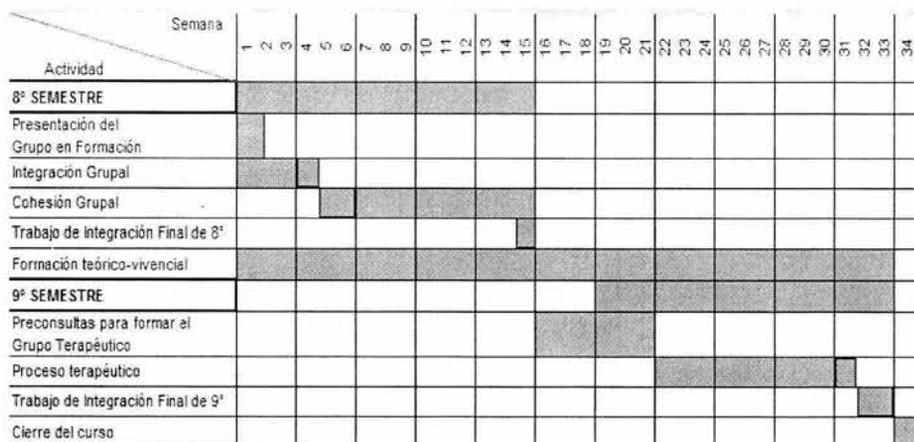


Fig. 1. Diagrama del Programa de Prácticas Profesionales.

#### a) Fundamentación teórico-práctica de 8° semestre.

Se llevó a cabo un proceso formativo organizado y estructurado en la práctica profesional que contribuyera al desarrollo integral del estudiante, promoviendo saberes teórico-técnicos y basados en la experiencia, necesarios para el manejo adecuado de cogniciones y emociones frente a un grupo de pacientes incrementando la capacidad de escucha analítica, además de identificar, reflexionar, analizar y expresar sus experiencias emocionales, así como sus procesos contratransferenciales.

## **b) Selección de pacientes e integración del grupo terapéutico de 9°.**

Dos semanas antes de iniciar las clases de Psicología Clínica y Psicoterapia II, se trabajó con algunos alumnos del 8° semestre en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", realizando entrevistas conforme a los lineamientos establecidos dentro de este Centro, con la finalidad de tener un mayor número de candidatos e integrar el grupo terapéutico.

En las **primeras tres clases** del noveno semestre se trabajó de manera paralela, en la presentación de los integrantes del Grupo en Formación de 9° y en la revisión de las pre-consultas e historias clínicas de los candidatos a formar parte del Grupo Terapéutico. Durante estas clases se dijo cómo se iba a trabajar durante el curso, el material para leer, los trabajos a entregar y las minutas que se tenían que realizar cada clase.

Los criterios de inclusión que se establecieron para los candidatos al Grupo Terapéutico fueron: edad entre 18 y 25 años, estudiantes, sin patologías severas, que no fueran alumnos de la facultad de psicología, sin duelos no resueltos, no agresión intrafamiliar, no violación, sin adicciones, no incesto, sin problemas de identidad sexual, no tan demandantes y con una disponibilidad de horario para asistir al Grupo Terapéutico; esos criterios se determinaron dada la estructura del programa: una psicoterapia breve con objetivo y tiempos limitados; además de que los coterapeutas son noveles, con poca experiencia y con alto nivel de ansiedad.

A todos los pacientes se les dijo que el problema que ellos tenían se podía comenzar a trabajar con la terapia de grupo, pero que finalmente ellos están en la libertad de elegir si deseaban o no formar parte del Grupo Terapéutico.

Se hizo la elección para ver quiénes serían los coterapeutas para el Grupo, se analizaron las características que debían tener los coterapeutas: presencia, liderazgo, habilidades para coordinar al grupo, empatía, habilidad para entender lo que le pasa al otro, capacidad de autorreflexión, flexibilidad,

habilidad para dar y recibir información, tolerancia a la frustración, capacidad para poder observarse y salirse del rol, entre otras.

La maestra comentó que el Grupo en Formación sería quien propondría y daría las razones para elegir a los coterapeutas, entre estas estaban la participación, desempeño y habilidades adquiridas durante el 8° semestre de formación. Se integraron 6 parejas y se argumentó por qué serían buenos coterapeutas, después de hacer una elección a través de votos quedaron 2 parejas: una fue de dos hombres y la otra conformada por un hombre y una mujer; el grupo resaltó los beneficios de cada una, se compartieron ideas y se comentaron las ventajas y desventajas; al final se concluyó que la pareja de coterapeutas estaría conformada por dos coterapeutas noveles, ambos del sexo masculino: Jonathan y Juan.

### c) Proceso terapéutico

Basado en el Modelo de Formación de Yussif (1994), se utilizaron como dispositivos de aprendizaje, la supervisión, la observación *in situ* y la coterapia entre estudiantes. Se promovió el establecimiento de la reflexión y diálogo en tres tiempos: pre-sesión, sesión y post-sesión. La **pre-sesión** con una duración de 30 minutos, en este espacio de supervisión se daban indicaciones sobre el manejo terapéutico durante la sesión, se hablaba de las ansiedades y de los objetivos terapéuticos para cada sesión. La **sesión** terapéutica, consistió en la observación *in situ* a través de la Cámara de Gesell, donde se llevaba a cabo el proceso terapéutico. Y la **post-sesión** en la que se supervisaba el material clínico de los pacientes

En la pre y post-sesión se supervisaba la respuesta que el Grupo en Formación tenía respecto al material de los pacientes, se favorecía incrementar la introspección o *insight* de cada alumno, la percepción y manejo de la ansiedad, la detección de la respuesta contratransferencial y se propiciaba el análisis de aquellos aspectos que obstaculizaban el trabajo clínico.

Objetivo Terapéutico: Propiciar la capacidad de *insight*, la libre participación, entender las motivaciones inconscientes y promover la adquisición de autonomía emocional, académica y económica en los pacientes.

Ubicación: Cubículos 5 y 6; 14 y 15 del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" ubicado en el Sótano del Edificio D de la Facultad de Psicología con domicilio en Av. Universidad 3004 Col. Cópilco Universidad, Delegación Coyoacán, México DF.

Psicoterapeutas en Formación: Jonathan y Juan

Supervisora: Lic. Dalila Yussif

Duración de la terapia de grupo: 10 sesiones (1 sesión por semana) de 1 hora y 30 minutos cada una.

No. de pacientes: 8 pacientes (4 hombres y 4 mujeres).

Grupo en formación: 18 alumnos de 9° semestre.

Durante el Proceso Terapéutico se pudieron distinguir tres etapas en la vida tanto del Grupo en Formación, como del Grupo Terapéutico: 1.- El grupo en sus inicios: de la primera a la tercera sesión terapéutica, 2.- El grupo a lo largo del proceso: de la cuarta a la séptima sesión terapéutica, y 3.- Terminación: de la octava a la décima sesión terapéutica.

## **ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN**

Para el presente reporte de prácticas se recabó la información vivencial a través de grabaciones de audio cada clase y sesión terapéutica, las cuales fueron transcritas para realizar minutas, que posteriormente se contrastaron con las minutas realizadas por los demás alumnos del Grupo en Formación. Así mismo se recabo la información de los trabajos de integración final.

Las minutas que eran realizadas por los alumnos, daban a notar que aunque era la misma información y el mismo escenario, cada alumno percibe las cosas de distinta manera y pone atención a aspectos diferentes de la dinámica

grupal, además que los puntos que ahí se plasmaron están relacionados con la vida de cada uno.

De acuerdo a la información de las minutas y los Trabajos de Integración Final, se hizo un análisis de la información para hacer viñetas que correspondieran a cada una de las habilidades: 1.- *Atención de procesos inconscientes*, 2.- *Incremento de la capacidad de insight o introspección*, 3.- *Percepción de la ansiedad* y 4.- *Detección de la respuesta contratransferencial* (Yussif, 1994). Por el amplio contenido de las viñetas, podrían estar incluidas en más de una habilidad, sin embargo como las habilidades no son mutuamente excluyentes, se tomó como principal criterio de inclusión la mención de las palabras en las viñetas, que se adecuaran más a las definiciones correspondientes de cada una de las habilidades, expuestas en el marco teórico. Para posteriormente, mediante un análisis de frecuencias de las viñetas de las habilidades, reportar en gráficas la adquisición de estas, en octavo y noveno semestre.

Para el mejor desarrollo del programa expuesto por Yussif (1994), y con finalidades didácticas es importante mencionar que cuando se evalúa la habilidad de atención de los procesos inconscientes se considera la información relacionada al preconscious de los alumnos, reportada en los trabajos, ya que fue información más fácilmente atraída a la consciencia, con las estrategias de aprendizaje que se utilizaron a lo largo del proceso de formación de los alumnos, que la información del inconsciente.

Y al hablar de contratransferencia o respuesta contratransferencial estaremos haciendo referencia a la respuesta que los alumnos en formación hubiesen tenido en la situación analítica al encontrarse como coterapeutas en el proceso terapéutico. Rescatando así la información de la adquisición de esta habilidad en casos hipotéticos.

## RESULTADOS

### 1.- RESULTADOS DESCRIPTIVOS:

#### RESPUESTAS QUE SE GENERARON EN FUNCIÓN DEL PROCEDIMIENTO UTILIZADO DURANTE LAS CLASES.

##### COMIENZO DEL 8° SEMESTRE

###### Integración grupal.

En la **primera clase** de Psicología Clínica y Psicoterapia I, la dinámica consistió en que cada asistente se presentara, dando su nombre, el área de preferencia (clínica, laboral, experimental, fisiología o educativa), su edad y las expectativas respecto a esta materia. Este modo de presentación permitió conocer información relevante de cada integrante del grupo y propició identificaciones entre aquellos que compartían algunos intereses.

Durante la **segunda clase** se planteó que cada semana dos alumnos distintos del grupo tomarían minutas, con la finalidad de complementar la información que se observara, se puntualizó que la minuta sirve para revisiones posteriores, además de proporcionar información a los participantes que no hayan estado presentes en la clase. El contenido teórico se trabajó a manera de exposición, notándose que la profesora Dalila<sup>5</sup> no solo hacía preguntas a nivel teórico, si no también muy específicas, esperando respuestas igual de específicas con críticas ante el material teórico revisado y con cierto análisis. Ante esta situación el grupo se manifestó desubicado y ansioso como se observa en la siguiente viñeta: *“Jessica comenta la sensación que le producen las preguntas tan específicas que se pueden llegar a hacer, habla de la ansiedad e incertidumbre sobre la comprensión del texto trabajado, sentimiento que comparte con la mayoría del grupo”*.

---

<sup>5</sup> Lic. Dalila Yussif Roffe: Profesora de la materia de Psicología Clínica y Psicoterapia I y II; Supervisora de la práctica; Directora del Informe de Prácticas.

La evidente falta de participación que hubo en esta clase hizo que la maestra Dalila se detuviera a preguntar si la dinámica de trabajo con exposiciones resultaba adecuada, los alumnos expresaron su sentir al respecto comentando que no sólo eran las exposiciones, sino también las participaciones, lo cual no estaban tan acostumbrados a hacer, ni tampoco a analizar los textos durante la clase, sin embargo, asumieron que era cuestión de tiempo poder desarrollar la reflexión y el análisis, manifestar mejor sus participaciones dentro de ese espacio de formación para que la información enriqueciera cada clase.

La maestra exhortó a todos a participar activamente; la profesora invitó a los alumnos a pensar y a encontrar una respuesta a sus propias dudas, es decir, alguien le hacía una pregunta y ella respondía: ¿tú qué piensas de eso?, aunque esta técnica generó ansiedad, parecía una buena estrategia de aprendizaje.

El rubro de las participaciones causó mucha incertidumbre entre los alumnos presentes, debido a que no sabían de qué manera y bajo qué criterios serían válidas las intervenciones que cada uno pudiera hacer, por lo cual, la maestra sugirió que la calidad de las participaciones tenía que ver con el conocimiento, la comprensión, el cuestionamiento y el análisis crítico del material y las dudas, dado que estas reflejan el interés hacia las lecturas. Al mencionarse el rubro del Trabajo de Integración Final, se generó un silencio incomodo; se dijo que este trabajo tenía que estar terminado antes de que el semestre concluyera para que los compañeros del grupo lo leyeran, hubiera retroalimentación y los mismos alumnos lo evaluaran. Al final se resaltó que la importancia de establecer los criterios de evaluación era que no se sintieran sorprendidos con la calificación final.

Esta viñeta evidencia que ya se estaba dando una cohesión grupal: *“Lorena, una estudiante que no era parte del Grupo en Formación comentó: los alumnos deben intentar percibir con mayor detenimiento lo que sucede en el grupo, cosa que sería muy enriquecedora; ya que en general el grupo ha ido avanzando en el transcurso de las 4 semanas anteriores a esta clase, hoy existió una mayor interacción y una mejor discusión del texto debido a que la participación*

*incrementó y ahora los silencios van disminuyendo, tanto en número como en duración”.*

La falta de participación hizo que la maestra se detuviera a preguntar si la dinámica de trabajo con exposiciones resultaba adecuada, incluyendo que la participación activa por críticas del material revisado, entre otros elementos, serían parte de la evaluación, por tal motivo resultaría necesario que los alumnos expresaran su sentir al respecto.

Para la **tercera clase** en el grupo se retomaron preguntas de la sesión anterior que no habían quedado resueltas, aclarándolas con la revisión teórica y la aportación de los alumnos. La maestra exhortó a todos los alumnos a participar activamente invitándolos a pensar y a encontrar una respuesta a sus propias dudas, es decir, alguien le hacía una pregunta y ella respondía: ¿tú qué piensas de eso?

En la **cuarta clase** se definieron los parámetros de evaluación de la materia, de acuerdo a propuestas que los alumnos y la maestra aprobaron en conjunto, los criterios de evaluación quedaron establecidos de la siguiente manera: Minutas 30%; Trabajo de Integración Final 20%; Participación 20%; Asistencia 10% y Tareas / Exposiciones 20%; la profesora mencionó que todos iniciaban el curso con la más alta calificación, dependiendo de cada quien mantenerla o disminuirla.

En el rubro de las participaciones, la maestra sugirió que la calidad tenía que ver con el conocimiento, la comprensión, el cuestionamiento, el análisis crítico del material y las dudas, dado que éstas reflejan el interés hacia las lecturas. Al mencionarse el criterio del Trabajo de Integración Final, se dijo que tenía que estar terminado antes de que el semestre concluyera para que los compañeros del grupo lo leyeran, hubiera retroalimentación y los mismos alumnos lo evaluaran.

La profesora señaló dos puntos importantes: es necesario comprender lo que le sucede a cada alumno al estar involucrado en un determinado ambiente, para que así se pueda comprender a los pacientes cuando acuden a terapia

psicológica, se debe quitar la actitud pasiva, para que se genere un trabajo que proporcione un conocimiento más enriquecedor. Y como segundo punto refirió la necesidad de comprender el texto a profundidad, ya que se tocan aspectos de índole personal que se ven reflejados en la comprensión de ciertos temas, dado que cuando alguna temática llega a hacer 'ruido', se puede dar una reacción que no permita comprender el texto en su totalidad.

## 2.- Cohesión grupal.

La segunda parte del trabajo terapéutico, comprendió 4 sesiones. Lo más relevante de esta etapa fue la cohesión que se estaba logrando en el Grupo Terapéutico, se compartieron más temas y experiencias personales; en contraste con la dinámica que se estaba dando en el Grupo en Formación, en la cual no se presentaba una clara cohesión.

En la **quinta clase** la profesora pidió una autobiografía, con la finalidad de incrementar la capacidad de *insight*, auto-observación y autorreflexión.

Se revisaron temas como el "determinismo psíquico" y "el pasado es el prólogo", lo que llevó a reflexionar que es necesario averiguar cómo fue la historia de vida del paciente, cómo llegó al escenario actual e indagar situaciones que explican cómo las experiencias de la infancia y la niñez son determinantes cruciales de la personalidad adulta. La maestra pidió de tarea un recuerdo de la infancia, junto con la sensación que se tenía del recuerdo, y compararlo con la actitud en relaciones posteriores.

En la **sexta clase** se abarcaron los conceptos de "transferencia, contratransferencia, resistencia, mente y cerebro en psiquiatría, y el rol del psiquiatra dinámico en la experiencia contemporánea". La profesora menciona que una forma de trabajar los patrones de conducta repetitivos es: analizarlos, señalarlos y proceder a preguntar por qué se está actuando así, con la finalidad de generar *insight*, particularmente sobre aquellas conductas que fueron motivo de consulta y que son generadoras de conflictos. Para ponerlo en práctica la maestra dejó de tarea una reflexión donde cada uno haya tenido un *insight*

sobre una situación que vivieron y que los hizo cuestionarse, pudiendo estar relacionada con la familia, la pareja, los amigos, etc.

Los contenidos teóricos en relación con las reflexiones personales, hasta esta clase, sugieren de manera evidente que para realizar un "adecuado" trabajo clínico, resulta indispensable la supervisión para trabajar las emociones y sentimientos que provoca el material revisado, y es necesario en la medida de lo posible, acudir a terapia de forma personal para esclarecer nuestros propios conflictos y para que no obstaculicen el proceso terapéutico.

En cuanto a la dinámica del grupo se observó que el conocimiento iba siendo acumulativo; tanto los alumnos como la profesora, brindaron más ejemplos del quehacer psicológico, del contexto sociocultural y ejemplos hipotéticos, los cuales ayudaron a la comprensión del material teórico, sin embargo, durante la clase continuaron los momentos de silencio, el grupo comentó que quizá se debió a que en algunas ocasiones es difícil comprender el texto a profundidad porque genera ansiedad.

En la **séptima clase** al hacer la lectura de la minuta de la sesión anterior la profesora comentó que *"existe la posibilidad de cambiar las cosas a la hora de recolectar la información, ya que es difícil hacer una minuta y más aún hacerla tan extensa. Hay que poner atención a ciertos conceptos para que estos no queden modificados, porque se puede distorsionar la información, éstas implicaciones pueden salir a flote en entrevistas o reportes de sesión ya que se le puede atribuir un sentido personal y modificar el significado de los conceptos que se mencionan, hay que tomar el concepto literal para mantener el sentido íntegro del mensaje que ha sido evocado por parte del emisor y que nosotros tendremos que recibir, por esto es necesario tomar nota de manera análoga a un telegrama, que nos dará la pauta y secuencia de lo que está aconteciendo y posteriormente se irá hilando para darle una cohesión, orden y sentido de lo que estamos recabando"*.

Se percibió cómo iba incrementado el aprendizaje en cuanto a la introspección y a la dinámica del grupo, algunos alumnos pudieron responder a sus propios

cuestionamientos y otros más pudieron retroalimentar las respuestas de otros compañeros.

En la **octava clase** se retomó el "Determinismo Psíquico", y se pudo observar que este contenido fue fundamental para la cohesión grupal, ya que se generó una discusión en torno al tema, como se muestra en la siguiente viñeta, en donde se retoma la información transcrita por el alumno que realizó esta minuta:

*"La maestra nos preguntó cuánta libertad de elección creemos tener y qué tanto podría estar determinado, a lo que Vicente respondió que en porcentaje serían un 80% elegido y 20% impuesto, dando pie a que la maestra les hiciera la misma pregunta a los demás, Diego lo vio como un proceso consciente-inconsciente, en donde las acciones están determinadas por el inconsciente, la maestra le preguntó por su porcentaje, pero Diego no contestó; lo hace Jessica quien dijo que 85% es decidido y 15% es determinado. Pedro interviene comentando que parte de la magia de la conciencia es hacernos creer que todo lo que hacemos lo estamos decidiendo, si nos basamos en nuestro conocimiento, podemos pensar que nada de lo que hacemos es por la toma de decisión, si no que todo es consecuencia de algo, sólo que no siempre conocemos las variables que nos están controlando, dice que su porcentaje sería 100% determinado.*

*Miguel respondió que en realidad no existe la posibilidad de elección, que es como "aquí nos tocó vivir", y la maestra le preguntó acerca de lo que pasa con esto, de "aquí nos tocó vivir", qué es lo que siente, cuál es el sentimiento de esta idea que él tiene.*

*Vicente respondió que a él le provoca frustración y angustia, ya que puede luchar con lo que tiene, pero no puede modificar las demás cosas, en un ejemplo de relaciones interpersonales, puede cambiar él pero si el otro no cambia, no se puede hacer algo, la maestra pide al grupo que se junten con ese sentimiento de angustia y que imaginen cómo se siente una persona cuando toma consciencia de esta situación y no pide ayuda psicológica, qué es lo que pasa.*

*Andrea retoma la idea ya expuesta acerca de que el pasado determina lo que eres, en donde hay una separación del yo y todo lo que hay detrás, por*

lo que la elección queda muy limitada. Jessica entonces cambió los porcentajes, sigue siendo un 85% y 15%, pero ahora el que tiene el mayor valor es lo que ya está determinado y el más pequeño es lo que se puede elegir, Diego comentó que él le daría los mismos porcentajes, Jonathan intervino diciendo que es muy fácil quedarse atorado, justificando que es así por las circunstancias que nos tocan vivir, por lo que Vicente mencionó que puede suceder eso y que a él lo deprime.

Dadas las opiniones de los alumnos la maestra pidió que se encontraran nuevamente con ese sentimiento y trataran de entenderlo, Jonathan lo ve de manera fatalista, ya que se preguntó por qué hacer algo, si ya todo está determinado, entonces sintió frustración cuando creyó que ya no había opción, aunque también pensó que lo poco que pueda hacer sirve para ganarle terreno a esa carga. Diego por otra parte mencionó la relación que le vio con el proceso terapéutico, la maestra le pidió expresar su sentir, sin racionalizar e indicó que los demás también participaran, Diego tuvo dificultades al expresar lo que siente, y dice "a ver voy a intentar sentir", cosa que causó risas, pero la maestra pidió que los demás también hicieran este ejercicio, que se dieran cuenta de los mecanismos de defensa que estaban usando para evitar encontrarse con sus sentimientos.

Jessica contestó que le causa angustia, pero que no la deprime, más bien la alienta a tratar de cambiar. Sandra comentó que también le causa angustia pensar que ya todo estuviera determinado en primera instancia y después actuar. Jocelyn mencionó que le genera angustia y la motiva a seguir en el proceso de autoconocimiento.

Alejandra comentó que le parecía interesante y enriquecedor porque ella siempre se había cuestionado, qué tanto las cosas están determinadas, y que la motiva a saber más y estar en constante cuestionamiento. Andrea mencionó la frustración que le causa dejar las cosas igual, ya que algunas situaciones que vivió como hija, se están repitiendo pero ahora como madre, la profesora comentó que se tiende a repetir aquello que no se ha elaborado.

Miguel respondió que siente satisfacción y curiosidad por saber qué es lo que sigue y le da la oportunidad de fantasear, independientemente de que si lo

*racionaliza o no, no comparte con la mayoría el sentimiento de angustia. A José le causa coraje pero trata de salir adelante.*

*Victoria mencionó que a ella le genera incertidumbre, puesto que el día de mañana puede dejar de existir y todos los planes pueden quedar sólo como pensamiento. A Juan le causa frustración, ya que cuando mira el pasado piensa “si no hubiera sucedido así, hubiera sido mejor”, le angustia que se repitan situaciones de manera inconsciente y le gusta cuando las cosas no están determinadas y pueden ser diferentes.*

*Consuelo dijo que anteriormente si le causaba conflicto y angustia, pero que ahora tiene un pensamiento mágico en el que cree que las cosas pasan por algo y donde todos los sucesos pequeños y grandes determinan cómo es ahora y trata de estar en sintonía con los sucesos, la maestra le preguntó su sentir y ella mencionó que siente una especie de confianza al dejarse llevar y sentir todo lo que le suceda”.*

Se observó que para este punto del curso ya estaba bien planteada una dinámica de grupo, donde se pudo identificar a quienes siempre intervenían, aquellos que lo hacían ocasionalmente, quienes participaban mínima o nulumamente; ligado directamente con características personales de cada uno, a pesar de esto la profesora solicitaba al grupo que participara.

De manera especial durante esta clase existió la oportunidad de hacer un autoanálisis donde todos compartieron lo que sentían; esta reflexión resultó diferente, ya que todos participaron y la discusión fue bastante enriquecedora.

En la **novena clase** se observó que los alumnos comenzaban a hablar abiertamente sobre lo que sentían, con respecto al material revisado, notándose que ha disminuido la confusión de conceptos y se manifiestan menos barreras en la comunicación.

Se hizo un *role playing*, en el que se representó una familia disfuncional: un adolescente problemático que golpea a sus compañeros de escuela, agresivo con su maestra y desafiante con su padre; el papá tenía esquemas muy rígidos en la enseñanza, agresivo y autoritario, inclusive con el terapeuta y por último la mamá se representó como una mujer sumisa que obedece a su esposo

incluso a costa de las peticiones de apoyo de su hijo. La profesora pidió a los alumnos que hicieran de tarea un análisis de la situación acontecida en el *role playing*, en la que expresaran qué harían en el lugar del terapeuta y cómo se hubieran sentido ante una situación así.

Durante **décima clase** la maestra observó a un alumno asustado y con un nivel de ansiedad alto, por lo que le pidió que compartiera con el Grupo en Formación lo que le ocurría, a lo que él comentó que se sentía así por la entrevista que acababa de realizar en el Centro de Servicios Psicológicos con un paciente que estaba diagnosticado con psicosis orgánica, que presentaba episodios agresivos con su esposa y con su hermana. La finalidad de presentar este y otros casos ante el grupo, fue contener la ansiedad del alumno por medio de la supervisión del caso, aunado a ligar los contenidos teóricos revisados durante este semestre y de ser posible con los adquiridos en semestres anteriores, al revisar material clínico en situaciones reales.

Se manifestó que había quienes se sentían satisfechos con la manera en la que se estaba trabajando en el curso y quienes no, y fue válido, porque de las diferencias surge la parte enriquecedora de que haya distintas aportaciones.

Miguel expresó sentirse confundido a causa de los parámetros y fechas de revisión de los temas que se habían establecido y que no se habían cumplido del todo. Ejemplificando esta situación se plantea la siguiente viñeta: *“Miguel se cuestionó por qué no se habían cumplido las metas en cuanto a la revisión del material teórico, el grupo sugirió que se debe a que se va abriendo una amplia gama de formas de pensar a favor o en contra de cada tema, lo que los lleva a invertir el tiempo no solo en la parte teórica, sino también en casos que algunos compañeros compartían dentro de la clase, opiniones y experiencias, que al final resultaban información enriquecedora e integradora a la parte teórica de esta materia. La maestra concluyó diciendo que en varias ocasiones había mencionado que la finalidad del curso no era solo una revisión teórica, era necesario adquirir herramientas y estrategias útiles para el psicólogo, ya que en general en la facultad se descuida el aspecto vivencial y no se le puede exigir a los alumnos tener un análisis personal.*

En la **décima segunda clase** el objetivo de trabajo fue generar mayor conciencia sobre la importancia de la entrevista clínica cuando se recopila la información del paciente, a través de la empatía del terapeuta. Dentro del Grupo en Formación se realizaron actividades que permitieron el entendimiento del proceso a nivel personal como: la elaboración de la propia ficha de identificación, donde el motivo de consulta fue la parte fundamental ya que generó en los alumnos una mayor empatía con los pacientes.

La segunda tarea fue la realización de otro *role playing*, se solicitó un terapeuta y un paciente, la problemática a simular consistía en que el paciente fue abandonado por su padre cuando tenía 8 años, tenía problemas con su madre y su pareja. Al finalizar la actividad se le pidió a los participantes que expresaran todo lo que habían sentido durante la representación y se solicitó al Grupo en Formación que describieran cómo hubieran actuado en el lugar del terapeuta.

Durante esta clase se observó que la cohesión en el grupo se iba concretizando, aunque existía todavía ansiedad al participar en actividades proyectivas y reflexivas, quizá por la manera en cómo se podían manifestar los propios conflictos dentro de una actividad introspectiva, sin embargo, hubo una participación e integración más eficiente del grupo, ya que algunos alumnos exteriorizaron sus problemáticas.

En la **décima cuarta clase** como último contenido teórico se abordó la terapia de grupo y los beneficios que tiene comparada con otras terapias, dentro de ésta se resaltó la importancia de que haya dos coterapeutas en una terapia grupal, ya que es necesario que exista una comprensión entre ambas figuras para que la carga del material clínico no recaiga en una sola persona. Se mencionó que el proceso de transferencia se da de un modo distinto en la terapia de grupo, pues un paciente puede ver a personajes significativos de su vida, no solo en el terapeuta, sino también en el resto de sus compañeros.

En esta clase se dejó un espacio para hablar del Trabajo de Integración Final que se entregaría dos semanas después: *“se trata de hacer una reflexión crítica, integrar lo que les llamó la atención durante el curso, con lo que hacen*

*en la clase o afuera [...] es importante que hagan un esfuerzo de comprensión, pues no se trata de volver a decir o transcribir algo que ya se dijo [...], se debe poner la idea que plantea el autor pero no de manera extensa, si se está a favor o en contra, mencionando el aprendizaje que la materia les deja, es decir, además de citar la referencia textual hay que hacer un trabajo reflexivo. Se pretende ver el nivel de compromiso y análisis de cada alumno, resultará útil revisar la manera en que cada uno inició el curso de Psicología Clínica y Psicoterapia I, y cómo lo finalizó".* Para terminar se mencionó que se entregaría una impresión del trabajo a la profesora y otra a cada alumno.

Para la penúltima clase del 8° semestre, después de hacer la entrega del Trabajo de Integración Final a todos los compañeros, se pidió a cada uno que hablara sobre el propio trabajo realizado, algunos comentarios fueron:

*José.- Lo aborde desde la perspectiva de "conocerme a mí mismo". Decidí exponer el caso de mi paciente con psicosis orgánica, y a partir de ahí hablar de los conceptos vistos en clase; también puse una parte más expresiva, desde que llegué al grupo, cómo me sentía, cómo fue cambiando la dinámica del grupo, el enfrentamiento, la resistencia que ponía, el aprendizaje que tuve y sobre todo porque mi perspectiva se enfoca más en lo cognitivo-conductual.*

*Alejandra.- Me gustó mucho cómo fui relacionando la parte teórica con lo que viví de manera grupal y personal, sobre todo cuando observé lo que logre con las tareas y al realizar el trabajo, me fui dando cuenta de lo que hice y también de lo que no hice en el curso. A nivel teórico como vivencial nos llevamos muchas cosas, algunos más que otros.*

*Miguel.- Mi intención era hacerlo muy metódico, quise redactar capítulo por capítulo pero al final de cuentas tuve dificultades en estructurarlo, por lo que después fui más flexible y fui haciéndolo con lo que me acordaba y sentía en esos momentos, también reflexioné acerca de para qué sirven los temas que estuvimos viendo y que fue lo que me dejó.*

*Jonathan.- Fue importante para mí seleccionar cuales puntos teóricos iba a plantear y cómo los iba a vincular con la experiencia personal.*

*Jessica.- Me sirvió mucho realizar el trabajo ya que a pesar de que no aborde todos los temas, sí algunos específicos, como la transferencia, los mecanismos de defensa y la contratransferencia. Al estar haciendo el trabajo lo fui identificando y poniendo en práctica, además la parte vivencial fue muy importante, considero que todas las tareas fueron muy productivas y creo que cumplí con el objetivo de la clase de adquirir nuevas habilidades.*

*Andrea.- La clase fue diferente a otras materias que había cursado, ya que a lo largo de las clases siempre había elementos que provocaban determinadas reacciones, algunas eran más difíciles de trabajar que otras. Pienso que adquirí habilidades que aún no son tan sólidas pero que puedo continuar trabajando, es como si se hubiera abierto una puerta importante que se debió abrir desde el principio de la carrera, y por eso creo que lo debo aprovechar y debe ser a corto plazo.*

*Vicente.- Me causa la sensación de estar expuesto y a la vez es una oportunidad de retroalimentación, considero no ser tan malo en redactar, reconozco que cada uno tiene su estilo, que se utiliza como parámetro de evaluación, lo que hace que el trabajo parezca completo y bien realizado, y entonces surge la posibilidad de cuestionarme si se está expresando lo que se desea, si está habiendo un entendimiento, que servirá para crecer.*

La maestra preguntó por qué se puede tener la sensación de estar expuesto, a lo que Consuelo comentó: *creo que cuando escribimos dejamos algo de nosotros, en mi caso me costó trabajo agregar información acerca de lo que el curso me dejó. Una de las cosas que más me interesa es tener acceso a los trabajos de todos mis compañeros, pues me da la oportunidad de saber cómo es que la otra persona piensa.*

La maestra sintetizó diciendo que compartir los Trabajos de Integración Final genera una oportunidad para darse cuenta cómo otra persona percibe las cosas, y a la vez una exposición a comentarios y críticas que vienen del otro, que sirven para retroalimentar el propio trabajo.

*Pedro.- Esa era una parte del curso, el aprender a exponer nuestras ideas, que se pusieran en juego y se debatieran, creo que muchos podemos tener un ojo*

*crítico pero no hipotetizamos y de alguna manera la visión del otro nos da para eso, permite preguntarnos por qué él piensa eso de mí y entonces empezar a generar hipótesis.*

La profesora hizo evidente que dentro del grupo había personas que no participan y cuando se observó que los comentarios eran muy buenos, con reflexiones interesantes y valiosas, pero la interrogante es por qué no participaban constantemente.

*Ana.- Se volvió enriquecedor el hecho de que cada uno de nosotros estuviera presente en el proceso que cada participante tuvo durante el curso, el observarse mutuamente, comparar las participaciones abiertas de cada uno con la integración final realizada, ver como fue el papel que cada uno jugó dentro la dinámica de la clase y ver lo que a la persona le quedó.*

En esta clase se dio el preámbulo para el cierre del curso, en general el grupo se mostró con agrado ante el ejercicio final que consistió en la lectura de los trabajos de todos los compañeros y hacer una devolución a cada uno, en principio porque el ejercicio fue novedoso para la mayoría de los alumnos y porque existían muchas expectativas con respecto a las críticas y comentarios que los compañeros realizarían con relación al trabajo propio que, como se expresó durante la clase, sería un aporte al crecimiento personal de los participantes.

## **COMIENZO DEL 9° SEMESTRE**

Se decidió que la pareja de para la coterapia estaría conformada por dos coterapeutas noveles, ambos del sexo masculino: Jonathan y Juan. Después de haber sido elegido, Jonathan expresó lo siguiente: *“El nombramiento de posibles parejas terapéuticas fue una experiencia llena de emociones mezcladas, sorprendentes y muy pocas veces vividas. Escuchar mi nombre de manera constante en las propuestas, escuchar las razones y argumentos que respaldaban su opinión, ver las experiencias de apoyo con gestos, miradas y ademanes, sentir tal clase de apoyo y reconocimiento hacia mi persona, fue algo que me impresionó y que tuvo impacto en mi interior. Cuando hablo del impacto producido en mi interior, me refiero a que al término de esta clase sentí*

*una enorme responsabilidad que había sido depositada sobre mí, pero que al mismo tiempo también la anhelaba”.*

### **c) Proceso terapéutico**

#### **1.- El grupo en sus inicios: de la primera a la tercera sesión terapéutica.**

La primera parte del trabajo en el Grupo Terapéutico, comprendió 3 sesiones, lo más relevante de esta etapa fue la presentación de los pacientes; deserciones que causaron ansiedad y otras respuestas en todo el Equipo Terapéutico y la conformación del Grupo Terapéutico.

En la **primera pre-sesión** los coterapeutas y el Grupo en Formación mostraban ansiedad e incertidumbre por lo que iba a pasar, cuantos pacientes iban a llegar, como iban a comenzar y a desarrollar la primera sesión del Grupo Terapéutico. Incluso uno de los terapeutas expresó que él no sabía que les iba a decir a los pacientes, que le gustaría hacerles una retroalimentación, a lo que la maestra comentó que no es necesario dirigir la sesión, ya que el desarrollo de la dinámica del Grupo Terapéutico debe ser libre y espontánea por parte de los pacientes.

A la **Sesión** terapéutica se citaron 13 pacientes, de los cuales llegaron 8: *E, K, U, H, A, D, L* y *R*, a los cuales se les aplicó la prueba IDARE. Los terapeutas entraron al *setting* analítico, se presentaron y dieron inicio a la presentación del Grupo Terapéutico, pidieron que dieran su nombre, ocupación, motivo de consulta, y las expectativas que tenían respecto a la terapia. Cada uno de los pacientes comenzó a plantear por qué estaban ahí; interactuando rápidamente. A una de las pacientes, comenzó a llorar cuando comentó la molestia respecto a sus padres y a la falta de apoyo de los mismos, esta situación propició que los demás pacientes se empezaran a involucrar, comenzaran a dar su punto de vista y dejaran ver parte de su propia problemática. Los temas de los que se habló fueron depresión, ansiedad, celos, pensamientos negativos, no cumplir expectativas, rechazo de los padres, no sentirse comprendidos e insatisfacción personal.

La participación de cada paciente provocó que los terapeutas trabajaran y trataran de entrelazar los discursos en una sola dirección. La sesión concluyó explicando a los pacientes como se iba a trabajar, en cuanto a la duración de la terapia, los horarios, los costos correspondientes y enfatizando el aspecto de la confidencialidad. Al término de la sesión, los pacientes comentaron sus dudas acerca del por qué se les asignó a terapia de grupo, inclusive uno de los participantes, U comentó: *“yo no sé cuál es la finalidad de que estemos aquí”*, entre estos, hubo comentarios de no haber sido informados de que iban a estar en terapia grupal, factor que provocó angustia en los terapeutas, al no entender ellos su propio papel dentro de la terapia.

En la **post-sesión** se retroalimentó a los coterapeutas comentando que fue una buena sesión, pero que es necesario no quedarse con lo superficial, porque entonces parecería que todo está bien; se debe de trabajar con la angustia de los pacientes y con la de los terapeutas. Se indagó lo que sintieron los coterapeutas cuando A rompió en llanto al expresar su motivo de consulta, Juan compartió que se sintió ansioso ante esta situación y no sabía qué hacer.

Se expresó que los coterapeutas no debían sentirse demandados, descalificados y sin herramientas, ya que la Terapia de Grupo con tiempos y objetivos limitados, es un trabajo fundamentado. La maestra comentó: *“se deben explorar los aspectos inconscientes que puedan surgir, lo que los pacientes están pensando, si los coterapeutas no pueden juntarse con esta parte del trabajo sentirán que no lo van a hacer bien. Que los pacientes digan qué es lo que les duele, el por qué están en el Grupo Terapéutico, hay que hacer que ellos identifiquen cuál es el dolor que necesitan aliviar, cómo deben analizarlo y confrontarlo, esto se considera como el Trabajo Terapéutico”*.

La profesora comentó que para ser la primera vez se realizó un buen trabajo, mencionó que ambos coterapeutas hicieron buenos comentarios, sin embargo deben adquirir más elementos para la segunda sesión. Al inicio y al final de la terapia se dio a conocer que los coterapeutas estaban ansiosos, por lo que se les pidió que reflexionaran sobre este trabajo y al Grupo en Formación se le

indicó que en su trabajo reflexivo se pusieran en el lugar de los coterapeutas para poder entenderlos y retroalimentarlos con comentarios.

En la **segunda pre-sesión** se comentó que era necesario considerar qué estaba pasando a nivel emocional e intelectual en los pacientes. Se dijo que no se debe sugerir, la ventaja del Grupo Terapéutico es que entre el grupo mismo se pueden decir qué hacer; lo que se tenía que trabajar primero era romper el discurso, no se necesita que los coterapeutas den consejos, sino que propicien la libre participación, se les tenía que hacer ver a los pacientes que los consejos debían darse involucrándose desde sus propias vivencias, favorecer que se pongan en el lugar de ellos y se digan qué podrían hacer.

Había que tener presente que era una psicoterapia breve de 10 sesiones y se debía fomentar que se entendieran las motivaciones que estaban modulando su conducta. No había que caer en un *“delirius curandis”* en donde se imagine que al final del tratamiento los pacientes van a salir curados, pues es muy normal que muchos pacientes se vayan igual que como llegaron. Las indicaciones que se dieron para la sesión fueron: *“No hay que dar explicaciones de la terapia grupal o de lo que se está realizando, debe propiciarse la libre interacción entre los pacientes, y los terapeutas necesitan aprender a sostener los silencios”*.

A esta **Sesión** asistieron E, K, A, D, L y R, faltaron H y U, de este último ya se esperaba su ausencia por lo que comentó que ya no podría asistir. Se comenzó con la petición de K de querer tomar una terapia de tipo cognitivo-conductual, ya que lo que ella estaba buscando era que le dijeran qué hacer y afirmaba que en la terapia grupal no la ayudarían; se le pidió que compartiera su argumento frente al grupo, en todo momento se mostró renuente a continuar en la terapia.

El tema más discutido en la post-sesión fue el de las expectativas del tratamiento y la posible devaluación del trabajo terapéutico por parte de K, propiciando en el grupo un debate sobre la funcionalidad de esta modalidad de terapia y la opción de algunos pacientes de dejar el Grupo Terapéutico aunado a que la siguiente sesión sería en 15 días debido a que el CSP estaría cerrado

a causa de día feriado. Otros temas fueron las experiencias que han tenido algunos pacientes en tratamientos psicológicos, la imposición de otras personas en el propio comportamiento, sobre todo de los padres, y la responsabilidad en la toma de decisiones, enfatizado en las relaciones de pareja.

En la **post-sesión**, se comentó que en los dos lados de la Cámara de Gesell se dio una situación de dependencia hacia el líder, dado que al llegar los terapeutas al Grupo en Formación le solicitaron a la maestra que les esclareciera los objetivos de la terapia y les dijera qué debían hacer dentro del Grupo Terapéutico. Esto se dio de la misma manera dentro del trabajo con los pacientes pues también demostraron la dependencia a los coterapeutas, el enojo y el deseo para que les dijeran qué hacer con respecto a sus problemáticas.

Respecto a la demanda de *K*, la profesora cuestionó a los coterapeutas acerca de sus miedos, por lo que Jonathan comentó que tenía miedo a la confrontación, y Juan expresó que tenía miedo a que la situación de *K* se dispersara a los demás pacientes y que terminara solo con un paciente o con ninguno, posteriormente se le preguntó al resto del Grupo en Formación por qué *K* generó el sentimiento de “devaluación” del trabajo terapéutico.

La maestra señaló que en la terapia se debieron haber indagado las verdaderas motivaciones inconscientes del enojo expresado por *K*, su verdadero Yo contenido que salió a través del miedo; además comentó que los coterapeutas se estaban sintiendo devaluados y no lograban ver lo realmente le estaba sucediendo a la persona que tenían enfrente.

En la **tercera pre-sesión** se comentó que la sesión anterior sirvió para comprender dos aspectos importantes en el proceso terapéutico: 1) no habría recetas para guiar el trabajo terapéutico y 2) la función de la supervisión no iba encaminada hacia la información, si no hacia la formación de los terapeutas.

También se mencionó que se tenía la percepción de que los alumnos en formación estaban perdiendo el tiempo en preguntar qué es lo que se tenía que

hacer, en lugar de hacerlo. Los terapeutas expresaron que se sentían responsables de que los pacientes se fueran o se quedaran, generaran cambios o no. Jonathan comentó que se había enganchado tanto con la situación de K, porque se había puesto en el papel de salvador, de rescatador, resultándole muy desgastante y agotador; comentó que todos sus intentos para persuadirla, no fueron para convencerla realmente a ella, sino para convencerse a sí mismo de que estaba haciendo un buen trabajo.

Se abordaron las expectativas de los coterapeutas, quienes pensaban que no iba a regresar ningún paciente a esta sesión. Un alumno sugirió que lo que sucedió la sesión anterior, respecto a las deserciones permitiría confirmar quien estaba verdaderamente interesado en regresar, que en unos pocos minutos se comprobaría eso, *“el que verdaderamente quiere venir, va a venir”*.

Las recomendaciones por parte de la maestra fueron: *“pregúntenles ¿cómo están?, ¿cómo se sienten?, dejen que los pacientes hablen, que la sesión surja con el material que traigan; si no se da el tema de la deserción de manera espontánea, pregunten cómo se sintieron la sesión pasada, y de lo que ellos digan ir explorando que sucedió”*.

A esta **Sesión** asistieron E, H, A y D. Debido a que en esa sesión el audio en la Cámara de Gesell no funcionó, la descripción de la sesión se hizo de acuerdo a lo relatado por los terapeutas. Éstos comentaron que H no asistió a la segunda sesión porque ese mismo día fue su cumpleaños y discutió con su padre por lo que decidió no entrar (y no quiso ahondar sobre el tema), además preguntó el motivo por el cual varios integrantes no estaban (K, L y R). Los terapeutas aprovecharon para conocer el sentimiento de los pacientes con respecto a la deserción, encontrando que no les afectó demasiado, por ejemplo: *“D dijo que ella ya no querían venir, que quería terapia individual pero como no se la dieron, entonces ya iba a aprovechar este espacio. A y E dijeron que no habían sentido nada que les moviera la situación de la deserción de algunos pacientes, incluso A dijo que esas cosas pasan”*.

Otros temas que surgieron en la sesión fueron la sensación de no aprovechar bien el tiempo, de no responsabilizarse de sus acciones, la influencia de las

opiniones externas, la dificultad de tomar decisiones, la incapacidad de lograr las cosas que se proponen y la dificultad de adquirir compromisos.

En la **Post-sesión**, después de que se narró lo que sucedió en la sesión, se les preguntó a los terapeutas cómo se sintieron y comentaron que la dinámica fluyó mucho mejor, incluso Jonathan, uno de los coterapeutas, comentó que se sintió más relajado, escuchando lo que los pacientes decían y tratando de rescatar puntos positivos. Juan el otro coterapeuta, comentó que piensa que hicieron un buen trabajo, que trataron de ser empáticos con los pacientes, retomaron lo que ellos decían: *“como que estuvimos más en contacto con sus situaciones”*.

La profesora retomó el tema de la deserción, y Juan comentó que todos los pacientes tomaron la deserción de K muy *light*, no tan dramático como el Grupo en Formación lo estaba viviendo, a esto la profesora comentó que no sólo fue K la que desertó en el grupo, si no que fueron más pacientes, y eso representa pérdidas y las pérdidas tienen que ver con emociones que reactivan, comentando que los coterapeutas debieron explorar más al respecto de estas emociones.

## **2.- El grupo a lo largo del proceso: de la cuarta a la séptima sesión.**

La segunda parte del trabajo terapéutico, comprendió 4 sesiones. Lo más relevante de esta etapa fue la cohesión que se estaba logrando en el Grupo Terapéutico, se compartieron más temas y experiencias personales; en contraste con la dinámica que se estaba dando en el Grupo en Formación, en la cual no se presentaba una clara cohesión.

En la **cuarta sesión** no hubo pre-sesión. Asistieron: E, A, D, H y R. Dentro de ésta sesión se dio un gran cambio en la dinámica grupal debido a que los pacientes se han integrado y cohesionado, pues se logró una comunicación espontánea, influida por la disminución de la ansiedad de los coterapeutas debido a que su trabajo fue compartido y complementario entre ellos.

Se habló de diversos temas, *R* estaba confundido por el cambio de actitud de su padre, además de que seguía sintiendo que prefería a su hermano; *A* se dio cuenta de que le importaba a sus padres a partir de platicarles que sufrió acoso sexual por parte de un vecino; en el caso de *D* se habló del acoso sexual que sufrió en la infancia, la violencia por parte de su padre, la pasividad y manipulación por parte de su madre, el sentimiento de culpa porque su mamá no se pueda separar de su padre por ella y su hermana, y la constante comparación con su hermana; la dificultad de *E* de organizar su tiempo para realizar su tesis, de responsabilizarse de sus acciones y la falta de apoyo económico de su padre; y por último *H* habló de su bajo rendimiento académico, su inestabilidad en la relación con su novia, su codependencia a ella, además habló de los fallecimientos recientes de personas conocidas, y de la confrontación con la forma de estar viviendo su propia vida.

En la **post-sesión**, se hicieron trabajos de integración de lo que se vio en esa sesión, se describieron las situaciones observadas contrastadas con sesiones pasadas. Se trabajó por equipos y las actividades consistieron en que cada equipo tendría que hacer una descripción de cómo se dieron los roles de los pacientes, la dinámica de grupo y la coterapia, respectivamente. Entre los equipos se dio una discusión enriquecedora que permitió ampliar la información y el análisis de ésta. El equipo que habló de **roles de los pacientes** comentó que *R* era como el hijo menor, el niño chiquito; *A* como la niña chiquita, la víctima, que acapara la atención de la gente; *E* un paciente pasivo, “comodín”, que no quiere hacerse responsable, como uno de los hermanos mayores que protege a todos los demás pero que también juega un rol paternal. *H* no deja de racionalizar, también representa una figura paterna y *D* juega un rol muy pasivo pero dentro de esa pasividad hay mucha emotividad. El equipo que habló de **dinámica de grupo** comentó que la sesión se dio más fluidamente por el tema que refirió *R*; el discurso de *D* fue como un circuito cerrado, *H* es probable que funja como un líder protector que en silencios prolongados toma la palabra y define la dirección del grupo, en un punto fungió como terapeuta y el grupo quiso darle devolución. La hipótesis fue que para ese momento en el grupo ya había más confianza de poderse expresar, debido a que estaban en una etapa diferente. El equipo que habló de la **coterapia** expresó en *aspectos*

*positivos*: "Los terapeutas han hecho intervenciones adecuadas, por ejemplo Jonathan hizo que *E* se diera cuenta de que se estaba contradiciendo en su discurso. El otro terapeuta, Juan, confrontó a *E* diciéndole: "Parece que *E* se pone sus propias barreras". Por otro lado en los *aspectos a mejorar*: "No se está profundizando en la problemática de los pacientes, y se están quedando en el discurso superficial y redundante. Se centran en el diálogo de un solo paciente, es decir, no prestan atención a los demás integrantes, habiendo problemáticas importantes para analizar y reflexionar".

Se concluyó en el Grupo en Formación que por un lado el Grupo Terapéutico va desarrollando un sentido de fortaleza en sus propios recursos y confianza entre los miembros, comenzando a darse cuenta de que han tenido experiencias, reacciones o síntomas similares. Por otro lado se le reconoció a los terapeutas que han mejorado en sus intervenciones al retomar los aspectos de los pacientes, pero deben tener presente que tienen que terminar a la hora acordada para mantener el encuadre.

En la **quinta pre-sesión** se retomaron los objetivos del Grupo Terapéutico, se identificaron elementos a trabajar con cada paciente, se señaló que era preciso profundizar en las emociones de *R*, en sus fantasías frente al cambio de su padre; con *E*, lo importante era apoyar las funciones yoicas y hacerle reflexionar que tiene talentos y capacidades, pero no darle consejos; respecto a *H*, lo que se tenía que trabajar era la fantasía inconsciente, ¿qué era para él el fracaso y qué le impedía seguir con sus planes? En cuanto a *A*, era una paciente que parecía estar causando conflicto, se comentó que su discurso era repetitivo, incluso Jonathan dijo que *A* le recuerda a su mamá, que habla y habla y se queja y no dice nada, es por esto que se le dificultaba abordar la problemática de *A*; respecto a *D*, se comentó que tenía un rol pasivo-agresivo, al dejar que todos hablaran y esperarse al último para hablar, en ella se debe fomentar la independencia y autoconfianza.

Se mencionó la dificultad por parte del Grupo en Formación para acercarse al dolor del otro, principalmente de *D*. Debido a que en la cámara de Gesell existieron dificultades de audio, se dio como indicación observar la dinámica y

la comunicación no verbal que se diera durante la sesión del Grupo Terapéutico.

A esta **Sesión** asistieron: *E, H, R, D* y *A*. A causa de que no hubo audio, los terapeutas narraron que la sesión inició cuando *D* comentó que su amiga, la cual conoce desde la preparatoria, le dijo que ya no quería saber nada de ella y esto la decepcionó mucho, causándole ansiedad e incertidumbre, ya que la consideraba una persona valiosa, que la había apoyado en diversas ocasiones y que era importante dentro de su vida. Se definió a sí misma como una persona muy codependiente y expresó que tiene miedo de quedarse sola y no volver a tener ninguna amistad tan cercana.

*E* comentó que por fin logró parte de su independencia (rentar un cuarto él sólo). *R* menciona que ya se está adaptando al cambio de actitud de su padre. *H* comenta un mal entendido entre una amiga y su novia lo cual derivó en que consumiera alcohol durante el fin de semana, esta situación lo tenía muy enojado, sin embargo expresó que no iba a manifestar su enojo durante la sesión terapéutica pues considera que esta emoción es un motor para salir adelante, y lo refiere como una energía que la puede utilizar para hacer varias cosas. Al explorar lo que pasaría en él si expresara abiertamente su enojo, revela que tiene miedo de volver a caer otra vez en depresión.

En la **Post-sesión**, la profesora Dalila le pidió al grupo en formación que realizaran una reflexión en el grupo acerca de su propia interacción: "Estamos a la mitad del semestre, yo quisiera que se hiciera una reflexión de viva voz de este grupo, ¿Qué pueden decir del Grupo en Formación en este momento?", los comentarios de los alumnos respecto a cómo percibían al Grupo en Formación en ese momento fueron:

*Eduardo: "No sé si soy yo, pero siento como si a veces vinieran unas personas y a veces otras. En general siento al grupo despersonalizado, sin esencia. Tal vez porque hay mucha gente".*



*Lorena. "Al inicio veía al grupo dividido, con falta de compromiso y responsabilidad para trabajar. En esta clase veo que empiezan a unirse, siento que ahorita estamos los que vamos a seguir hasta que termine el semestre".*

*Jonathan. "En este semestre no hay roles definidos, en el grupo de 8° la dinámica era muy clara, y ahorita está muy vago el asunto en cuanto a la identidad grupal".*

*Juan. "Como somos tantos siento que hay dispersión. Siento al grupo sin personalidad, inconsistente. Por otro lado lo siento participativo, con buenas intervenciones de algunos integrantes, pero como grupo no hay integración".*

*Alejandra. "Lo percibo inconsistente y no cohesivo, no asistir a clases es un fenómeno que no se dio tanto el semestre pasado. También, en 8° se dio más importancia a la revisión teórica; y la posibilidad de participar reflexivamente no se ha dado por parte de todos. Hay falta de compromiso y de responsabilidad".*

*Andrea. "Igual, no considero que el grupo este cohesivo. Está dentro de este proceso, ahorita está siendo más difícil la cohesión, con respecto al semestre pasado siento que se ha disparado mucho la ansiedad, lo que ya habíamos reducido en 8°, incluyendo las resistencias y la dificultad para interactuar entre nosotros".*

*Jocelyn. "Creo que el grupo no está del todo integrado, ni hay una verdadera cohesión, en comparación al semestre anterior que nos integramos más. No siento la presencia de los compañeros nuevos, más que de Camila y de Julia".*

*Jessica. "Creo que si necesito hacer la comparación con el grupo pasado, en cuanto a los roles, ya nos identificábamos y ahorita estamos a la mitad del semestre y no nos hemos podido integrar. A veces nadie quiere trabajar con nadie y eso causa dificultades".*

*Ana. "Yo siento que en el semestre pasado todos íbamos a la par en el proceso, y este semestre siento que cada uno está por su lado. Hay dispersión, cada uno está involucrado en distinta forma".*

Diego. *“La percepción que tengo del grupo es que no hay mucha integración, creo que el grupo está dividido y además inconsistente, se empieza a moldear pero sigue inconsistente. Sin forma pero en proceso”.*

Camila. *“Cuando llegué aquí sentí mucha hostilidad, pero no de los otros hacía mí, sino una tensión en mí misma, pero progresivamente me he sentido más tranquila. Con respecto al grupo, también tenía la percepción de desintegración, pero en esta clase vi mayor reconocimiento entre los participantes. Además cuando todo el grupo se movió de lugares, y estaban tan juntitos vi una interacción distinta a otras clases, no estaban peleando por un lugar hasta adelante sino que se mezclaron”.*

Karen. *“Igual yo he sentido al grupo dividido, porque eran los del semestre pasado con los nuevos, pero como vine desde la primera clase de este, me sentí integrada. Sin embargo con las faltas empecé a sentir que el grupo era inconstante, notándose la división entre viejos y nuevos. Y hoy me pasó igual, sentí al grupo diferente, considero que hubo un cambio”.*

Viridiana. *“Yo siento que es un grupo accesible pero también concuerdo con esa parte de que no hay un involucramiento completo sino que está vago...inestable”.*

Carolina. *“Igual siento que al inicio el grupo estaba muy dividido, por un lado los que ya estaban integrados y por otro los que no. Pero en el transcurso de las clases, hubo más integración. Ahorita tengo la percepción de que falta un poco de seriedad”.*

Maricela. *“Yo he sentido al grupo dividido, como por subgrupos. Igual he sentido que hay ausencias y esto no permite la integración total”.*

Carmen. *“Al inicio sentí al grupo un poco perdido y sin dirección. Ahora creo que es más accesible y amable pero está un poco dividido en subgrupos. No es hostil pero está dividido”.*

En general se expresó que había más introspección en el grupo de 8° semestre que en el de 9°, que el semestre pasado había un mayor nivel de

compromiso para realizar las tareas que se solicitaban. Se mencionó que el grupo estaba en un momento en el que hay una falta de compromiso, resultando necesario entender qué pasa con las motivaciones, por qué no se estaban responsabilizando. Sin embargo el hecho de que no hubiera una clara cohesión no implicaba que no existiera un aprendizaje individual, por parte de los alumnos en formación, evidenciándose en las intervenciones de los coterapeutas dentro del Grupo Terapéutico, donde ya existía una cohesión grupal en los pacientes, y cada uno de ellos empezó a mostrar una parte más profunda de sí mismo.

En la **sexta pre-sesión**, con respecto a *E* se dijo que se trabajaría ayudándolo a tener claridad sobre su toma de decisiones; con *D* lo más significativo era que ella expresara la violencia familiar que ha vivido; respecto a los demás pacientes se sugiere que los coterapeutas continúen indagando sus motivaciones inconscientes. La maestra indicó al Grupo en Formación la necesidad de compromiso grupal para apoyar a los coterapeutas y así conseguir los objetivos establecidos.

Los pacientes que asistieron a la **Sesión** fueron tres hombres y una mujer: *E*, *H*, *R* y *A*. Se habló de relaciones problemáticas de pareja, relaciones interpersonales, heridas y miedo a ser lastimados, rivalidad con los hermanos mayores y de las figuras de autoridad. *A* comenzó la sesión hablando sobre la situación con su pareja de 28 años de edad, con el cual mantuvo una relación 2 años, actualmente están separados y ella tiene la convicción de no reanudar la relación, porque fue un noviazgo enfermizo. *E* comenzó a hablar de sus relaciones de pareja, donde siempre se anticipa, ya que si alguien le gusta se pone ansioso porque cree que todo le va a salir mal, que va a fracasar y por ello prefiere detenerse. En este mismo tema de las relaciones de pareja *R* dice que entrega sus sentimientos a la otra persona, diciendo "son tuyos y puedes hacer con ellos lo que quieras", considera que expresa demasiado sus sentimientos y esto le genera algunos conflictos.

Cuando comienzan a hablar de la postura del hermano mayor *H* expresa lo que sucede con su hermano menor y él, con el que fue muy estricto en la infancia,

al cual no le pegaba pero si dominaba, sin embargo no había una intención perjudicial detrás. *R* piensa que la dominancia de los hermanos mayores “no es de mala gana”, sino que es para que el menor aprenda y sepa qué hacer.

En la **post-sesión** se comentó que hubo un cambio en los coterapeutas durante la sesión, quienes ya no interrumpían tanto, sostenían el silencio de modo idóneo, y que a diferencia de sesiones anteriores parecían estar más coordinados. Además se notó entre los pacientes un intercambio mutuo de experiencias. Se sugirió que debe fortalecerse la comunicación en el grupo, para que se expresen inquietudes e inseguridades, y reforzar las funciones yoicas de los pacientes. Se retroalimenta comentando que fue una buena sesión, con participación espontánea, fluida, tranquila, con menos tensión, y dando la pauta para que hubiera más retroalimentación dentro del Grupo Terapéutico.

En la **séptima pre-sesión** se planteó cómo se trabajaría con los pacientes, preguntándoles cómo se sentían tratados en ese espacio; además se retomó de la sesión pasada, que a los coterapeutas les gustaría que el grupo los ayudara más, sin embargo se dijo que se les apoyaría, pero no se darían recetas. Es importante no usar tecnicismos, para que los pacientes no racionalicen, también se mencionó que los coterapeutas deben fomentar la participación de todos desde el principio, y estar pendiente del tiempo y de la forma en que ellos se podrían comunicar de manera no verbal, es decir, a través de gestos y señas, para terminar la sesión a tiempo.

A la **Sesión** asistieron dos hombres y una mujer: *H*, *E* y *D*, los temas abordados al respecto fueron: conflicto, necesidad de atención y falta de apoyo por parte de los padres; situación académica; inicio de una vida independiente; retos en la vida; planes a futuro y el rechazo hacia uno mismo.

*E* comenzó platicando acerca de su incomodidad porque su papá compró una televisión nueva habiendo tantas necesidades en su casa, y considerando así que no ha tenido el apoyo suficiente de su papá, pues le dice “yo voy a hacer de cuenta que ya estas graduado para ya no apoyarte económicamente”, también continuó explicando acerca del temor de la titulación, y de sus planes a

futuro. H dijo que de niño fue a una escuela militarizada y que incluso tuvo buenas calificaciones cuando era más pequeño, pero siempre hacía lo que su papá le decía, actualmente prefería no darle gusto, pero ahora parece no saber lo que él mismo quiere. D se mostró nuevamente alejada del grupo, pero en esta ocasión llegó más triste de lo común, y en un momento manifestó ganas de llorar, sin embargo comentó que fue educada para ser fuerte y no tenía permitido llorar pues eso demostraba debilidad, y que por eso en muchas ocasiones no expresaba lo que sentía.

Al final de la séptima sesión surgieron cuestionamientos por parte de los pacientes, a cerca de los resultados de las pruebas que se les aplicaron al inicio de la terapia, querían saber sobre su asignación al grupo terapéutico y quiénes estaban del otro lado de la Cámara de Gesell, cuestión que tomó desprevenidos a los terapeutas, provocándoles ansiedad, y más porque E, que comúnmente acepta todo tipo de comentarios sin cuestionar, apoyó la moción de saber más acerca de la asignación terapéutica. Las demandas de los pacientes fueron tomadas en cuenta pero la sesión terminó por primera vez a tiempo, no sin mencionarles a los pacientes que la próxima semana se les darían respuestas; con esto se le hizo notar a E, que fue capaz de demandar respuestas, comportamiento que no había demostrado en ninguna de las anteriores sesiones.

En la **post-sesión** se comentó que la sesión fue diferente, hubo más indagación, más participación, más dinámica en el grupo, reflexión y confrontación entre los pacientes. Se percibió que E expresaba mucho miedo y D se veía muy triste, muy cohibida, había algo latente que quería salir, no se pudo integrar al grupo, estaba en su dolor.

Se dijo que la libre expresión se debía promover en todas las sesiones. Sería importante que se comentaran las ausencias del resto de los pacientes, además de todo lo que va sucediendo en el grupo. Se señaló que hay que entender lo que los pacientes están comunicando para poder retroalimentarlos.

### 3.- Terminación: de la octava a la décima sesión.

La tercera parte del trabajo terapéutico abarcó 3 sesiones, en las que se hizo la retroalimentación, finalización y cierre de la terapia, dándose la pauta para elaborar el trabajo de integración final en el Grupo en Formación.

Durante la **octava pre-sesión** se explicó que en las sesiones terapéuticas sería necesario que los coterapeutas intervinieran menos e hicieran que los demás pacientes se retroalimentaran entre sí, generando la libre comunicación y reflexión. La profesora recomienda a los terapeutas que hagan trabajar a los pacientes, así como ella intenta hacer trabajar al Grupo en Formación, pero que aún se resiste, comentando que en esta sesión se tendría que hacer un trabajo de recapitulación, surgiendo así temas que los pacientes no han hablado y ahora lo harán por el proceso de terminación, los pacientes deberán reflexionar sobre qué han logrado y esto lo deben decir entre ellos y no los coterapeutas. Se comentó lo que se debía trabajar con cada paciente: respecto a *H*, él debía hablar sobre lo que le afecta de la relación con su padre; con *E* ver por qué siempre cae en esa repetición de no responsabilizarse respecto a lo que le sucede; se dijo que cuando *D* hable se debe propiciar que los demás pacientes opinen, para que se sienta en confianza.

A la **Sesión** asistieron *E* y *H*, se habló de la dificultad para expresar los problemas y los conflictos de comunicación con el padre. Al inicio de la sesión *E* relató que había tenido la oportunidad de expresarle a su padre el malestar que sentía por la situación de la televisión, el haber hablado con su padre, lo llevó a darse cuenta de que existían muchos resentimientos hacia él, los cuales había pensado que ya estaban superados, identificando que mucho de lo que le pasa ahora está relacionado con el hecho de no haberse atrevido antes a hablar con su padre y expresar lo que siente.

*E* mostró su cuaderno en el cual había estado escribiendo reflexiones, pensamientos y sentimientos que le han sido significativos de la terapia de grupo. En la sesión expresó parte de la problemática que había dentro de su familia, con sus hermanos y los problemas de salud de su padre. También comentó la manera en cómo logró, por medio de cartas, expresarle a su padre

su sentir, concluyó en que se dio cuenta de que él no tiene por qué cargar con culpas respecto a los problemas de su padre. *E* calificó toda esta situación como algo que le ayudó a entender que está bien decir lo que siente, mencionó que quizá se expresó de una forma muy torpe debido a la falta de experiencia para hacerlo, sin embargo piensa que va a mejorar en la medida en que esté más acostumbrado a ello. Durante su discurso *E* refiere que este gran paso que dio fue gracias a las intervenciones de los coterapeutas.

Todo lo manifestado por *E*, favoreció que su discurso fuera empleado para confrontar mucho de lo que *H* siente con respecto a su padre, a lo que él nuevamente se mostró defensivo, pero con gran expectativa de lo que *E* planteaba. *H* explicó que en su caso, no podría llegar a expresarle lo que sentía a su padre, habló sobre los problemas económicos de su familia, además comentó los problemas alimenticios que presenta ahora, ya que por mucho tiempo prefirió que sus hermanos comieran en lugar de él, sin embargo consideró que todavía no era el mejor momento para hablar con su padre, refirió que la única forma de que hable con su padre, es comentando alguna situación que tuviera que ver con sus hermanos o su madre, minimizando así sus propias circunstancias y problemáticas.

En la **Post-sesión** se señaló que los pacientes se sintieron escuchados y en varias ocasiones se les felicitó a los terapeutas por sus intervenciones; la retroalimentación fue adecuada, estuvieron coordinados al hablar, tuvieron disposición al escuchar, la sesión resultó ser muy buena. Además se comentó que con la asistencia de *H* y *E* se generó una participación constante entre ambos y como consecuencia se logró una retroalimentación espontánea y sincera entre ellos; se destacó el hecho de que al compartir la información en relación al conflicto con sus respectivos padres, tanto *E* como *H*, se sintieron mutuamente identificados y reflejados. Se sugirió, referente a *H*, que es necesario trabajar con la ambivalencia que siente hacia su padre y por qué siente que primero son sus hermanos y después él.

Se concluyó que a estos pacientes les ha servido el proceso ya que cuentan con una buena capacidad de *insight*. Así mismo se señaló que las sesiones

han ido evolucionando ya que ha habido un trabajo detrás con el Equipo Terapéutico.

En esta sesión se resaltaron los logros de E, ya que consiguió dar devoluciones a H, esto habló de que ha generado empatía y descentralizado los problemas de sí mismo, es por eso que ya no se echaba la culpa de lo que sucedía, sino que identificaba que cada quien tiene responsabilidad en sus asuntos, y que él es el único responsable de lo que le pasa, lo que supone autonomía en acción y pensamiento.

En la **novena pre-sesión** se habló de que se estaba en una etapa de devolverles algo a los pacientes, las recomendaciones fueron: enseñar a H a que se permita recibir de los demás, así como da, que acepte, que se le haga saber que los coterapeutas lo entienden, y que se le reconozca su avance así como valorar el trabajo que él ha hecho. En cuanto a E se debe valorar lo que ha logrado, como se hizo con el hecho de que manifestara su inquietud acerca de lo que había detrás del espejo de la Cámara de Gesell, además de que es importante que identifique las situaciones en las que presenta evasión. Por último se sugiere propiciar la devolución y retroalimentación entre los pacientes.

A la **Sesión** asistieron H y E. Se habló sobre los avances en la forma de comunicación con la familia, sobre todo con su papá, se comentó la dependencia emocional de personas significativas como la asesora de tesis de E; hubo retroalimentación por parte de los pacientes y de los coterapeutas. Se reconocieron los logros y habilidades alcanzadas hasta ese momento del proceso terapéutico. Dentro de los logros de los pacientes se observó que ambos han tenido un gran progreso, E se notó contento con sus avances y con la intención de generalizarlos en otras áreas de su vida. H se notó reflexivo y agradecido con respecto a las devoluciones de los coterapeutas, mencionó que recobró la seguridad en sí mismo y que su novia le ha dicho que se ve feliz, aunque en otros aspectos le falta cambiar.

La **post-sesión** se inició preguntando ¿cuál fue el afecto predominante que se dio de manera paralela en el Grupo Terapéutico durante la sesión y en el Grupo en Formación a lo largo de la clase? algunas respuestas fueron: indiferencia, cansancio, hartazgo, etc., pero la profesora compartió haber percibido un tono depresivo en el grupo porque la terminación se acerca, ya que durante la sesión hubo personas atentas, pero también, algunos compañeros que bostezaban y otros se quedaron dormidos.

La profesora hizo evidente que en el Grupo en Formación hay una tendencia por exaltar lo que hace *E* pero que *H* también ha tenido muchos logros que el grupo no está viendo. Al finalizar la clase se les pidió a los terapeutas que les llamaran por teléfono a los pacientes que habían sido parte del grupo terapéutico y habían dejado de asistir (*R*, *D* y *A*), para que fueran a la última sesión.

En la **décima y última pre-sesión** las recomendaciones fueron preguntar qué fue para los pacientes estar dentro del proceso terapéutico, y resolver las respectivas cuestiones: ¿Encontraron lo que estaban buscando? ¿Por qué algunos pacientes habían dejado de asistir? ¿Qué les dejó la experiencia? ¿Qué otros aspectos les faltaría por trabajar? En este día el Grupo en Formación se notó un ambiente solemne y de nostalgia en el cual había caras largas y nadie quería participar. Aunado a esto los coterapeutas pudieron reconocer sus propios sentimientos y síntomas a raíz del cierre, hablaron de lo que sintieron antes de la sesión terapéutica y de emociones que no habían tenido en ninguna otra sesión, por ejemplo Jonathan expresó que no le gustan las despedidas y que tenía ganas de vomitar, mientras que Juan mencionó sentirse nostálgico. También se habló acerca de que este es sólo uno de los cierres que los alumnos tenían que hacer este año en sus vidas.

A la **Sesión** asistieron *E*, *H* y *R*, se habló de los logros alcanzados en la terapia, temas que les faltó resolver durante el proceso, toma de decisiones y responsabilidad ante los propios actos, retroalimentación a las aportaciones y participación del resto de los integrantes del grupo. Se agradeció por su dedicación y asistencia a los participantes y a los coterapeutas por su apoyo. E

describió los cambios que tuvo en su entorno familiar o con respecto a su padre, gracias a la terapia.

En esta sesión final se les hicieron los cuestionamientos correspondientes: a *R* se le preguntó ¿Por qué había faltado? A lo que él contestó que su papá no le había dado dinero para las consultas; comenzó a platicar de lo que le había pasado con respecto al cambio de su papá y a la relación con su novia.

Con respecto a *E* mostró un gran agradecimiento por el trabajo realizado, y comentó que sí hay cosas que le faltaron por trabajar, en especial la parte de su autoconfianza. Los aspectos positivos que le devolvieron los coterapeutas fueron el reconocimiento por concluir un proceso terapéutico, dándole a entender que tiene elementos para concluir proyectos, además de que a lo largo del proceso había demostrado buscar y desarrollar herramientas para enfrentar sus situaciones, y que la tesis puede llegar a ser una buena oportunidad en donde quede reflejado su esfuerzo.

Por otro lado, a *H* se le hizo ver su actitud pro-social por apoyar a los demás, que a pesar de no expresar aquello que en verdad le estaba lastimado, tiene las herramientas y está en proceso de poder manifestarlo. *H* responde agradeciendo el apoyo en el grupo y el profesionalismo de los coterapeutas.

Como última indicación se les recuerda a los pacientes que es necesario que tomen "vacaciones terapéuticas" que el término de la terapia implica un momento para reflexionar y asimilar la experiencia, y que si consideraban que había otros elementos a trabajar podían acudir al CSP, para continuar el proceso terapéutico.

En la **post- sesión** se comentó en el Grupo en Formación que hubo una dificultad para terminar la sesión del Grupo Terapéutico, ya que duró 30 minutos más del tiempo establecido, debido a que, según lo comentado por los coterapeutas, no tenían reloj, y la única manera de saber la hora era con la alarma de un celular, la cual refieren los coterapeutas que no sonó. Se pudo observar un clima de nostalgia y tristeza por el adiós tanto en los pacientes como en los coterapeutas, siendo un factor importante dentro del proceso

terapéutico, ya que el cierre de la terapia también lleva a resignificar las pérdidas y las despedidas de cada uno de los presentes. Algunos compañeros comentaron que lo mejor de esta sesión fue que los pacientes se iban retroalimentando en sus discursos y que los terapeutas integraban esa información. También se dijo que se dio una buena retrospectiva, en la que se hizo hincapié en los objetivos que al inicio de la terapia se plantearon y los logros que se obtuvieron.

Al finalizar la clase, se le recordó al Grupo en Formación que el Trabajo de Integración Final se entregaría dos semanas después, en él se describiría todo el proceso terapéutico desde sus inicios, cómo se fue desarrollando y al final habría que ahondar en un tema específico del interés de cada alumno, de acuerdo a los contenidos revisados a lo largo del proceso de formación, fundamentado teóricamente.

## **2.- ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE**

Se hará una descripción de cómo se pusieron en práctica las técnicas de aprendizaje que fueron un dispositivo para la adquisición de las habilidades terapéuticas en cada alumno. Se usaron estrategias de reflexión, auto-observación, cuestionamiento y autoconocimiento, del material bibliográfico, de la participación en ejercicios autorreflexivos, de la realización del Trabajo de Integración Final de cada semestre, del análisis de las experiencias vividas por parte de los participantes, del material clínico y de los logros terapéuticos de los pacientes en la terapia de grupo.

Esta descripción se redactará a manera de viñetas, de acuerdo a la información obtenida en las minutas que se elaboraron a lo largo de 8° y 9° semestre:

### **8° SEMESTRE**

- ❖ La profesora resaltó la necesidad de que los alumnos en formación expresaran su sentir en la clase, Jonathan comentó que su baja

participación se debía a que los cuestionamientos por parte de la maestra son muy profundos y él no está acostumbrado a eso.

- ❖ Al final de cada exposición la maestra preguntaba: “¿Qué piensan de la exposición? ¿Tienen dudas, preguntas o comentarios?”, con la finalidad de que los temas quedaran más claros.
- ❖ Al finalizar la tercera clase la maestra dejó hacer una autobiografía de 2 cuartillas en donde se incluyeran los momentos más importantes del desarrollo de cada alumno, con la intención de que tuvieran un acercamiento con el propio material psicológico durante este curso, ya que al elaborarla se podría propiciar un *insight*.
- ❖ Se hizo evidente que la maestra constantemente preguntaba si se estaba entendiendo el tema y si existían dudas que se expresaran a todo el grupo, o que se presentaran para la siguiente sesión por escrito.
- ❖ Una de las técnicas de la profesora para intentar que los alumnos reflexionaran sobre el material que se estaba trabajando, era que ante las dudas planteadas por ellos, había un cuestionamiento por parte de la maestra, con la intención de generar que el alumno diera su propia respuesta, por ejemplo: Jessica pregunta “¿cómo podemos explorar la motivación inconsciente?”, a lo que la profesora le contesta: “¿tú cómo crees que se podría hacer?”.
- ❖ En esta clase se utilizó material didáctico extra, tomando un capítulo de la serie de televisión “*in treatment*”; al finalizar la escena, el Grupo en Formación con ayuda de la maestra, logró puntualizar los recursos que el terapeuta estaba utilizando.
- ❖ Al final de cada *role playing*, se dejaba de manifiesto cómo se sentían los participantes; también se pedía al resto del grupo que hicieran una descripción por escrito de qué hubieran hecho en el lugar del terapeuta dentro de este ejercicio.
- ❖ El propósito de que los alumnos presenten casos de pacientes en el Grupo en Formación, fue que se identificara la respuesta

contratransferencial que ellos habían tenido, se ligaran los contenidos teóricos revisados durante este semestre y se revisara la introspección generada en la intervención con pacientes reales.

- ❖ En el tema de “Contratransferencia” la maestra comentó que muchas veces los pacientes dejan una carga afectiva muy fuerte en el terapeuta y sobre todo si lo que pasa con ellos ha sido un evento que aconteció dentro de la propia familia; destacando la importancia de adquirir la habilidad de detectar la respuesta contratransferencial.
- ❖ La maestra expresó que el hecho de que cada alumno compartiera su Trabajo Final, le daría la oportunidad de darse cuenta cómo otra persona percibe las cosas y a la vez significaba retroalimentación al exponerse a comentarios y críticas que vienen del otro.

## 9° SEMESTRE

- ❖ La profesora preguntó si hubo un sentimiento de devaluación en el grupo por la deserción de K, solicitando que todos los alumnos se coloquen en el lugar de los coterapeutas y entendieran qué pasó y qué sentimientos generó su deserción.
- ❖ Juan comentó: “yo creo que eso que nos pasa a nosotros de preguntar qué es lo que vamos a hacer, les pasa a los pacientes, es más fácil en la vida que te digan qué hacer. Ahora puedo decir que a partir de la última sesión siento el apoyo de usted maestra, porque creo que el objetivo de usted no es que nos diga qué hacer, ya que este es un trabajo de formación y no de información, ya me queda más claro que esto tampoco se lo voy a pedir al Grupo Terapéutico”. La maestra responde a esto “cuando los pacientes pidan ¿dime qué voy a hacer?, ¿les vas a decir qué tienen que hacer?” Juan contesta: “no, debo entender qué los lleva a pensar así”.
- ❖ La maestra expresó la importancia de revisar la literatura, para que el Grupo en Formación supieran qué se estaba haciendo en la terapia de grupo y cuáles son los fundamentos del tratamiento, porque éste era un

curso vivencial, y se le estaba dando prioridad a las experiencias, pero no lo iban a poder hacer si no revisaban la literatura.

- ❖ En la post-sesión de la primera sesión terapéutica, la profesora pidió al Grupo en Formación que comentaran cómo se sintieron al estar de observadores, qué fue lo que les generó la sesión. La mayoría del grupo comentó que: se sintieron emocionados, que hay mucho que aprender, algunos estaban ansiosos por lo que pudiera pasar dentro del Grupo Terapéutico, otros se identificaron con algunos pacientes, hubo quienes sintieron que estaban dentro del Grupo Terapéutico, ya que estaban muy concentrados en lo que sucedía dentro del *setting* terapéutico.
- ❖ La profesora cuestionó al grupo “¿Qué pasa con R y el cambio de su papá? ¿Qué le pasa al ver a su papá llorando? ¿Qué nos pasa a nosotros si vemos a nuestro papá llorando? ¿Qué sentimos ante el cambio en la figura paterna? ¿Qué proyecto de mí en R?” Juan dijo que el llanto de su padre le provocaría confusión; a Jonathan le provocaría miedo; a Diego le generaría inseguridades; para Enrique representa un rompimiento de la figura paterna. Al final se dijo que lo que hay que hacer es profundizar en sus emociones y en sus fantasías frente al cambio de actitud de su padre.
- ❖ Se le preguntó al Grupo en Formación ¿qué se tiene que trabajar con E, con su miedo a asumir responsabilidades?, ¿qué les pasa a ustedes con dejar una carrera en el 9º semestre? ¿les produce tensión involucrarse en un ámbito laboral?”
- ❖ La maestra comentó que “Es importante no dar consejos, porque es difícil que el paciente los asuma y los interiorice. Es necesario explorar la fantasía, preguntarle: ¿Qué pasaría si terminas la carrera? ¿Cómo te sentirías?” Lo importante era apoyar las funciones yoicas, no darle consejos.
- ❖ Se les recordó a los alumnos del Grupo en Formación que eran un Equipo Terapéutico, y que debían apoyar a los coterapeutas, pidiendo

que los alumnos se coloquen en el lugar de los coterapeutas para planear las intervenciones durante la sesión terapéutica con los pacientes que asistieron a esta sesión y con los que no asistieron, pero que quizá regresen.

- ❖ Lo que se tenía que hacer era entender las motivaciones que están modulando la conducta, por ejemplo ¿qué pasa con A?, ¿por qué actúa de esa manera? ¿qué pasaría si se le cuestiona por qué tiene problemas con su hermana? comentándose que el sólo conseguir que A se lo cuestione es prácticamente un logro terapéutico.
- ❖ La maestra refirió que lo más importante era escuchar lo que el paciente estaba diciendo, era necesario salirse de la propia escucha, y después ¿qué pueden hacer terapéuticamente con la información que les está dando el paciente?
- ❖ Con respecto a la situación de violencia familiar de D, la maestra cuestionó al grupo sobre ¿qué les pasa con D? ¿por qué les cuesta tanto trabajo acercarse al dolor de la gente? La profesora guio al Grupo en Formación a imaginan a una persona que ha sufrido violencia, lo cual no generó una respuesta concreta, por lo que se resaltó la dificultad del grupo para acercarse al dolor del otro, de la persona que está sufriendo.
- ❖ Se dio la indicación de elaborar un ejercicio que consistió en que los alumnos escribiera con respecto a cada paciente aquellos elementos de identificación que hubieran encontrado, los afectos que se despiertan y qué del material clínico del Grupo Terapéutico les resuena.
- ❖ Se pidió al Grupo en Formación que mencionara ¿qué faltaría trabajar de la séptima sesión terapéutica a la novena? ¿qué piensan que le recomendaríamos a cada uno de los pacientes? Y ¿qué harían si estuvieran en el lugar de los coterapeutas?
- ❖ Se incitó al Grupo en Formación a reflexionar: ¿Qué les pasa con el tema de E cuando habla de su titulación? Ya que la mayoría de ustedes está pasando por el mismo proceso.

### 3.- HABILIDADES ESTRATÉGICAS REPORTADAS EN LAS MINUTAS Y LOS TRABAJOS DE INTEGRACIÓN FINAL

#### 8° SEMESTRE

##### 1.- ATENCIÓN DE LOS PROCESOS INCONSCIENTES

- ❖ Considero que la clase cumplió con mis objetivos ya que el semestre académico me ha dotado de un bagaje teórico muy amplio, el cual me permitió vislumbrarme como un profesional psicoterapéutico al momento de hacer mis intervenciones y al momento de diseñar el plan terapéutico adecuado para una persona en particular, no solamente se queda en un aprendizaje teórico-metodológico, sino también en una **enseñanza interna**, en la que me percaté claramente de la necesidad de tener muy bien trabajado el **propio aparato psíquico** para no contaminar ni entorpecer el proceso restaurador de la otra persona, así también de la estrecha relación afectiva y emocional generada entre la diada terapéutica paciente-analista (Jonathan).
- ❖ Durante el *role playing* se vio plasmado de manera significativa como el terapeuta siempre está expuesto a que le sean evocados **sentimientos, ideas, relaciones objetables** y situaciones pasadas; la posibilidad del manejo de todo esto va de la mano del proceso elaborativo que tengamos sobre nuestras vivencias. Con ello comprendí cómo en mi caso aún tengo **elementos sin elaborar** que me vuelven vulnerable, y por ello aún no soy del todo capaz de contener a otra persona, reconociendo la importancia que tiene el llevar un proceso terapéutico propio (Ana).
- ❖ Algo que logré llevar a cabo más allá del salón de clases, fue identificar y esclarecer lo que me evoca cada situación, en este caso, comenzamos con la guía de la profesora, ya que fue el cuestionamiento constante durante el curso, derivado de la revisión teórica, por el que logré extrapolar a la cotidianeidad, hacer contacto con mis **afectos** y emociones pudiendo contactar con las **motivaciones inconscientes** de

cada acción, pensamiento o afecto que llegué a experimentar. Ahora he podido llevar a cabo por mí misma esta tarea, quizá pareciera que sucede a momentos en automático, y aunque me siguió generando angustia, el uso de esta tarea fue gratificante y fructífera porque me lleva a una introspección y autoanálisis constante ante infinidad de eventos y circunstancias (Ana).

- ❖ Al hablar del “Determinismo Psíquico” se mencionó que incluso nuestra elección de pareja e intereses vocacionales están mediados por **procesos inconscientes** que interactúan dinámicamente; lo cual me deja muy **pensativa** y con mucha **sed de autoconocimiento** y de introspección, para conocer los motivos reales por los cuales actúo de determinada manera; incluso me motiva para mi terapia, además de que con esta teoría puedo pensar que todo lo que mi paciente diga o haga dentro del *setting* terapéutico se puede interpretar (Jocelyn).
- ❖ Pienso que no es suficiente la teoría cuando vaya a realizar un trabajo de intervención, la **identificación** de factores terapéuticos en nosotros como Grupo en Formación y la **continua introspección** conllevan en principio a un mejor funcionamiento a nivel individual y después a la puesta en escena de un compromiso de profesionalismo con la disciplina y conmigo misma cuando realice un trabajo de tipo terapéutico (Andrea).
- ❖ Debemos **ser conscientes** de lo que estamos aprendiendo en esta materia y conocer realmente cuáles son los **motivos** que nos llevaron a estudiar esta carrera, “excavar” profundamente en nuestro inconsciente, en nuestro ser, ser realmente psicólogos (tanto para los demás como para nosotros mismos) para otorgar un servicio sincero (Diego).
- ❖ Cuando yo percibía al grupo como antipático y poco sociable, era en verdad la **percepción** de mi mismo (José).

## 2.- INCREMENTO DE LA CAPACIDAD DE *INSIGHT* O INTROSPECCIÓN

- ❖ Una reflexión grupal me llevó a comprender la diversidad de situaciones experimentadas por los humanos y los distintos estilos de afrontamiento en una etapa del desarrollo en particular, esto lo noté cuando se habló **sobre lo vivido en la adolescencia**, donde se escucharon voces que narraban cómo este período fue una etapa de introspección, de impulsividad, de responsabilidad, de seguimiento de reglas, de soledad, de tristeza, de enojo, de alegrías, de sentir que se pasó desapercibido...esta subjetividad es lo que me da la posibilidad de aprender del otro y de poder establecer empatía para con aquel ser humano, respetando su emoción, su sentimiento y su vivencia (Jonathan).
- ❖ Una de nuestra primera tarea consistió en hacer una autobiografía, donde la profesora comentó que a través de la revisión de ésta se hace evidente la capacidad de **introspección** que cada uno de nosotros tiene, el acceso que podemos tener al material inconsciente propio, habilidad que fui desarrollando durante el curso (Ana).
- ❖ Una situación que consideré introspectiva fue la que se dio a través de la **elaboración de un evento de vida** que haya determinado el modo de dirigirnos actualmente, con ello pude abordar el pasado, donde las experiencias de la infancia y la niñez determinaron mi personalidad adulta (...) (Ana).
- ❖ Al revisar el tema de "Determinismo Psíquico", de inicio en el grupo existía la noción compartida de tener un control propio sobre las acciones que emprendemos, ante la anulación de esta idea surgieron más reacciones, como angustia, ansiedad, cuestionamiento, donde se concluyó que lo que elijamos se ve determinado por factores inconscientes. Personalmente esto me permitió **darme cuenta** de que si quisiera encontrar antecedentes de mis acciones sería necesario remitirme a las motivaciones inconscientes subyacentes (Ana).

- ❖ En ocasiones llagaba a experimentar ansiedad al recordar situaciones de vida, pero sentía la enorme necesidad de expresarlas al grupo, y me agradaba escuchar al resto de los compañeros, el conocimiento de situaciones que no he elaborado se tornó de un difícil manejo, pero ya dado el proceso de identificación de éstas, considero un avance personal (Ana).
- ❖ Pienso que sí se han cumplido los objetivos de conocer y entender los conceptos vistos en clase, además de poder aplicarlos en mi vida personal, para poder crear un **mejor autoconocimiento**, reflexión y en ocasiones *insight*, de acuerdo a lo trabajado (Jocelyn).
- ❖ Recurrir al concepto de “Determinismo Psíquico”, nos permite entender que muchas de nuestras decisiones están basadas en **conflictos inconscientes de nuestro pasado** que nos marcan y nos llevan a elegir desde una profesión hasta un estilo de vida, pero en este caso ¿cómo uno se da cuenta de la necesidad de convertirse en psicólogo? Un indicio consciente, es el deseo de “entenderse” a través de las lecturas y una comprensión intelectual, o tal vez la imperiosa necesidad de una constante reflexión analítica, pues si tomamos en cuenta que a lo largo de la carrera uno nunca deja de descubrir algo nuevo de sí mismo, y no está por demás decir que durante la psicoterapia el psicólogo es capaz de entender y aprender algo de sí, aunque sin olvidar la razón teórica por la cual desempeña su trabajo. Si uno como terapeuta reconoce en ellos mismos la necesidad de cambiar o entender ciertos aspectos de su personalidad, debe abandonar la fantasía de lograrlo a través de su ejercicio profesional (Juan).
- ❖ El curso me sirvió para **darme cuenta** de la importancia de desarrollar la capacidad de análisis y reflexión como psicoterapeuta para poder llevar a cabo el trabajo, así mismo, es importante entender los diferentes marcos teóricos, pues se va a trabajar con personas, las cuales demandan y confían en el trabajo terapéutico como solución a sus problemas; es por esto que los primeros que deben creer y confiar en el

proceso psicoterapéutico, ser honestos consigo mismos y empáticos con el paciente, deben ser los terapeutas. De ahí la importancia de enfatizar en el autoconocimiento a lo largo del curso; pues el conocimiento vivencial, teórico y evaluativo son las herramientas en las cuales nosotros basaremos nuestro trabajo para generar un cambio en el mundo interno y con ello un cambio conductual (Juan).

- ❖ Este curso me brindó elementos teóricos y vivenciales de lo que ocurre dentro de una psicoterapia, tal vez me es difícil entender todo lo vivido y revisado pues no es fácil visualizar con qué me voy a topar en un futuro y qué de lo revisado me ayude a **comprender** tanto lo que me ocurre como lo que le pasa al paciente (Juan).
- ❖ Se fomentó siempre la reflexión y participación de todos los alumnos, y aunque estoy totalmente de acuerdo en que es importante participar, **me di cuenta** que dicha participación está directamente relacionada con las características de cada persona, por lo que yo no siempre participé (Alejandra).
- ❖ Un momento donde **me di cuenta** de la introspección que estaba haciendo, y se relacionaba con mi figura paterna, fue cuando en la clase un compañero quería justificar lo que decía al hablar, y comprendí que esto era porque en realidad fui enseñado a nunca mentir y a sentirme capaz de realizar mejor las cosas, que tenía que ser perfecto y superar a mi padre en todo lo que hacía, ya que era la única forma de tener su admiración (José).
- ❖ En un principio me oponía a tomar esta materia, me rehusaba, e incluso me aburría y me ponía de malas, y al ver que ha llegado a su fin, **comprendo** que esto fue una resistencia de mi parte y en verdad me gustaría que fuera el principio y no el final (José).
- ❖ La profesora con su retórica nos hacía reflexionar si realmente estábamos aprendiendo y sobre todo a poder hacer un **análisis** (al

menos en mi persona), para **conocerme más** a mí mismo y ayudarme a crecer (...) (José).

### 3.- PERCEPCIÓN DE LA ANSIEDAD

- ❖ Algunos de los momentos tensos e inquietantes están relacionados con el cuestionamiento directo hacia mi persona y más que cuestionamientos eran invitaciones a la reflexión e introspección para encontrar la solución a mis inquietudes; esta situación me causaba **ansiedad**, debido a que esa figura omnisapiente, introyectada en mí, era la profesora; yo me sentí en varias ocasiones corregido y hasta censurado por ella, sin embargo al revisar la teoría (...), puedo decir que ciertos procesos psicodinámicos, se activaron en esos momentos, los cuales están directamente relacionados con situaciones de construcción de mi ser (Jonathan).
- ❖ (...) desde mi experiencia, durante cada clase, aun cuando no externara mis opiniones de manera constante ante el grupo, en todo momento existía en mí la preocupación relacionada con ser poseedora de habilidades clínicas, me cuestionaba cuáles eran estas y por qué eran tan necesarias, lo que yo podría hacer, estar haciendo o haber dejado de hacer valiéndome de mi formación académica y mi experiencia de vida para lograr su desarrollo, en esto consistió mi reflexión constante, cada clase, ante cada tema revisado, frente a cada ejercicio realizado, donde los niveles de **ansiedad** que experimentaba se mantenían en un sube y baja, pero esta sensación fue al final la muestra más clara de que logré involucrarme en la clase, y lo ocurrido en este espacio suscitó en mí varias reacciones, de tinte afectivo, emocional, conductual y cognitivo (Ana).
- ❖ De acuerdo al supuesto básico de dependencia, los pacientes creen que el terapeuta es una figura inagotable, omnisciente (...), esto se ha hecho explícito en algunos comentarios, donde se ve a la maestra como una figura omnipotente y que es poseedora de todo el conocimiento, por lo

cual en ocasiones no opinaba en las clases, porque me causaba mucha **ansiedad** (Jocelyn).

- ❖ En el grupo manifestamos **momentos de silencio** ante preguntas relacionadas con los temas leídos previamente o ante preguntas que implicaban cierto grado de introspección (Jessica).
- ❖ Es importante comenzar con lo que me llevé la primera sesión, ya que sirvió para exponer las expectativas que se tenían con respecto al curso, sobre todo por la parte vivencial, así pues, se motivó la participación de todos y se reflejaba emoción de hacerlo, yo llegué con ánimo de expresar mis ideas y de formar parte activa dentro del grupo, pero en el transcurso de éste, pude llegar al mutismo extremo y a sentir un grado exagerado de **ansiedad** ante las preguntas de la profesora (Consuelo).
- ❖ Es interesante analizar cómo fue el comportamiento de este grupo en formación como menciona la teoría de Bion, ya que podría decir que se presentó el supuesto de ataque-fuga, porque se mostraba mucha **ansiedad** ante las preguntas de la profesora, como si fuera un persecuidor percibido por todo el grupo (Consuelo).
- ❖ En cuanto a los mecanismos de defensa (...) se pudieron observar claramente dentro de varios compañeros de la clase y en mí, ya que varias veces nos sentimos atacados por la profesora cuando ella nos preguntaba algo y esto nos producía **ansiedad** y lastimaba en algunos nuestro ego de sentirnos que ya sabíamos todo (José).
- ❖ La materia de psicoterapia es una clase en la que se exige el autocuestionamiento constante, en la que si bien no he intervenido por la **ansiedad** que me produce el cuestionamiento, la comprensión estuvo en todo momento (Victoria).

#### 4.- DETECCIÓN DE LA RESPUESTA CONTRATRANSFERENCIAL

- ❖ Las experiencias clínicas compartidas por parte de otros compañeros fueron muy enriquecedoras ya que permitieron revisar mi postura ante la situación planteada por ellos, para mí queda pendiente el seguir en el proceso de introspección, para disminuir los puntos ciegos, y no entorpecer el trabajo psicoterapéutico que estableceré con las personas; **mi contratransferencia** siempre debe de ayudar al proceso y nunca deberá de ser una barrera para ello (Jonathan).
- ❖ El *role playing* fue un elemento muy interesante, pues al menos estuve en uno como participante, haciendo el papel de terapeuta, sentí nervios, ansiedad, y una preocupación para no decir algo equivocado, fuera de lugar o torpe, que provocase sentimientos negativos en quien estaba haciendo el papel del usuario. Conforme fue transcurriendo la dinámica y el relato de la persona, noté que ante ciertas temáticas se generaban en mí determinadas emociones, como envidia, y ante otras temáticas empatía y comprensión, haciendo una revisión considero que las motivadas por **contratransferencias negativas** derivaron en búsqueda de información nimia y de poca utilidad para el supuesto proceso terapéutico, sin embargo las incentivadas por la empatía y la comprensión consiguieron establecer la alianza terapéutica necesaria en el inicio mismo de la relación psicoterapéutica (Jonathan).
- ❖ Revisando el tema de "transferencia y contratransferencia" pienso que no solo debo estar atenta de lo que ocurre con el paciente; si no también de **la manera en que yo actúo dentro del setting** (Jocelyn).
- ❖ Andrea comentó el caso de una señora que tenía una hija de 20 años con problemas de alcoholismo, refiere que la señora comenzó a llorar al comentar este problema, Andrea la contuvo, pero lo que ella quería hacer era abrazarla y consolarla, lo que hizo fue darle su número de teléfono para proporcionarle lugares de apoyo para ella y su hija. Andrea comentó que cuando llegó a su casa se sintió muy mal por sus

**reacciones contratransferenciales** acerca de las personas alcohólicas (Andrea).

- ❖ Se realizaron algunas actividades para ejemplificar la transferencia y **contratransferencia**, como el *role playing* en donde se trató de identificar qué tanto se ponía de sí mismo en el papel representado y cómo nos sentiríamos en esa situación, cómo la manejaría cada quien, cosa que se me complicó bastante realizar, pues creo que todavía me faltaba mucho camino para estar preparada como terapeuta (Consuelo).
- ❖ Cuando revisamos el tema de contratransferencia, me di cuenta de lo importante que es tenerla presente, ya que antes yo la criticaba y no la comprendía, esto me pasaba constantemente en mi servicio social, donde veía pacientes con diferentes problemáticas y yo **de alguna forma salía molesto o simplemente desganado**, ahora comprendo que pasaba (José).

## 5.- OTRAS HABILIDADES

- ❖ La elaboración de minutas me permitió desarrollar la habilidad de la **escucha activa**, para integrar lo relevante y desechar lo innecesario, es un proceso que me permite llevar un orden, un seguimiento y una constancia de lo expresado, y también me acerca a la estructuración de un ojo clínico (Jonathan).
- ❖ La asignatura me ha permitido **observar, participar y discernir** respecto a la dinámica que ocurre dentro del salón de clases, así como de los temas abordados (Alejandra).
- ❖ Si bien, en un curso tan breve, no se espera que los estudiantes surjamos como especialistas psicodinámicos, sí se plantea la formación de un panorama del enfoque psicodinámico en nosotros, que genere un esquema sobre el que **podamos seguir cultivándonos** teóricamente para el desarrollo de habilidades de análisis, que permitan una comprensión profunda del ser humano (Pedro).

- ❖ Realizar las minutas fue para mí una experiencia enriquecedora, ya que se plantea la posibilidad de compartir la perspectiva que otros compañeros tienen, pudiendo dar cuenta de los posibles puntos de vista que coexisten, cuando uno parece estar acostumbrado a ver el mundo sólo desde la perspectiva propia, mediante este ejercicio se da la pauta para qué en situaciones futuras podamos **posicionarnos desde la perspectiva del que llega al consultorio** (Ana).
- ❖ Cuando se presenta una situación, con un paciente real, uno reflexiona acerca de lo difícil que puede ser sobrellevar una crisis, pues en el terapeuta empieza a recaer la importancia del **bienestar del otro**, a partir de esta situación se comienza a vivenciar lo delicado que puede ser tener a una persona en trabajo terapéutico y de la responsabilidad que conlleva; al igual de entender los límites que como terapeutas y seres humanos tenemos, pues es necesario conocer nuestras capacidades y habilidades así como entender por qué hacemos las cosas y para qué (Juan).
- ❖ Además de las cuestiones teóricas obtenidas en este curso, considero importante también la experiencia del grupo como tal, donde me percaté de las **diferentes visiones** que se tienen de los mismos estímulos, de las formas particulares de comportarse de cada uno, del diferente nivel de compromiso que se observa de todos nosotros, así como los mecanismos de defensa presentados ante la evaluación del curso (Vicente).
- ❖ Las sesiones me generaban una **reflexión constante** e introspección fuerte, lo que en un principio exaltó algunas de mis patologías expresándolas en *acting out*, sin embargo con el paso de las sesiones, y **al ir quitando mi resistencia** hacia las reflexiones que se originaban, fui siendo capaz de disfrutar más del curso y de comprender los diversos beneficios que tiene el conocimiento de uno mismo (Vicente).

1.- ATENCIÓN DE LOS PROCESOS INCONSCIENTES

- ❖ Esta materia me agradó mucho, pues siento que nos permitió entender la problemática no solo del paciente sino la de uno mismo también, ya que **si uno mismo se siente estancado, reprimido o ausente** tal vez seamos el primer obstáculo para el desarrollo de un proceso terapéutico. Uno simplemente es un instrumento para el crecimiento y el paciente también es un instrumento para nosotros, porque gracias a él, a su participación en las sesiones, al exponer su problemática, provoca algo en nosotros... un cambio (Karen).
- ❖ Cuando uno asume la decisión de llevar a cabo una formación a través de este modelo, bajo una dinámica vivencial y terapéutica supervisada, se acepta de antemano el obtener una devolución de la imagen de sí mismo a través de las devoluciones que la relación con otros individuos nos otorga, **considerando los posibles riesgos, satisfacciones, frustraciones, incertidumbres, sorpresas y disonancias**, existiendo de fondo la necesidad de experimentar todo ello. Uno mismo se asume como medio y vehículo de saber y conocimiento, en la medida que se logra involucrarse (Ana).
- ❖ Estar dentro del Grupo de Formación me permitió poder observar y vivenciar desde el otro lado del espejo el proceso y la psicodinamia del Grupo Terapéutico, al igual que lo que sucedía en la clase. Por lo que continuamente me **emocionaba, proyectaba, identificaba, cuestionaba, reflexionaba y fascinaba con los procesos dinámicos**, los aspectos intrapsíquicos e interpersonales que influyeron a lo largo de este trayecto (Jocelyn).
- ❖ Si bien durante este proceso siento que no tuve una participación muy activa, es por esta misma razón que guíe el trabajo final un poco con la

**resistencia**, porque es tal vez como me mantuve, es como lo podría ubicar desde este modelo (Viridiana).

- ❖ Antonio manifestó sentimientos de coraje e impotencia con respecto a la desertión de K, aunque mencionó que no sabía exactamente qué es lo que le removió (Antonio).

## 2.- INCREMENTO DE LA CAPACIDAD DE *INSIGHT* O INTROSPECCIÓN

- ❖ Cuando se retomó la problemática de los pacientes, me llegue a identificar con R, ya que me sentí muy retraída y ausente en las posteriores sesiones terapéuticas; fue entonces cuando comencé a **darme cuenta** que el desarrollo del grupo terapéutico va acompañado de nuestro desarrollo personal (Karen).
- ❖ Tal vez no fuimos un grupo muy cohesivo y responsable, sin embargo las habilidades como terapeutas se van desarrollando conforme uno va adquiriendo experiencia, conforme uno se va dando cuenta de qué es lo que le pasa, de sus estados de defensa, de sus transferencias y contratransferencias, etc. Por ello no cabe duda que esta fue una experiencia única, en donde nos reencontramos, nos redescubrimos y nos dimos cuenta de nuestros miedos, angustias, enojos, frustraciones.... en fin, estuvimos en un **“darnos cuenta”** en un “aquí y ahora”, en un presente (Karen).
- ❖ Me **di cuenta** de que la labor de la profesora como supervisora no es de darnos recetas, su labor es formativa (Juan).
- ❖ Dirigir un proceso terapéutico, me ha hecho crecer, cambiar, y sobre todo madurar. Muchas veces las emociones y los sentimientos son herramientas tan importantes para el trabajo terapéutico, ya que permiten ser empáticos con los pacientes, son elementos para el pleno desarrollo del proceso terapéutico y no sólo factores que se tienen que dejar de lado, como creía en un principio (Juan).

- ❖ Durante la supervisión **me di cuenta** de que vale la pena escuchar qué opinan los demás sobre uno mismo (Juan).
- ❖ Tener la oportunidad de ser coterapeuta me ha llevado a concluir satisfactoriamente no sólo los cursos de Psicoterapia, sino una preparación de hace años, desde el inicio de la carrera, un proceso de crecimiento a base de trabajo, y por qué no decirlo, esfuerzo. **Me di cuenta** que de esta experiencia me llevo muchos aprendizajes, tales como vivir y dividirse en el lugar del terapeuta, comprender que el trabajo terapéutico es agotador y no es nada fácil, requiere de un continuo trabajo de información, reflexión y retroalimentación para que se lleve a cabo. Y por supuesto un gran compromiso con el trabajo que se está realizando (Juan).
- ❖ **Comprendí** que el grupo mismo es el que hace funcionar la clase, y no sólo el profesor, también comprendí que todo aquello que se vive a nivel grupal, es reflejado en lo que sucede a nivel terapéutico (Juan).
- ❖ Jonathan compartió con el grupo lo que le había sucedido después de la segunda sesión terapéutica, con respecto a su actitud ante la deserción de K: "Ese día llegue a mi casa muy cansado y me fui a dormir, desperté como a las nueve, cené algo y me fui a dormir otra vez, y al otro día no me quería parar, pero finalmente fui a la escuela, pase al Centro a comer una hamburguesa, y ahí en el edificio que daba a la Alameda, me dio tiempo para pensar qué es lo que había pasado, por qué me había enganchado tanto con lo de K, ahí salieron varias cosas, por qué me había puesto en el papel de salvador, de rescatador, resultando esto muy agotador, desgastante y frustrante también. Algo que me quedó muy claro, es que no me toca o no quiero asumir ese rol, porque es muy pesado y acabo cansado. Creo que todos mis intentos de convencerla, no fueron para convencerla realmente a ella, sino para convencerme a mí de que estoy haciendo un buen trabajo, varios lapsos de la sesión me ausenté totalmente, esperando que los temas surgieran para poderlos relacionar con ella, para mostrarme y convencerme de que mis

habilidades y capacidades son adecuadas, me sentí cuestionado y confrontado en ese momento. Lo que rescato es que la postura que asumí en ese momento, de salvador, rescatador y héroe, es cansado” (Jonathan).

- ❖ En mi Trabajo Final [...] hice una combinación de todos los constructos teóricos aprendidos en esta materia y me los aplique de la siguiente manera: esto que estás viviendo en el papel de coterapeuta es una situación protegida, donde lo que estás experimentando tiene una gran similitud con lo que estarás sintiendo en un futuro en tu espacio laboral donde no tendrás esta retroalimentación de forma tan directa. Es un escenario para entrenar tus habilidades y tener una aproximación vivencial como terapeuta grupal. Esto es un laboratorio donde estas siendo observado de manera controlada y supervisada (Jonathan).

### 3.- PERCEPCIÓN DE LA ANSIEDAD

- ❖ No quise atribuirme el rol del organizador de la actividad de elegir al candidato para coterapeuta, ni tampoco auto-proponerme como candidato, primeramente porque al tomar dicha autoridad quedaría en una posición poco favorable para ser un candidato o conducir el grupo psicoterapéutico, y por otro lado no quería ser el salvador ni el rescatador de las **ansiedades** difusas de todos en ese momento, ya que la que me pertenecía a mí no estaba resuelta todavía (Jonathan).
- ❖ Al hacer la reflexión de ¿qué pasa con ser observadores? Jessica comenta: “Me siento a gusto, cómoda. Me es más fácil hacer mi análisis, no tener la **ansiedad** que causan los pacientes me permite hacer mejores asociaciones y analizarme mejor” (Jessica).
- ❖ La **ansiedad** del Grupo se presentaba en forma de silencios largos cuando la profesora requería una respuesta profunda (emocionalmente) al grupo y ésta era “alimentada” por cierta identificación proyectiva, con una figura materna dominante, en la profesora (Pedro).

- ❖ Para el Trabajo Final me centrare en el tema que me interesó, la 'resistencia' durante las sesiones, ya que considero que se dio demasiada y no solo en el Grupo Terapéutico, si no en nosotros mismos como Grupo en Formación. Como ejemplo había veces que nadie quería participar o aportar a las sesiones, o incluso en alguna sesión hubo compañeros que se quedaron dormidos (Cinthia).
- ❖ Me sentí **ansioso** cuando A comenzó a llorar describiendo su motivo de consulta en la primera sesión (Juan).
- ❖ Tenía *miedo* de que se fueran los demás pacientes, que la deserción de K se dispersara a los demás pacientes y que el proceso terapéutico terminara sin ningún paciente (Juan).

#### 4.- DETECCIÓN DE LA RESPUESTA CONTRATRANSFERENCIAL

- ❖ A través del análisis que se realizó durante la supervisión, logré identificar algunos aspectos en relación con los pacientes, el caso más claro fue la **identificación** con E, quien estaba pasando por situaciones con las que varios miembros del grupo observador y yo estamos pasando actualmente, en relación a finalizar la carrera y al vínculo con la figura paterna (Juan).
- ❖ Fue un proceso de reflexión acerca no sólo de lo que ocurría con el paciente, sino también de eso cómo impactaba en mí. Tuve procesos de identificación en un principio con la situación de A, pero creo que la **identificación** más fuerte fue con la situación de E, tanto por el momento de transición que vive como por la situación con su papá, creo que fue algo que viví de una forma parecida y aunque actualmente considero haber elaborado esa parte de mi vida, eso no impidió que al ver a E recordara esa situación. Creo que esta parte es muy importante referente a preguntarnos qué nos sucede con lo que le pasa al paciente, creo que mientras más claro tengamos esto vamos a poder llevar a cabo de una mejor manera nuestro papel terapéutico (Viridiana).

- ❖ Aprendimos a cuestionarnos, a pensar con profundidad: “¿qué es lo que estoy sintiendo?” y “¿por qué?”, a confrontarnos día a día y paciente por paciente con nuestra propia realidad psíquica. Todo lo anterior viene en los libros, pero fue hasta que vi, usé y fui cuestionado por dicha técnica que logré comprender y asimilar lo verdaderamente esencial. Un buen terapeuta no puede resignarse a tener un lado oscuro que se manifiesta, no debiera tratar de ser ciego a sí mismo, ni a los fenómenos que lo trascienden (Pedro).
- ❖ Mi **contratransferencia** con la paciente comenzó cuando me sentí atraído hacia ella, además de que me identifique con ella en el ámbito escolar [...], para controlar esto me ubiqué en el lado del terapeuta (Diego).
- ❖ (...) La situación de deserción de K me causó coraje, enojo, sensación de quererle decir “carajo escucha primero lo que están diciendo los demás”. A lo que la profesora le pregunta: “¿a quién te recuerda?” y ella contesta: “a mí, esa postura defensiva es algo que no me gusta de mí misma” (Andrea).
- ❖ Consideró que en algunas de las pacientes pudo existir una situación **transferencial** negativa hacia mi figura, y que **yo reaccioné** de la manera esperada por sus actuaciones inconscientes al repetir el patrón de conducta habitual de los objetos masculinos, quizá no siendo atento, comprensivo, empático y protector (Jonathan).
- ❖ Cabe decir que con una paciente en particular reconocí la existencia de una **contratransferencia** negativa de inicio, ya que muchos de sus actitudes me recuerdan invariablemente a mi madre, con la cual no he llevado una relación adecuada. Será necesario seguir trabajando este aspecto, con la finalidad de que no sea un obstáculo en la situación terapéutica. Aunque anteriormente lo había plasmado como una simple idea, ahora con esta vivencia me queda más grabada tal necesidad (Jonathan).

## 5.- OTRAS HABILIDADES

- ❖ La actitud de solicitar indicaciones no solo estuvo presente en el Grupo Terapéutico, sino que también fue un fenómeno presente en el Grupo en Formación. El supuesto básico de dependencia fue un reflejo equiparable en ambos grupos. Por tanto la modalidad de vivencial permite no solo observar los procesos sino también formar parte de ellos (Andrea).
- ❖ En el Grupo Terapéutico pudimos **observar** claramente las dificultades para la terminación de las primeras sesiones y, sobretudo, la dificultad para terminar la décima y última sesión. Esto, tal vez, por la presencia de elementos como miedo, enojo o duda acerca de la terminación (Camila).
- ❖ Durante esta materia, logre **profundizar, cuestionarme y asimilar** conocimientos, aspectos de las experiencias y dominio de conocimientos que son aplicables en la vida y en la formación profesional (Camila).
- ❖ Este Trabajo Final, va más allá de una simple exposición y manifestación del conocimiento académico y de la experiencia de vida, esta exposición es el primer paso de un proceso que resultará realmente formativo. Debe acompañarse de **una resignificación y posteriormente una integración del material a la estructura psíquica personal**, que al final es la labor que espero llevar a cabo como psicóloga (Ana).
- ❖ La experiencia ganada permite a la vez involucrarse pero sin perderse, tomar distancia sin ser ajeno, y yo estoy en vías de llegar al punto de neutralidad y ecuanimidad necesarias para el ejercicio de mi labor profesional, tengo la consciencia de que para lograrlo, la formación hace la diferencia, con la cual se debe ser comprometido y responsable (Ana).
- ❖ Como participante de un grupo que observa a otro grupo, el símil entre ambos permite hacer más vívido y evidente el trabajo que se lleva a cabo con los pacientes y las divergencias permiten ubicarnos en

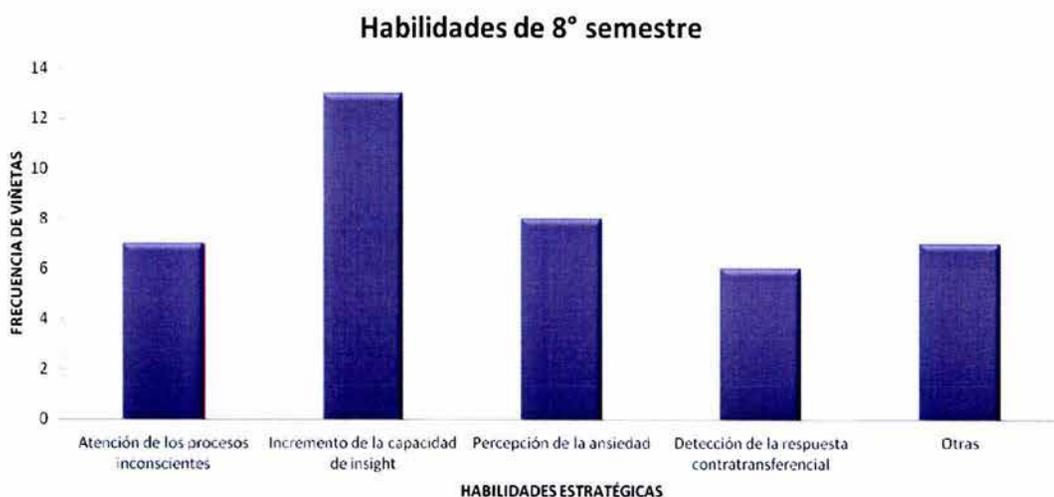
posibilidades que no corresponden con la propia vivencia pero a las cuales podemos acercarnos de forma empática, teniendo un mayor acercamiento a la experiencia humana que es nuestro elemento central de trabajo (Ana).

- ❖ Finalmente y coronando el pastel que veníamos cocinando desde el semestre pasado, observamos pacientes “en vivo”, **experimentamos fenómenos muy diversos** de dicha exposición y, sobretodo, creo que **aprendí** sobre los verdaderos gajes del oficio del terapeuta psicodinámico. Es curioso, pero pese a que la Terapia Grupal no cumplió todas mis expectativas preliminares, me quedó un grato sabor y un gran interés en saber mucho más al respecto y participar de ella. (Pedro).
- ❖ He disfrutado mucho este semestre, y creo que he aprendido más que una postura, una forma de **reflexionar** las cosas para llegar a un conocimiento más profundo sobre los pacientes y sobre mí como terapeuta (Pedro).
- ❖ Algunos tuvimos nuestra primera experiencia con un paciente en pre-consulta, otros frente a un Grupo Terapéutico, otros más en una clase didáctica-vivencial, y creo que la mayoría del grupo en una supervisión posterior a una observación “en vivo”. Con este curso, creo que algunos cerramos éste marco introductorio teórico-práctico al enfoque psicodinámico, que se ha venido planteando desde el curso anterior, logrando un círculo en el que habrán de entrar muchos más conceptos y, en especial, nuestra experiencia clínica (Pedro).
- ❖ Poder **observar y contribuir** en las sesiones de supervisión, me permitió integrar la teoría con la práctica y vivir cómo se dan los procesos grupales, las dificultades que hay, observar el contenido manifiesto y latente de cada paciente, los distintos ritmos en cada uno, como iban surgiendo las resistencias y los mecanismos de defensa (Carolina).

- ❖ Me costó mucho ubicar el proceso desde el marco psicoanalítico, tal vez es debido a que el acercamiento anterior que tuve a la psicoterapia fue de un enfoque diferente y por lo tanto todo el proceso se vive de otra manera, es por esto que en mí había una dualidad de perspectivas, mientras yo ubicaba la situación de los pacientes de una manera era momento también de ubicarlo desde el marco psicoanalítico (Viridiana).
- ❖ En las primeras sesiones me identifiqué con K al haber en mí cierta renuencia al enfoque. Además que no me sentía capacitada para participar, creo que por eso me mantuve al margen de las intervenciones. Sin embargo para mí fue un proceso enriquecedor en el que pude aprender muchas cosas que se pueden complementar perfectamente, independientemente del enfoque (Viridiana).
- ❖ Me encantó pertenecer a estos grupos y conocer cómo formar parte de un Grupo Terapéutico desde la seguridad que brinda el otro lado del espejo. Sin embargo, voy a seguir trabajando para llegar a vivenciar directamente la coterapia en un Grupo Terapéutico (Jocelyn).
- ❖ La primera sesión terapéutica fue una de las más vívidas que tengo, ya que fue el empezar a poner en marcha todos esos recursos intelectuales que adquirí en 8° semestre, ese bagaje teórico-vivencial que traía conmigo, de iniciar la labor psicoterapéutica con personas reales, con problemáticas observables, con dolores emocionales palpables, y con el instrumento de trabajo que tengo: mi persona (en todo lo que esto implica) al servicio de esta reestructuración psicológica que estaba cobrando vida ante mis ojos (Jonathan).
- ❖ En esa constante búsqueda de guía, orientación y encuadre no me percataba en esos momentos de que se me estaba proporcionando, quizá no en la manera en la cual a mí me hubiera gustado que se me diera, pero todo parece indicar que sí estaba presente pero no tanto como yo quisiera (Jonathan).

- ❖ Confieso que en varios momentos del proceso: no le encontraba forma ni dirección alguna, sentía que no había una supervisión adecuada y por ende estaba mal organizado, sentía que yo no tenía la adecuada actitud ni el involucramiento necesario, las lecturas se me hacían repetitivas y densas, las retroalimentaciones posteriores a las sesiones psicoterapéuticas no eran sencillas de asimilar y las llegué a sentir rebuscadas. Aunado a lo anterior, cabe señalar mi propensión a querer tener todo muy bien planeado y organizado, y mi sensación frecuente de no estar manejando adecuadamente los conceptos teóricos para explicar la situación de los pacientes (Jonathan).
  
- ❖ He cambiado debido a que estoy construyendo mi papel de coterapeuta a través de la literatura y la escucha activa y me he permitido ponerme en el lugar del otro y pensar qué se sentiría estar

En la gráfica 3 se muestra que entre las habilidades, de los alumnos que cursaron el 8° semestre, se reportaron 7 viñetas de adquisición de la habilidad de “atención de los procesos inconscientes”; 13 de “incremento de la capacidad de *insight*”; 8 de “percepción de la ansiedad”; 6 de “detección de la respuesta contratransferencial”; y 7 más que reportaron haber adquirido “otras” habilidades que no están definidas de manera unitaria, pero que están presentes en del proceso de formación.



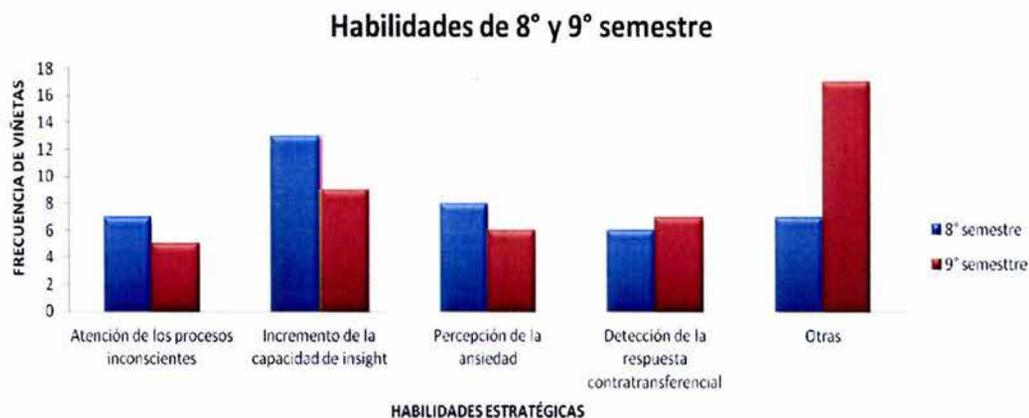
GRÁFICA 3. Habilidades adquiridas en los alumnos de 8° semestre.

En la gráfica 4 se observa que entre las habilidades, referentes a los alumnos que cursaron el 9° semestre, se reportaron 5 viñetas de adquisición de "atención de los procesos inconscientes"; 9 de "incremento de la capacidad de *insight*"; 6 de "percepción de la ansiedad"; 7 que hacían referencia a la "detección de la respuesta contratransferencial"; y 17 más que reportaron haber adquirido "otras" habilidades que no están definidas de manera unitaria, pero que están presentes dentro del proceso de formación.



GRÁFICA 4. Habilidades adquiridas en los alumnos de 8° semestre.

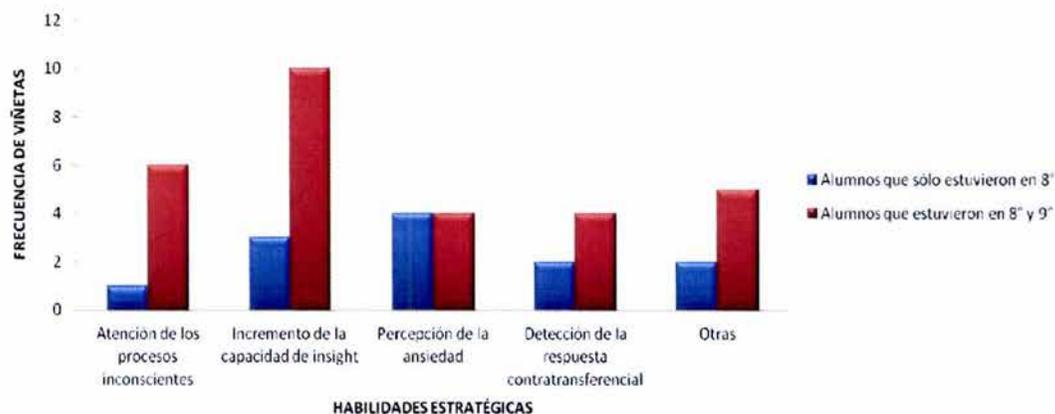
En la gráfica 5 se muestra que la habilidad de “atención a los procesos inconscientes” tuvo 1 viñeta más durante 8° semestre; el “incremento de la capacidad de *insight*” es 4 viñetas mayor en el primer semestre con respecto al segundo; en cuanto a la “percepción de la ansiedad” los alumnos de 8° manifestaron 2 viñetas más; la “detección de la respuesta contratransferencial” aumentó por una mención en las viñetas del segundo semestre; y las habilidades que se incluyeron en “otras” habilidades, aumentó de 7 a 17 viñetas.



GRÁFICA 5. Comparación entre las habilidades que adquirió el Grupo en Formación de 8° semestre, con respecto al de 9°.

En la gráfica 6 se presenta de manera separada los alumnos que sólo cursaron 8° y los que cursaron el proceso de formación completo (8° y 9°). Se observa que los alumnos que estuvieron en el proceso de formación completo, adquirieron en mayor medida todos los grupos de habilidades con respecto a aquellos que tuvieron una formación parcial.

### Diferencia en la adquisición de habilidades en 8° semestre



GRÁFICA 6. Diferencia en la adquisición de habilidades en los alumnos de 8° semestre, entre los que tuvieron un proceso de formación parcial y los que lo cursaron completo.

En la gráfica 7 se presenta de manera separada, del Grupo en Formación de 9° semestre, los alumnos que sólo cursaron 9° y los que cursaron el proceso de formación completo (8° y 9°). Se observa que los alumnos que estuvieron en el proceso de formación completo, adquirieron en mayor medida todos los grupos de habilidades con respecto a aquellos que tuvieron una formación parcial.



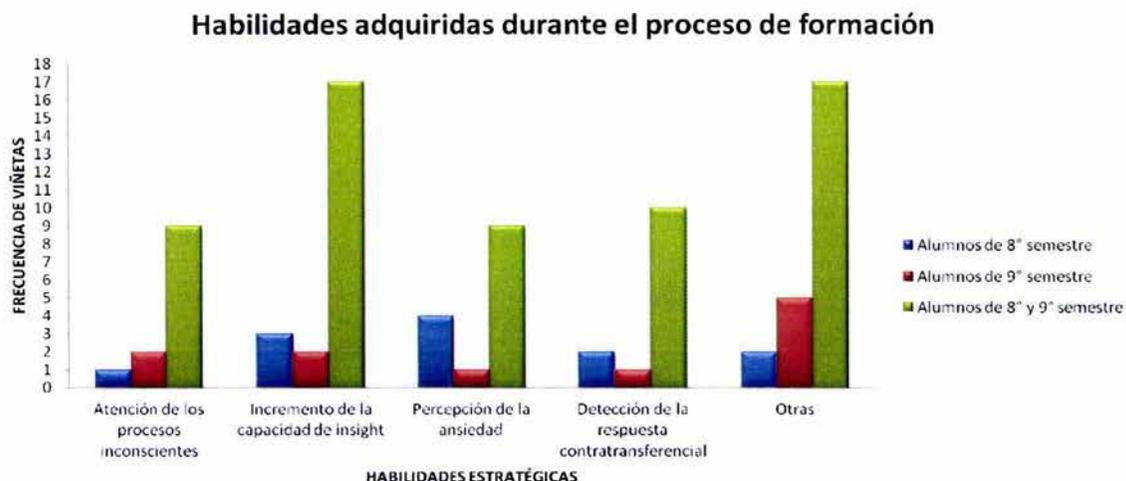
GRÁFICA 7. Diferencia en la adquisición de habilidades en los alumnos de 9° semestre, entre los que tuvieron un proceso de formación parcial y los que lo cursaron completo.

En la gráfica 8 se presenta la adquisición de las habilidades de una forma acumulativa en los alumnos que estuvieron en el proceso de formación completo, durante los dos semestres: en la “atención a los procesos inconscientes” hubo 9 menciones en las viñetas de haber presentado la habilidad; se hizo referencia de 17 viñetas de haber “incrementado la capacidad de *insight*”; 9 veces se presentó la “percepción de la ansiedad”; se encontraron 10 viñetas de la “detección de la respuesta contratransferencial”; y 17 viñetas que mencionaban “otras” habilidades adquiridas en el proceso de formación completo.



GRÁFICA 8. Habilidades adquiridas por los alumnos que cursaron el proceso de formación completo.

En la gráfica 9 se observa que los alumnos que cursaron el proceso de formación completo, adquirieron en mayor medida, de forma acumulativa, todos los grupos de habilidades con respecto a aquellos que sólo cursaron una parte de la formación.



**GRÁFICA 9.** Habilidades que adquirieron los alumnos que cursaron el proceso formativo completo y los que tuvieron una formación parcial.

Al utilizar la prueba Kruskal-Wallis para el análisis estadístico, se puede observar que la media de los rangos es mayor en el grupo 3 de 12.5, que son los alumnos que tuvieron una formación completa, con referencia al grupo 1 que tuvo 6.3 y al grupo 2 que tuvo 5.2, que son los alumnos con una formación parcial. Obteniendo un nivel de significancia de *0.19*, es decir, que la diferencia en la adquisición de habilidades entre los grupos es estadísticamente significativa.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Durante el proceso de formación se observó que era necesario que el terapeuta adquiriera la habilidad de poder identificar qué le pasa con el material clínico de los pacientes, puesto que es difícil hacer que el otro contacte con sus sentimientos, si el terapeuta no lo hace con los propios, ya que como Chagoya (en Lazarini, 1992) menciona, el objetivo fundamental es que el terapeuta en formación, obtenga una visión clara del tratamiento, y en "carne propia" pueda vivenciar los afectos que emergen en el vínculo terapéutico.

Uno de los dispositivos fundamentales para el aprendizaje del Grupo en Formación, de acuerdo al Programa de Yussif (2008), es la observación de cómo se enseña a trabajar a un grupo, para que este trabaje con otro grupo, resaltando la habilidad de reconocer algunos elementos que se dan en una terapia grupal a partir del trabajo en el propio grupo, lo que concuerda con lo que dijo Binder (2004, en Álvarez, 2005) quien sostiene que dentro de la formación, el conocimiento empieza en la observación del trabajo de otros.

Si bien se habló principalmente de 4 habilidades estratégicas que se pretendía que los alumnos en formación adquirieran durante la práctica, los resultados demuestran que en el proceso de formación, con las técnicas que se utilizaron para el aprendizaje, los alumnos desarrollaron otras habilidades indispensables para la labor clínica, como: empatía, escucha activa, identificación de la dinámica del grupo, etc., concordando con lo que plantean autores como Bellak y Small (1990); Yussif (2002); y Linares y Ortega (2008).

Se recalca la importancia de que todo terapeuta en formación, aparte de que incluya la supervisión del material clínico de los pacientes, integre también el análisis de su propia persona, ya que como Maud Mannoni (2002) señala, para que el terapeuta se mantenga receptivo a la invención, a lo imprevisto y lo que sucede en la terapia, necesita volver continuamente a la posición de analizado, para entender el deseo de saber de su paciente y su propio deseo de saber del otro.

A pesar de que faltó que los coterapeutas ahondaran más sobre los sentimientos que generó la deserción de que algunos miembros del Grupo Terapéutico, se puede concluir que, como dice Lothstein, (1996) a veces los abandonos son necesarios para mejorar la cohesividad y no significan necesariamente un hecho traumático para la vida del grupo.

Tanto a los coterapeutas, como al Grupo en Formación les causó mucha ansiedad trabajar con las emociones que causaban los abandonos, lo que concuerda con Kaplan (1996) quien menciona que en ocasiones los terapeutas se sienten amenazados por el hecho de que un miembro quiera desertar, pues creen que se debe a su incompetencia o a la del enfoque y tienden a querer retener a los pacientes. Sabiendo esto, los terapeutas noveles deben trabajar más sus habilidades para realizar una mejor labor terapéutica.

Se sugiere que los abandonos que se dan en la transición de octavo a noveno semestre en el Grupo en Formación, sean trabajados dentro del grupo, ya que como dice Yalom (1996), los supervisores deben explorar todos los motivos posibles de preocupación de los integrantes, pues generalmente los efectos del abandono son percibidos de forma negativa por el grupo y el supervisor, influyendo en la cohesión y moral grupales. Ya que se tiene la hipótesis de que uno de los factores que pudo afectar en la cohesión del Grupo en Formación del 9° semestre fue la ausencia de algunos de sus integrantes, los cuales ya tenían un rol.

Se pudieron notar logros terapéuticos en los 3 pacientes que concluyeron el proceso, durante las 10 sesiones terapéuticas a cargo de 2 coterapeutas noveles, lo cual sugiere una buena proporción de objetivos alcanzados en relación a lo que se pudiera esperar en una terapia individual, coincidiendo con lo que concluyó Yussif (1995), quien señala que esta modalidad de supervisión de la psicoterapia breve de grupo, permite atender de manera más eficiente a un mayor número de pacientes en comparación con los que podría atender un solo terapeuta experimentado.

En el proceso terapéutico, se considera que es mejor que la coterapia sea con un hombre y una mujer, porque más allá del proceso transferencial de los

pacientes hacia la figura de los coterapeutas, se tiene la hipótesis de que las mujeres se fueron porque no sentían la confianza suficiente para hablar de temas más íntimos, no se sintieron escuchadas ni comprendidas, debido a que a la última sesión a la que cada una asistió, en el resto del grupo había solo hombres, incluidos los coterapeutas y cada una de ellas era la única mujer en su respectiva sesión, lo cual no debería ser un determinante para la deserción, pero si podría ser un elemento que la facilita.

A raíz de este reporte de prácticas surge la hipótesis de que los alumnos que cursaron ambos semestres de formación, tienen ciertas características o nivel de motivación que les permitió terminar el proceso y aprender más, con respecto a aquellos que sólo cursaron uno de los dos semestres, concordando con lo que plantea Amat en el 2002, quien asegura que los alumnos aprenden de formas muy diversas en función de sus experiencias académicas anteriores, de sus intereses y de su situación actual, del conocimiento de las necesidades de formación, así como de las características, actitudes e intereses de los alumnos. Por lo que se recomienda que en trabajos posteriores, se investigue cuáles son las características que facilitan la adquisición de estas habilidades terapéuticas.

El programa de formación, no fue un proceso terapéutico, pero por su carácter vivencial implicó una reflexión y cuestionamiento constante en cada alumno, sobre las necesidades de eliminar los obstáculos que están relacionados con el trabajo clínico (Yussif, 1995; Valenzuela 2011).

Se concluye que el proceso de formación de psicólogos a través de la práctica supervisada, es fundamental en el desarrollo profesional del estudiante, le ayuda a analizar sus posibles obstáculos terapéuticos, a reflexionar sobre sí mismo; y a desarrollar habilidades para beneficiar la labor terapéutica durante las sesiones y la práctica futura, resaltando así la importancia de la supervisión como base fundamental para la formación del terapeuta.

Se pudo encontrar que para desarrollar el programa de "Formación y Adquisición de Habilidades Estratégicas Psicoanalíticas para el Psicólogo Clínico", Yussif (2008), a lo largo de los dos semestres resultó indispensable

que el Grupo en Formación llegara al momento de cohesión, pues esto permitió, en mayor o menor medida un trabajo enriquecedor y flexible durante la dinámica de ambos grupos, una visión acerca del material clínico de los pacientes, desde múltiples miradas; escuchar y proponer alternativas de acción; aprender de los casos propios y de los ajenos y equilibrar el posible sesgo del supervisor a partir de todas las voces, perspectivas y construcciones de los integrantes.

Con base a los resultados estadísticos se concluye que la práctica de formación debe ser cursada en ambos semestres para tener una mayor adquisición de habilidades.

Los alumnos con una formación parcial adquieren menos habilidades, se observó que los que cursaron la primera mitad del programa, comenzaron a reflexionar y adquirir las habilidades para eliminar los obstáculos en el trabajo clínico, pero se perdieron la parte práctica que se desarrolla al trabajar con pacientes. En contraste, los alumnos que cursaron sólo el segundo semestre, pudieron vivenciar la labor terapéutica, sin embargo no adquirieron las habilidades necesarias para llevar a cabo el trabajo terapéutico.

Se encontró que a pesar de que los alumnos deben cursar el proceso de formación completo, aquellos que solo cursaron uno de los dos semestres también tuvieron cierto nivel de aprendizaje, pues la formación *per se*, es generadora de cambio en todos los que participan en ella.

Según los resultados obtenidos, en la frecuencia de adquisición de habilidades, se puede decir que sí hay diferencia en la adquisición de habilidades cuando se concluye el proceso formativo y cuando se queda a la mitad, dependiendo entre otras cosas de las características de cada alumno.

Entre las ventajas de trabajar con el mismo grupo de estudiantes los dos semestres, se encuentra el hecho de aprovechar mejor el tiempo de las supervisiones, ya que las participaciones y aportaciones parten de un punto similar de formación entre los alumnos.

Entre otras cosas, la mayoría de los alumnos que cursaron la primera mitad del proceso formativo, además de trabajar contenidos teóricos con enfoque psicoanalítico, tuvieron un primer acercamiento a un trabajo vivencial, lo cual generó introspección y reflexión hacia sí mismos, pero también cuestionamiento y análisis, por tal motivo, se movilizaron diversos afectos y sentimientos que generaron ansiedad, observando así que el proceso formativo-vivencial no es fácil de cursar, lo que posiblemente hace que varios alumnos deserten a la mitad del proceso.

Se concluye que fue relevante para el proceso terapéutico que el Grupo en Formación, tuviera presente la información personal de los pacientes, así como sus motivos de consulta, pues eso les permitió abordar y dar seguimiento a las problemáticas durante el proceso, de lo contrario se excluye o minimiza la información de los pacientes.

Se observó que uno de los factores que está relacionado con la permanencia y finalización de los pacientes en el grupo, es la alianza terapéutica, ya que si el mismo terapeuta inicia y desarrolla todo el proceso; tiene de esta manera un mayor conocimiento de la historia del paciente, para así no perder su problemática en el proceso.

Los logros terapéuticos de los pacientes están íntimamente ligados a la adquisición de las habilidades de los coterapeutas en formación, ya que la experiencia en la práctica demostró que así como iba avanzando el Grupo en Formación, iban avanzando los pacientes en el Grupo Terapéutico.

Para finalizar, podemos decir que si bien, como profesional en formación, se tiene presente la ética y profesionalismo, no se puede dejar de lado la subjetividad y la propia historia, ya que son aspectos que intervienen inevitablemente en el trabajo terapéutico, al buscar contactar con los temas y situaciones de los pacientes, de ahí la importancia del autocuidado, para no obstaculizar la labor terapéutica.

## REFERENCIAS

Alonso, A. y Swiller, H. (1995) Entrenamiento en Psicoterapia de Grupo. En A. Alonso y H. Swiller (comps.) *Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica*. México: Editorial El Manual Moderno.

Álvarez, H. (2005) *Psicoterapia Breve de Orientación Dinámica*. (Reseña) Jeffrey L. Binder (2004) *Competencias clave en Psicoterapia Breve dinámica. La práctica clínica más allá del manual*. New York: Guilford Press. En *Aperturas Psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis*. No. 20

Amat, O. (2000). *Aprender a enseñar: Una visión práctica de la formación de formadores*. 3° Edición, Ediciones Gestión.

Ayala V., H. & Vázquez P., F. (2001). *La formación profesional del psicólogo en el campo de la salud, la educación, los procesos sociales y las organizaciones: el internado en psicología general de la facultad de psicología de la UNAM*. México: UNAM.

Barragán L., Ampudia A., Vázquez F., Ayala H., Reynoso L., Seligson S., Barragán N., Echeverría, L., Díaz L., Morales S., (2001). *La Formación Profesional del Psicólogo en el Campo de la Salud: Programa de Entrenamiento Práctico Bajo Supervisión (PEPS) En Ayala V., H. & Vázquez P., F. (2001). La formación profesional del psicólogo en el campo de la salud, la educación, los procesos sociales y las organizaciones: el internado en psicología general de la facultad de psicología de la UNAM*. México: UNAM.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad, Tratamiento basado en la mentalización*. 1ª edición en español. Jalisco: Editorial Universitaria.

Bateman, W. (2000). *Alumnos curiosos: preguntas para aprender y preguntas para enseñar*. Barcelona: Gedisa.

Bellak, L. y Small, L. (1990) *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México: Editorial Pax.

Bloom, B. S. & Hasting, J. T. (1975). *Evaluación del Aprendizaje*. Vol.1. Buenos Aires: Troquel. S.A.

Busenius C. H, (2007). *El Insight*. Chile: Universidad Arturo Prat. Recuperado el 10 de septiembre de 2010, de <http://www.psicologosclinicos.com/articulos/insight/>

Candarle, J., Álvarez, G. & Vieyra, M. I. (2002) *El Terapeuta Inicial, Ética, Entrenamiento y Supervisión, desde un abordaje de integración cognitiva*. Ponencia presentada en el X Congreso Metropolitano de Psicología, Odisea de la Ética: La equidad y la constitución de los sujetos sociales. Buenos Aires: APdeBA. Recuperado el 20 de agosto de 2011, de <http://www.psiconet.com/argentina/xcm/programa.htm>

Carrillo, J. A. (1991) *La Supervisión vivencial en la Formación del Analista de Grupo*. En *Análisis Grupal*, Antología del 4º Congreso Nacional, XXV Aniversario de AMPAG. Vol. VIII, No. 1, Guanajuato, México.

Carrillo, J. A., Becerril, C., De León, J. Díaz, C., Enrenwald, E., Lenz, I. Yussif, D & Zepeda, R. (1993). *Los grupos psicoanalíticos de formación (no terapéuticos)*. *Imagen Psicoanalítica*, 3, p. 21-38.

Castillo M., & Yussif D., (1989). *Padres e Hijos, un Modelo de Supervisión*. Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia (I.M.P.P.A.). En junio de 1989, VIII Generación. [*Memorias*]

Castillo N., M., Yussif, D. y Cols. (1991). *Padres e hijos, un modelo de supervisión. La adolescencia actual-La nueva generación*. Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia. México, págs. 61-95.

Consuegra A., N. (2004). *Diccionario de psicología*. Ecoe Ediciones Ltda.

Day, M. (1996) *Formación y Supervisión en Terapia de Grupo*. En Kaplan, H. y Sadock, B. *Terapia de Grupo*. (3ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.

Dellarossa, A. (1979). *Grupos de reflexión: entrenamiento institucional de coordinadores y terapeutas de grupos*. México: Paidós.

Díaz-Barriga, F. y Hernández, G. (2002) *Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo, una interpretación constructivista*. (2ª ed.). México: Mc Graw Hill.

Diccionario de la Lengua Española (2001). Real Academia Española. 21ª edición. Recuperado el 20 de agosto de 2011 en el sitio web: <http://buscon.rae.es/drael/SrvltGUIBusUsual?LEMA=empat%C3%ADa>

Dorsch, F. (2008). *Diccionario de psicología*. 8º Edición, Ed. Herder.

Fernández, H. (2008) *Integración y Salud Mental*. El proyecto Aiglé 1977-2008. 2ª Ed. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer

Foulkes, S. H. (1981) *Psicoterapia grupo-analítica, Método y Principio*. (Trad. Marcos Galmarini). Barcelona: Gedisa.

Freud, S. *Lo Inconsciente*. Colección Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis. Libros en Red (2005). Recuperado 20 de Mayo, 2011, de <http://d3ds4oy7g1wrqq.cloudfront.net/magaterrenal/myfiles/2998-Loinconsc757093.pdf>

Fuentes, M. E. (2006) La Supervisión clínica: un espacio de aprendizaje psicodinámico en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico. En Revista *Carta Psicoanalítica*. Psicoanálisis en México. No. 9. Sobre Clínica. Recuperado el 12 de septiembre de 2011, de [www.cartapsi.org/spip.php?rubrique26](http://www.cartapsi.org/spip.php?rubrique26)

Gabbard, G. O. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana.

García J., 2005. *Psicoterapia Grupo Analítica. Reporte de una Práctica Supervisada*. Tesis para obtener al grado de especialista en psicología clínica y psicoterapia de grupos en instituciones. México, D.F: UNAM, Facultad de Psicología,

Gil F. & León J. M. (Eds). (2000). *Habilidades sociales: Teoría, Investigación e Intervención*. Editorial Síntesis.

González N., J (1992). *La fortaleza del psicoterapeuta: La contratransferencia*. México: Instituto Politécnico Nacional.

Grinberg, L. (1975) *La Supervisión Psicoanalítica. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós.

Hernández. C. A. (2007) *Supervisión de Psicoterapeutas Sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio*. Diversitas, dez. Vol. 3, No. 2, 227-238. Recuperado el 7 de agosto de 2011, de [redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/679/67930204.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/679/67930204.pdf)

Kaplan, H. & Sadock, B. (1996) Diagnóstico clínico en terapia de grupo. En H. Kaplan y B. Sadock. (Eds.) *Terapia de Grupo*. (3ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.

Klanber, J. (1985) *Dificultades en el encuentro psicoanalítico*. Psicología profunda. México: Paidós

Klein, R. (1996) La Terapia Breve de Grupo. En H. Kaplan y B. Sadock. (Eds.) *Terapia de Grupo*. (3ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.

Lazarini, J. L. (1992) *Algunas consideraciones en torno a la formación del psicoterapeuta psicoanalítico*. En Revista Alethéia. Num.11. México: Editorial IIPCS.

Lee, O. y Mondragón, R. (2002) Propuesta: Un modelo de Supervisión con Equipo Reflexivo. En Licea, G., Paquentin, I., Selicof, H. (comps.) *Voces y más voces I Reflexiones sobre la supervisión*. México: Alinde Instituto de Psicoterapia.

Linares, J. L. y Ortega, J. (2008) *Terapia Familiar, aprendizaje y supervisión*. México: Editorial Trillas.

London, S. y Rodríguez, I. (2004) La Supervisión como Grupos de Conversaciones Colaborativas. En G. Licea, I. Paquentin, H. Selicof. (comps.) *Voces y más voces II Reflexiones sobre la Supervisión*. México: Alinde Instituto de Psicoterapia.

López-Yarto E., L. (1997). *Dinámica de grupos-cincuenta años después*. 2° Edición. Desclee De Brouwer.

Lothstein, L. (1996) Proceso de terminación en terapia grupal. En H. Kaplan y B. Sadock. (Eds.) *Terapia de Grupo*. (3ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.

Loubat, M. (2005) Supervisión en Psicoterapia: Una posición sustentada en la experiencia clínica. En *Terapia Psicológica*. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Vol.23. No.2, 75-84

MacKenzie, K. (1995) Teoría y técnica de grupo con tiempo limitado. En A. Alonso y H. Swiller (comps.) *Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica*. México: Editorial El Manual Moderno.

Mannoni, M. (2002) *Un saber que no se sabe. La experiencia analítica*. (1ª ed. Econobook), Barcelona: Gedisa.

Martínez-Otero, V. (2004). *Teoría y Práctica de la educación*. 2° Edición. Editorial CCS,

Mijolla, A. (Ed.) (2007). *Diccionario AKAL Internacional de Psicoanálisis*. Akal

Milne, D. y James, I. (2002) The observed impact of training on competence in clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*. 41., 55-72

Morales, M. y Somarriba, L. (2001) Programa de Supervisión. En Morales, M y Somarriba, L. (comps.) *Propuesta de Supervisión para las Residencias de Posgrado* (manuscrito inédito). Facultad de Psicología UNAM, México.

Munich, R. (1996) Dinámica de Grupos. En H. Kaplan y B. Sadock. (Eds.) *Terapia de Grupo*. (3ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.

Napler, R. W. & Gerschenfeld, Matti K. (2000). *Grupos: teoría y experiencia*. México: Trillas.

Person, E. S.; Cooper A. M. & Gabbard G. O. (2005). *The American Psychiatric Publishing textbook of psychoanalysis*. American Psychiatric

Pines, M. y Hutchinson, S. (1995) Análisis Grupal. En A. Alonso y H. Swiller (comps.) *Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica*. México: Editorial El Manual Moderno.

Puig, C. (2009) *La supervisión en la intervención social: un instrumento para la calidad de los servicios y el bienestar de los profesionales*. Tesis Doctoral inédita. Universitat Rovira I Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Tarragona, España.

Recuperado el 10 agosto 2011, del sitio web de la Facultad de Psicología, UNAM: <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/112/centro-de-servicios-psicologicos-dr-guillermo-davila>

Recuperado el 10 agosto 2011, del sitio web de la Facultad de Psicología, UNAM: <http://pavlov.psicol.unam.mx:8080/site/servcom/centros/guillermomodav.htm>

Recuperado el 10 agosto 2011, del sitio web <http://www.mitecnologico.com/Main/ElaboracionDeMinutasDeLasJuntasDeTrabajo>

Recuperado el 10 agosto 2011, del sitio web <http://www.transformacion.com/elearning/vivencial-queesla.htm>

Rojas M., E. (1998). *La ansiedad, como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Madrid: Temas de hoy, S.A. (T. H.)

Rosenthal, L. (1996). Resistencia y elaboración en terapia grupal. En H. Kaplan y B. Sadock. (Eds.) *Terapia de Grupo*. (3ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.

Rutan, J. S., Stone, W. N. & Shay, J. J. (2007). *Psychodynamic group psychotherapy*. 4ª ed. New York: The Guilford Press.

Salvendy, J. (1996). Selección y preparación de pacientes, organización del grupo. En H. Kaplan y B. Sadock. (Eds.) *Terapia de Grupo*. (3ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.

Scheidlinger, S. (1996) Historia de la terapia de grupo. En H. Kaplan y B. Sadock. (Eds.) *Terapia de Grupo*. (3ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.

Tarragona, M. (1999) La Supervisión desde una perspectiva Posmoderna. En *Psicología Iberoamericana*. No. 7, 68-76

TFC, Trans Formación Consultores, (2003) Recuperado el 12 de febrero de 2011 de: <http://www.trans-formacion.com/elearning/vivencial-queesla.htm>

Tuttman, S. (1996). Transferencia y contratransferencia en grupos. En H. Kaplan y B. Sadock. (Eds.) *Terapia de Grupo*. (3ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.

Valenzuela, C. A. (2008) *Supervisión Clínica: Espacio y eje de formación profesional*. Ponencia en la Tercera Jornada Clínica del Centro Comunitario de Atención Psicológica Los Volcanes. Facultad de Psicología, UNAM, México.

Valenzuela C., A. (2011). *Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico*. Tesis de maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Vélez, P. y Restrepo, D. (2008) El Proceso de Terminación en Psicoterapia de Tiempo Limitado: Aspectos Clínicos y Técnicos. En Revista CES Psicología. Volumen 1, No. 2., 58-68

Villar A. L. M., Vicente P., León M. J. (1995). *Un ciclo de enseñanza reflexiva: Estrategia para el diseño curricular*. 2º Ed. Ediciones Mensajero.

Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de Psicoterapia de Grupo*. México: Paidós.

Yalom, I. (1966) *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Yussif, D. (1987). *El grupo terapéutico: modificaciones a la técnica. El uso de la contratransferencia. Una alternativa de trabajo con adolescentes tempranos*. Trabajo presentado para obtener el título de Psicoterapeuta Psicoanalista de la Adolescencia. Documento interno. México: Archivo de IMPA.

Yussif, D. (1989). *La terapia de grupo con adolescentes*. Experiencias en el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia. En: J. A., Carrillo, J. Yañes, D. Yussif, (Eds.). *Teoría y Praxis del Psicoanálisis y la*

Psicoterapia. Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, A.C., México. Pag. 152,159.

Yussif R., D. y cols. (1995). *Supervisión de la psicoterapia grupal, una experiencia formativa*. México: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", Facultad de Psicología. UNAM. En 11 de mayo de 1995. Sesión Científica de investigación Clínica, 14° aniversario del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Memorias

Yussif, D. (1996). *La supervisión vivencial en la formación de psicoterapeutas de grupo*. Ensayos sobre psicoterapia e investigación clínica en México. Facultad de Psicología, UNAM., México, págs. 118-119.

Yussif R., D. (1997). Curso de Teorías Psicodinámicas IV, ciclo de junio a diciembre de 1997. [Notas] México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de Comunicación Humana. Maestría en Psicología Clínica Infantil.

Yussif, D. (1997). "Un modelo de supervisión en la Enseñanza de la Psicoterapia de Grupo. Sesión Científica de Investigación Clínica XVI Aniversario del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", Facultad de Psicología, U.N.A.M., México [en prensa].

Yussif R., D. (1998) *El Centro de Servicios Psicológicos: Un espacio para la Formación de Psicólogos y el Servicio a la Comunidad bajo un enfoque Psicodinámico*. México: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", Facultad de Psicología. UNAM. En Octubre de 1998.

Yussif R, D. (2002) *Resultado de la investigación: Modelo de formación en Psicoterapia de Grupo*. En el X Congreso Mexicano de Psicología "El perfil Profesional del Psicólogo: presente y futuro", Sociedad Mexicana de Psicología A.C., Acapulco, Gro., 23 al 25 de octubre del 2002 [Simposio]

Yussif R., D. (2003) *Desarrollo del proceso modelo de formación de Psicoterapia de Grupo*. En el XI Congreso Mexicano de Psicología , Sociedad Mexicana de Psicología A.C. y el Colegio de Psicólogos del estado de Campeche, A. C., Campeche, Cam., 22 al 24 de octubre del 2003 [Simposio]

Yussif R., D. & Martínez P., M. (2004). *Ansiedad: ¿Obstáculo o herramienta en la labor terapéutica?* UNAM. [Cartel]

Yussif R., D. (2005). *Una Práctica Supervisada en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"*. México: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", Facultad de Psicología. UNAM.

Yussif R., D. (2006, septiembre). *Una Práctica Supervisada*. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial, publicado por la Sociedad Mexicana de Psicología A.C.

Yussif R., D. (2008). *Formación y adquisición de habilidades estratégicas psicoanalíticas para el psicólogo clínico*. [Programa para la opción de titulación por informe de prácticas]. México: Facultad de Psicología y Coordinación de Clínica de la Facultad de Psicología, UNAM.