



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**
Facultad de Psicología

**“EL FENÓMENO DE LA RESISTENCIA
EN UN GRUPO DE PSICOTERAPIA Y
EN UN GRUPO EN FORMACIÓN”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
ENRIQUE MÁRQUEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA: PSIC. DALILA YUSSIF ROFFE



México D.F. Diciembre del 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

A mis padres, por su amor incondicional y ejemplo. Por estas presentes siempre que los necesito. Por brindarme la oportunidad de tener una educación profesional. Por su interminable apoyo y enseñanzas durante toda mi vida. Es gracias a su apoyo que he podido llevar a cabo mis metas.

Agradecimientos

A la UNAM, por la oportunidad de iniciar mi formación como terapeuta con una excelente calidad académica.

A Dalila Yussif, por su interés en mi trabajo y la gran enseñanza que ha dejado en mí.

A Manuel Radilla, por ayudarme a descubrir quién soy y transmitirme pasión por la psicología y la práctica profesional.

A Ivonne de la Vega, por su ayuda y amistad sincera, que motivo constantemente la realización de este trabajo.

A mis supervisores Manuel González y Marta Licon, cuyas enseñanzas están presentes en mi trabajo diario.

A Gabriela Aguilar, por haber compartido conmigo esta experiencia y por su desinteresado apoyo.

A Ángel, Camilo y Cecilia por haber compartido sus experiencias y aportado material y durante el proceso de la terapia.

A los pacientes, que han confiado en mi trabajo.

A Laura por creer en mí.

A todo el personal del Centro de Servicios Psicológicos, cuyo apoyo fue clave durante mi estancia en las prácticas.

A todas las demás personas que en diferentes formas colaboraron en la realización de este trabajo

Índice

Dedicatoria	2
Agradecimientos.....	3
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Justificación.....	10
Capítulo I: Psicoterapia de grupo con objetivos y tiempo limitados.....	12
1.1 Psicoterapia de grupo	12
1.2 Psicoterapia de tiempo y objetivos limitados.....	14
1.3 Psicoterapia de grupo de tiempos y objetivos limitados	16
1.4 Otros conceptos relevantes.....	18
Capítulo II: Adolescencia tardía.....	22
Capítulo III: Resistencia	27
3.1 Resistencia grupal.....	29
3.2 La resistencia en el terapeuta	35
Capítulo IV: El modelo de formación en la práctica de Yussif, D.....	37
4.1 Antecedentes	39
4.2 Objetivos	41
4.3 Procesos paralelos y resonancia	43
4.4 La supervisión	45
Método	47
Objetivos:	47
Preguntas de investigación	47
Variables a observar:	47
Muestra	51

Escenario	52
Materiales.....	52
Instrumentos	52
Procedimiento	53
Resultados	58
A) Grupo Terapéutico	58
B) Grupo en Formación	61
C) Descripción de los temas trabajados	65
D) Fenómeno de la resistencia por sesión.....	68
E) Integración de resultados.....	87
Discusión.....	95
Conclusión.....	102
Anexos	110
Anexo 1	110
Anexo 2	117
Anexo 3:.....	120
Anexo 4	121

Resumen

La formación profesional del psicoterapeuta no está completa sin el desarrollo de competencias clínicas y habilidades estratégicas que le sirvan como herramienta para el ejercicio de su profesión. El modelo de Yussif, D. (1995) utiliza la psicoterapia de grupo con tiempos y objetivos limitados como dispositivo para vincular el aprendizaje teórico-técnico con el aprendizaje vivencial *in situ*. Este proceso se puede obstaculizar por varios motivos, entre ellos, la aparición del fenómeno de la resistencia.

El presente trabajo tiene como objetivo identificar y describir de forma cualitativa el fenómeno de la resistencia en pacientes y terapeutas en formación. De acuerdo a la metodología de trabajo planteada por el modelo de Yussif, D. la muestra se conformó por dos grupos: un Grupo Terapéutico, formado por adolescentes tardíos, y un Grupo en Formación, conformado por estudiantes pasantes de la licenciatura en psicología de la UNAM. La supervisión se realizó *in situ* durante el proceso terapéutico. Los datos obtenidos se registraron en forma de viñetas clínicas y se analizaron comparando ambos grupos.

Se encontró que las resistencias en ambos grupos se relacionan de forma íntima, aunque su manifestación conductual sea diferente. Los temas trabajados en la situación terapéutica despiertan ansiedades, que resuenan de un grupo al otro. También se encontró que los temas y las resistencias que surgieron cambian y evolucionan a lo largo del proceso terapéutico.

Los resultados corroboran la importancia de analizar los procesos resistenciales detonados en los terapeutas en formación, que sólo pueden ser propiciados y elaborados en escenarios vivenciales.

Palabras clave: Resistencia, modelo de Yussif, D., psicoterapia de grupo, resonancia, psicoterapia breve.

Introducción

La formación profesional del psicoterapeuta no está completa sin el desarrollo de competencias clínicas y habilidades estratégicas que le sirvan como herramienta para el ejercicio de su profesión, su principal instrumento de trabajo es *el mismo*, el total de su personalidad, que constantemente entra en juego en la relación interpersonal que establece con su objeto de estudio, independientemente del modelo teórico con el que trabaje. Sin embargo, en la actualidad se privilegia la adquisición de conocimientos teórico-técnicos y se relegan las competencias afectivas. A lo largo de la formación profesional del psicólogo hay pocos programas que le ayudan a ir adquiriendo estas competencias y habilidades (Yussif, D. 2014).

Una de las opciones para subsanar este déficit es la formación clínica supervisada, ya que posibilita la aplicación del conocimiento adquirido durante los estudios, y lo vincula con el aprendizaje vivencial *in situ*. El modelo de formación en la práctica de Yussif, D. (1995) utiliza la psicoterapia de grupo con tiempos y objetivos limitados como dispositivo para propiciar la aparición de los principales aspectos y dificultades del manejo terapéutico, así como para fomentar la comprensión psicodinámica del paciente. Además, cuenta con una metodología de aplicación que ayuda a adquirir habilidades clínicas través del contacto afectivo empático y proporciona una supervisión constante.

Yussif, D. (1995) considera al conjunto de estudiantes en formación como un grupo en el que se ponen en juego fuerzas psicológicas análogas a las surgidas en el grupo de pacientes. Es decir, utiliza un grupo para enseñar cómo se trabaja con otro grupo. El Grupo en Formación (GF) se convierte en una caja de resonancia de los temas trabajados en el Grupo Terapéutico (GT), puesto que el material expresado por los pacientes estimula respuestas similares en los estudiantes en formación, ya sea de forma consciente o inconsciente. La resonancia implica que ambos grupos comparten un mismo afecto ó sentimiento, y que los estudiantes lo actúan durante el proceso de la supervisión.

Otro fenómeno posible de analizar desde la perspectiva del proceso paralelo es la resistencia. De acuerdo con Gabbard (2002), la resistencia “es una defensa movilizadas inconscientemente, que surge en el curso de cualquier tratamiento analítico... e intenta evitar sentimientos displacenteros, sea culpa, enojo, odio, amor, envidia, vergüenza, dolor ó ansiedad” (p. 15, 16). En el tratamiento analítico constituye una obstrucción para el esfuerzo conjunto realizado por el paciente y el terapeuta para descubrir los deseos y fantasías inconscientes. La resistencia es una fuerza con la que hay que trabajar a lo largo del tratamiento, y es generada como defensa contra las emociones dolorosas e inmanejables. Ya que la resistencia acompaña al proceso terapéutico en todo momento, analizarla es una de las grandes y principales ocupaciones de la psicoterapia psicoanalítica.

La resistencia es un fenómeno que se presenta ineludiblemente en cualquier grupo terapéutico, y pueden adoptar una gran variedad de formas y expresiones. Identificar las resistencias y saber cómo trabajarlas no sólo es parte de la técnica psicoanalítica, si no que es clave para el logro de los objetivos de un tratamiento psicoterapéutico, independientemente del modelo teórico que se utilice. La práctica supervisada facilita que el terapeuta en formación desarrolle la habilidad de introspección necesaria para identificar sus propias resistencias y las de sus pacientes. Una de las herramientas que tiene el psicólogo para identificar los comportamientos resistenciales es la respuesta contratransferencial que aparece durante la situación terapéutica ó durante el proceso de supervisión.

Es común que a lo largo de la formación supervisada se ponga mayor atención en el análisis de los pacientes y se descuide la respuesta afectiva de los terapeutas, cuando esta última puede ser de igual importancia durante el proceso terapéutico. La dificultad de un terapeuta de acercarse a su paciente de una forma empática, pueden desembocar en el fracaso de los objetivos terapéuticos. El modelo de Yussif, D. (1994) facilita el constante análisis de pacientes y terapeutas, así como de diversos fenómenos provenientes de la interacción entre ambos grupos.

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar y describir de forma cualitativa el fenómeno de la resistencia en pacientes y terapeutas en formación. Para ello, se

define a la resistencia como aquellas fuerzas que se oponen a los objetivos terapéuticos y de supervisión.

La muestra se conformó de dos grupos: un Grupo Terapéutico, formado por adolescentes tardíos, y un Grupo en Formación, conformado por estudiantes pasantes de la licenciatura en psicología de la UNAM, supervisados en todo momento. Los datos obtenidos fueron registrados en forma de viñetas clínicas y fueron analizados comparando ambos grupos.

Los resultados muestran que las resistencias en ambos grupos se relacionan de forma significativa, aunque su manifestación conductual sea diferente. Los temas trabajados en la situación terapéutica despiertan ansiedades, que resuenan de un grupo al otro. También se encontró que los temas y las resistencias aparecidas evolucionan a lo largo del proceso terapéutico.

Justificación

La participación de terapeutas noveles llevada a cabo en el “Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de psicología de la UNAM dentro del programa “Impacto de la supervisión clínica en el psicólogo en formación”, da la oportunidad de observar las dificultades con las que se encuentra un psicólogo en formación durante el proceso de aprendizaje vivencial, siendo parte de los fenómenos grupales análogos que toman lugar en los grupos de pacientes y estudiantes en formación.

En la actualidad existe una variedad de análisis teóricos y una amplia investigación respecto al fenómeno de la resistencia, especialmente sobre su aparición en terapias psicológicas individuales. Sin embargo, existen pocas publicaciones al respecto en población latinoamericana, y es menor aún si se trata de terapia de grupo. Asimismo, en el ámbito académico, se ha documentado muy poco acerca de los comportamientos que surgen como resistencias en los psicólogos en formación. Además, existe información limitada en la literatura relacionada con la evaluación y el trabajo terapéutico con adolescentes tardíos desde un enfoque psicoanalítico.

Es por ello que este análisis sirve como precedente para futuros estudiantes, psicólogos en formación y supervisores, facilitando la identificación de algunas de manifestaciones resistenciales que aparecen en los terapeutas en formación. Además, con este trabajo se busca fortalecer la investigación, enseñanza y difusión del conocimiento del análisis de las resistencias actuadas durante la supervisión clínica. Se espera poner al alcance de los psicoterapeutas noveles diferentes puntos de referencia que les permitan un mejor análisis y comprensión de sus casos clínicos, así como contribuir al trabajo psicoterapéutico realizado en adolescentes. Asimismo, los resultados podrán ser de utilidad para estudiantes y formadores, ayudando a identificar comportamientos que implican una resistencia a los objetivos de sus respectivos programas, con la finalidad de poder abordarlos desde un punto de vista empático y no punitivo.

En mi experiencia, considero que existe una carencia de atención a las emociones del psicólogo y su importancia en el trabajo clínico. Un modelo metodológico que subsana esa falta es el modelo de Yussif, centrando su intención en los afectos, ansiedades y sentimientos que obstaculizan la labor terapéutica. En muchas ocasiones la supervisión no está al alcance del estudiante, ya sea por sus elevados costos económicos o por la falta de instituciones que la ofrezcan. Así que con este estudio se busca poner al alcance de estudiantes y supervisores ejemplos de situaciones difíciles, y así prepararlos para enfrentarlas. Por último, es importante hacer notar que si bien es difícil trabajar los afectos detonados durante las situaciones cénicas con supervisión, hacerlo sin supervisión lo convierte en una tarea aún más compleja.

Capítulo I: Psicoterapia de grupo con objetivos y tiempo

limitados

La segunda guerra mundial dejó tras de sí una gran cantidad de civiles y militares con severas crisis emocionales. Ante esta gran necesidad de atención psicológica, las psicoterapias que reducen costos económicos y temporales comenzaron a desarrollarse rápidamente (Rutan, Stone y Shay, 2007). En la actualidad, esta demanda de salud prevalece, y en respuesta, dos modelos de terapia han sido particularmente prolíferos: La psicoterapia de grupo y la psicoterapia de tiempos y objetivos limitados.

Dentro del campo de la psicología clínica, se han abordado diversos enfoques de tratamiento, que, si bien han demostrado efectividad, muchas veces no están al alcance de los usuarios, ya sea por falta de tiempo ó de recursos económicos, por lo que les resulta difícil ó imposible acceder a servicios psicológicos. En ocasiones se requiere de una intervención breve ó grupal como un primer acercamiento que le ayude a los pacientes a adquirir herramientas que les permitan una mayor conciencia de su situación personal.

1.1 Psicoterapia de grupo

El concepto básico de la psicoterapia de grupo es sencillo: la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes. Sin embargo, Vinogradov y Yalom (1996) afirman que no se reduce a ello, puesto que “además de la interacción paciente-terapeuta, también utiliza la interacción paciente-paciente para efectuar cambios” (p.43).

Yalom (2000) remarca que la terapia de grupo mantiene la gran ventaja de la disponibilidad, gracias a que se puede tratar a un elevado número de pacientes utilizando eficientemente el tiempo, el espacio, el personal y otros recursos. Además, es una forma de tratamiento que utiliza propiedades terapéuticas que no comparten otras psicoterapias. La terapia de grupo es una modalidad sin

comparación porque se apoya el escenario grupal, “una poderosa herramienta terapéutica” (p. 22). El poder de este instrumento proviene de la importancia que tienen las interacciones interpersonales en nuestro desarrollo psicológico y de su capacidad de adaptación: es un modelo flexible y eficiente que puede acomodarse a una amplia gama de escenarios, objetivos y pacientes.

Por su parte, Díaz (2000) describe dos de los principales modelos teóricos grupales. Primero, la corriente la integralista, holista o grupista, que se basa en las ideas de Bion. Considera que la pertenencia al grupo terapéutico evoca conflictos y motivaciones conscientes e inconscientes compartidos. La actividad grupal refleja de forma manifiesta o latente los aspectos de la conducta de sus miembros. Se aplican al grupo como un todo los modelos de la psicoterapia individual, del conflicto familiar y de reducción de tensión. Sus principales exponentes han sido Bión, Ezriel, Rice, Foulkes, Pines, Borriello, Agazarian, Whitaker, Horwitz, Grinberg, Langer y Rodrigué, Ganzarain, Anzieu, Bejarano, Pontalis y Kâes.

Díaz (2000) afirma que debido a la influencia de Bion, la mayoría de los psicoterapeutas que utilizan referencias a la teoría de las relaciones objétales, se enfocan hacia los sucesos del grupo como entidad y sus efectos sobre los miembros. Al mismo tiempo, consideran al grupo como un campo social dentro del que se reactivan las fantasías sobre las relaciones interpersonales es por ello, que la tarea de los terapeutas, es facilitar ese proceso.

Para Foulkes (en Kâes, 2000) el grupo es una matriz psíquica que incluye todas las interacciones de los miembros participantes del grupo, que son lo primordial para el proceso de la terapia. Todas las comunicaciones sobrevienen dentro de ese marco de referencia y un fondo de comprensión inconsciente, en el que se producen reacciones muy complejas. Los modelos estructuralistas se enfocan en “despejar los niveles estables y las estructuras profundas de la realidad psíquica del grupo y describen las relaciones entre sus miembros” (Kâes, 2000, p. 61). Foulkes se apoya sobre esta idea para sostener que el grupo posee propiedades terapéuticas y considera que toda enfermedad se produce dentro de una red compleja de relaciones interpersonales. La psicoterapia de grupo es un intento de

someter a tratamiento la red entera en la que tienen lugar los trastornos, colocando al individuo perturbado en condiciones de transferencia en un grupo extraño. Ganzaraín (1992, citado por Horwitz, en Kaplan y Sadock, 1996) añade que “el conflicto de un individuo refleja un conflicto más amplio, común y compartido por todos los miembros del grupo en grado variable” (p. 173).

La segunda es la corriente transaccionalista o interpersonalista, influida por las ideas de H.S. Sullivan, que se enfoca en las interacciones entre los miembros. El conjunto de entidades individuales aisladas se transforma en un grupo cuando sus objetivos se mantienen en común en relación unos con otros. Considera que el grupo permite a sus integrantes mostrar sus formas características de relacionarse con los demás e intenta atraer la atención de los miembros al “aquí” y ahora”. Los exponentes más distinguidos de esta tendencia son: Scheidlinger, Frank, Bach, Bena, Rosenbaum, Rutan, Stone y Yalom (Díaz, 2000).

Aunque el psicoterapeuta individual y el de grupo utilizan técnicas psicoterapéuticas similares, tales como escuchar empáticamente, aceptar sin emitir ningún juicio e interpretar, hay técnicas adicionales que pueden utilizarse dentro de la psicoterapia de grupo en particular. Al igual que Foulkes (1982), Yalom (2000) extrae conceptos y técnicas de la psicoterapia Gestalt, como, por ejemplo, la utilización del *aquí* y el *ahora*. Además, utiliza la transparencia del terapeuta y el empleo de varias ayudas de procedimiento que potencian el trabajo de grupo. El análisis grupal, integra psicoanálisis y Gestalt, y hace del grupo la base primaria para conducir la terapia, abarcando el campo total de la dinámica mental (Díaz, 2000).

1.2 Psicoterapia de tiempo y objetivos limitados

La psicoterapia de tiempo limitado es un modelo que surge en respuesta a las necesidades recientes del sistema de salud en Estados Unidos de Norteamérica y el mundo (Rutan, Stone y Shay 2007). De entre las terapias psicológicas breves y alta efectividad, la terapia psicodinámicamente orientada de tiempo limitado surge

como una alternativa de intervención de costos reducidos y de resultados favorables.

De acuerdo con Klein (1996, en Kaplan y Sadock, 1996), la terapia de tiempo limitado ha sido una de las especialidades con más rápida difusión dentro de la terapia en los últimos años. Klein relata que aunque sólo en fechas recientes se le empezó reconocer como una forma válida de tratamiento, este tipo de terapia ha ido cobrando cada vez más auge y difusión entre terapeutas y pacientes.

Rutan, Stone y Shay (2007) señalan que los psicoanalistas han practicado la terapia de tiempo limitado desde 1925, cuando Sandor Frenzi se volvió vocero de la técnica al ser psicoanalizado por Freud en menos de 9 semanas.

Bellak (1993) privilegia la teoría psicoanalítica como el mejor punto de inicio para cualquier tipo de terapia, incluyendo la psicoterapia de tiempos y objetivos limitados. Sugiere “recabar una historia que se guie por principios psicoanalíticos” (prologo a la segunda edición). Asimismo, considera a la psicoterapia como un método de aprendizaje de los mecanismos para manejar situaciones y de desaprendizaje de mecanismos desadaptativos.

Hewitt y Gantiva (2009) definen la psicoterapia de tiempo limitado “como una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los [pacientes] acerca de sus comportamientos, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto” (p. 163).

Fiorini (2006) plantea que para cubrir las demandas de las instituciones de salud es necesario desarrollar psicoterapias breves que logren una “comprensión de la vida cotidiana del paciente, que se instrumente en las interpretaciones, en la planificación de su vida diaria, en orientación familiar o laboral” (p. 22) para clarificar el interjuego entre el mundo interno y externo. Esta psicoterapia debe orientarse hacia el fortalecimiento de las áreas del yo libres de conflicto, para lograr, mediante el esclarecimiento de aspectos básicos de la situación del paciente, un fortalecimiento en su capacidad de adaptación realista, de discriminación y rectificación de significaciones vividas (Fiorini, 2006).

Esta modalidad de terapia ha probado su eficacia en diferentes estudios. Las evaluaciones científicas de la práctica terapéutica y psicodinámica son abundantes. Entre algunas investigaciones, Sánchez-Barranco, A. y Sánchez-Barranco P. (2001) mencionan la de Bellak y Siegel (1986) que refieren un 82% de mejoría en su "clínica de paseo" y la de Langsley y Kaplan (1968) quienes también han comprobado, por medio de estudios controlados, el indudable beneficio de las intervenciones en familias (p. 12).

1.3 Psicoterapia de grupo de tiempos y objetivos limitados

Al fusionar la psicoterapia de tiempo limitado con la psicoterapia de grupo, obtenemos la psicoterapia de grupo de tiempos y objetivos limitados. El reto de este modelo consiste en adaptar las prácticas clínicas comunes a las restricciones del límite de tiempo. Alonso (1995) propone que el logro de esta adaptación reside en 3 áreas principales: la preparación pre-grupo, la utilización máxima del sistema de grupo y la modificación de la técnica terapéutica.

- 1) Preparación pre-grupo: La primera oportunidad para ampliar al máximo la efectividad de este modelo de psicoterapia aparece antes de que comience el grupo. La tarea pre-grupo del terapeuta se divide en varias categorías: Definir un conjunto de objetivos para el grupo, evaluar a los miembros potenciales para excluir a aquellos con poca probabilidad de beneficiarse, tomar decisiones con respecto a la composición del grupo y preparar a los pacientes para la experiencia grupal.

Mackenzie (1988, citado en Alonso, 1995) indica que los objetivos de un grupo se desarrollan principalmente en relación con las necesidades de una población específica. El autor piensa que las características de la categoría diagnóstica o de la situación de estrés tendrán un impacto importante en el tipo de pacientes para el grupo.

- 2) Utilización máxima del sistema de grupo: Los esfuerzos para crear un sistema de trabajo grupal deben tener precedente en las primeras sesiones. Si el grupo no se une con prontitud alrededor de sus tareas comunes, son inevitables las deserciones y el decaimiento gradual de la moral debilitará al grupo en su potencial para tener efectos útiles. Constituye una dificultad si el grupo no muestra una curva de incremento en la identidad de compromiso grupal para la cuarta quinta sesión, debido a que el número de sesiones disponibles para el trabajo del grupo disminuirá rápidamente si se prolonga la fase introductoria.
- 3) Modificación de la técnica terapéutica: Una suposición fundamental en todo tipo de terapia breve es que se atenderá una tarea específica y se le mantendrá en el foco de atención a través de toda la terapia. El terapeuta tiene la responsabilidad de desarrollar un conjunto adecuado de metas y de asegurar que el proceso de terapia no se aleje demasiado de ellas. Este enfoque estricto se basa en la suposición de que si son bien elegidas las tareas, un cambio significativo concerniente a estas se ampliará a otras áreas de funcionamiento (1988, citado en Alonso, 1995).

Klein (en Kaplan y Sadock, 1996) concluye que los objetivos coinciden con otras formas de terapia: “Reducir las molestias sintomáticas, restablecer lo antes posible el equilibrio psíquico del paciente, favorecer la reutilización eficaz de los recursos del paciente.... e incrementar la comprensión del paciente acerca de sus trastornos actuales y la habilidad para manejarse en el futuro” (p. 283).

Alonso (1995) presenta algunos aspectos básicos de la terapia de grupo con tiempo limitado:

- 1) Existe una expectativa de que el tiempo limitado incrementará el ritmo de trabajo psicoterapéutico y alentará a la rápida aplicación de los insight obtenidos en la consulta a las circunstancias externas.
- 2) La evaluación y selección se utilizan de forma cuidadosa para excluir a los pacientes que pueden estar en peligro de daño por parte de un enfoque activo.

- 3) Se negocia de manera abierta entre el paciente y el terapeuta un acuerdo verbal explícito concerniente a las metas circunscritas.
- 4) El terapeuta intervendrá de manera activa para desarrollar y mantener un clima terapéutico y sostener un foco de trabajo en las metas identificadas.
- 5) El terapeuta esperará que el paciente asuma responsabilidad de iniciar las tareas de terapia y lo motiva hacerlo.
- 6) Se alentará a movilizar el uso de recursos externos que pueden reforzar los cambios positivos.
- 7) Se anticipa que el proceso de cambio continuará después de que termine la terapia, por tanto, no necesita atenderse a la variedad de aspectos problemáticos dentro del contexto de terapia (Alonso, A., 1995).

Entre las ventajas de la terapia de grupo con tiempo limitado, saltan a la vista el ahorro de tiempo y dinero, debido a que puede tratar síntomas específicos y desarrollar tareas sin dependencia a largo plazo. También pueden proporcionar rápidamente cohesión y factores terapéuticos. Por último, el tiempo limitado ayuda a mantener los problemas importantes en el foco de atención y puede clarificar las ansiedades de pérdida y separación (Rutan, Stone y Shay, 2007).

1.4 Otros conceptos relevantes

Otros conceptos importantes a considerar son: fantasía inconsciente tema manifiesto, tema latente, libre interacción y vida grupal.

En su obra, Melanie Klein (1882-1960) amplió el concepto freudiano de *fantasía inconsciente* y le dio una importancia central, proponiendo que las fantasías están siempre presentes y activas en todo individuo. Es decir, su presencia no es índice de enfermedad ni de falta de sentido de realidad. Lo que determinará el estado psíquico del sujeto es la naturaleza de estas fantasías inconscientes y su relación con la realidad externa. Según Melanie Klein (Seagal, 2008) la fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos, y por consiguiente existe, igual que estos, desde el comienzo de la vida mental. En el aparato psíquico se

experimenta al instinto vinculado con la fantasía de un objeto adecuado a él. De este modo para cada impulso instintivo hay una fantasía correspondiente.

Vives (1999) se refiere a la noción de fantasía inconsciente grupal, como “una suerte de paradigma central que define el funcionamiento de los grupos terapéuticos” (p. 25). Una fantasía inconsciente representa un compromiso entre los deseos y las defensas en su contra, y están constituidas también por la percepción individual del mismo individuo en relación con los demás forman un templete de comportamiento con el mundo real. Gabbard, Litowitz y Williams (2012) añaden que al traer estas fantasías a la conciencia a través de la terapia, su poder motivador desadaptativo disminuye.

En psicoterapia hay que resaltar el papel de la escucha, con la finalidad de captar los mensajes ocultos. El cambio se produce a través de la escucha de las palabras del paciente y es ahí donde el terapeuta debe prestar atención a los mensajes implícitos a la conducta no verbal. A menudo, las palabras que dicen los pacientes no representan sus intenciones. Estas intenciones ocultas se pueden descifrar, identificando el discurso incompleto y buscando más detalles, escuchando los mensajes implícitos en la superficie del discurso, al que se le conoce como *contenido latente*, y observando las discrepancias entre la comunicación verbal y no verbal y efectos que el paciente produce en el terapeuta. Escuchar el contenido latente quiere decir inferir lo que no se dice explícitamente (Beitman y Yue, 2004).

Freud inició el análisis de los mensajes ocultos en 1900, dejando claro que los significados superficiales ó *manifiestos* simbolizan significados ocultos ó latentes (Beitman y Yue, 2004). En el desarrollo posterior del psicoanálisis, el uso de estos conceptos dejó de ser exclusivo del análisis de los sueños y su uso se ha extrapolado a la terapia analítica para analizar el discurso y explicar el comportamiento desde las fantasías subyacentes.

Con lo que respecta a la libre interacción, Kadis, Krasner, Winick, y Foulkes (1969) describen que los individuos de un grupo actúan teniendo por fondo un *campo* al que se denomina *la matriz* ó *red de comunicaciones*, constituido por

todas las relaciones potenciales manifiestas y latentes que tienen lugar entre los miembros. También consideran que las funciones de la matriz son la discusión libre y la capacidad de responder de forma espontánea.

Díaz (2000) agrega que, en terapia de grupo se trabaja con la *libre discusión flotante* que es el equivalente de la asociación libre con las que se trabaja en el psicoanálisis tradicional.

El contenido manifiesto de la comunicación grupal se relaciona, en términos generales, con su significado latente, en forma similar a la que existe entre el contenido manifiesto del sueño y el contenido onírico latente. Foulkes destacó la importancia del “reflejo en espejo” como factor terapéutico específico del grupo. Este concepto está basado los procesos complejos de la observación de aspectos de sí mismo en los demás y del reclamo de las partes proyectadas a través de procesos de identificación (Díaz, 2000 p.77).

El terapeuta necesita enfocarse en el proceso que comprende la comunicación del grupo, pues el grupo se comunica a niveles distintos a la vez: uno de estos niveles es el literal, que se enfoca en el contenido manifiesto de lo dicho. El segundo nivel es el interpersonal, interesado en elementos tales como el status y la posición, así como el contenido más formal de una comunicación y su dirección. El tercer nivel se ocupa del significado inconsciente de lo dicho y por ende, de la participación simbólica de los otros miembros del grupo (Kadis, Krasner, Winick, y Foulkes, 1969).

Yarto (1997) plantea que los grupos tienen un proceso de vida como lo tienen las personas individuales. “Una vida que supone nacimiento, seguido de diversas etapas de crecimiento y posibles crisis, hasta acabar inexorablemente en la muerte” (p. 53). En casi todos los estudios se confirma la importancia de una etapa inicial de formación de grupo, seguida de una de prueba y conflicto, antes de que el grupo llegue a tareas interaccionales más personalizadas. Después de que el grupo ha logrado una atmósfera de trabajo, los límites entre las etapas se vuelven menos precisos y más variables en su temporalidad. La velocidad con la que un grupo dado avanza a través de sus tareas de desarrollo variará de acuerdo con los

objetivos grupales, nivel psicológico de los miembros y técnicas que utilice el terapeuta (Alonso, 1995).

Capítulo II: Adolescencia tardía

Los seres humanos pasan por diversas etapas durante su ciclo vital, las cuales se han especificado como infancia, niñez adolescencia, juventud, y, por último, vejez (Craig, 2008). Esta clasificación está realizada con base en cambios biológicos y cronológicos. Sin embargo, en psicoterapia se ha comprobado con frecuencia que la edad cronológica de los pacientes no concuerda enteramente con su modo de vida y pensamiento, mostrando una gran dificultad para adaptarse y resolver sus conflictos. Tal es el caso de la *adolescencia tardía*, que tiene lugar cuando individuos jóvenes aún no han completado la tarea básica de la adolescencia: *la consolidación de la identidad y la independencia psicológica* (Erikson, 1968). Cabe resaltar que el entorno sociocultural actual influye en gran medida, pues las posibilidades de desarrollo individual son complicadas por cuestiones económicas, desempleo, una exigencia de alcanzar grandes logros académicos, económicos, y la dificultad de obtener una residencia propia, entre otras.

Nuestra cultura espera que el niño deje de serlo. El comienzo psicofísico de la pubertad, con los notables cambios corporales y actitudinales, es un momento muy esperado. Pero... ¿ocurre lo mismo con el final de la adolescencia? ¿Cuando se observa dicho final? Al considerar sus circunstancias familiares y sociales, delimitar el final de la adolescencia es algo particularmente complicado (Rother, 2006).

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia es una etapa que se inicia con el desarrollo de los caracteres sexuales y concluye cuando el cuerpo terminar de desarrollarse físicamente. No obstante, en la actualidad y en nuestro entorno, se debe reconocer que la adolescencia no es una etapa biológicamente delimitada, sino que es parte del producto de la cultura occidental. De acuerdo con Limana y Roso (2013), su aparición está relacionada con cambios en el último siglo y su impacto en la organización del trabajo y el comportamiento reproductivo.

El crecimiento de las industrias en los siglos XIX y XX, exigió una mayor cantidad de trabajadores altamente cualificados, lo que requiere mayor tiempo de

preparación académica, que a su vez se vio reflejado en el retardo del inicio de la vida reproductiva, causando como consecuencia una brecha entre la infancia y adultez, que fue ocupada por los jóvenes y la adolescencia tardía (Limana y Roso, 2013, sección de método, párr. 11).

A esto hay que aumentar que el periodo entre los 15 y 29 años de edad, constituye el de mayor capacidad física, y corresponde a la inserción activa en el mundo laboral y social. Los adolescentes enfrentan decisiones como las de vivir en pareja, tener o no tener hijos y planear cuándo tenerlos, encontrar el primer trabajo, salir de casa de los padres, seguir estudiando, etcétera. Aunque estas decisiones parecieran no estar relacionadas, su suma contribuye a determinar la calidad de vida a la que podemos aspirar, repercutiendo en el desarrollo económico, político, cultural y social del país (Consejo Nacional de Población del estado de Morelos, 2015).

La adolescencia es una fase exclusiva los seres humanos y representa la transición de la dependencia objetal al objeto de amor, logrando así independencia de sus objetos primarios (Blos, 1975; Freud, 1961). La fase final de la adolescencia se ha considerado siempre como una declinación natural en el torbellino de crecimiento. Es un punto de cambio decisivo, y por consecuencia, es un tiempo de crisis. Algunos adolescentes, asustados por lo que les espera en la transición a la vida adulta, intentan seguir siendo adolescentes por siempre, por lo que la crisis de identidad se prolonga.

Erikson (1968) describe a la adolescencia como una etapa clave en el proceso de desarrollo, y propone que su tarea primordial es la búsqueda y consolidación de la identidad psicosocial del individuo, que, no obstante es una preocupación presente a lo largo de toda la vida, alcanza su punto crítico durante la adolescencia. Con esta base, introduce el concepto de "moratoria psicosocial" que se acompaña de la *crisis de identidad* o *crisis de la adolescencia*. Durante esta etapa se plantean varios problemas para el adolescente, como articular los roles y habilidades aprendidos tempranamente con prototipos ideales, así como la reactivación de las crisis y de los conflictos de la infancia, en pos de la integración.

La moratoria psicosocial permite la resolución esta la crisis y el establecimiento de ideales que resguardaran la identidad “final”. Durante este periodo la sociedad será más permisiva con respecto a ciertas conductas condenadas en la adultez, como ciertas prácticas sexuales, el uso de drogas y alcohol y actividades delictivas, con la expectativa de que el individuo alcance una responsabilidad con la sociedad: la de ser un adulto que respete las normas y cumpla un rol eficiente (Erikson, 1968).

Los autores españoles Moral y Ovejero (2004) analizan las condiciones cambiantes de la sociedad y explica como la identidad de los adolescentes se vincula a la emergencia de propuestas globalizadoras y las demandas de un mundo digitalizado. “La sociedad postindustrial afecta a la inserción socio-laboral de los postadolescentes, ralentizando su tiempo de espera psicosocial” (Moral y Ovejero, 2004, p.72).

Erikson (1968) sugiere que medida que la distancia entre el comienzo de la escolaridad y la inserción laboral se amplía, la adolescencia puede convertirse en un estilo de vida. En el caso de que la adolescencia se prolongue, hay que tener en cuenta que las fuerzas que originan dicha prolongación actúan con frecuencia como retardadoras de la madurez (Glenn y Stewart, 1965). En muchos casos, el proceso de desarrollo no se completa al final de la adolescencia, sino que continúa su evolución durante la vida adulta (Yussif, D., 2003).

Detenerse en el proceso adolescente el máximo tiempo posible puede ser una defensa contra la adultez. El sujeto se maneja en un ambiguo vínculo con sus referentes parentales, que por un lado funcionan como sostén, en muchos casos económico, quedando sujetos en aparente comodidad a las reglas expedidas por la cosmovisión paterna, y por otro, se revelan sosteniendo conductas en apariencia inmaduras. El afecto predominante en esta convivencia es la ansiedad de los padres por el “futuro” del adolescente, en el mayor de los casos monetario, y, por parte del joven, miedo a no poder alcanzar el ideal vocacional y laboral (Córsico, 2012).

Braconnier (2010), menciona que se puede equiparar a la adolescencia con la crisis de identidad, haciendo coincidir el final de la adolescencia con la resolución de la misma. Expresa que:

La identidad hay que buscarla... no la ofrece la sociedad ni aparece como un fenómeno madurativo como si del vello púbico se tratara. Hay que lograrla a costa de muchos esfuerzos individuales. Se trata de una tarea difícil, ya que, durante la adolescencia, el pasado está a punto de desvanecerse con la pérdida de los anclajes familiares y tradicionales, el presente se caracteriza por los cambios sociales y el futuro se hace menos previsible (Braconnier, 2010, p.44).

Desde la perspectiva de Yussif, D. (2003) la principal tarea que tiene el adolescente durante esta etapa es diferenciarse y lograr la autonomía con respecto a los padres internalizados de la infancia, y es cuando esta no se logra, que surge el conflicto. Lograr la autonomía y la interdependencia emocional de sus padres le permitirá obtener una identidad propia y encaminarse en el logro de la madurez emocional y económica. Yussif, D. señala que de manera constante que los adolescentes muestran temor a crecer, a ser independientes, a ser autosuficientes, al dolor, a estar atrapados en el rol parental, a repetir la historia de los padres (en particular del padre de su mismo sexo) y establecer relaciones de pareja.

Asimismo, Yussif, D. (2003) refiere cómo los adolescentes expresan a través de su conducta la forma particular que tienen de relacionarse con las personas significativas en su vida, como son: padre, madre, hermanos etc. Es decir, el adolescente no es un ser aislado, está inmerso en su grupo familiar y este tipo de vínculo tiende a repetirse de manera automática en sus demás relaciones interpersonales. En el proceso terapéutico, el adolescente repite con el terapeuta su forma de relacionarse con las personas significativas en su vida. La elaboración de esta transferencia, a través de la comprensión psicodinámica, se logra identificando aquellas pautas de conducta dañinas, con la finalidad de dejar de repetirlas de forma compulsiva.

De acuerdo a Kymissis (1996, en Kaplan y Sadock, 1996), algunos de los objetivos que los adolescentes luchan por lograr en un grupo de psicoterapia incluyen: la disminución de su dependencia de los padres, el desarrollo de habilidades para manejarse con la ansiedad y las vías para conducir aceptablemente sus impulsos agresivos y sexuales. También menciona que la co-terapia es una práctica habitual en los grupos de adolescentes, pues los coterapeutas con frecuencia son la diana de distorsiones transferenciales.

La contratransferencia en la co-terapia es una fuerza poderosa: los terapeutas deben hacer un esfuerzo especial para comunicarse abiertamente entre ellos. Ofrecer un modelo proporciona una oportunidad adicional a los miembros del grupo de adolescentes para aprender a manejar sus conflictos, mostrarse a sí mismos y arriesgarse (Kymissis 1996, en Kaplan y Sadock, 1996, p. 633).

Capítulo III: Resistencia

“Cada paso del tratamiento va acompañado de la resistencia; cada pensamiento, cada acto mental del paciente, debe rendir tributo a la resistencia y representa un compromiso entre fuerzas que empujan hacia la cura y aquellas que se unen en su contra.”

(Freud 1912, en Rosenthal 1996)

El concepto de resistencia fue originalmente desarrollado por Freud dentro de su teoría de la transferencia e introdujo el comienzo del psicoanálisis. Freud se percató de que todos sus pacientes, en variedad de circunstancias, en diferentes formas y en mayor o menor grado, se resistían a los métodos del análisis. Llamo a este fenómeno *resistencia*.

En psicoanálisis se llama resistencia las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de análisis, es decir, que estorban la libre asociación del paciente, que obstaculizan los intentos del paciente de recordar y de lograr y asimilar insight, que operan contra el Yo razonable del paciente y su deseo de cambiar, todas estas fuerzas pueden ser consideradas resistencia (Greenson, 1967, p. 71).

Con el transcurso del tiempo esta definición ha sido revisada, modificada y completada (Kaplan, y Sadock, 1996). Actualmente, se define a la resistencia como:

Una defensa movilizada inconscientemente que surge en el curso de cualquier tratamiento analítico. Mientras dichas defensas pueden ser adaptativas para mantener el equilibrio del individuo en la vida diaria, en el tratamiento analítico constituyen una obstrucción para el esfuerzo conjunto paciente y el analista para descubrir los deseos y fantasías inconscientes (Gabbard, Litowitz, y Williams, 2012, pág. 582).

Conforme a Thoma y Kachele (1987, citados en Gabbard, 2002) la principal diferencia entre la resistencia y mecanismos de defensa es que la primera puede ser observada, mientras que los últimos deben ser inferidos.

Una resistencia aparece cuando el paciente necesita de preservar su estabilidad intrapsíquica, “es un proceso humano que se produce cuando una persona está bajo algún tipo de amenaza y es por naturaleza, el instinto de auto preservación” (Ponciano, 2007, “A resistência numa visã”, párr. 5), es por ello que puede oponerse a los esfuerzos del terapeuta para producir cambio. La resistencia acompaña al tratamiento en todo momento y es ineludible (Gabbard, 2002).

Por su parte, Greenson (1976) distingue el psicoanálisis de todas las demás formas de psicoterapia, por el modo de tratar las resistencias. Algunos modelos de terapia, como las terapias de apoyo, trabajan reforzando las resistencias. Otras variedades de psicoterapia pueden tratar de vencer las resistencias o esquivarlas de diferentes modos, por ejemplo las sugestivas. Sólo el psicoanálisis trata de superar las resistencias analizándolas, descubriendo e interpretando sus causas, fines, modos e historia. Greenson añade, que la resistencia puede ser consciente, preconscious o inconsciente y expresarse por medio de emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías o acciones. En esencia, la resistencia opera en función de la neurosis del paciente y tienen una función defensiva del *status quo*.

Freud (1926) categorizó cinco tipos básicos de resistencia de acuerdo a su origen: 1) Oposición proveniente del yo a recordar y verbalizar material significativo emocionalmente, 2) resistencia por beneficio secundario, en la que el yo manipula para obtener o retener cualquier tipo de ventaja que los pacientes hayan logrado a causa de su enfermedad, 3) resistencia del superyo, caracterizada por un sentimiento de culpa o vergüenza y una necesidad de castigo, 4) resistencia por compulsión repetición proveniente del ello y que se expresa en una lucha por alguna forma de satisfacción, sea agresiva o sexual y 5) resistencia de transferencia.

Beitman y Yue (2004) explican que antes de que sea posible analizar una resistencia es imprescindible ser capaz reconocerla. Con relativa frecuencia, los terapeutas reconocen inicialmente una resistencia cuando sienten una respuesta

interna de frustración, ansiedad o malestar. Después de reconocer la aparición de una resistencia, la respuesta humana normal puede ser de irritación o de rabia. La clave para responder estos bloqueos consiste en relajarse y preguntarse por su origen. Debe también ponerse en relieve que todo tipo de comportamiento puede desempeñar una función de resistencia. El hecho de que el material de un paciente pueda revelar claramente el contenido inconsciente, impulsos instintivos o recuerdos reprimidos no impide que al mismo tiempo esté funcionando una resistencia importante (Greenson, 1967).

Las resistencias defienden la neurosis, lo antiguo, lo familiar, lo infantil, el autodescubrimiento y el cambio. Operan en el yo interior del paciente, especialmente en su inconsciente. Es trascendental distinguir a que se resiste el paciente, como se resiste, y porque lo hace (Fenichel, 1941, citado en Greenson, 1976, p. 88)

3.1 Resistencia grupal

Así como una de las tareas más importantes del psicoanálisis individual consiste en la interpretación de la resistencia del paciente, que bloquea el acceso a su inconsciente, la tarea más importante del terapeuta grupal consiste en interpretar las perturbaciones de la comunicación e interacción libre (Grotjahn, 1979). Es decir, la principal diferencia entre la resistencia individual y la grupal es que la primera se dirige en hacia del inconsciente, y la segunda hacia la libre interacción. La esencia de la resistencia grupal es diferente a la individual. “Una resistencia grupal se pone en el camino de la honestidad, de la confianza, y de la comunicación y la respuesta directa y asociativa libre entre los diferentes miembros del grupo” (Grotjahn, 1979, p. 85).

Díaz (2000) coincide con Rosenthal L. (1980, citado en Díaz, 2000) en que todas las formas de resistencia que se observan en la terapia individual se pueden encontrar en el tratamiento grupal, en el cual los miembros tienen que lidiar no sólo con sus defensas y resistencias, si no con las de los demás. El psicoanálisis

considera resistentes la mayor parte de los procesos que privilegian los psicólogos: liderazgo, clivajes entre subgrupos y búsqueda de consenso, ya que favorecen el equilibrio defensivo de los pacientes.

De acuerdo con Díaz (2000) las resistencias son obstáculos al proceso terapéutico, al acceso al inconsciente, pero también constituyen una manifestación propia del tratamiento y reemplazan el recuerdo por la repetición. Durante las primeras fases de un grupo, los terapeutas a veces se desaniman con la falta de progreso y con la actitud defensiva y la resistencia de los miembros. Es bueno recordar que la resistencia no es un proceso diseñado para resistir el tratamiento, sino que es un proceso defensivo diseñado para resistir el dolor emocional. (Rutan, Stone y Shay, 2007)

Rosenthal (1980, citado en Díaz, 2000) aplica a los grupos la clasificación de resistencias Freudiana: a) *La resistencia de la represión*: Se expresa a través de objeciones conscientes al autodescubrimiento y en la participación selectiva, sólo en temas significativos. Esta resistencia responde favorablemente a la investigación crítica. Su resolución suaviza el camino hacia el funcionamiento cooperativo del grupo. b) *La resistencia del superyo*: es la que se encuentra con más frecuencia en el tratamiento e incluye sentimientos de vergüenza, culpa, humillación alrededor del autodescubrimiento. También puede manifestarse como moralismo hipercrítico, agresivo y punitivo hacia otros miembros. La proyección de los deseos sexuales y agresivos de un miembro sobre los compañeros, los hacen sentirse indignos de pertenecer al grupo y puede destruirlo si no interviene el terapeuta. c) *La resistencia del ello*: se expresa a través de actitudes que gratifican necesidades libidinales y agresivas de los instintos a niveles del desarrollo psicosexual. Por ejemplo: hablar o hacer que los demás hablen, sin responsabilizarse de lo que se dice ni tratar de entender a los demás, pueden satisfacer necesidades inconscientes relacionadas con dar o recibir alimento. d) *La resistencia de la ganancia secundaria*: se obtiene de un placer o de alguna ventaja de la enfermedad o de la situación terapéutica. Se observa con claridad en las etapas terminales del tratamiento. El grupo como un todo puede mostrarse

inerme para conservar la gratificación de la membrecía grupal. e) *La resistencia de transferencia*: revivir sin memoria, es al mismo tiempo, el puente más importante hacia el pasado inaccesible del paciente y se puede observar en la idealización del terapeuta y del grupo, en la fijación en sus aspectos persecutorios y destructivos o en la utilización de los compañeros como aliados o rivales, siendo depositarios de diversos objetos internos.

Para identificar una resistencia grupal, Díaz (2000) apunta que hay que observar un mismo patrón resistencial en todos los miembros del grupo. También recomienda estar atentos, ya que en muchos casos, los fenómenos resistentes del grupo se ocultan tras la resistencia de un paciente o un subgrupo. Los miembros desviantes expresan la resistencia en forma abierta y los demás la encubren porque satisface sus propias necesidades inconscientes, con lo que el trabajo sobre la resistencia individual resulta inútil. Díaz utiliza como ejemplo la tolerancia del grupo al miembro chistoso, que interrumpe con sus bromas el examen de situaciones dolorosas.

Algunas formas de resistencia grupal se camuflan como resistencia de uno o dos participantes. Cuando el grupo tolera y pasa por alto la violación del contrato analítico por parte de uno o varios miembros, sucede que el miembro desviacionista está expresando la resistencia abiertamente y el resto de forma encubierta. Se permite que el miembro desviacionista persista en su actitud sin que nadie le llame la atención porque lleva a cabo las actitudes veladas del resto (Kenneth, 1969, en Kaplan y Sadock, 1996). Si no se está al tanto del factor de gratificación grupal y se apoya al portavoz de la resistencia grupal, los terapeutas pueden verse envueltos en un intento, generalmente infructuoso, de atacar lo que aparenta ser una resistencia individual, cuando lo que está sucediendo es precisamente una resistencia grupal.

Grotjahn (1979) puntualiza que cualquier situación, sea interna o externa, que atente la comunicación libre y no contra el inconsciente individual puede formarse como una resistencia. Las invasiones externas de la realidad en la atmósfera grupal también pueden tener el aspecto de una resistencia grupal. El grupo se une

en una resistencia contra el análisis del temor a la muerte y el peligro de morir. El tabú individual puede tornarse general y convertirse así en una resistencia a la comunicación grupal, es decir, los fenómenos resistentes grupales pueden ocultarse tras la resistencia de un paciente o un subgrupo.

De acuerdo a Díaz (2000), las resistencias grupales se despiertan ante el temor de que terapeuta ó grupo resulten peligrosos, como confirmación de prejuicios familiares y de las propias experiencias dolorosas en otros grupos. Ya que el grupo representa el círculo familiar, despierta ansiedades primitivas, y puede vivirse como miedo ante la cercanía, como una invasión a la privacidad ó como riesgo de quedar a merced de un objeto que controla manipula, atrapa, sobreprotege e impide individuarse y madurar. O se teme ser rechazado debido a las peculiaridades individuales, como sucedió en la familia de origen.

La resistencia aparece en cualquier momento del trabajo grupal y marca el paso de todo progreso, y a veces lo anuncia, en otras ocasiones intenta interrumpirlo e incluso para evitar la terminación de la terapia. Las defensas sirven para evadir la aparición de ansiedad, por eso el terapeuta debe ponderar el proceso de su disolución a fin de no provocar demasiada angustia a los pacientes, que pueden llegar incluso a psicotizarse por el ataque a su equilibrio psíquico (Díaz, 2000, p. 251).

Vinogradov y Yalom (1996) explica que existen situaciones en las que todo el grupo se ve dominado por una emoción contagiosa, que influye poderosamente en el trabajo del grupo, incluso hasta el punto de ahogar la dinámica individual. Dos tipos de procesos de grupo masivo actúan como obstáculos para el progreso del grupo en su totalidad, es decir, como entidad: las *normas grupales anti-terapéuticas* y la *huida de grupo*. Con respecto este último, puede aparecer cuando se trabajan temas cargados de ansiedad, ya sea a nivel consciente o inconsciente cuando surge un tema que resulta amenazador para el grupo, este se puede negarse a profundizarlo y emprender una acción evasiva.

Aunque la resistencia puede tomar la forma de cualquier comportamiento ó fantasía, existe un acuerdo general acerca de los comportamientos recurrentes en

los grupos de psicoterapia. Díaz (2000) propone que las resistencias pueden ser incluidas en 4 grupos: 1) *Cuestionamientos y violaciones al contrato*: es la falta de cooperación que destruye la terapia. Se puede manifestar como ausentismo, retrasos crónicos, negarse a hablar o evitar que otros lo hagan, salirse de las sesiones, retraso en el pago, coalición para traer u omitir material determinado. 2) *Oposición al equipo de trabajo*: la interacción terapéutica implica disposición a descubrir conflictos y motivaciones inconscientes frente a los compañeros y terapeuta, además, requiere estar dispuesto a recibir la retroalimentación de los demás, para comprender el efecto que provoca en ellos la conducta y actitudes propias y para descubrir las fantasías inconscientes que se satisfacen a través de los síntomas y rasgos caracterológicos, lo cual conduce al insight y permite el cambio. La interacción grupal adecuada permite que los miembros del grupo hablen por el compañero que no encuentra palabras para hacerlo. 3) *Evitar el cambio*: puede manifestarse de muchas formas, por nombrar algunas, la fijación en un sólo nivel emocional, la intelectualización como plática social, dar consejos, sociedad de elogios mutuos interpretaciones silvestres, psicologismo; la teatralidad, la fijación o evasión de temas específicos ó la fijación de transferencias y roles. 4) *Establecer normas antiterapéuticas*: en ocasiones, la libertad de expresión se usa para descargar la proyección de la propia devaluación en los otros, que resultan entonces el blanco del menosprecio, crítica y rechazo de lo que no se tolera de sí mismo. También puede derivarse de la estructura caracterológica y exhibiendo así la rivalidad o desilusión con el terapeuta, que frustra los deseos irracionales y de distorsiones transferenciales con respecto a los compañeros.

Por otro lado, Rosenthal (1996, en Kaplan y Sadock, 1996) propone un acercamiento secuencial a la resistencia que refleja la urgencia relativa de la intervención ante cada tipo de resistencia: 1) *Resistencias destructivas para el tratamiento*: se definen como cualquier forma de comportamiento no cooperativo, que, de permitirse su funcionamiento, interrumpirá el desarrollo terapéutico del grupo o amenazaría el tratamiento de alguno de los miembros; 2) *Resistencia de status quo*: aparece generalmente cuando la presentación de problemas por parte

de los pacientes se ha aliviado. Refleja el sentimiento de que lo más que se puede esperar de los miembros es el mantenimiento del grado de funcionamiento imperante en el presente; 3) *Resistencia al progreso*: se basa en el miedo al cambio y la ansiedad a avanzar por terrenos emocionales desconocidos. Un grupo en plena resistencia puede hacer silencios duraderos e incómodos, mostrar indecisión en los temas a discutir ó realizar insistentes demandas de dirección por parte del terapeuta; 4) *Resistencia al equipo de trabajo*: se caracteriza por una preocupación por lo individual, escasa intención de escuchar, aprender o ayudar a otros, escasa o nula responsabilidad del bienestar, funcionamiento positivo e integridad del grupo ó racionalización de estas actitudes poco cooperadoras; 5) *Resistencia a la terminación*: esta resistencia se caracteriza por la vuelta de conductas resistentes que aparentemente se habían superado, cuando se aproxima la terminación del tratamiento. El paciente intenta ponerse enfermo de nuevo para no perder el afecto y cuidado del terapeuta y no vivir la separación.

Kaplan y Sadock (1996) proponen un acercamiento según sus dimensiones: a) *Resistencia miembro a miembro*: es la principal de estas dos dimensiones, en la que los miembros tienen que enfrentarse a las resistencias y defensas de otros miembros. El terapeuta no necesita manejarla directamente, ya que el propio grupo es llamativamente eficaz abordando este fenómeno. 2) *Resistencia de los miembros hacia el terapeuta*: es la tendencia del grupo a funcionar de forma organizada en relación el terapeuta. Aparece cuando la mayor parte del grupo comparte una tendencia a aproximarse de manera libidinal o agresiva hacia el terapeuta, compartiendo la emoción.

Aunque existe gran variedad de clasificaciones diferentes, la mayoría coinciden en que las resistencias mas recurrentes son: la resistencia al cambio, a la interacción libre y espontanea y a la terminación. La aparición de la resistencia en un grupo suele seguir un camino complicado y a veces largo. Pero no hay cura sin resistencia. Cuando un grupo responde con *Amén* a todas las intervenciones del terapeuta, algo va mal (Ponciano, 2007).

3.2 La resistencia en el terapeuta

Beitman y Yue (2004) sugieren que el terapeuta también puede ser una fuente de resistencia, y esto puede deberse a: las expectativas inadecuadas del terapeuta, sus intervenciones desatinadas y la contratransferencia. Los terapeutas habitualmente esperan que el paciente siga de forma directa o indirecta sus instrucciones y consejos. Algunas veces, sin embargo, las expectativas del paciente pueden sobrepasar la capacidad del paciente para cumplirlas. La autora amplía diciendo que los terapeutas pueden ser víctimas de su propia inexperiencia y sentirse frustrados por la resistencia, debido a que la contratransferencia puede crear expectativas inapropiadas de un paciente o llevar a intervenciones que se convierten en una resistencia.

Como cualquier individuo cuyo inconsciente lucha para preservar la estabilidad, también puede manifestar resistencias. “Defensa atrae defensa, resistencia atrae resistencia y nada exacerba más las resistencias del paciente, que las resistencias del terapeuta, lo que podría provocar un profundo impasse terapéutico” (Ponciano, 2007, sección “O terapeuta resiste”, párr. 1).

Según Racker (1969) las resistencias del analista o *contra-resistencias*, suelen coincidir con las resistencias del analizado. “A veces parece como si el terapeuta y el paciente hubieran concertado un mutuo acuerdo, una oculta complicidad de callar y evitar cierto tema... una contra-resistencia señala uno de los conflictos centrales del analizado” (p. 314). Añade que la postergación de interpretaciones consideradas prematuras, proviene con frecuencia de los conflictos más importantes del analizado, pues suelen ser la expresión de identificación del analista con resistencias del analizado, aun cuando se relacionen al mismo tiempo con conflictos propios del analista. Cabe señalar el terapeuta debe enfrentarse, además, con ansiedades existenciales universales, como las descritas por Yalom (1998): muerte, soledad, libertad y sin sentido, que no son exclusivas del individuo atomizado psicológicamente y forman parte de la condición humana.

Ponciano (2007) ha descrito algunas formas de manifestación resistencial en los terapeutas tales como: interpretaciones constantes e históricos que ponen al descubierto el grupo y tomar su poder de auto-dirección, la petrificación de la postura, no permitir ningún tipo de comparación, privilegiar temas o a personas específicas el grupo, el abandono de temas o personas que incitan contradicciones, la negación a analizar su propia contratransferencia, entre otros.

La importancia de esclarecer las resistencias durante el proceso terapéutico es determinante para el éxito del tratamiento individual o grupal. *“Ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas”* (Laplanche, 2004, pág. 18), es decir, para poder resolver un tema en particular con un paciente o un grupo, será indispensable que se identifique su impacto en el terapeuta.

Para vencer las resistencias primero es importante saber identificarlas (Greenson, 1967). La propuesta de Beitman, D. y Yue, D. (2004) propone que el psicólogo debe preguntarse ¿Qué está pasando aquí? ¿Por qué me siento frustrado? ¿Qué está haciendo el paciente para provocar esta respuesta en mí? ¿Qué está fallando en esta persona? ¿Qué motivos tiene esta persona para responder de esta forma? ¿Cómo puedo activar el de observador del paciente? ¿Qué contenidos debo explorar? ¿Representa esta resistencia un ejemplo de una pauta problemática general? ¿Estoy esperando demasiado de esta persona en este momento? Este paso atrás ante la resistencia es el que hace que el papel del terapeuta sea diferente de los demás roles sociales” (Beitman, D. y Yue, D., 2004). Para entender al paciente, también se puede hacer un examen de temas de forma personal ¿Cuáles son los temas difíciles que movilizan la contratransferencia?

Capítulo IV: El modelo de formación en la práctica de Yussif, D.

A lo largo de la formación profesional del psicólogo hay diversos programas que le ayudan a ir adquiriendo competencias que le servirán como herramientas para el ejercicio de su profesión, pero que muchas veces carecen de una metodología de aplicación, sobre todo en el área clínica. El modelo de formación en la práctica de Yussif, D. (1994) ayuda a adquirir habilidades clínicas y proporciona una supervisión constante que no es fácil de conseguir en un nivel universitario, además de contar con una metodología de aplicación, lo que facilita el recabo de información clínica y permite evaluar el desempeño del psicólogo en formación en el trabajo in situ con pacientes.

En términos de formación de terapeutas, existe un acuerdo general en cuanto a la necesidad de incluir conocimientos teóricos en combinación con experiencia clínica supervisada. Para la inserción del psicólogo en el campo laboral, también se requiere que el egresado tenga cierto aprendizaje empírico, en general a través de participar en algún programa de formación supervisada que ofrezca la institución. Adicionalmente, hay muy pocas oportunidades de realizar práctica y formación en terapia de grupo a nivel universitario (Alonso, 1995).

Yussif (2014) señala que uno de los principales retos para las instituciones de educación superior es la formación integral de sus egresados. En este sentido, es imperante denotar que en el campo de la psicología se ha dado prioridad a los aspectos cognitivos del aprendizaje, lo cual ha minimizado y descuidado la importancia de los aspectos afectivos, a pesar de que cada vez se reconoce más la importancia que tienen en la psicoterapia. Por ello, es trascendente propiciar que el psicólogo clínico desarrolle competencias y habilidades que le permitan un mejor entendimiento de sus pacientes y de sí mismo a partir de la vivencia y experiencia personal.

Los psicólogos se interesan en los sentimientos que experimentan sus pacientes, así como en las relaciones que estos establecen con los demás, pero muchos

dejan de un lado sus propias emociones y la manera en la que se vinculan con otros.

La autora privilegia el desarrollo del instrumento de trabajo del psicólogo: *el mismo*, el total de su personalidad, *la totalidad de su self*, que constantemente entra en juego en la relación interpersonal con su objeto de estudio: *otro ser humano como él*. Los psicólogos clínicos trabajan con el dolor, la violencia y el sufrimiento humano. Después de años de trabajo con terapeutas en formación, Yussif, D. ha identificado las dificultades que aparecen para reconocer y manejar las ansiedades y afectos detonados en la situación terapéutica: escucharse a él mismo y a su paciente, identificar y nombrar los afectos, reconocer afectos disociados y la reactivación de el uso de defensas primitivas como la escisión, la proyección y la negación.

Es por esto, que Yussif (1994) incorporó un particular modelo de enseñanza-aprendizaje en su práctica docente, basado en una supervisión vivencial utilizando la psicoterapia grupal como dispositivo. El modelo da importancia central al hecho de que la psicoterapia se construye a través de el vínculo que se forma del encuentro entre el material consciente e inconsciente del paciente y del terapeuta. Considera que el éxito o fracaso de un tratamiento se determina tanto por las características personales del psicólogo, como por el tipo de vínculo que establece con su paciente. De ahí la importancia de enfatizar que el psicólogo no es sólo un observador participante, sino que participa e interactúa con todo su self, el cual se ve expuesto de manera constante durante toda su labor profesional.

Por lo anterior, es fundamental que el psicólogo esté preparado para detectar las emociones y ansiedades que pueden obstaculizan su labor terapéutica, mismas que le dificultan tanto organizar su pensamiento como analizar sus reacciones ante sus pacientes.

El modelo de formación en la práctica está encaminado a: la atención de procesos inconscientes, la contratransferencia y la percepción de la ansiedad desde un enfoque psicoanalítico. Yussif, D. (2003), enumera: a) El mayor obstáculo en la

enseñanza del psicoanálisis es la resistencia que despierta el objeto de estudio en el aprendiz, ya que requiere conocer lo que sucede en su interior, con relación a propias reacciones transferenciales y contratransferenciales, frente al sujeto estudiado; la angustia que estos sentimientos provocan en el estudiante le hacen rechazar el material de enseñanza, puesto que se reactivan puntos neuróticos de su personalidad. b) Es necesario el análisis oportuno y sistemático de estas ansiedades, ya que de no resolverse adecuadamente, pueden afectar el proceso de aprendizaje de alumno y en consecuencia el trabajo terapéutico con los pacientes. c) La enseñanza formativa se enfoca a una enseñanza que concierne a los procesos secundarios y la formación que moviliza los procesos primarios; en la búsqueda de “un saber” del inconsciente (formación) y “un saber” sobre el inconsciente (enseñanza). d) El grupo supervisado se convierte en una caja de resonancia de las fantasías inconscientes del grupo terapéutico, en donde el foco latente en un grupo coincide con el organizador psíquico del otro.

4.1 Antecedentes

La investigación de Yussif, D. se ha desarrollado de manera cualitativa y cuantitativa. Resultados obtenidos desde 1994, muestran la importancia de incluir la práctica clínica supervisada en la formación del psicoterapeuta, ya que posibilita la aplicación del conocimiento teórico-técnico adquirido y la vincula el aprendizaje con la experiencia directa, facilitando la comprensión desde la vivencia de los afectos escindidos y disociados producidos como respuesta a la interacción de los fenómenos grupales.

- **De 1994 al 2000:** Inicia la investigación sobre el impacto que tiene la supervisión clínica en la formación de los psicoterapeutas. Trabaja y supervisa a estudiantes del último año de la especialidad en psicología clínica y psicoterapia de grupo en instituciones.
- **Del 2001 al 2002:** Desarrolla un segundo momento con la participación de 14 psicoterapeutas en el centro de servicios psicológicos de la UNAM, la

mayoría de ellos con experiencia profesional previa desde diferentes orientaciones teóricas.

- **2003 a la fecha:** Trabaja con estudiantes de los últimos semestres de la licenciatura y de especialidad de la facultad de psicología de la UNAM, en asignaturas de psicología clínica y en los programas de: a) formación profesional supervisada “el impacto de la supervisión clínica en la formación de los psicoterapeutas”, b) opción a titulación por informe de prácticas “formación y adquisición de habilidades estratégicas psicoanalíticas para el psicólogo clínico” y c) servicio social “formación y adquisición de habilidades estratégicas psicoanalíticas para el psicólogo clínico.

El modelo es descrito en diferentes trabajos, a continuación se mencionan algunos de los trabajos que lo sustentan, por un lado, con adolescentes a partir del proceso psicoterapéutico y, por otro lado, con psicólogos a partir del proceso de formación: Padres e Hijos, un Modelo de Supervisión por Castillo M., Yussif, D., Gutiérrez M, Montoya A. en Junio de 1989; La Terapia de Grupos con Adolescentes, por Carillo J., Llanes J., & Yussif D. en 1991, Supervisión de la psicoterapia grupal, una Experiencia Formativa. Por Yussif, D. y cols., en 1995; El Centro de Servicios Psicológicos: Un espacio para la Formación de Psicólogos y el Servicio a la Comunidad bajo un enfoque Psicodinámico, por Yussif, D. en 1998; Presentación y Análisis de Resultados de diferentes aspectos del Grupo en Formación en el Congreso de Acapulco, coordinado por Yussif, D. en 2002; Una Práctica Supervisada, en 2006., Proceso de Formación de Psicólogos, mediante una Práctica Supervisada, utilizando como Dispositivo de Aprendizaje un Grupo en Formación y un Grupo Terapéutico, por Hernández C. y Núñez G., Diciembre de 2011; El fenómeno de resonancia en la vida de un grupo terapéutico y un grupo en supervisión, por Monroy, E. en 2013; ¿Es posible reestructurar vínculos afectivos a través de una experiencia de psicoterapia de grupo breve? Por Frías, A. en 2013; Psicoterapia de grupo analítica, por García, J. en 2013.

4.2 Objetivos

En el modelo de formación en la práctica de Yussif, los objetivos de ambos grupos son similares: Aumentar la capacidad de insight, la atención a los procesos inconscientes, mejorar la capacidad de introspección y de auto-observación. En la actualidad, el modelo se aplica dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" principalmente con grupos de pacientes y estudiantes universitarios. Por un lado, el Grupo Terapéutico integrado por adolescentes, tiene como tareas naturales de su ciclo vital la separación-individuación y la consolidación de la identidad psicosexual; por el otro lado el Grupo en Formación, se encuentran en su última etapa de preparación, lo que implica una separación, abandono e independencia del vínculo Institucional, así como la consolidación de una identidad profesional. Evolutivamente se encuentran en un momento muy similar. De esta manera, se observa de manera constante que los adolescentes muestran temor a crecer, a ser independientes, a ser autosuficientes, a estar atrapados en el rol parental, repetir la historia de los padres (en particular del padre de su mismo sexo) y a establecer relaciones de pareja. Sin embargo se ha observado que los procesos vitales y el momento evolutivo de ambos grupos suelen empalmarse,

El objetivo principal del modelo de formación en la práctica es propiciar el desarrollo de habilidades psicoanalíticas estratégicas para el psicólogo a través del análisis y evaluación de material clínico de pacientes, aumentar en el estudiante la capacidad de comprensión de los fenómenos que se presentan en la situación terapéutica y sensibilizar al psicólogo clínico en formación de los afectos y ansiedades que se despiertan ante la situación terapéutica (Yussif, D., 2014).

Mediante la práctica clínica supervisada, se aplicarán las habilidades estratégicas adquiridas, promoviendo así su capacidad de observar, analizar y valorar sus propios sentimientos y reacciones ante las ansiedades que provoca el sufrimiento de las personas con las que trabajan. De esta manera, se desarrolla la capacidad de introspección, por medio de la cual, el psicólogo se sensibiliza y desarrolla la capacidad de conocer que sucede dentro de sí mismo, en la relación con sus

propios sentimientos y sus reacciones frente a la persona con la que interactúa. Aprender a utilizar este conocimiento y a detectar y manejar su respuesta contratransferencial dentro del contexto terapéutico de manera empática y respetuosa, posibilita mejores formas de interacción entre paciente y terapeuta (Yussif, D., 2003).

Considerando los alcances del modelo, se pretende hacer extensivo este aprendizaje para su aplicación bajo cualquier enfoque teórico, permitiéndole al psicólogo enriquecer la comprensión de sí mismo y de su paciente, desde una vivencia personal (Yussif, D., 1996).

Como menciona Alonso (1995) la capacidad para detectar y contener la propia ansiedad no es inherente al terapeuta, más bien requiere de experiencia y supervisión constantes. Es en este sentido que Yussif, D. se ha planteado que dentro de los modelos de formación de terapeutas debe incluirse la supervisión de la práctica clínica con la finalidad de dotarlos de recursos que les permitan identificar y manejar los fenómenos que se presentan en la situación terapéutica, y que abarcan tanto al paciente como a la figura del terapeuta.

El modelo propone desarrollar competencias y habilidades estratégicas orientadas a:

- Atender y comprender los procesos inconscientes.
- Aprender a utilizar el *self* como instrumento de trabajo.
- Incrementar la capacidad de "insight": detectar los sentimientos propios, comprensión del propio comportamiento, constante auto-examen, auto-observación e introspección.
- Incrementar la capacidad para detectar los propios sentimientos en las relaciones personales.
- Propiciar el reconocimiento de las similitudes y diferencias con los demás.
- Comprender el significado de sus propias conductas.
- Desarrollar la detección y comprensión de la interacción dinámica durante el proceso terapéutico de la respuesta transferencial y contratransferencial.

- Identificar las resistencias individuales o de grupo.
- Lograr una mejor comprensión de la propia realidad para no distorsionarla.
- Fortalecer la cohesión y la empatía en el grupo.
- Incrementar la capacidad de reconocer, analizar y expresar las experiencias emocionales.
- Aumentar la capacidad de análisis y discusión del material clínico del paciente.
- Incrementar capacidades de escucha analítica, tanto de la comunicación verbal como no verbal del paciente.

4.3 Procesos paralelos y resonancia

La referencia metafórica del concepto de resonancia está tomada de la física, se resaltan dos nociones importantes: la de vibración excitadora y la de amplitud de esa vibración cuando esta se aproxima a la frecuencia propia del sistema del que forma parte (Monroy, 2013). Es en este sentido que Foulkes (1982) define a la resonancia como la repercusión que tiene en un individuo aquellos aspectos que tienen algo en común con su historia personal; en la psicoterapia individual se refiere a cómo un paciente en determinado momento se enfrenta a situaciones donde actúa como en el pasado, justo en un aspecto regresivo o de fijación. En la práctica clínica grupal, se define a la resonancia como un mecanismo que establece una conexión inconsciente, que abarca a todos los miembros del grupo, que los relaciona entre sí y que los influye en cuanto a sus procesos psicológicos.

García (2005) considera que el modelo de supervisión que desarrolló Yussif (1995) propone que la resonancia se refiere a los fenómenos paralelos originados en el grupo de supervisión por una conexión inconsciente entre el grupo terapéutico, al trabajar los sentimientos de los estudiantes que surgen en resonancia al material clínico de los pacientes.

En relación al fenómeno de resonancia Yussif (1994) refiere utilizar el grupo al que se supervisa para enseñar cómo se trabaja con otro grupo. El grupo de formación

se convierte en la caja de resonancia, ya que el material presentado en el grupo terapéutico estimula respuestas paralelas, ya sean conscientes o inconscientes, en los miembros del equipo de formación. La resonancia, influye en el trabajo clínico de manera determinante, pudiendo perturbar tanto el proceso terapéutico, como el de aprendizaje (Monroy, 2013).

Durante el proceso de formación, es necesario valorar constantemente la interrelación de los grupos terapéutico y en formación, en especial respecto de las ansiedades básicas se movilizan en relación al objeto de estudio, en este caso el grupo terapéutico. Estas ansiedades básicas, paranoides y depresivas, se despiertan ante el dolor y el sufrimiento y movilizan reacciones defensivas maniacas. El análisis y la elaboración de las ansiedades que surgen durante el proceso de supervisión está estrechamente ligado al éxito terapéutico con los pacientes (Yussif, D., 1996).

El fenómeno paralelo de la resonancia psicológica se manifiesta en la psicoterapia grupal como la manera en que repercute en los miembros del grupo de supervisión lo acaecido en el grupo de psicoterapia, tanto a nivel de pensamientos, sentimientos, recuerdos y percepción.

La combinación de docencia y práctica supervisada facilita el análisis de los procesos que surgen de forma paralela en ambos grupos, así como la elaboración de ansiedades y afectos disociados que surgen durante el proceso de supervisión, estrechamente ligados al éxito terapéutico con los pacientes.

La resonancia sería entonces el hecho de compartir un sentimiento y actuarlo durante el proceso de la supervisión, convirtiéndose el grupo de supervisión en una caja de resonancia de las fantasías inconscientes del grupo terapéutico, en donde el foco latente en un grupo coincide con el organizador psíquico del otro, es decir los procesos se dan de forma paralela (Yussif, 1994).

4.4 La supervisión

Yussif, D. (2002) explica que la supervisión es un proceso en el que participan dos o más personas en una tarea en la que se intenta precisar, mantener y mejorar el nivel de desempeño, especialmente de los menos experimentados. El conocimiento se trasmite a través de la supervisión, el análisis personal y los seminarios teóricos.

La supervisión es uno de los pilares en los que se basa el aprendizaje para lograr el desarrollo de habilidades profesionales y la comprensión del trabajo que se realiza, permitiendo desarrollar un estilo personal. Propicia el análisis y elaboración de los propios sentimientos reacciones y asociaciones (Yussif, D., 2003).

Existen dos tipos de supervisión: la individual y la grupal. En esta última se presentan uno o varios casos clínicos para estudiar su proceso, la estructura psicodinámica del caso, la técnica, las posibles intervenciones, los obstáculos, las resistencias y los bloqueos derivados de la transferencia y de la contratransferencia. La supervisión propicia la fluidez y el intercambio de los pensamientos y los efectos que estos tienen en cada uno de los terapeutas y observadores, permite clarificar el rol del analista tanto en la relación co-terapéutica, como el grupo terapéutico y la relación de este dentro del grupo de aprendizaje. Asimismo, permite el constante análisis de la ansiedad lo que facilita tanto el proceso de aprendizaje como el trabajo terapéutico (Yussif, 1994).

Durante el proceso de la supervisión, se enriquece y privilegia tanto, al que observa, como al que presenta su material clínico. Es importante señalar que el espacio de supervisión no tiene fines terapéuticos, ni se promueve la regresión en el supervisado, la interacción se da en un nivel adulto entre colegas uno de los cuáles posee mayor experiencia y conocimientos (Yussif, D., 2003).

Particularmente, se observa que un tratamiento tiene más probabilidades de éxito, cuando el terapeuta posee la habilidad para identificar y manejar de forma adecuada su ansiedad ante: a) situaciones que amenazan de forma grave la

integridad de los pacientes o ante las crisis emocionales de estos; b) el miedo a trabajar con personas y sentirse observado; c) la posibilidad de contactar con los propios sentimientos; d) la fantasía de desintegrar al paciente o grupo terapéutico, y e) la confrontación personal con aspectos dolorosos de la vida de los pacientes (Yussif, D., 2003).

Kâes (2000), sugiere que la supervisión es una tarea de integración teórico-clínica que proporciona un 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.

Se puede decir que la sesión de supervisión es un espacio, que permitan supervisando, analizar aspectos de su personalidad interfieren en su funcionamiento social, académico y de vida personal y que puede tener aspectos terapéuticos, en el supervisando, aún cuando no es está su finalidad (Yussif, D., 2007).

Método

Objetivos:

A. Objetivo general:

- Identificar y describir de forma cualitativa el fenómeno de la resistencia en el Grupo Terapéutico (GT) y en el Grupo en Formación (GF)

B. Objetivos específicos:

- Identificar las principales resistencias en el GT y el GF.
- Identificar la relación que existe entre las resistencias que aparecen en el GT y el GF.
- Determinar la influencia que tuvieron los temas identificados y trabajados en las resistencias del GT y GF.

Preguntas de investigación

- ¿Cuáles fueron las principales resistencias identificadas y trabajadas durante el proceso terapéutico en el GT y el GF?
- ¿Existe alguna relación entre las resistencias que aparecen en el GT y el GF?
- ¿Qué influencia tienen las resistencias en los objetivos de cada grupo?

VARIABLES A OBSERVAR:

A. Temas: Los temas centrales que surgieron durante cada sesión a lo largo del proceso terapéutico.

B. Resistencia: La resistencia es una defensa movilizada inconscientemente contra las emociones dolorosas (Gabbard, 2002), el deseo del paciente de preservar su estabilidad intra-psíquica, es un proceso humano que se produce cuando una persona está bajo algún tipo de amenaza y es por

naturaleza, el instinto de auto preservación (Ponciano, 2007). Uno de los objetivos de este trabajo es analizar el GF para encontrar resistencias. El GF es grupo que aunque se configura de forma diferente al GT, operan fenómenos y fuerzas similares.

Dada la amplitud de las posibles manifestaciones del fenómeno de la resistencia y teniendo en cuenta el objetivo del modelo de Yussif, D. de evaluar la situación del paciente en su contexto para comprender de qué se defiende cuando aparece una resistencia y para acercarse a él de forma empática sin estereotipos o etiquetas, en vez de realizar una clasificación categórica de las resistencias se describió cada manifestación conforme se identificó en el transcurso del análisis de las sesiones. Cada resistencia se justificó con viñetas clínicas o con una descripción según se consideró apropiado. La información se obtuvo del análisis clínico realizado durante las supervisiones, las minutas y los reportes de sesión entregados por los observadores y terapeutas.

Resistencia en el GT: Comportamiento o expresión, consciente o inconsciente, de parte de los pacientes o terapeutas durante la situación clínica, que entorpezca los objetivos del grupo terapéutico, el cambio y la libre interacción.

- Objetivos generales del GT:
 - Incrementar la capacidad de insight.
 - Que los pacientes hablen de sus problemáticas.
 - Que los pacientes se den cuenta de la repercusión que tienen sus problemáticas en su vida cotidiana y durante la sesión terapéutica.
- Objetivos específicos del GT:
 - Promover la independencia emocional y económica.
 - Planear metas e ideales autónomos y realistas.

- Fortalecer la autoestima, con base en el reconocimiento de sus logros personales.
- Propiciar las relaciones afectivas fuera del núcleo familiar.
- Consolidación de su identidad psicosexual.

Resistencia en el GF: Comportamiento o expresión, consciente o inconsciente, que obstaculice los objetivos, las tareas de trabajo y las indicaciones realizadas durante las supervisiones.

- Objetivo general del GF:
 - Detectar afectos, ansiedades y circunstancias de vida que obstaculicen la labor terapéutica y pueden interferir y distorsionar la capacidad de percibir, interpretar y evaluar en el contexto terapéutico.
- Objetivos específicos del GF:
 - Atender a los procesos inconscientes.
 - Incrementar capacidad de insight.
 - Percepción y uso adecuado de la ansiedad.
 - Detección y uso adecuado respuesta contratransferencial.
 - Aprender a utilizar su self como instrumento de trabajo.
 - Reconocer afectos detonados en la situación terapéutica y ser capaz de analizarlos y verbalizarlos.
 - Crear un espacio de análisis y reflexión.
 - Elaborar los obstáculos que se presenten.
 - Incrementar el respeto y la empatía hacia otros.
- Tareas de trabajo del GF:
 - Hablar abiertamente de los temas presentados.
 - Seguir las indicaciones realizadas durante las supervisiones.
 - Presentarse a la pre-sesión, sesión y post-sesión.
 - Realizar reportes de sesión en el caso de los terapeutas, elaborar minutas y trabajos de reflexión en caso de los observadores.

- **Indicaciones:** Con base en el análisis que tomaba lugar durante las supervisiones realizadas antes y después de cada sesión, se realizaban indicaciones a llevarse a cabo durante la sesión terapéutica. Ver tabla 2.

Tabla 2. Resumen de indicaciones realizadas durante la terapia

- **Empatía:** Fomentar la reflexión, que los pacientes se sientan comprendidos y entender su sufrimiento. Que se vuelvan más empáticos, contactar con la indiferencia y la irresponsabilidad hacia los demás.
- **Favorecer la Interacción:** Tratar de intervenir lo menos posible. Reforzar la dinámica de inclusión verbal y visual de todos los pacientes y dar pie a que hablen. Mantener la cohesión. Favorecer las relaciones sociales entre los miembros, que puedan verse espejados en los otros. Que se pregunten y hablen entre ellos. Privilegiar el intercambio, entre más participen mejor.
- **Procedimiento:** Presentarse al inicio de la sesión y hacer el encuadre en el cierre. Propiciar que puedan compartir con sus compañeros porqué están aquí. Que se conozcan. Apagar teléfonos. Estar al pendiente del final de la sesión para cerrar.
- **No sancionar:** No dar indicaciones de manera superyoica ni reforzar conductas autoritarias. “No decirles que hacer”.
- **Insight:** Hacer intervenciones que den a entender el patrón repetitivo de las relaciones de los pacientes y abordar el miedo a repetirlos. Fomentar el pensamiento autocrítico, que se puedan observar a ellos mismos. Crear conciencia. Motivar el que se realice un cambio en su conducta. Hacerlos reflexionar sobre que están haciendo y porque.
- **Privilegiar el contacto afectivo:** No intelectualizar, sentir. Abordar el enojo, el coraje y el resentimiento que asusta debido a su intensidad. Que nos digan qué les duele, cual es el temor, cómo lo expresan. Expresar para no explotar. Trabajar con: “yo no he hecho nada, me hicieron”. Trabajar el conflicto, permitiendo que surja. Confrontarlos con su afecto.
- **Dar cuenta del contenido latente:** Propiciar que surja el material inconsciente a través de la libre asociación del discurso grupal, así como ansiedades profundas no manifestadas. Trabajar con lo subyacente ¿Qué me quiere decir el paciente con lo que me está diciendo? ¿Qué hay detrás?
- **Intervenciones:** Indagar qué pasa en la casa de los pacientes. Preguntar lo más sencillo, no usar lenguaje especializado o técnico en las intervenciones. Dar opciones alternativas de conducta. Mencionar que el hecho de que hayan terminado el tratamiento es una buena señal, porque han buscado cómo solucionar las cosas.
- **Técnica:** No provocar regresiones muy profundas. Encargarse de que no se señale a

algún miembro por un tema difícil, más bien, que se retome que representa para los demás miembros como emergentes. Traerlos al aquí y al ahora. Concluir lo que se dice, estar pendiente para cerrar y dar tiempo para ir cerrando. No cerrar los temas importantes cuando se van a dar. Pensar en el grupo como proceso. Aguantar los silencios, no ser guiados por la ansiedad. Permitir que ellos inicien.

- **Trabajar las idealizaciones y escisiones afectivas:** Propiciar la integración de las partes buenas y malas. Lograr que se hagan conscientes de la agresión que sienten hacia figuras significativas. Hacer ver la posibilidad de reparación.
- **Propiciar el cambio:** Que mencionen que han hecho diferente a lo que están acostumbrados a hacer. Dar opciones para que actúen de una forma diferente y proporcionar nuevas formas de relación. Fomentar que se elabore una nueva forma de ver sus vivencias que les permita reestructurar su pasado.

*Nota: Para conocer el listado de instrucciones completo y por sesión, ver **anexo 1**.*

Muestra

Se trabajó con dos grupos de manera simultánea: el GT y el GF.

- 1) GT: Conformado a través de un proceso de selección, se integró por un total de siete miembros: cuatro mujeres y tres hombres, con edades comprendidas entre 23 y 29 años, con estudios de preparatoria y licenciatura en curso. El grupo comprende como característica principal el requisito de ser considerados dentro de la definición psicológica de adolescentes tardíos.
- 2) GF: Se integró con cinco participantes inscritos en el programa de formación profesional supervisada “impacto de la supervisión clínica en la formación de psicoterapeutas” y seminario de tesis, entre los que se incluye a dos coterapeutas y a tres observadores, todos egresados de la carrera de psicología de la UNAM campus Ciudad Universitaria, con conocimientos previos relacionados con la práctica a realizar, seleccionados en entrevista por la supervisora del programa.

Escenario

Como sede del estudio se utilizaron las Instalaciones del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” ubicado dentro de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México campus C.U. Se utilizó una cámara de Gesell, de la cual el GT ocupó un cubículo y el GF el otro.

Materiales

Se utilizaron el sistema de videograbación instalado en la cámara de Gesell, que consta de micrófonos grabadoras, DVD de grabación, una pantalla LCD y equipo de sonido, así como computadoras, memoria USB para la transferencia de las videograbaciones, sillas, lápiz y papel.

Instrumentos

Se recabaron los datos a través de:

- *Minutas de observación:* Se hicieron registros textuales del discurso del GT y el GF sobre los acontecimientos más importantes sucedidos. Se recabó información clínica, la cual facilitaba la comprensión de los fenómenos grupales y enfatiza el discurso de los pacientes y la comunicación entre los mismos. Estos incluyeron una lista de los participantes de ambos grupos, su hora de llegada, el lugar ocupado dentro del espacio y los principales puntos tratados durante la sesión.
- *Reportes de sesión:* Se redactaron informes descriptivos detallados realizados por los terapeutas grupales con los fenómenos observados durante la sesión con el grupo terapéutico, desde su vivencia particular y subjetiva, así como sus hipótesis y conclusiones sobre lo sucedido en el grupo terapéutico.

- *Test psicométricos:* Se utilizaron los inventarios de depresión y ansiedad de A. Beck (Versión mexicana del inventario, Robles, Varela, Jurado y Paez, 2001), El inventario multifasico de la personalidad Minnesota II (MMPI-II Lucio y Reyes).
- *Entrevista psicodinámica:* Se utilizó para valorar a los pacientes antes de su ingreso al grupo. Hace énfasis en la transferencia, la contratransferencia, la identificación de los mecanismos de defensa y la comprensión de la psicodinamia del paciente.
- *Expedientes clínicos:* Resguardados dentro del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP), incluyen la información del proceso terapéutico, pagos, faltas, notas clínicas, formatos de aceptación, reporte de baja/alta, etc.
- *Formato de aéreas afectadas:* Formato que forma parte de la solicitud de ingreso en el que el solicitante autoevalúa las aéreas más afectadas de su vida que motivan la búsqueda de consulta psicológica.

Procedimiento

1. Configuración del GF: Se configura con base en la captación y selección de estudiantes para el programa de formación supervisada “impacto de la supervisión clínica en la formación de psicoterapeutas” y seminario de tesis

Los requisitos la inscripción para los estudiantes fueron:

- a. Ser o haber sido alumno de la licenciatura de la UNAM.
- b. Asistencia, compromiso y cumplir con los requisitos del CSP.

Como parte del proceso de selección, la supervisora realizó entrevistas individuales. Una vez seleccionados los estudiantes que formarán parte de la

práctica, se les preparó con lecturas sobre teoría y técnica sobre psicoterapia grupal analítica con tiempos y objetivos limitados y seminarios teórico-técnicos.

2. Establecimiento de objetivos terapéuticos: capacidad de introspección, participación libre y espontánea de los pacientes, propiciar la autonomía y propiciar la independencia emocional.
3. Establecimiento de los criterios de inclusión de pacientes: De forma inicial, se planeó realizar un tratamiento para pacientes con trastornos alimenticios. Con este propósito, se imprimieron posters dirigidos a captar esta población en ciudad universitaria. Sin embargo, debido a la escasa respuesta y a la premura de dar atención psicológica a los pacientes del CSP, los criterios de inclusión se redefinieron como se presentan a continuación.
 - Criterios de inclusión: pacientes que cumplan las características psicológicas de la etapa de adolescencia tardía.
 - Criterios de exclusión: pacientes con patologías severas como: psicosis, psicopatías, perversiones, violaciones e incestos.
4. Entrevistas iniciales: para la conformación del Grupo Terapéutico se revisaron, analizaron y supervisaron 26 solicitudes de pacientes (15 mujeres y 11 hombres). De las 26 se descartaron 17 por no cumplir con los criterios de inclusión ó por no contar con la disponibilidad de horario.

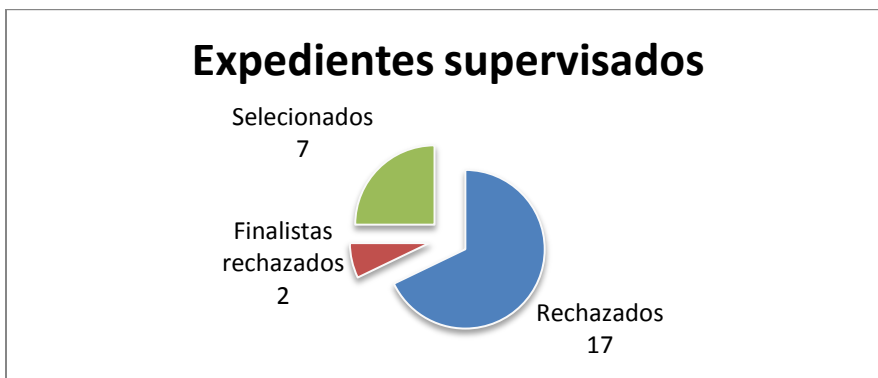


Figura 1. Expedientes supervisados

Se conformó una muestra de nueve pacientes viables, a los cuales se realizó una segunda selección. Dos de ellos fueron descartados por inasistencia quedando conformada una muestra tentativa de siete, a los que se les realizó una entrevista psicodinámica para comprobar que cumplieran con el criterio de inclusión, que también se aprovechó como preparación para el GT. Por último, se les aplicaron los instrumentos psicométricos de ansiedad y depresión de Beck y el MMPI-II. Los pacientes que no fueron seleccionados, se canalizaron a otros a servicios afines a su problemática.

5. Selección de pacientes: cada caso clínico fue analizado desde una perspectiva psicoanalítica con la finalidad de valorar las posibilidades de incluirlo en el grupo terapéutico en función de los criterios previamente establecidos. Se elaboró un expediente y el psicodiagnóstico de cada uno de los pacientes seleccionados. Además, se supervisó cada evaluación psicológica para corroborar las hipótesis realizadas durante la evaluación. Una vez realizado el proceso anterior, se conformó al GT para recibir el tratamiento.
6. Selección de terapeutas: los estudiantes que habían trabajado previamente con la supervisora en asignaturas de la licenciatura y en seminario de tesis, y que participaron en el proceso de entrevistas desde el inicio fueron seleccionados. Se formó una diada que trabajó en co-terapia, conformada por un terapeuta hombre y un terapeuta mujer.
7. Proceso terapéutico y formación “in situ” a través de la Cámara de Gesell.: la técnica utilizada fue una terapia de grupo con objetos y tiempos limitados de corte psicoanalítico. El equipo de trabajo estuvo integrado por un supervisor y cinco estudiantes formándose bajo este modelo, de los cuales dos trabajaron directamente con el GT como co-terapeutas y los otros tres observaron el proceso a través de una cámara de Gesell “in situ”. Las sesiones fueron grabadas para su análisis posterior. La duración del tratamiento fue de 10 sesiones cada una con duración de una hora con 30 minutos.

8. Supervisión en tres momentos con dos grupos de forma paralela: el GF observó al GT través de la cámara de Gesell “in situ” manejado por los dos co-terapeutas seleccionados. Esto permitió utilizar el análisis de los procesos paralelos para explicar los fenómenos y dinámicas que se presentaron en ambos grupos.

- 1) Primer momento: pre-sesión. El GF se reunió dos horas antes de que iniciasen las sesiones para aclarar dudas, explicar el procedimiento para realizar el trabajo terapéutico, así como realizar las indicaciones necesarias para la próxima intervención.
- 2) Segundo momento: sesión Terapéutica. El GF observó al GT *in situ* a través de una cámara de Gesell. Las sesiones duraban una hora y media.
- 3) Tercer momento: post-sesión. Al término de la sesiones se reunió de nuevo todo GF durante una hora y media más y se analizó el trabajo realizado con el GT incluyendo aspectos técnicos, dinámicas y fenómenos que se produjeron durante la sesión. Se puso especial atención en el manejo de la transferencia, contratransferencia, así como el análisis de las resistencias.

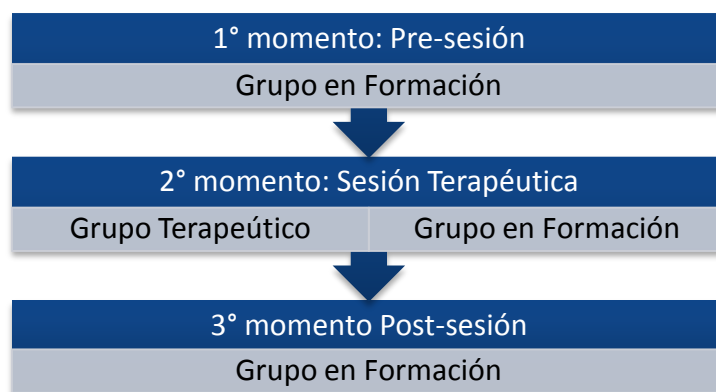


Figura 2. Momentos de supervisión

Durante las supervisiones se realizaron dos análisis de forma simultánea. El primero tenía que ver con la revisión de los fenómenos que habían surgido y el material aportado por el GT y el segundo con la respuesta transferencial y contratransferencial de los terapeutas y observadores, incluyendo la dinámica grupal y movilización de afectos producida por el GT.

9. Registro de la información: las sesiones terapéuticas fueron filmadas y audiograbadas, la información obtenida se recopiló y registró en minutas por el GF. En las minutas describieron lo que tuvo lugar tanto en el GT como en el GF.

10. Análisis y evaluación de la información: se realizó un análisis cualitativo utilizando el material clínico, minutas y reportes de sesión y mediante la observación del material audiovisual. La finalidad fue contar con observaciones cualitativas de los fenómenos grupales surgidos durante el proceso terapéutico en pacientes y estudiantes en formación.

Resultados

Para realizar el análisis del proceso terapéutico y lograr una comprensión adecuada del fenómeno de la resistencia, se hizo una descripción de la conformación de ambos grupos y de sus características principales. Los resultados se presentan en forma gráfica y se utilizan viñetas clínicas para ilustrar lo sucedido durante el proceso terapéutico, con lo cual se pudieron identificar las resistencias más relevantes y frecuentes en ambos grupos.

A) Grupo Terapéutico

a. Datos socio-demográficos

El Grupo Terapéutico se conformó por siete pacientes (cuatro mujeres y tres hombres). El proceso fue concluido por seis pacientes (tres mujeres y tres hombres), es decir solo uno no asistió a la terminación. La edad del grupo terapéutico estribó entre los 20 y los 29 años con una media de 22 años, el género de los pacientes se constituyó en 57% mujeres, 43% hombres.

b. Motivos de consulta

Para identificar los motivos de consulta de los participantes se utilizó el formato de “solicitud de servicio” llenado por los pacientes y se obtuvo su motivo de consulta de forma literal. Con fines de investigación, se resumieron y organizaron en temas. Ver figura 3.

En los motivos por los que los pacientes asistieron a solicitar apoyo psicológico, se pudo observar la percepción que tienen sobre sus propios problemas. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: depresión (los pacientes se percibían como deprimidos, o ese diagnóstico recibieron en “otros lugares”), percepción del origen de la problemática actual en traumas de la infancia (encontraron en su infancia los “traumas” que originaron su problemática) baja autoestima, violencia familiar, de pareja y escolar (acoso) y problemas para convivir con familia, pareja y amigos.

También destacaron las descripciones de inseguridad, dificultad en el manejo de la propia agresividad, autoagresión (con la finalidad de manipular), así como ideación de muerte y enfermedad (diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual). Para conocer el discurso literal de los pacientes ver anexo 2.



Figura 3. Motivo de consulta más frecuentes.

Con la finalidad de ilustrar las características del Grupo Terapéutico y dado la relación de esta información con los objetivos del trabajo, se presenta la siguiente figura que ilustra la forma en la que los pacientes puntuaron las principales áreas afectadas de su vida al momento de la asistir al Centro de Servicios Psicológicos. Ver figura 4.

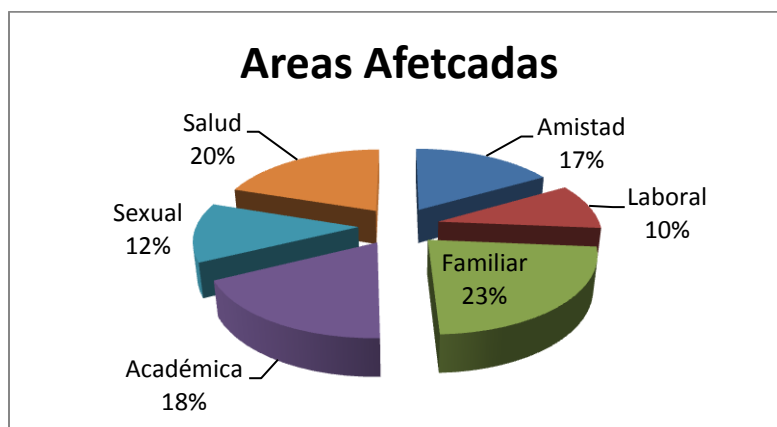


Figura 4. Áreas afectadas

Podemos observar que el área que consideran más afectada es la familiar (23%), seguida por el área de salud (20%), académica (18%) y amistades (17%). Las dos áreas menos afectadas la sexual (12%) y laboral (10%).

c. Asistencia

La literatura señala que existe una relación entre la asistencia y las resistencias, es por ello que a continuación se presentan los resultados en cuanto a las asistencias, faltas y retardos del Grupo Terapéutico. Ver figura 5. Asimismo, por motivos de confidencialidad, los nombres reales de los pacientes se sustituyeron.

En dicha figura se puede observar que los pacientes más puntuales fueron Daniel y Jazmín, las pacientes con más retardo fueron Valeria (6), Samuel (5) y Deyanira (3) y los pacientes con más faltas fueron Luis, David (3) y Alicia. Esta última abandonó el tratamiento después de la tercera sesión.

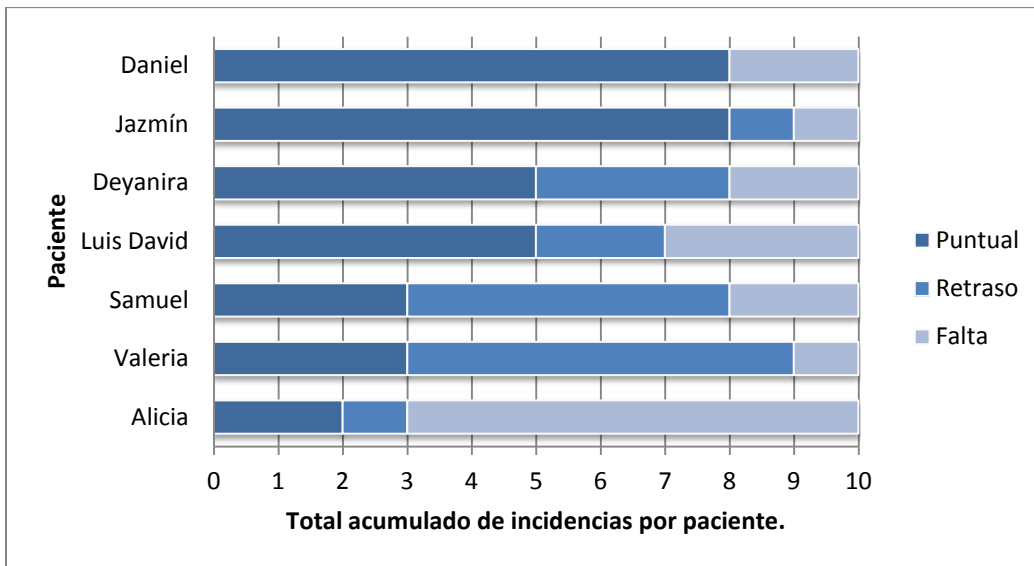


Figura 5. Asistencia por paciente.

Ahora bien, respecto a la asistencia por sesión, se puede observar en la figura 6 que todos los pacientes asistieron a las sesiones dos y cuatro. Las sesiones con menos pacientes fueron la ocho y nueve. Para ver las tablas de asistencia, revisar el Anexo 3.

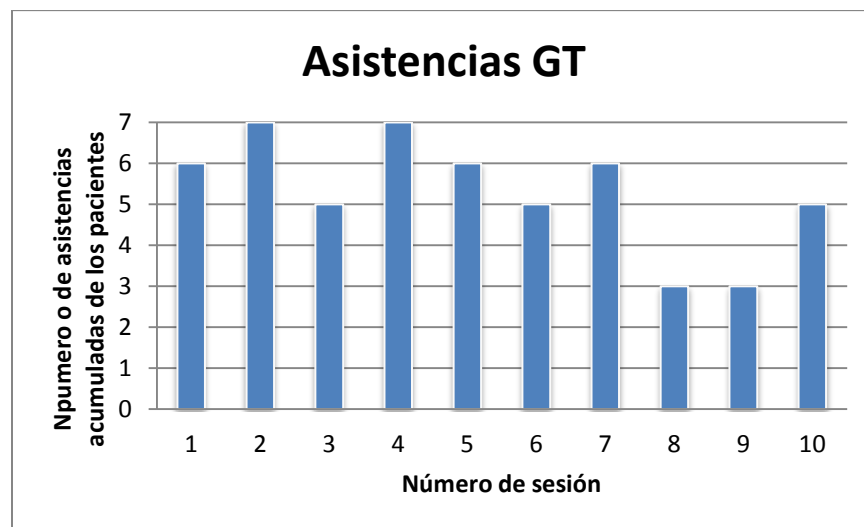


Figura 6. Asistencia Grupo Terapéutico por sesión.

B) Grupo en Formación

- a. Datos socio-demográficos

El grupo en formación se constituyó por la supervisora y cinco participantes, pasantes de la facultad de psicología de la UNAM. La edad de los estudiantes varió entre los 27 y los 32 años. Cuatro de los participantes eran pasantes y uno titulado. De los cinco estudiantes, sólo uno no concluyó el proceso de supervisión, abandonándolo después de la tercera sesión.

b. Motivos de ingreso

De los estudiantes que conformaron el Grupo en Formación dos fueron terapeutas (uno de género masculino y uno de género femenino) y tres observadores (dos masculinos y uno femenino), y la supervisora. Ver figura 7.

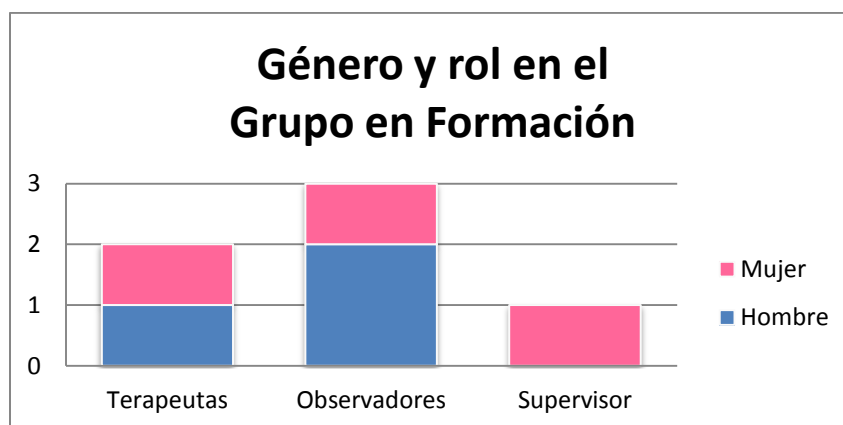


Figura 7. Conformación del Grupo en Formación

Los dos estudiantes seleccionados como terapeutas ya habían participado como observadores de varios grupos terapéuticos supervisados por Yussif, D. durante la licenciatura y se determinó que contaban con las competencias y la formación teórica necesaria para la nueva experiencia.

Tres alumnos estuvieron inscritos al programa de formación profesional supervisada “impacto de la supervisión clínica en la formación de psicoterapeutas” y dos más en “seminario de tesis”. Ver figura 8.

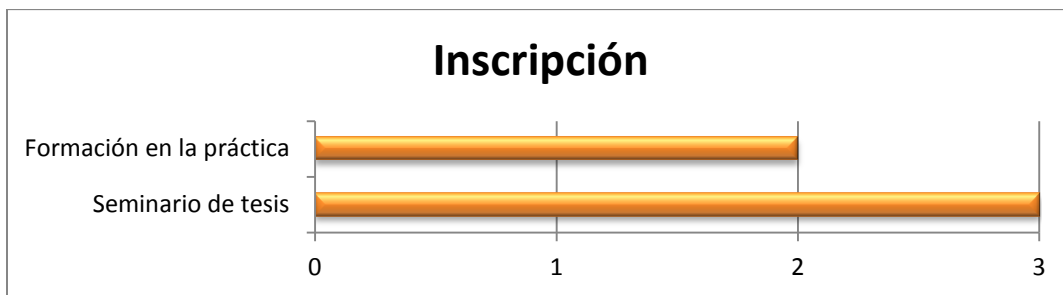


Figura 8. Motivos de inscripción al Grupo en Formación

c. Asistencia

La asistencia general adecuada. Los dos terapeutas y la supervisora asistieron a todas las sesiones, dos de los tres observadores asistieron a nueve sesiones y uno (observador Ce) abandonó el proceso de formación después de la tercera sesión. Ver figura 9.

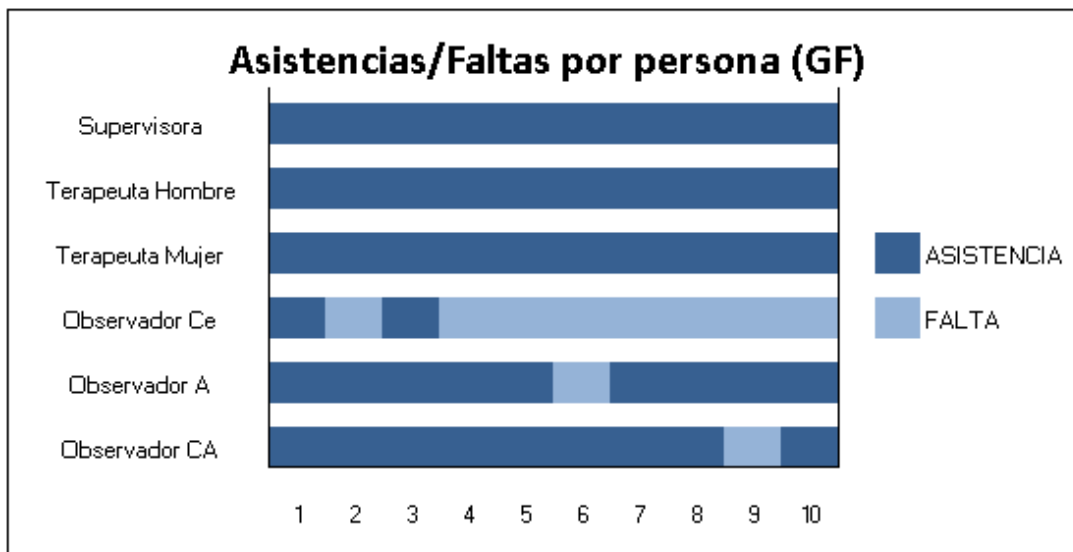


Figura 9. Asistencia Grupo en Formación por estudiante. El eje X representa el número de sesión.

La asistencia por sesión también fue alta. Se observó una disminución en la sexta y octava sesión.

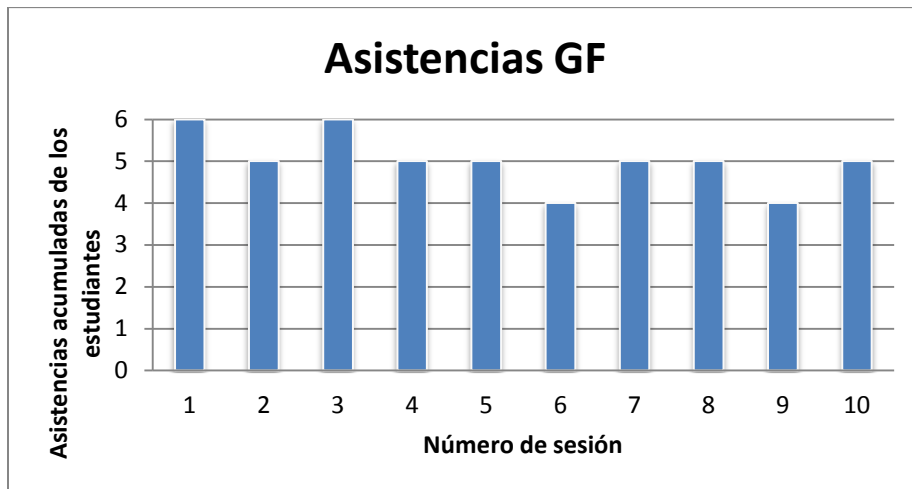


Figura 10. Asistencia Grupo en Formación por sesión.

Con fines comparativos, a continuación se coloca una figura en donde se observa una gráfica cruzada de de ambos grupos y por sesión, expresada en porcentajes. Ver Figura 11.

Se identificó una fluctuación entre la asistencia total en ambos grupos durante la primera mitad del tratamiento, y una disminución de la asistencia de ambos grupos hacia el final del tratamiento. Para ver las tablas de asistencia, revisar el Anexo 3.

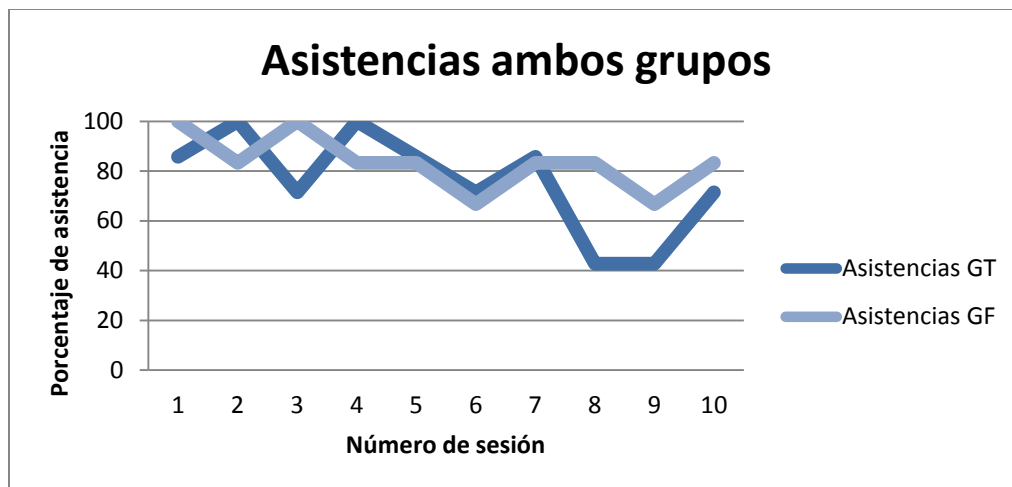


Figura 11. Comparación de asistencia ambos grupos por sesión.

C) Descripción de los temas trabajados

Se observó que los temas surgidos en sesión tuvieron una relación importante con las resistencias que aparecieron en ambos grupos. Hay temas que surgieron con frecuencia en las sesiones terapéuticas y que fueron de especial dificultad para ser profundizados y elaborados.

Durante el trabajo pre-grupo se identificaron temas generales a los que prestó especial atención debido su posible dificultad: La violencia en la relación de pareja, la búsqueda de autonomía e identidad y los duelos de figuras importantes. De igual forma, se identificaron temas relacionados con algún paciente en particular, como: la muerte del padre, la bisexualidad, problemas alimenticios, el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual y la autoagresión.

Los temas que surgieron con más frecuencia durante el tratamiento fueron: infidelidad, muerte, amor y pareja, soledad, toma de decisiones, tristeza y depresión, frustración y cansancio, enfermedad, miedo, enojo, abandono, agresión, culpa y problemas familiares. Ver figura 12.

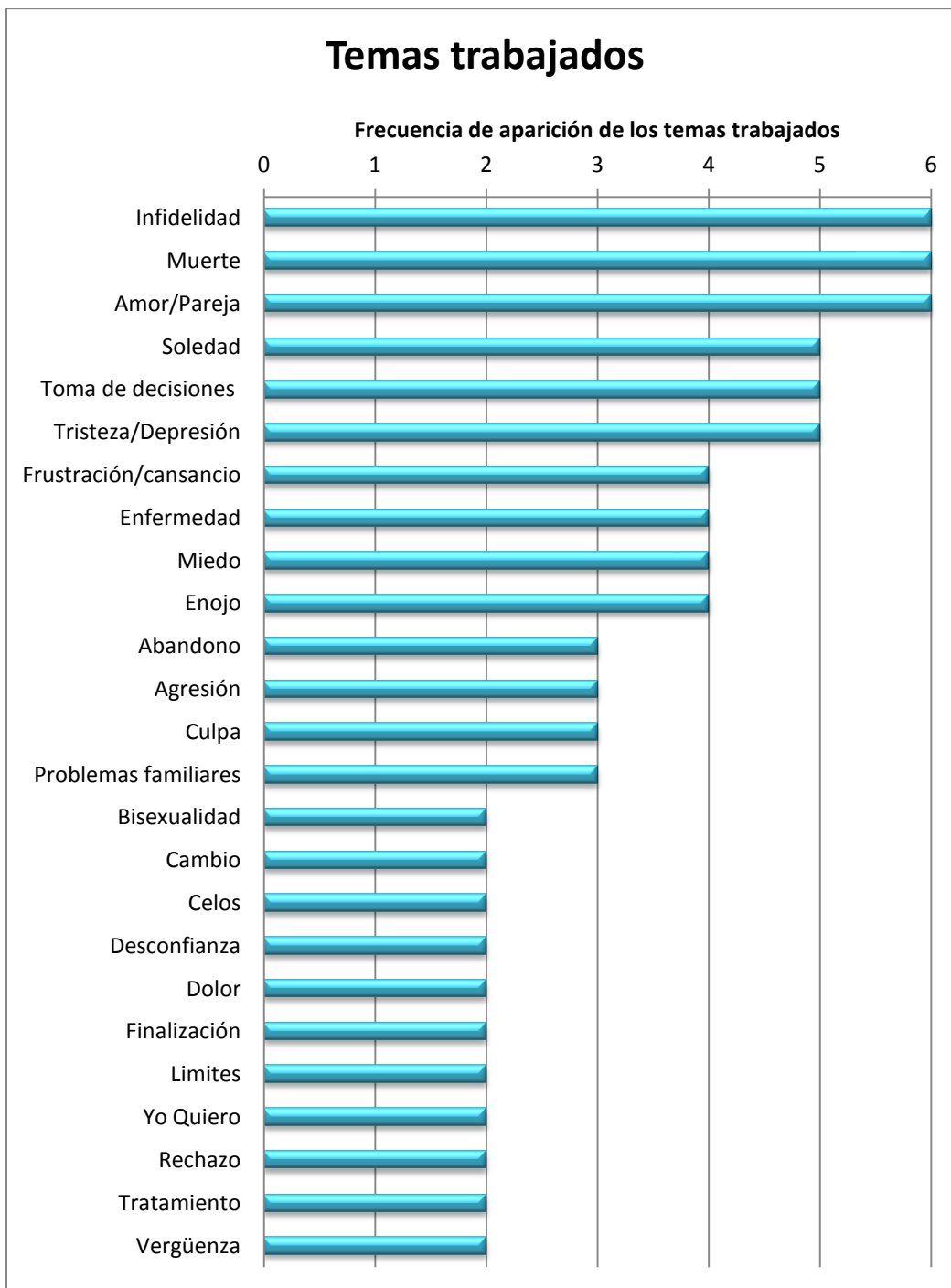


Figura 12. Principales temas surgidos durante el proceso terapéutico

Se identificaron diferentes temas en diferentes momentos del tratamiento. Los temas más frecuentes que aparecieron durante la primera mitad fueron: abandono, enfermedad, miedo, soledad, celos y desconfianza. Los temas más frecuentes, que surgieron durante la mayor parte del tratamiento fueron:

problemas familiares, muerte, agresión, infidelidad, pareja y amor, tristeza y depresión, culpa y enojo; los temas más frecuentes que aparecieron durante la segunda mitad del tratamiento fueron: cambio, límites, frustración, cansancio, finalización y toma de decisiones. Ver figura 13.

Tema	Sesión										Frecuencia	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Abandono	█											3
Enfermedad	█											4
Desconfianza	█			█								2
Celos		█			█							2
Vergüenza	█					█						2
Agresión	█				█	█						3
Problemas familiares	█			█		█						3
Bisexualidad				█		█						2
Dolor					█	█						2
Miedo	█						█					4
Muerte	█					█	█					6
Yo Quiero			█				█					2
Soledad	█							█				5
Infidelidad		█					█	█				6
Pareja/Amor			█									6
Tristeza/Depresión	█		█		█		█		█			5
Culpa	█						█			█		3
Enojo			█		█	█				█		4
Rechazo				█						█		2
Frustración/cansancio					█	█			█	█		4
Límites									█	█		2
Tratamiento	█										█	2
Toma de decisiones			█			█	█	█		█		5
Finalización							█				█	2
Cambio										█	█	2

Figura 13. Principales temas por sesión

D) Fenómeno de la resistencia por sesión

La resistencia acompaña al tratamiento, en todo momento. Para identificarla y analizarla se hizo un examen descriptivo y profundo de las resistencias que se observaron en cada uno de los grupos por sesión, ejemplificándolos con viñetas clínicas y/o notas del autor, según corresponda. Por motivos de confidencialidad, los nombres los pacientes y terapeutas han sido modificados en su totalidad.

Claves para la interpretación de las viñetas

- TH: Terapeuta Hombre
- TM: Terapeuta Mujer
- S: Supervisora
- OA: Observador 1
- OCa: Observador 2
- OCe: Observador 3

Sesión 1:	
Temas: Desconfianza. Confiar y compartir. Vergüenza. Miedo de morir. Tristeza. Sexualidad. Problemas familiares. Violencia y agresión. Enfermedad. Abandono. Odio. Aborto. Expectativas del tratamiento	
Resistencias Grupo Terapéutico	Resistencias Grupo en Formación
<p>- Discurso repetitivo El paciente repite su discurso exactamente igual que en la entrevista pre-grupo. <i>Cuando Daniel habla sobre sus problemáticas, se percibe que el discurso se encontraba ya bastante “ensayado”.</i></p> <p>- Dificultad para contactar con el otro A los pacientes le cuesta trabajo identificarse con sus compañeros, aunque su problemática es de hecho, similar y percibe sus problemas como completamente diferentes. <i>“Daniel: “mi problema es muy diferente al de ustedes”... “a lo mejor yo ya tengo más tiempo con mi drogadicción que tu, eso yo ya lo superé”</i></p> <p>- Dificultad para hablar de su motivo de consulta Deyanira hace saber al grupo que uno de los motivos de su ingreso fue el reciente diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual (ETS), sin embargo no comparte cual fue es la enfermedad que</p>	<p>-Dificultad para comprender los objetivos terapéuticos del grupo. <i>S: “Objetivo básico... autonomía, independencia... que el adolescente pueda abrirse del núcleo donde está...”</i> <i>TH: “no me queda claro....no entiendo....”</i></p> <p>- Demora al dar inicio a la sesión La sesión inicio 20 minutos tarde. <i>“A las 11:45 la sesión aún no dio inicio, pues hasta entonces sólo dos de los pacientes habían llegado, y eso porque una paciente llegó temprano para terminar el MMPI-2. tal vez su demora era porque estaba habiendo mucho tráfico (ya que yo me enfrente con ello por motivo del cierre de la línea 12 del metro) o por sus resistencias.</i></p> <p>- Resistencia iniciar la sesión: Fantasía de que el grupo terapéutico no asista a sesión. <i>TH: “¿qué pasa si llegan pocos?”</i> <i>S: “iniciamos con quien llegue”.</i></p>

le diagnosticaron y deja a todos con la duda.

“Deyanira: “la otra noche, mi ginecóloga me llamó, para decirme que lo que tengo no es tan grave... pero si un poquito más grave de lo que había pensado... no tengo la confianza de hablar de mis otros problemas con ustedes”.

- Silencio como falta de apoyo

Cuando la paciente verbaliza su dificultad para expresar sus emociones, el grupo no responde, evidenciando una dificultad de expresión grupal al quedarse en silencio, con una indiferencia aparente.

“Alicia: “no soy muy buena para expresarme” ...silencio.... “Ese es mi problema ¿ven?, que me da igual si me dicen o no me dicen, no me importa”.

Ce: “¿Cómo afecta?”

S: “si son pocos con esos se da la sesión”.

“TH: “Y si no llega nadie, y si nada más está una sola paciente o dos, ¿podrá iniciarse el Grupo Terapéutico?...pensé de momento que podría cancelarse la sesión”.

- Dudas sobre la propia capacidad

Se contagia un sentimiento entre los terapeutas de no contar con las competencias necesarias para cumplir su rol.

TH: “me sentí muy ansioso debido al cuestionamiento interno superyoico de tener o no la preparación necesaria para enfrentar al sesión”.

- Miedo a ser observados, cuestionados y confrontados

Los terapeutas describen esta ansiedad durante la pre-sesión, y durante la sesión el terapeuta TH se posicionó casi detrás de los pacientes de ocultarse tras ellos.

TM: “Lo que nos pone así es el hecho de exponernos a nosotros mismos, saber que no solo los pacientes serán el foco de atención, sino que también nosotros seremos observados, cuestionados y confrontados”.

S: ¿qué te preocupa?

TH: “ansiedad de que me estén viendo... no me permito cometer errores... me pone nervioso el hecho de ser observado... Me puse atrás del espejo porque creí que era mejor estar enfrente del otro terapeuta, pero tal vez intenté ocultarme entre los pacientes, además que sirvió también para no estar enfrente del espejo”

- Desorganización en el ingreso y los pagos

Hay un descuido de los terapeutas en la organización del inicio de la sesión con las recepcionistas de Centro de Servicios Psicológicos (CSP) y no tenían claro cómo manejar el cobro a los pacientes.

OA: Fue una sesión con demora y con prisa, pues se inició apresuradamente por la llegada de Deyanira quien comentó ¿a poco nada más soy yo?”

	<p>- Acting in El terapeuta hombre abandona el cubículo. OA: <i>“La salida estuvo influida por elementos transferenciales que el paciente puede despertar en el terapeuta, abandonándola a la mitad de la verbalización de algo importante, abandono realizado antes por los padres y parejas de la paciente”.</i></p> <p>- Dificultad en seguir las indicaciones Indicación: El encuadre se hace en el cierre, solo al interpretar los retardos. TM: <i>“Hay que puntualizar, ¿aja? la sesión inicia 11:30. Vemos que muchos se retrasaron.”</i> Indicación: No realizar intervenciones superyoicas. TM: <i>“Hay que llegar 15 minutos antes, hoy comenzamos 20 minutos tarde. Es para bien de ustedes (dirigiéndose a los pacientes).”</i></p> <p>- Dificultad para manejar la cantidad de información y afectos Al grupo en formación se le complica concentrarse en el discurso de los pacientes, las transferencias lineales, laterales, contratransferencias, temas, lenguaje no verbal, etc. OCe: <i>“Al inicio la sesión me pareció un poco intensa, pues no estaba acostumbrado a escuchar a tantas personas en una misma sesión. Trataba de poner toda mi atención pero en ese instante el siguiente hablaba, y exigía lo mismo de mi escucha”.</i></p>
--	--

El grupo logró una cohesión adecuada desde la primera sesión originada por la universalidad, mitigando la sensación de ansiedad y soledad.

Alicia es el miembro más retraído del grupo. Se observó que los demás miembros la segregaron y permanecieron en silencio cuando los terapeutas solicitaron respuesta al discurso de Alicia. Ella no pudo hablar de su problemática nuclear y se resiste a tocar los temas más dolorosos.

Los pacientes manifestaron ansiedad ante el hecho ser observados por los demás miembros del grupo. Durante la supervisión, se identificó una demanda hacia los

terapeutas, ejemplificada con la frase “¿qué van a hacer con la información que les estamos dando?” como contenido latente, responsabilizando al Grupo en Formación del material expresado y de sus problemas.

Sesión 2:	
Temas: Miedo a morir. Enfermedad: cáncer. Relaciones “tormentosas”. Complacer al otro. Soledad, sometimiento por temor al abandono. Infidelidad y celos. Auto sabotaje. Acuerdos. El que nada debe nada teme, pero tú si la debes. Qué hay que “no se quiere ver”	
Resistencias Grupo Terapéutico	Resistencias Grupo en Formación
<p>- Acaparar el discurso Hay una dificultad general para entender lo que dicen los demás y para interactuar de forma directa respondiéndose entre sí. Deyanira es muy difícil de interrumpir, habla sin detenerse y se siente culpable. <i>Deyanira: “hablo mucho, perdón. Si sienten que hablo demasiado, díganme”</i> Daniel narra una situación de infidelidad con detalle y el grupo lo permite sin interrupciones. Se produce un silencio grade y continuo. <i>Daniel: “ella me engañó. Me gustaría platicarles todo lo que me hizo, fue muy vergonzoso para mí. Todo empezó... (aquí comienza una narración de aproximadamente 30 minutos)</i></p> <p>- Búsqueda de chivos expiatorios Para los pacientes y terapeutas Daniel funciona como miembro a culpar por su situación.</p> <p>- Dificultad para hablar de su motivo de consulta Deyanira intenta guardar información nuevamente, pero es impedido por los terapeutas <i>Deyanira: “Mejor no les digo que sigue...”</i> <i>TM: “¿Por qué no?”</i> <i>Deyanira: “Bueno se los voy a decir porque así soy yo, muy gráfica: no me podrán hacer sexo oral en un año”</i></p> <p>- Dificultad para expresarse Jazmín se muestra interesada al tratamiento pero retraída e inhibida. Deja de hablar, se convierte en un miembro silencioso y se le ve tensa. Tiene miedo a perder el control. <i>TH: “Da la impresión de que esta evitando</i></p>	<p>- Aburrimiento y hartazgo Daniel ocasiona aburrimiento a los terapeutas y se le percibe como “auto-victimizado”. <i>TM: “Daniel me aburríó”</i> <i>TH: “Me aburrí, me parecieron temas superficiales. Al inicio estaba ansioso pero después se mitigó.”</i></p> <p>- Dificultad en seguir indicaciones: Indicación: “Contactar con el afecto” No se realizó ninguna pregunta relacionada con alguna emoción. Las preguntas fueron dirigidas a lo intelectual. <i>TH: “Me costó mucho trabajo ver mi emociones y las emociones de otros”.</i></p> <p>- Sensación de no tener respuestas Se identifican problemas existenciales como un factor común a los pacientes de los terapeutas de manera personal (contra resistencia) <i>TM: “Todo lo que dice Deyanira me lo cuestiono, no tengo las respuestas”</i></p> <p>- Sensación de no estar listo El TH despierta una ansiedad grupal <i>TH: “¿Estoy listo o no para el tratamiento?, ¿tengo los conocimientos teóricos y prácticos para participar como terapeuta de ocho pacientes? es una prueba”.</i></p> <p>- Olvidar reloj A los terapeutas se les olvida del reloj para tomar el tiempo de la sesión.</p>

<p><i>confrontarse con su problemática. Me parece que se comporta con cautela y reserva al momento de hablar”.</i></p> <p>- Pedir permiso para hablar Deyanira pide permiso para hablar: <i>Deyanira: “¿Puedo decir algo...?”</i> <i>TM: “Pareciera que yo represento una figura de autoridad”</i></p> <p>- Discurso repetitivo y resistencia al cambio El discurso de Daniel es defensivo y muy repetitivo.</p> <p>- Dificultad a tocar lo emocional <i>TH: “Desde la sesión anterior los ojos de Daniel se observan un tanto llorosos, su voz ligeramente quebrada cuando refiere la drogadicción y el término de su relación de pareja”.</i> <i>S: “Fue una sesión dolorosa, pero no se manifestó emocionalmente”</i></p> <p>- Responsabilizar a otros Los pacientes responsabilizan a otros de sus problemas <i>Alicia: “La sociedad está enferma, está loca, las relaciones son un problema... tal vez para ti es muy divertido (a Deyanira), pero a mí no me gusta. Me estresa que los demás se peleen... el que nada debe nada teme, pero ustedes si la deben, por infieles”.</i> <i>Daniel: Mi novia siempre me echa la culpa”</i> <i>Deyanira: (a Daniel) “Es importante que tu novia se haga responsable por lo que hizo”</i> <i>Daniel: “¡Me vieron la cara, yo no hice nada!”</i> <i>Samuel: “La culpa la tienen mis padres, estoy cargado de cosas de cuando era niño” (como vocero grupal)</i></p> <p>- Dificultad a no ver lo que “se tiene enfrente” (insight) <i>Deyanira: ¡No vemos lo evidente, estando enfrente de nosotros!</i> <i>Samuel: “Si lo vemos, pero nos hacemos tontos”</i> <i>Luis David: “No encuentro la explicación”.</i> <i>Alicia: “Hay un libro, ahí dice que hay que hacer</i></p>	<p>- Cansancio generalizado <i>TH: “Es difícil estar atento todo el material durante toda la sesión, fue cansado mantener la atención, no podría concentrarme”</i></p> <p>- La sesión inicia y termina 15 minutos tarde</p>
--	--

<p><i>acuerdos, soluciones, eso me ha servido”</i></p> <p>- Evitar hacer lo que quiero, para evitar la soledad <i>Samuel: “No era honesto para decir no me gustas yo sí cambio a mis amigos por ella, y ella no.”</i> <i>Valeria: “Quiero cambiarme de carrera, pero mis papás no me dejan, yo sé que si me cambio de carrera va haber un gran problema con ellos.”</i> <i>Deyanira: “He llego a tener sexo para no estar sola, es feo estar sola.”</i> <i>Daniel también pide permiso para hablar, pero a Deyanira.</i></p> <p>- No reconocer logros Valeria logra comunicar a sus padres el deseo de cambiar su carrera, sin embargo el grupo no la reconoce, ni lo comenta, inclusive, puede decirse que lo ignora.</p>	
---	--

Pese a que si hubo pausas durante la sesión, existió una resistencia de los terapeutas para dejar fluir los silencios. Se observó ansiedad en ellos durante la primera mitad del tratamiento.

Sesión 3:	
<p>Temas: Felicidad al “tomar la decisión de hacer lo que quiero”. Estudiar lo que agrada. Miedo a “enamorarse”. Vida sexual. Soledad. Tristeza. Infidelidad. Obsesión. Abandono. Culpa. Enfermedad. Suicidio y muerte. Resentimiento , coraje y enojo</p>	
Resistencias Grupo Terapéutico	Resistencias Grupo en Formación
<p>- Demora al dar inicio a la sesión La sesión inicia 10 minutos tarde por retardos.</p> <p>- Dificultad expresar el afecto Los ojos de Daniel nuevamente se muestran llorosos y se le quiebra la voz en algunas ocasiones, cuando habla de su novia y de su familia. Se muestra defensivo para contactar con sus emociones, aunque se le pregunta “<i>qué es lo que duele</i>” retoma su discurso repetitivo y se siente incomprendido. También Deyanira expresa los sentimientos más importantes dentro del grupo: conflicto, miedo, resentimientos, odio y culpa, pero sin la respuesta emocional correspondiente.</p>	<p>- Altas expectativas del progreso de los pacientes y sensación de no lograr el objetivo <i>TH: “Yo percibía que había cosas más importantes, mi expectativa del grupo es el trabajo terapéutico que yo he tenido antes”.</i></p> <p>- Dificultad para entender que pasa con los pacientes: Actuar transferencia Los terapeutas se muestran alejados, desconectados y ausentes, transferencialmente como los padres de los pacientes. Existe una sensación generalizada de incapacidad de insight y los afectos impresionan escindidos del discurso. Los terapeutas no comprenden que están actuando la ausencia de los</p>

<p><i>Daniel: “tal vez una actitud madura de mi parte sería llegar con mi padre y besarlo abrazarlo, pero tampoco puedo.”</i></p> <p>- Responsabilizar a los demás Daniel y Samuel no aceptan que han sido responsables de su situación en sus relaciones de pareja. <i>Daniel: “Yo no soy cariñoso, porque no me enseñaron a ser así, a expresar mis sentimiento... Lo que más me duele es que mi novia me he engañado, si no, seguiría intentando estar con ella. Yo no hice nada.... Soy así porque me hizo falta cariño”.</i> <i>Deyanira: “Por enamorarme de él, me contagió de VPH.”</i></p> <p>- Hablar en relación a sí mismos Los pacientes tienden a hablar en relación a sí mismos, no interrumpen ni comentan lo que dicen los demás, y se concentran en narrar experiencias personales.</p> <p>- Resistencia al insight Daniel sigue atorado, sin hacer un insight significativo en cuanto al tema de su pareja ideal.</p>	<p>padres. <i>OA: “Había ausencia de los terapeutas, de emociones, ausencia de palabras”</i></p> <p>- Dificultad en seguir las indicaciones Indicación: “Intervenir e interrumpir a los pacientes si son repetitivos, hacer comentarios dirigidos al afecto, trabajar la soledad, el maltrato y la violencia, que de hecho se evadió.”</p> <p>- Dificultad para expresar afectos <i>TH: “Se me dificulta el contacto con los afectos, así como las intervenciones, me encontré ausente debido a una situación no visualizada en ese momento”.</i></p> <p>- Cambio de tema Los terapeutas cambian el tema de la violencia de pareja a las relaciones de familia y así evitan profundizar en los temas más dolorosos. <i>TH: “¿Que otras emociones además de las que hay en las relaciones de pareja están en nuestras otras relaciones, como la carrera, la familia nuestro pasado, que se pueden desbordar?”</i> <i>OA: “Se hizo resistencia por no querer hablarlo, nos identificamos y después no quisimos tocar ese tema. Entonces no queremos sentir esas emociones, y entonces las bloqueamos”.</i></p> <p>- Dolores físicos <i>TM: “Me siento cansada y al final me dolió la cabeza... son temas que me llegan”</i></p> <p>- Contratransferencia <i>OCa: “Sentí impotencia por identificación... Por no poder comentarle lo que estaba sintiendo, enojo, tristeza...”</i> <i>TH: “No sé si estaba listo para terminar la sesión, sentía una tensión fuerte.. En varios momentos me acordé de mis propios problemas.... soledad”</i> <i>OCe: “Rechazo esa paciente porque son cosas que yo traigo, el lado que no me gusta de mi mismo.”</i></p> <p>- Dificultad para manejar la cantidad de información y afectos.</p>
--	--

	<p>La intensidad de los afectos detonados en la sesión sobrepasa a los terapeutas.</p> <p><i>TH: "Creo que todo fue mucho muy rápido. Viene una cosa y se hace más grande con lo que dice siguiente. Si lo decían que era pesado trabajar con un paciente, si se suman los otros pacientes es difícil reflexionar sobre las problemáticas al momento... es difícil trabajar con grupos."</i></p> <p>- Incluirse en el discurso</p> <p><i>S: ¿Ustedes siempre se incluyen en el discurso, se sintieron incluidos afectivamente?"</i></p> <p><i>TM: "Si..."</i></p> <p>- Silencio</p> <p><i>OA: "Durante la supervisión el silencio se tornó abrumador. Ahí comencé a contactar con las preocupaciones de los terapeutas".</i></p>
--	--

Durante la sesión, los pacientes sólo hablaron de sus propias problemáticas, e iniciaron su discurso con las palabras "a mí me pasa...", "en mi caso...". A partir de esta sesión, los pacientes lograron contactar con su motivo de consulta, su problemática nuclear, aunque daba la impresión de que los afectos correspondientes estaban disociados.

Sesión 4:	
Temas: Enfermedad. Enamoramiento. Infidelidad. Soledad y sustitución (buscar a alguien para no sentirnos solos). Alcohol y/o drogadicción. Desconfianza. Aislamiento. Patrones, costumbres, repetir lo mismo. Muerte de los padres. Ausencia dramática. Bisexualidad. Pertenencia. Rechazo	
Resistencias Grupo Terapéutico	Resistencias Grupo en Formación
<p>- Silencio</p> <p>Por primera vez no inicia el discurso de los pacientes de manera inmediata. Cuesta un poco de trabajo iniciar con la verbalización.</p> <p>- Discurso repetitivo</p> <p>Daniel es vocero de la resistencia grupal. Su discurso es repetitivo. Sigue estando muy defensivo, le cuesta trabajo contactar con sus emociones."</p> <p><i>Daniel: "Mi novia es muy mentirosa, me puede decir una cosa y al día siguiente me dice otra,</i></p>	<p>- Dolores físicos</p> <p><i>TH: "Antes de la sesión percibo un dolor de espalda".</i></p> <p><i>OA: "Me comenzó a doler la cabeza"</i></p> <p>- Dificultad de seguir indicaciones</p> <p>Incluirse en el discurso</p> <p><i>TH: "A veces ponemos barreras... digo...ponen barreras, para no acercarse a los demás, y surge un sentimiento de soledad"</i></p> <p><i>S: "No se incluyan. Ustedes son los terapeutas"</i></p>

<p>quien sabe cuales sean sus verdaderos sentimientos”.</p> <p>- Responsabilizar a otros Los pacientes adjudican su condición actual a situaciones ambientales y experiencias de la infancia. <i>Daniel: “Es difícil cambiar los patrones que te enseñaron. Mi Papá es muy seco, eso me da miedo.... No sé cómo ser cariñoso, será porque no tuve un ejemplo. Me hicieron ser una persona que no era.”</i></p> <p>- Sensación de poner “barreras” <i>Deyanira: “En general, pongo una barrera”</i> <i>Luis David: “En general estamos solos, el problema es cuando sientes algo especial por alguien y tienes que dejar atrás esas barreras.”</i></p> <p>-No ver las respuestas que “están ahí” (insight) Se continúa abordando el tema de las soluciones que “no se ven”. <i>Luis David: “Yo supongo que las respuestas siempre en estado ahí, pero no es que las tengamos que encontrar. Lo que me hace falta ver es lo obvio, y es lo que muchas veces nos cuesta.”</i></p> <p>- Dificultad a contactar con el afecto Hay miedo a que “quebrarse” si expresan las emociones. Jazmín: Sólo habló una vez. <i>“No puede expresar el contenido afectivo.”</i> Era claro que Daniel quería llorar cuando Deyanira hablaba de la muerte de sus padres, cuando los terapeutas le preguntan <i>¿Qué pasa? lo niega”.</i> <i>Daniel: “Yo creo que si me acercara mi papá, hasta sentiría raro, porque yo no soy si”.</i></p> <p>- Abandono de tratamiento Alicia moviliza el grupo cuando habla acerca de la muerte de su padre. Sin embargo, la reactivación de los miedos vividos con anterioridad en su vida hace que ya no regrese. Paraliza a los demás miembros.</p> <p>- Resistencia a hablar sobre el espejo de la</p>	<p>TH: “Nos metieron en los temas”. S: “Se metieron en los temas”</p> <p>- Contactar con el afecto S: “Pregunten cuál es el temor, ¿que les está impidiendo preguntarlo?”</p> <p>- La sesión inicia y termina 10 minutos tarde</p>
--	--

<p>cámara de Gessel dentro de la situación terapéutica</p> <p><i>“Deyanira mencionó el tema al terminar la sesión y se le invitó que lo mencionara dentro de la sesión.”</i></p>	
---	--

La narración de la muerte del padre de un paciente, movilizó ansiedad todo el grupo y a los terapeutas. Aunque el tema fue trabajado y profundizado la paciente abandonó el tratamiento, y de forma simultánea abandonó la supervisión el observador OC. Es claro que en esta sesión resonó el tema de la muerte de los padres. Durante la sesión pasada el tema central fue el enojo contra ellos, ahora, el miedo a perderlos.

Sesión 5:	
<p>Temas: Cansancio de resolver las cosas “no me salen las cosas y ya hice mucho”. Frustración. Dolor. Enojo y agresividad. Tristeza. “No soy lo suficiente”. Merecimiento. Aceptación. Dolor. Fiesta. Enamoramiento. Infidelidad. Celos. Chantaje. Sentimientos de no “ser vistos”</p>	
Resistencias Grupo Terapéutico	Resistencias Grupo en Formación
<p>- Discurso repetitivo. El discurso repetitivo de Daniel, expresado con un tono afectivo de tristeza y dolor, gira en torno a ya no querer acudir a fiestas que no disfruta con su novia, pues ya no siente amor por ella. <i>Daniel: “Obviamente si la extraño, pues pasa mucho tiempo y como que tengo ganas de regresar con ella pero ya es muy poco. Yo creo que nunca voy a saber exactamente qué pasó cuando me fue infiel... “No sé cómo avanzar, recuerdo su infidelidad y me duele mucho.”</i></p> <p>- Sensación de “darle vueltas a lo mismo” y no encontrar solución, cansancio. <i>Deyanira: “No se hasta qué punto es darle vueltas a las cosas, yo también caliente caliente las cosas... No me salen las cosas y ya hice mucho.”</i></p> <p>- Desesperación hacia un miembro del grupo: Chivo expiatorio Deyanira (como vocera del grupo) se desespera al ver cómo Daniel no modifica su discurso con el paso</p>	<p>- No comprender al paciente <i>S: “La fantasía inconsciente de ser visto por el otro, existir para los padres ¿Qué está pasando, que quiere decir, que papeles está repitiendo?”</i> <i>TH: “Falta contacto, hay algo que no puedo ver”.</i> <i>OA: “Me fue difícil escuchar, me sentía desesperado”.</i></p> <p>- Altas expectativas del tratamiento <i>TH: “Me frustra ver que no hay ningún cambio.”</i></p> <p>- No contactar con el afecto El principal tema del trabajo fue abordar las resistencias que dificultan el contacto afectivo de los terapeutas con ellos mismos</p> <p>- Frustración y “no saber qué hacer” Los terapeutas se sientan demandados, no saben qué hacer, igual que los pacientes (resonancia).</p> <p>- Incumplimiento en realizar una tarea La supervisora solicita registrar los cambios percibidos durante el proceso grupal. Este reporte no</p>

de las sesiones". Todo el grupo intenta dar su opinión a Daniel, y se establece una muy gran resistencia al cambio, que es compartida por todo el grupo, que utiliza a Daniel como chivo expiatorio.

- Incapacidad de acercarse a otros

Valeria y Jazmín son incapaces de acercarse a los demás miembros del grupo, de relacionarse, y se quejan al respecto. Valeria verbaliza su incapacidad para acercarse, de relacionarse con los demás.

- Silencio:

Luis David habla acerca del silencio y la ansiedad lo motiva a hablar.

Luis David: "Hmmm... silencio incómodo... bueno ahora que todos me ven... hablar."

- Dificultad de verse mutuamente, de acercarse

Al los pacientes les cuesta mucho trabajo tener contacto visual entre ellos, y solo ven a los terapeutas. La sensación de "no ser vistos" genera agresión, que al no saber cómo manejar, es dirigida contra sí mismos. La fantasía inconsciente gira en torno a "no ser visto por el otro" y dejar de existir.

- No querer saber lo que pasa. Negación y resistencia al insight

Samuel: "Yo ya me sé mis ideas, pero prefiero no saber, prefiero no saber..."

Deyanira: "Es más menos cuales son mis patrones, pero no hago nada, más bien no se qué hacer para que las cosas sean diferentes."

- Alargar la sesión

La sesión se alarga debido a la ansiedad que genera el tema del suicidio y la inexistencia. Daniel termina con este tema, anulando la carga emocional del momento y repitiendo el discurso sobre su ex novia.

- Resistencia a hablar sobre el espejo de la cámara de Gessel dentro de la situación terapéutica

Deyanira hizo referencia al espejo de la cámara de Gessel fuera del consultorio, y se invitó a que lo mencionara dentro de la sesión.

se realiza por ningún terapeuta ni observador.

- Dificultad para seguir Indicaciones

Indicación: "Encargarse de que no se señale a algún miembro como chivo expiatorio y analizar como los temas difíciles son compartidos por todos". Ambos grupo responsabilizan a Daniel y lo utilizan como chivo expiatorio.

- La sesión inicia y termina 12 minutos tarde

Los logros no se reconocieron por los pacientes ni por los terapeutas y predominó una frustración verbalizada como: “no me salen las cosas y ya hice mucho. Ambos grupos compartieron el mismo sentimiento, el Grupo en Formación fue invadido y contagiado contratrasferencialmente por el del Grupo Terapéutico. Entre los logros dentro del grupo, podemos mencionar que a partir de esta sesión se comenzó a hablar en plural y que un paciente comunicó a sus padres, por primera vez en la vida, que “desea de cambiar de carrera”.

Los silencios de esta sesión ejemplifican la incapacidad del grupo para manejarse sin las intervenciones de los terapeutas, así como su dependencia y demanda hacia ellos como figuras transferenciales.

Sesión 6:	
Temas: Violencia en la pareja. “Yo voy a hacer y hacer lo que yo quiero”. Decisión. Enojo y agresión. Bisexualidad. El goce a través del dolor. Culpa. Frustración e impotencia. Ser deseado por los padres y problemas con ellos. Venganza. Protesta ante su existencia en este mundo. Vergüenza. Muerte	
Resistencias Grupo Terapéutico	Resistencias Grupo en Formación
<p>- Dificultad para expresarse A Jazmín le cuesta mucho trabajo expresarse. Se le observa temblando, de boca y manos. Casi no habla.</p> <p>- No reconocer logros Valeria tiene logros terapéuticos pero el grupo no los reconoce ni los comenta. En esta sesión, se le percibe diferente, su cabello se encuentra más cuidado, lo arregló y corto. Es la única que decide dejar de repetir, y muestra autonomía respecto a las expectativas de su padre.</p> <p>- Dificultad en reconocer la propia conducta y patrones repetitivos (insight) <i>Luis David: “¿Yo qué culpa tengo de ser el primer hijo? No voy estar toda la vida cambiando a una mujer que no quiere cambiar (refiriéndose a su madre), yo no tengo la culpa de su frustración. Sentí que lastimarme a mí mismo con las espinas de una rosa era una forma de vengarme de ella”.</i> <i>TH: “¿te castigaste sólo?”</i> <i>Luis David:.. (Ignora al TH y responde) “yo intento hacerle ver a la persona que está mal, pero fue</i></p>	<p>- Tensión simpática en los terapeutas: <i>S: “Se les ve más tensos, como si no estuvieran dentro del grupo”</i></p> <p>- Actuar el Rol parental Los pacientes demandan a sus padres lo mismo que los terapeutas al supervisor, que representan dichas figuras. Cuando los pacientes se quejan de sus padres, simultáneamente se quejan de los terapeutas. <i>TM: “siento ser la figura paterna ya que casi todos me miran antes de hablar como pidiéndome permiso”</i></p> <p>- No entender el contenido latente de lo que dicen los pacientes Durante la sesión no se logra identificar la demanda de los pacientes a los terapeutas. <i>S:” Los pacientes no hablan de nuevas opciones, siguen enredados en su mundo, no se abren”.</i></p> <p>- No propiciar silencios <i>TM: “Siento que nos gana la ansiedad y eso</i></p>

<p>como venganza”.</p>	<p><i>provoca que no haya silencios, y ha sido un impedimento para avanzar”.</i></p> <p>- Sensación de exclusión <i>OA: “No vislumbro mi relevancia en la participación, me siento un poco fuera de la actividad, no creo que haya mucha aportación de mi parte hacia el proceso terapéutico”.</i></p> <p>- Dificultad para ver al grupo como entidad <i>S: “Llévenlo a un nivel grupal, qué les está despertando, comprender cómo han sido las alianzas entre ellos, vean ustedes la fantasía inconsciente del grupo”.</i></p> <p>- Dificultad para seguir indicaciones Indicación: No ser técnico en las intervenciones, ser directos <i>S: “Traten de decir las cosas más directas, hay que ser menos técnico, para que les llegue y provoque una respuesta en el grupo”.</i></p> <p>- La sesión inicia y termina 10 minutos tarde</p>
------------------------	---

Tomando en cuenta los comentarios realizados durante la supervisión, los terapeutas modificaron la posición de las sillas para evaluar la reacción de los pacientes. Deyanira fue la que mostró mayor y sorpresa por el cambio. Observaba constantemente su reflejo en el espejo y gesticulaba más de lo usual. En este caso, la presencia del espejo fungió como facilitador de la ansiedad y el acting out al ser observados.

Daniel, vocero de la falta de contacto afectivo dentro del grupo, no asistió a esta sesión, por lo que se esperó una mayor expresión afectiva del grupo. Sin embargo, aunque salieron a flote protestas contra él, no se observó diferencia en la expresión afectiva, confirmando la hipótesis de que esta dificultad era grupal. El grupo compartió su enojo y su deseo de venganza hacia los padres y pareja. Debido a ello, utilizaban la estrategia de auto-agredirse con la finalidad de recibir

atención. Los terapeutas actúan esta ansiedad y se sienten ignorados a pesar de que lograron uno de los objetivos básicos, la interacción libre.

Sesión 7:	
Temas: Miedo a morir. Sueños angustiosos o pesadillas. Infidelidad/ engaño. Amor y querer. Pensamientos incontrolables. Depresión. Toma de decisión. Finalización	
Grupo Terapéutico	Grupo en Formación
<p>- Búsqueda de chivos expiatorios (Daniel) Al grupo le resulta más viable dejarle la carga emocional a Daniel que hacerse cargo de ella grupalmente. Podría ser también una queja del grupo a no percibir resultados de la terapia.</p> <p>- Dificultad para expresarse y para la interacción. A Jazmín le tiemblan las manos y labios, y no habla. Respecto a la interacción libre, los pacientes cuentan experiencias del pasado en vez de interactuar en el aquí y el ahora. Al grupo le cuesta trabajo manejar sus emociones.</p> <p>- Discurso contradictorio Resistencia al cambio, insight, de ganancia secundaria. No expresan los impulsos debido a su intensidad, lo que los hace inmanejables. Se manifiestan rasgos obsesivos grupales: duda obsesiva, dificultad en la expresión emocional e intentos de controlar al otro y la situación. <i>Deyanira: "Me dan miedo los temblores" VS "me gusta el caos de los temblores, me divierte que la gente se asuste"</i> <i>Daniel: "No quiero regresar con ella" VS "...últimamente se me metió la idea de regresar con ella. "en el fondo, yo nunca quise estar con ella, da igual porque se fue... a veces me siento con ganas de seguir, otras no."</i></p> <p>- No saber qué hacer Los pacientes tienen la sensación de haberlo intentado "todo" para mejorar y aún así no obtener resultados, que exigen a sus terapeutas. <i>Luis David: "Todos buscamos el porqué de las</i></p>	<p>- Dificultad para realizar las tareas de trabajo Se propone realizar un cuadro del discurso de los pacientes, sesión por sesión y relacionado a su motivo de consulta. Ningún miembro del Grupo en Formación cumplió esta indicación.</p> <p>- Dificultad para seguir Indicaciones Indicación: No señalar a algún miembro como chivo expiatorio. <i>TH: "¡Me cansó que Daniel empezara igual que siempre!"</i></p> <p>- Chivos expiatorios: Daniel Se culpa a Daniel por la falta de comprensión y la resistencia, en vez de analizarla como una resistencia grupal.</p> <p>- Cansancio y fastidio <i>TM: "Entiendo a Daniel, pero su discurso es muy cansado, me cuesta trabajo hacerle una devolución... me desconecté, no entiendo que pasa, no supe cómo romper la defensa."</i> <i>Oca: "el discurso de Daniel cansa, fastidia"</i> El cansancio y fastidio se da por la incomprensión.</p> <p>- La sesión se prolonga 10 minutos <i>TH: "Me tome un tiempo extra para hacer el ejercicio, no sabía si hacerlo o no, a veces yo solo me censuro."</i></p> <p>- Cambio de tema Los demás miembros cambian el tema del miedo a morir y los terapeutas no lo redirigen hacia el centro de la ansiedad, si no que lo aceptan. <i>Deyanira: "Estoy un poco traumada con lo del</i></p>

<p><i>cosas y cuando lo encontramos no sabemos qué hacer con eso, saber no da la respuesta.”</i></p> <p>- Dificultad de empatía.</p> <p>Los pacientes solo hablan en relación a ellos mismos y no logran comprender empáticamente que les pasa a los demás.</p>	<p><i>temblo, tengo el pensamiento de que alguien me quiere matar, desde chiquita”</i></p> <p>- Sentirse invadido por el afecto de los pacientes</p> <p><i>TM: “Me puse a pensar en su situación y me dio mucho dolor, me dolió verlo así, me sentí contagiada.”</i></p> <p>A partir de esta sesión, los terapeutas logran dejar de incluirse en el discurso.</p>
--	--

Esta fue la sesión más defensiva debido a la carga emocional afectiva que implicó el trabajo sobre el tema de la muerte. Los pacientes lo evitaron, desviaron el tema y los terapeutas no lo retomaron.

Durante la sesión, el discurso de Daniel cansa y fastidia a pacientes y terapeutas debido a que es muy repetitivo, aunque es tolerado por todos, lo que llevó a una frustración generalizada. El discurso de los pacientes fue constante, pero comentaron muy poco entre sí y hubo pocos silencios durante la sesión. La interacción y el discurso de los pacientes fueron dirigidos a los terapeutas e hicieron referencia a los demás por lo que dicen, pero difícilmente hacían contacto visual. Dio la impresión de que los pacientes se dieron cuenta de que se acerca el final, y exacerbaron su malestar debido a la próxima separación.

Después de esta sesión, inició un alto ausentismo y fue la más intensa del proceso terapéutico, desencadenando varios hechos: el abandono de Deyanira, el cambio en la interacción grupal y la respuesta inconsciente del Grupo en Formación, frustración que se vio expresada mediante demandas hacia la supervisora y en la disminución de la entrega de reportes a partir de la octava sesión. Ver figura 12. El grupo emprende una huida para evitar la finalización, el cambio, y enfrentarse con su dolor. Para ver el registro completo de entrega de reportes ver el Anexo 4.

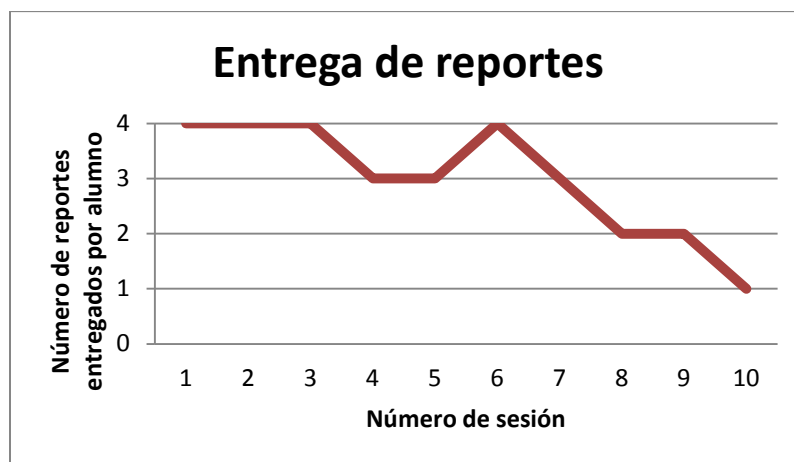


Figura 12. Entrega de reportes

Sesión 8:	
Temas: Cansancio por el trabajo. Estrés laboral. Poner límites. Infidelidad. Amor. Soledad. Toma de decisiones	
Grupo Terapéutico	Grupo en Formación
<p>- Ausentismo Solo asisten 3 pacientes. <i>TH: "Costaba trabajo mover, terminar fue difícil"</i></p> <p>- Discurso repetitivo Daniel no logra modificar su discurso, aunque logra empatizar con los demás <i>Daniel: "Regresando a lo de mi ex novia... intentamos regresar... sigo en las mismas"</i></p> <p>- Desesperación y dificultad para tomar una decisión Rasgos obsesivos grupales <i>Valeria: "Daniel hoy me desesperas, porque si yo fuera tu, ya tomaría decisión, pero luego me digo... ahhh no, no creo, no habría tomado nada..."</i></p> <p>Jazmín logra expresarse, parece que estuvo muy atenta en sesiones anteriores, y habla sobre sus logros fuera del grupo.</p>	<p>- Dificultad en seguir indicaciones TM: Indicación: Estar al pendiente para cerrar. La sesión termina 18 minutos tarde.</p> <p>- Fantasía de que termine el proceso terapéutico <i>TH: "No ha llegado nadie... ojala que ya se acabe, ya no quiero esforzarme en romper la resistencia".</i></p> <p>- Demanda a la supervisora La exigencia de respuestas de los pacientes resuena en los alumnos y lo actúan con la supervisora <i>TH: "Estaba leyendo a un autor y pensé, ojala la profesora me diera ejemplos así para hacer con los pacientes"</i></p> <p>- Sensación de sentirse invadido afectivamente Los terapeutas se sienten contagiados y expuestos <i>TM: "Me siento invadida, agobiada desde la 5° sesión, ha habido mucha muerte... estoy procesándolo, estar de observador es más fácil..."</i> <i>TH: "Siento que yo he expuesto más que los demás..."</i></p> <p>- Dificultad en trabajar el tema de la muerte</p>

	<p><i>TM: “Desde que salió el tema de la muerte en la segunda sesión, ha sido complicado abordarlo.”</i></p> <p><i>TH: “A mí también me cuesta trabajo...”</i></p> <p>- Aparición de fantasías acerca de las inasistencias de los pacientes</p> <p><i>TH: “Mi hipótesis de porque no asistieron los pacientes es que la terapia no sirve.”</i></p> <p><i>TM: “Creo que dejan de venir porque al final van a tener que hacer algo y no quieren hacerlo.”</i></p> <p>- Resistencia a expresar lo que los terapeutas piensan</p> <p>Cada terapeuta habla acerca lo que le incomoda del otro terapeuta. Se habla sobre enojo e incomodidad, pudiendo expresar lo que tenían pendiente desde hace varias sesiones</p> <p>- No entender las indicaciones</p> <p><i>S: “Las indicaciones están ahí, pero no las escuchan.”</i></p> <p>- “Ocultarse” detrás de la laptop durante la supervisión</p> <p><i>OA: “Sentí que estaba siendo tocado emocionalmente por lo que sucedió en la supervisión, quizá por ello me encontraba detrás de la laptop, es menos difícil tomar notas en la computadora que hablar sobre los temas difíciles.”</i></p>
--	--

Para modificar la dinámica de interacción grupal, fijada en ver únicamente a los terapeutas, los terapeutas propusieron a los pacientes: *“no nos vean mientras hablan”*. Esto los obligó a dirigirse directamente a la persona a la que responden. Esto trajo buenos resultados y a partir de esta sesión, los pacientes lograron hacer contacto visual a ver entre ellos, reconocieron mutuamente sus avances y lograron hacerse devoluciones. Durante esta sesión los pacientes logran identificar ansiedades comunes y se les observa muy concentrados, inclusive Daniel logra dar una devolución a sus compañeros y rompe con el discurso que había manejado toda la terapia.

El final de la terapia movilizó a pacientes y terapeutas, despertando afectos debido a la separación inminente, y en el caso del Grupo en Formación, motivó a la resolución de conflictos internos entre terapeutas. Durante las supervisiones surgen quejas que se habían postergado y no habían sido expresadas, por ejemplo, los reclamos de un terapeuta hacia el otro. El rol de la supervisora fue muy importante para la adecuada elaboración de estos conflictos y aclarar que estaban depositando cada uno en el otro.

Sesión 9:	
Temas: Cambio. Rechazo. Enojo. Culpa. Límites. Cansancio. Depresión	
Grupo Terapéutico	Grupo en Formación
<p>- Ausentismo Solo asisten 3 pacientes</p> <p>- Imposibilidad de cambio <i>Luis David: "Ya me canse de de estar siempre en lo mismo"</i></p> <p>- Dificultad para expresar afectos Se habla de poner límites como una defensa, pero se infiere que se habla de lo emocional, de no dejar que surjan porque "se pueden desbordar". <i>Jazmín: "Creo que nos cuesta mucho trabajo hablar de lo que sentimos... mi esposo dice que si le hubiera dicho lo que siento, no nos hubiéramos separado."</i></p> <p>- No aceptar responsabilidad Resistencia al insight <i>Luis David: "Todo es culpa de que mi madre no acepte mi bisexualidad, ella solo busca fregar y joder."</i></p>	<p>- Tensión y relajación en demasía No fluyen las intervenciones <i>OCa: La terapeuta estaba muy tensa y el terapeuta demasiado relajado</i></p> <p>Se le hacen recomendaciones directas a Diego, como acercarse a su padre, abrazarlo</p>

Se identificó una fantasía inconsciente compartida de poder "controlar los afectos". Se pretenden controlar porque, de lo contrario, se podrían "salir del control". Es por eso que de manera inconsciente, los pacientes y los terapeutas sugirieron a los pacientes poner límites, simbolizaban límites emocionales. Estos límites eran una resistencia a expresar el contenido afectivo.

Los tres pacientes hablaron sobre sus relaciones de pareja. Daniel logró mencionar “no había notado que en realidad me duele haberme separado de mi ex novia” y mencionó haber tomado una decisión.

Sesión 10:	
Temas: Reconocimiento. Toma de decisiones. Logros. Cambio. Finalización del tratamiento	
Grupo Terapéutico	Grupo en Formación
<p>- Resistencia a reconocer logros: Deyanira dejó la terapia porque no le daba lo que buscaba. Sin embargo, asiste a la última sesión y es reconocido como un logro terapéutico: terminar en vez de huir antes de ser lastimada. <i>Deyanira: “Me iba a dar de baja, la modalidad grupal no me gustó mucho y no iba por donde yo quería, pero aquí estoy.”</i></p> <p>- Silencio para evitar la interacción Al preguntar la TM: “¿Algo que se quieran decir entre ustedes?” Ocorre un silencio resistente a la interacción y al reconocimiento.</p> <p>- Devaluación hacia la terapia Los pacientes inician la sesión con un discurso de devaluación a la terapia. <i>Deyanira: “La terapia no me da lo que necesito.”</i> <i>Samuel: “... me siento triste porque no resolví lo que tenía que resolver.”</i> <i>Valeria: “...yo también necesito terapia individual, en el grupo no voy a encontrar la solución... no estoy al 100%. No me siento mejor...”</i></p> <p>Cabe mencionar varios logros obtenidos en el grupo, como: mitigar la sensación de sentirse “solos en el mundo”, disminuir el miedo a las críticas de padres, iniciar una búsqueda de solución a los problemas, comenzar a tomar decisiones, etc.</p>	<p>- Retraso en el inicio y final de la sesión La sesión inicia 40 minutos tarde <i>TH: “Ninguno de los terapeutas queríamos terminar, me sentí triste al despedirme de los pacientes.”</i></p> <p>- Dificultad de resumir Se observa una dificultad en los terapeutas para señalar los logros del tratamiento y transmitirlos de forma sencilla. <i>TH: “No se me ocurre nada sencillo para transmitir los logros... ¿cómo decirlo?”</i></p> <p>- Demanda Los comentarios sobre inutilidad de la terapia movilizan ansiedad en los terapeutas <i>TH: “Fue difícil, la demanda.”</i></p> <p>- Reclamo a los observadores La demanda de los pacientes, resuena en los terapeutas. <i>TM: “Me siento muy disgustada, no hubo retroalimentación de los observadores,</i></p> <p>- Dificultad para comprender a los pacientes. Al sentirse invadidos por la demanda de los pacientes, se dificulta el análisis de la fantasía inconsciente. <i>TH: “Estaba pensando en nuestra responsabilidad... en el impacto que nosotros pudimos tener en el resultado negativo, ya no sé nada...”</i></p> <p>- Aburrimiento, cansancio y decepción <i>TH: “Estoy cansado”</i> <i>TM: “También estoy cansada, me lo imaginaba</i></p>

	<p><i>diferente, fue aburrido, me decepcionó que a nadie le interesara tomar terapia individual.”</i></p> <p>- Devaluación hacia la terapia <i>TH: “Sentí como si no hubiera servido la terapia...”</i></p> <p>- Silencio Al final de la sesión apareció un silencio prolongado <i>TM: “Al final es un adiós, y es triste despedirse.”</i></p> <p>- Dificultad para terminar la terapia y contactar con lo afectivo <i>TH: “Hubo algo que me impedía terminar la sesión, comencé a sentir cosas, pero no se qué era.”</i></p> <p>- Ocultarse detrás de la laptop <i>OA: “Me di cuenta de que no por nada elegí este modo de trabajo, atrás de la lap-top, así no contactaba del todo con lo que estaba sucediendo en la sesión, por encontrarme tomando notas.”</i></p>
--	--

Daniel es el único paciente que no asiste a la última sesión. Esto despertó contratransferencia negativa en los terapeutas, que reclamaron: “haberlo escuchado todo el tratamiento, y a la hora de el final, ¿no se presenta!”. En el transcurso de la terapia, los pacientes lograron hablar de sus problemáticas nucleares y su motivo de consulta, expresaron el enojo e idealización dirigida hacia sus padres y parejas, y hacia el final de tratamiento, mejoraron su capacidad de insight y de reflexión.

E) Integración de resultados

Resultados en el Grupo Terapéutico: Se observó que durante la primera mitad del tratamiento, aparecieron resistencias que formaron parte del proceso de conformación de la cohesión grupal, como la incapacidad del grupo a interactuar libremente y hablar de sus motivos de consulta, así como para confiar en los

demás. Estas resistencias se trabajaron y elaboraron aunque nunca se superaron por completo.

Acerca de la dinámica de interacción grupal, durante las primeras siete sesiones los pacientes hablaron en turnos y la interacción no fue espontánea, casi siempre hacían comentarios en referencia a ellos mismos y esperaban que los terapeutas intervinieran antes de participar; existió una tendencia hablar en turnos, a no hacer preguntas acerca de los demás miembros, cuestionamientos o comentarios entre ellos, a no interrumpirse entre ellos, permitiéndoles gratificaciones secundarias, así como la “salida fácil” de permitir que el otro hable en vez de ellos, como una forma de resistencia a hacer contacto con el material doloroso. Se establecieron rondas hablar, teniendo como inicio con la participación de los terapeutas. Este comportamiento se estableció desde la primera sesión, y fue difícil de modificar conforme avanzó el tratamiento, sin embargo, durante las sesiones seis y siete esta resistencia se logró vencer mediante estrategias puestas en práctica por los terapeutas para propiciar la libre interacción. La elaboración de ansiedades durante la supervisión detonó su creatividad en la situación terapéutica.

Durante todo el tratamiento estuvo presente la incapacidad de contacto afectivo, la dificultad del insight y de reconocerse entre ellos empáticamente, como respuesta a la fantasía inconsciente de morir si no eran observados ó pensados por los objetos amados de los cuales dependen, como sus padres o sus parejas. Estas fueron las resistencias más trabajadas y más significativas del tratamiento.

A partir de la sexta sesión se elaboraron las resistencias relacionadas con la transferencia y se desarrolló la libre interacción y, a partir de la séptima sesión, no volvieron a surgir los temas de muerte y miedo que al ser ligados con la dependencia hacia las figuras parentales comenzaron a ser elaborados. Sin embargo, tuvo como consecuencia que un paciente abandonara el tratamiento y que la asistencia disminuyera a tres pacientes por sesión, ya que el impacto afectivo fue muy grande y difícil de manejar. La imposibilidad de cambio y la frustración que aparecieron a partir de esta sesión fueron trabajadas posteriormente. Esta sesión también inauguró el cambio y modificó la dinámica

resistencial de interacción. Los silencios que aparecieron en el transcurso del tratamiento, reflejaron la dificultad del grupo para apoyar a los demás miembros.

Durante la mayor parte de la terapia a los pacientes se les dificultó responsabilizarse de sus problemas, culpándose los unos a los otros de las dificultades grupales, encontrando chivos expiatorios y depositando su ansiedad en los terapeutas. También se identificaron conductas de búsqueda de aceptación y afecto, similares a las actuadas en la dinámica familiar.

Resultados en el Grupo en Formación: Se pudo observar que también hay una evolución en las resistencias que surgen al inicio, durante y al final del tratamiento.

Al inicio, se identificó la dificultad de manejar la carga afectiva, la comprensión de los objetivos y dudas sobre la competencia profesional propia. El miedo a ser observados y confrontados se manifiesta en una fantasía de que el grupo terapéutico no asista o se desintegre, fantasía durante la segunda mitad del tratamiento se transformó en que el grupo terminara antes, para evitar enfrentar los afectos dolorosos. Durante las supervisiones, el grupo en formación actuó la frustración a “no saber qué hacer”, en resonancia a las demandas de los pacientes, que actuaron la misma inquietud.

Durante todo el tratamiento, a los terapeutas les costó trabajo entender a los pacientes de una forma empática, se les observó muscularmente tensos, se les hizo difícil dar cuenta de la fantasía inconsciente del grupo terapéutico, detectar la respuesta contratransferencial y contactar con los afectos propios y del grupo en resonancia al Grupo Terapéutico.

Una vez elaboradas las ansiedades dentro el trabajo en supervisión después de la séptima sesión, el Grupo en Formación logró implementar acciones para modificar las dificultades de la interacción establecida en turnos y la transferencia inmóvil.

Las indicaciones más difíciles de seguir fueron las siguientes:

- No ser superyoico
- No incluirse en el discurso de los pacientes

- Ser capaces de interrumpir a los pacientes en caso de ser necesario
- Hacer intervenciones dirigidos al afecto y no utilizar tecnicismos en las intervenciones
- Ver al grupo como una entidad y comprender la fantasía inconsciente del grupo
- Ser capaces de cerrar la sesión a tiempo
- No señalar chivos expiatorios

Las tareas de trabajo también fueron influidas por las resistencias. La intensidad de los temas profundizados activaba defensas que impedían hablar abiertamente durante las supervisiones y abordar los temas de forma profunda, ya fuera intelectual ó afectivamente al momento de elaborar los reportes de sesión.

También se observó una dificultad para manejar los silencios, tanto a propiciarlos como a mantenerlos, siendo los terapeutas los primeros en interrumpirlos en respuesta a su ansiedad. Esta fue una de las tareas de trabajo más complicadas de seguir, y estuvo presente de forma constante en las indicaciones realizadas durante las supervisiones.

El inicio retrasado de la sesión, la postergación de la hora de finalización de las sesiones y el olvido del reloj para tomar el tiempo no puede ser explicado satisfactoriamente mediante la ansiedad y la novatez de los terapeutas. Más bien parece que tiene un significado simbólico: la ansiedad y la ambigüedad funciona como facilitadora del acting out de fantasías inconscientes. La situación de ansiedad opera como disparador para este tipo de conductas, que las ser repetidas sesión tras sesión y no ser resueltos, se constituyen como una resistencia al cambio, al autoconocimiento y a la resolución de algún conflicto que permanece encubierto. Durante las supervisiones se encontró que estos hechos se relacionaban con la fantasía de que el grupo terapéutico no asistiera a sesión ó se desintegrara, manifestando el miedo a no tener que enfrentar al grupo. Este tipo de fantasías son una resistencia a iniciar el trabajo terapéutico, a comenzar cada sesión, a abordar los temas complicados y difíciles y a ser confrontados

durante la supervisión. También es posible que los retardos se hayan instaurado como una resistencia a la figura de autoridad de los terapeutas.

Relación entre *ambos grupos*:

Al realizar el análisis de las resistencias, se observó una notable relación entre las resistencias de ambos grupos. Cabe destacar que las manifestaciones conductuales de las resistencias son distintas debido a que la configuración de cada grupo es diferente, sin embargo, en el fondo responden a ansiedades compartidas. La resistencia tuvo un origen común en ambos casos: la huida ante una emoción dolorosa y difícil, ya sea real ó producto de una fantasía inconsciente. Los temas cargados de ansiedad surgieron en el Grupo Terapéutico y resonaron en el Grupo en Formación. Pese a las diferencias antes descritas, cabe señalar que algunas resistencias se actuaron en Grupo en Formación casi de la misma manera como aparecieron en el Grupo Terapéutico: cuando los pacientes llegaban tarde, los terapeutas terminaban tarde; cuando los pacientes expresaban frustración y descalificaban la terapia, el Grupo en Formación expresaba su frustración y descalificaba la supervisión; cuando los pacientes exigían respuestas a los terapeutas, el Grupo en Formación exigía respuestas a la supervisora; cuando los pacientes evitaban temas, el Grupo en Formación evitaba temas, etc. Entre otros de ejemplos de resistencias que se desarrollaron de forma paralela en ambos grupos, se identificaron la dificultad de lograr el contacto con los propios afectos, para manejar la ansiedad de los silencios, la demanda de soluciones, la búsqueda de chivos expiatorios, la dificultad para asumir responsabilidad, la resistencia al insight, la ansiedad de ser observados y la devaluación de la terapia.

Se identificó la aparición de resistencias específicas en diferentes momentos del proceso terapéutico y de supervisión. Durante la primera mitad, estuvieron relacionadas con problemas en la interacción libre y espontánea y los temas más recurrentes fueron: abandono, enfermedad, miedo, celos y desconfianza. Durante el transcurso aparecieron dificultades afectivas que dificultaron el logro de los objetivos de ambos grupos, por ejemplo, el desarrollo de la capacidad de insight,

el fortalecimiento de la autonomía, y la elaboración de los temas importantes, como: muerte, problemas familiares, agresión, infidelidad, pareja y amor, tristeza y depresión, culpa y enojo. En la segunda mitad se manifestaron resistencias al cambio y los temas trabajados fueron las dificultades para la finalización, el cambio, los límites, frustración, cansancio y toma de decisiones.

Tabla 1. Principales resistencias al inicio del tratamiento.

Principales resistencias inicio del tratamiento	
Grupo Terapéutico	Grupo en Formación
<ul style="list-style-type: none"> • Pedir permiso para hablar • Hablar en relación a sí mismos • Responsabilizar a otros • Dificultad para hablar de su motivo de consulta • Resistencia a hacer “lo que quiero” para evitar la soledad • Silencio como falta de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para comprender los objetivos terapéuticos del grupo • Olvidar reloj • Dificultad para manejar la cantidad de información y afectos • Miedo a ser observados, cuestionados y confrontados • Resistencia para iniciar la sesión: Fantasía de que el grupo terapéutico no asista a sesión • Sensación de no estar listo y dudas sobre la propia capacidad

Tabla 2. Principales resistencias presentes durante todo el tratamiento.

Principales resistencias durante todo el tratamiento	
Grupo Terapéutico	Grupo en Formación
<ul style="list-style-type: none"> • Silencios demandantes • Inicio retrasado de la sesión por retardos • Dificultades para contactar con lo emocional/afecto • Dificultad para contactar con el otro empáticamente • Cambio de tema • Dificultad para darse cuenta de su comportamiento/insight • Poner “barreras y límites” emocionales • Dificultad para expresarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en propiciar silencios • Demora para terminar la sesión • Dificultades para contactar con lo emocional/afecto y silencios • Dificultad para entender que pasa con los pacientes • Cambio de tema • Actuar el rol parental/actuar la transferencia • Ocultarse detrás de la laptop • Dificultad a trabajar con lo subyacente y detectar la fantasía inconsciente

<ul style="list-style-type: none"> • Acaparar el discurso • Discurso repetitivo y contradictorio • Resistencia a hablar sobre el espejo de la cámara de Gesell dentro de la sesión • Dificultad de verse mutuamente, de acercarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en trabajar el tema de la muerte • Cansancio, fastidio, aburrimiento y hartazgo • Contratrtransferencia • Sensación de no tener respuestas • Demanda a la supervisora y reclamos entre terapeutas y observadores. • Incluirse en el discurso • Desorganización al momento del ingreso al consultorio y los pagos • Dificultad de seguir indicaciones • Sensación de sentirse invadido por el afecto de los pacientes contratrasnferencialmente
---	---

Tabla 3. Principales resistencias al final del tratamiento.

Principales resistencias al final del tratamiento	
Grupo Terapéutico	Grupo en Formación
<ul style="list-style-type: none"> • Desesperación, no saber qué hacer • No reconocer logros/devaluación de la terapia • Búsqueda de chivos expiatorios • Ausentismo • Desesperación y dificultad para tomar una decisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración de no saber qué hacer • Altas expectativas del progreso de los pacientes y sensación de no lograr los objetivos, frustración y devaluación de la terapia • Señalar chivos expiatorios • Fantasía de que termine el proceso terapéutico • Dificultad para terminar la terapia • Incumplimiento en realizar reportes adicionales y autobiografía

Cabe señalar que aunque el propósito de este trabajo fue analizar las resistencias, es importante mencionar los logros terapéuticos. Para ello, es sustancial recordar que la resistencia solo aparece cuando se está palpando un conflicto y que su aparición no se considera algo negativo o indeseable, si no un indicador de que se está profundizando en un tema doloroso.

Conforme avanzó el proceso terapéutico, los pacientes lograron hablar de su problemática nuclear, y vencieron la resistencia que provoca la ansiedad y la vergüenza de revelar material personal ante el grupo. También lograron darse apoyo e interactuaron entre ellos, percibieron otras formas de ver las cosas, que no están solos, que es posible pedir, dar y recibir ayuda y que hay otras personas que comparten su problemática y que están dispuestas ayudarlos.

Los pacientes lograron hacer contacto afectivo con temas importantes, trabajarlos, tomar algunas decisiones propias e identificar que hay detrás de la repetición compulsiva sus comportamientos. Pudieron expresarse, compartir, ver a los demás y desarrollar empatía. También lograron ver que hay alternativas en la vida, como buscar ayuda cuando lo necesitan, que existen soluciones y que cuentan con recursos para resolver sus problemas y vislumbraron la posibilidad de cambio, aumentando así la confianza en ellos mismos.

Asimismo, lograron reconocer que muchos de sus problemas están relacionados con su forma de sentir, pensar y actuar, haciéndose así responsables de sus situaciones vitales y dándole valor a sus deseos e impulsos.

Discusión

En el Grupo Terapéutico se observaron principalmente las siguientes resistencias: Al inicio del proceso terapéutico, la resistencia a la libre interacción; durante todo el trascurso de la terapia prevaleció la resistencia a los objetivos de trabajo y al finalizar el tratamiento la resistencia al cambio. En el Grupo en Formación, se observó: al inicio la dificultad para manejar la carga afectiva y dudas sobre la propia competencia profesional; durante todo el tratamiento la resistencia a los objetivos de formación y a seguir las indicaciones; al finalizar el tratamiento resistencia a las tareas de trabajo.

Alonso (1995) y Yarto (1997) señalan el grupo pasa por diferentes etapas de vida: primero por la búsqueda de confianza, luego por la preocupación por lo afectivo y finalmente por el cambio. En este estudio se puede observar como las resistencias cambian conforme evoluciona el proceso psicoterapéutico. Durante la primeras sesiones del tratamiento, hubo una resistencia a ahondar en temas profundos, ya que el proceso “se lleva a cabo a través de aperturas emocionales superficiales” (Alonso, 1995). Díaz (2000) lo considera normal durante la primera mitad del tratamiento, así como una resistencia del superyo a la vergüenza o a la culpa. En este estudio corroboramos esta propuesta, durante el inicio del tratamiento se pudieron observar resistencias que fueron parte del proceso de cohesión, como, por ejemplo, en los pacientes se identificó la dificultad a expresar su motivo de consulta, lo que evidenció la desconfianza, y en los terapeutas el miedo a ser observador, cuestionados y confundidos.

Confirmando la propuesta de Yussif, D. (1995), Yalom (2000), Díaz (2000) y Ponciano (2007) se observó que los temas más displacenteros, dolorosos o atemorizantes produjeron mayores resistencias, ya que amenazaron con la estabilidad intrapsíquica de los sujetos de ambos grupos. Cuando se presentó un tema lo suficientemente doloroso, como la soledad, la violencia de pareja, la infidelidad, las fantasías de muerte y la necesidad de reconocimiento, todo el grupo emprendió una huida, manifestada con silencios, cambiando de tema o abandonando el tratamiento. La evasión de temas específicos fue producto del

temor a descubrir afectos y fantasías que se vivieron como peligrosos. Se encontró que los temas que aparecían en el motivo de consulta estuvieron presentes durante el tratamiento (enfermedad, la soledad, la muerte, el miedo y el abandono) y se relacionan con las cuatro preocupaciones supremas propuestas por Yalom (2000). La confrontación del individuo con cada uno de estas preocupaciones fundamentales constituye el contenido del conflicto existencial. Estos temas resultan familiares porque se encuentran latentes en todo ser humano, incluyendo en los terapeutas, que se vieron contagiados e invadidos por la ansiedad provocada por estos temas, utilizando la estrategia de cambiar de tema para evitar enfrentarlo. Se observó que fue más fácil hablar de los problemas familiares que de los de la pareja, y cuando estos se volvieron muy complicados, la estrategia de escape fue regresar a al tema anterior. La disminución en la entrega de los reportes de parte del Grupo en Formación mostró una clara evitación a profundizar y reflexionar acerca material obtenido, por temor a revivir y internamente la situación conflictiva.

La muerte fue el tema que más resonancia generó en el Grupo en Formación. Se observó que el grupo se unió en una resistencia contra el análisis del temor a la muerte y el peligro de morir, confirmando lo propuesto por Grotjahn (1979). Las experiencias relatadas por los pacientes en las que tuvieron contacto con la muerte de varios pacientes, ya fuera de sus hermanos, padres, las fantasías de su propia muerte ó suicidio, movilizaron afectos y fantasías inconscientes en ambos grupos, así como el miedo, que también estuvo presente durante todo el tratamiento. Los temas observados se relacionan de forma íntima con la etapa de la adolescencia tardía. La aparición de los temas de búsqueda de autonomía, la dependencia de los padres y las relaciones de pareja confirman lo propuesto por Kymissis (1996) y Yussif (2003).

El Grupo en Formación se convirtió en una caja de resonancia de las fantasías inconscientes del Grupo Terapéutico, que movilizó ansiedades básicas en relación al objeto de estudio y el material surgido en el Grupo Terapéutico estimula respuestas paralelas, lo que coincide con lo descrito por Yussif, D. (1995). Se

encontró que la mayoría de las resistencias surgidas en el Grupo en Formación tuvieron una relación directa con las surgidas en el Grupo Terapéutico, es decir, las ansiedades del primero resonaron en el segundo, y el foco latente en un grupo coincidió con el organizador psíquico del otro, ya fuera de forma consciente o inconsciente. No obstante que los terapeutas pasaron por un entrenamiento teórico y práctico, fue inevitable que compartieran algunas de las ansiedades y miedos de los pacientes, y se vieran contagiados contratrasferencialmente por sus afectos sin darse cuenta. Es por ello que Beitman y Yue (2004) consideran menester que los terapeutas estén entrenado para ser capaz reconocer la resistencia cuando aparece.

Rosenthal (1996) y Díaz (2000) indican que un comportamiento se constituye como una resistencia cuando se instala de forma permanente y es tolerado y repetido por el grupo. Esta premisa se comprobó al observar la oposición de pacientes y terapeutas a descubrir conflictos y motivaciones inconscientes frente a los otros y se identificó que la resistencia al insight, al contacto afectivo y al cambio, tuvo como objetivo de mantener el equilibrio del estado de adaptación y obtener ganancias secundarias.

De acuerdo con lo descrito por Díaz (2000), callar en el Grupo Terapéutico tuvo como finalidad evadir la comunicación de material sexual o agresivo que se temía despertara críticas o burlas y dejara al individuo en ridículo y devaluado. Aunque no se dieron muchos silencios, los que se observaron fueron muy resistentes. En varias ocasiones se vivió el silencio del grupo como falta de preocupación por los demás, que reflejaba una resistencia a hablar de los temas y fantasías inaceptables.

Greenson (1967), Beitman y Yue (2004) y Ponciano (2007), describen una serie de comportamientos como signos de alerta para reconocer una resistencia que pueden utilizarse como indicadores de conflictos psíquicos y que pueden aparecer tanto en el paciente como en el terapeuta, entre ellos la petrificación de la postura y la evitación de temas como resistencias típicas de los terapeutas grupales. Durante la terapia de identificaron varios de estos comportamientos: el cansancio,

el fastidio, el aburrimiento hacia los miembros acaparadores, el hartazgo y la respuesta somática negativa, que en los terapeutas, se manifestó en forma de cefaleas, dolores de espalda y cuerpo. También se observó en el Grupo Terapéutico una exigencia de soluciones y respuestas por parte de los pacientes a los terapeutas, que representaron transferencialmente a sus padres. A su vez, a los terapeutas se les dificultó esclarecer esta demanda, que inicialmente no percibían de forma consciente, por lo que lo resintieron con mucha ansiedad. Estas respuestas contratransferenciales fueron analizadas en la supervisión, poniendo en evidencia las resistencias propias de los terapeutas, generadas por la ansiedad asociada a la dificultad del modelo de terapia de grupo, la carga afectiva de los temas tratados y el trabajo de analizar transferencias laterales, lineales y la contratransferencia de manera simultánea. Otra señal de que los terapeutas se vieron contagiados e invadidos por los afectos de los pacientes, se observó cuando los terapeutas se incluían en las intervenciones, demostrando así formar parte de la dinámica del Grupo Terapéutico y entorpeciendo su “yo observador” debido a una identificación contratransferencial.

La dificultad de contacto afectivo se constituyó como la principal resistencia durante todo el proceso terapéutico en ambos grupos. Es por ello que, de acuerdo con modelo de Yussif, D. (1995), el trabajo se centró en detectar y utilizar las ansiedades, sentimientos y afectos que despierta el trabajo terapéutico, para identificar los problemas centrales de los pacientes. Esta situación delimitó el foco de trabajo grupal hacia la elaboración de la dificultad del grupo a hablar de sus sentimientos y a trabajar con la libre interacción. Se observó que los pacientes silenciosos o resistentes, fueron voceros o representantes de emociones grupales desde el inicio de la terapia. Este fenómeno coincide con lo descrito por Díaz (2000) y Kenneth (1969) que describen como los miembros desviantes expresan la resistencia abiertamente mientras que los demás la expresan de manera encubierta, satisfaciendo así sus propios deseos inconscientes y dejando entrever temor o dolor. Como recomiendan Kaplan, H.I. y Sadock, B.J., (1996) el Grupo en Formación estuvo al tanto del factor “gratificación grupal”, ya que en ocasiones los

terapeutas se vieron envueltos en intentos, generalmente infructuosos de atacar lo que aparentaba ser una resistencia individual.

Durante el proceso terapéutico, varias de estas dificultades se identificaron y resolvieron con el transcurso de las sesiones. El reconcomiendo de afectos, ansiedades y sentimientos es una de las principales tareas del modelo de Yussif, D. (1995) pues es indispensable para obtener un insight completo. La necesidad de profundizar en el contenido afectivo de las resistencias fue de vital importancia para el logro de los objetivos de ambos grupos. El contacto afectivo fue trabajado durante las supervisiones e implicó un arduo trabajo psíquico para los terapeutas.

Otra expresión de la resistencia que fue central se reflejó en la inmovilidad de la transferencia, que se consolidó como un rasgo característico de ambos grupos. Kaplan y Sadock (1996), puntualizan que cuando la transferencia permanece igual y no cambia con el transcurso de las sesiones, se constituye como una resistencia. La transferencia demandante hacia los terapeutas se instauró en el Grupo Terapéutico y resonó en el Grupo en Formación en forma de demandas hacia la supervisora, que fue vivida simultáneamente como una figura punitiva, persecutoria, que juzga y regaña, y como representante de expresión emocional y de conocimiento.

Coincidiendo con lo propuesto por Díaz (2000), durante las últimas sesiones se observó en los pacientes una regresión al malestar que aparentemente ya habían superado, con la finalidad de no perder el afecto, la atención y los cuidados de sus figuras transferenciales. Manifestaron “sentirse peor que cuando llegaron a terapia” y se identificó la incapacidad de reconocer los logros, así como una desvalorización de la terapia. Una vez más, en la supervisión los terapeutas respondieron menospreciando los logros terapéuticos y aumentando su exigencia hacia la supervisora debido al fenómeno de la resonancia.

Asimismo, se observó que una de las mayores dificultades para el Grupo en Formación fue seguir las indicaciones e instrucciones acordadas durante la supervisión, debido a la ansiedad, los afectos y los sentimientos detonados en la

situación terapéutica, que junto con la inexperiencia de los terapeutas ocasionaron un sesgo en la ejecución técnica. Yussif, D. (1994) señala que el mayor obstáculo en la enseñanza del psicoanálisis es la resistencia que despierta el objeto de estudio en el aprendiz, ya que provoca reacciones transferenciales, contratransferenciales y angustia, que le hacen rechazar el material de enseñanza puesto que se reactivan puntos no resueltos de su personalidad.

Los resultados de este estudio confirman lo formulado por Yussif (1995) acerca de la importancia de implementar modelos de formación que desarrollen habilidades y competencias en los psicólogos, utilizando los beneficios que tiene la psicoterapia de grupo como dispositivo de enseñanza-aprendizaje, que optimiza los recursos, reduce los costos y permite atender a un mayor número de pacientes y formar a un mayor número de psicólogos clínicos.

Entre las principales limitaciones encontradas en esta investigación se pueden mencionar: a) la dificultad de cuantificar la resistencia debido a que cualquier tipo de comportamiento puede desempeñar la función de resistencia (Greenson, 1967); b) la imposibilidad de generalizar los resultados; c) la imposibilidad de replicar este estudio, debido a que las manifestaciones resistenciales deben ser inferidas tomando en cuenta el contexto, su comprensión psicodinámica y su relación con las fantasías inconscientes (Thoma y Kachele, 1987, en Gabbard, 2002) y debido a la complejidad y la gran cantidad de variables que pueden influir, lo que hace muy difícil anticiparlas. Un mismo comportamiento en otra situación puede tener otro significado, y otro investigador puede interpretarlo de forma diferente. Asimismo, el significado de los conceptos utilizados en este estudio puede variar si se abordan desde otro modelo teórico del psicoanálisis.

Igual que las manifestaciones de la resistencia en los pacientes, las resistencias en estudiantes pueden cambiar debido a las condiciones de la supervisión o la estructura y configuración del grupo, así como al hecho de que las ansiedades que resuenan pueden variar y a que los rasgos caracterológicos de los miembros del grupo originan estilos defensivos diferentes.

El programa “impacto de la supervisión clínica en la formación de psicoterapeutas” ofrece una oportunidad invaluable para desarrollar herramientas a los psicólogos clínicos. Sin embargo, hay que añadir que forma terapeutas, se trabaja con pacientes y simultáneamente se realiza investigación constante.

Sería de gran beneficio para el programa y la investigación que ahí se realiza, contar con un equipo que constara de un mayor número de estudiantes comprometidos por un año, para poder realizar estudios psicodiagnósticos a largo plazo y estudios longitudinales, realizando seguimiento a los pacientes y terapeutas que terminan la psicoterapia de grupo, con la finalidad de obtener más datos acerca de los beneficios que aporta el tratamiento y la supervisión.

Conclusión

Se identificó que las resistencias evolucionaron a lo largo del proceso terapéutico, y que los temas más displacenteros detonan resistencias más fuertes. Los temas cargados de ansiedad, que surgieron en el Grupo Terapéutico, resonaron en el Grupo en Formación y fueron generados por ansiedades contratransferenciales, existenciales y conflictos reactivados. Entre estos temas se encontraron la violencia en la relación de pareja, el miedo a la muerte de uno mismo, padres ó hermanos, el suicidio y la soledad.

En este trabajo se observa que en el Grupo en Formación también aparecen resistencias que se instalan a favor del mantenimiento adaptativo del estudiante y dificultan el logro de los objetivos de la supervisión: detectar afectos, ansiedades y circunstancias de vida, que obstaculizan la labor terapéutica y pueden interferir y distorsionar la capacidad de percibir, interpretar y evaluar en el contexto terapéutico.

Las principales resistencias observadas en el Grupo en Formación giraron en torno a la negativa inconsciente a llevar a cabo las tareas de trabajo (como pueden ser la entrega de reportes y reflexiones personales ó seguir indicaciones), que se vivieron como una amenaza inconsciente al equilibrio psíquico debido a la intensidad afectiva de los temas a reflexionar.

Asimismo, se encontró que las resistencias en ambos grupos se relacionan de forma íntima y que giran alrededor de ansiedades comunes. La manifestación conductual de la resistencia fue diferente en cada grupo debido a que cada uno se configuró de una forma distinta y tuvo objetivos únicos. Sin embargo, la resistencia tuvo un origen común en ambos casos: la huida ante una situación dolorosa y difícil, ya sea real o fantaseada. Los resultados obtenidos confirman lo propuesto por Yussif, D. (1994) dentro de su modelo de formación.

Los resultados corroboran la importancia de analizar los procesos resistenciales detonados durante la situación terapéutica, tanto en los pacientes como en los terapeutas en formación. Al ser la resistencia es un fenómeno inexorable durante

cualquier tratamiento psicológico, es menester aprender a distinguirla y manejarla en escenarios vivenciales.

Asimismo, se pudo corroborar que es fundamental identificar y elaborar el fenómeno de la resistencia tanto en el proceso terapéutico y como en el de supervisión, como requisito indispensable para alcanzar los objetivos terapéuticos y de formación. El continuo análisis de las resistencias es un factor clave en el logro de los objetivos terapéuticos del modelo de formación de Yussif, D. (1995) y de cualquier otro modelo de supervisión.

En la terapia analítica de grupo no hay recetas a seguir, hay una técnica que es aplicable a muchas situaciones diferentes. Estar pendiente del contenido latente de la dinámica de ambos grupos, y saber identificar la fantasía inconsciente es de vital importancia para poder hacer conscientes los procesos que necesita ser elaborados. Si no es percibida, se producen impasses y resistencias. Para que exista un insight funcional necesita existir el componente emocional, reforzado por el cognitivo.

La terapia de grupo es una gran herramienta, que sumada con una supervisión con objetivos estructurados, estimula el desarrollo del psicólogo en todos los ámbitos: teórico, técnico y vivencial.

Referencias

- Alonso, A. (1995). Teoría y técnica de grupo con tiempo limitado. En A. Alonso, & H. Swiller, *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México: El Manual Moderno.
- Beitman, D. y Yue, D. (2004). *Psicoterapia: Programa de formación*. España: Masson.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia* (2° ed.). México D.F. - Santafé de Bogotá: El Manual Moderno.
- Blos, P. (1975). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.
- Braconnier, A. (2010). *La adolescencia hoy ¿El fin del desarrollo? Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. N. 49 p. 39-47. Recuperado el 2015, de <http://www.seypna.com/documentos/articulos/adolescencia-hoy-fin-desarrollo.pdf>.
- Consejo Nacional de Población del estado de Morelos. (2015). *Etapas de vida*. <http://coespo.morelos.gob.mx/>. Recuperado el 2015, de http://coespomor.gob.mx/dinamica_vida_pareja_entorno_familiar/Etapas_vida.pdf.
- Córsico, A. (2012). *Algunos aspectos sobre la adolescencia extendida*. Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires. Recuperado el 2015, de <http://www.unicen.edu.ar/content/algunos-aspectos-sobre-la-adolescencia-extendida>.
- Craig, G. (2008). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson.
- Díaz, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax.
- Erikson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. México: Paidós.

- Etchegoyen, R. (2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Fiorini, H. (2006). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Argentina: Nueva Visión.
- Foulkes, H. (1982). *Psicoterapia de grupo-analítica: Métodos y principios*. España: Gedisa.
- Freud, A. (1961). *El yo y los mecanismos de defensa* (Reimpresión en México ed.). Paidós.
- Freud, S. (1917). Resistencia y represión. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen 16 (1991)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen 20 (1992)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica* (3° ed.). Buenos Aires - Bogotá - Caracas - Madrid - México - Sao Paulo: Médica Panamericana.
- Gabbard, G., Litowitz, B. y Williams, P. (2012). *Textbook of Psychoanalysis* (2° ed.). Washington D.C. - London England: American Psychiatric Publishing.
- García, J. (2005). *Psicoterapia Grupo Analítica. Reporte de una Práctica Clínica*. México: Tesis de Especialidad en Psicología Clínica. Facultad de Psicología.
- Glenn, M. y Stewart, J. (1965). *Cómo es el adolescente y cómo educarlo*. Buenos Aires: Paidós.
- Gonzalez, N. J. (2006). *La fortaleza del psicoterapeuta*. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Greenson, R. (1967). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Mexico-España-Argentina: Siglo veintiuno.

- Grotjahn, M. (1979). *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica*. Argentina: Paidós.
- Hewitt R. y Gantiva D. (2009). *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva*. *Avances en Psicología Latinoamericana* vol. 27. Recuperado el 2015, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242009000100012&lang=pt.
- Horwitz, L. (1996). Modelos de terapia centrada en el grupo. En H. Kaplan, & B. Sadock, *Terapia de grupo* (3° ed.). España: Panamericana.
- Kadis, A., Krasner, J., Winick, C. y Foulkes, S. (1969). *Manual de psicoterapia de grupo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kâes, R. (2000). *Las teorías psicoanalíticas del grupo*. Argentina: Amorrortu.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1996). *Terapia de grupo* (3° ed.). España: Panamericana.
- Kenneth, P. (1996). Terapias de grupo e individual combinadas. En H. Kaplan, & B. Sadock, *Terapia de grupo* (3° ed.). España: Panamericana.
- Klein, R. (1996). Terapia breve de grupo. En H. Kaplan, & B. Sadock, *Terapia de grupo* (3° ed.). España: Panamericana.
- Kymissis, P. (1996). Terapia de grupo con adolescentes. En H. Kaplan, & B. Sadock, *Terapia de grupo* (3° ed.). España: Panamericana.
- Laplanche, L. P. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. México: Paidós.
- Limana, V. B. y Roso, A. (2014). *A adolescência na perspectiva da psicologia social crítica*. *Psicol. Soc.* vol.26 n. 1. Recuperado el 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100014&lang=pt.
- López-Yarto, L. (1997). *Dinámica de grupos cincuenta años después* (2° ed.). España: Desclée De Brouwer.

- Monroy, E. (2013). *El fenómeno de resonancia en la vida de un grupo terapéutico y un grupo en supervisión*. México: Tesis inédita de Licenciatura en Psicología, UNAM.
- Moral, M. y. (2004). *Jóvenes, globalización y postmodernidad: La crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. Papeles del Psicólogo*. n. 87. p. 72-79. Recuperado el 2015, de http://www.redalyc.org/pdf/778/77808710.pdf?origin=publication_detail.
- Ponciano, R. (2007). *A resistênciã olha a resistênciã. Teor. e Pesq. vol.23 no.spe Brasília*. Recuperado el 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000500014&lang=pt.
- Racker, H. (1969). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Argentina: Paidós.
- Rosenthal, L. (1996). Resistencia y elaboración en terapia grupal. En H. Kaplan, & B. Sadock, *Terapia de grupo* (3° ed.). España: Panamericana.
- Rother, H. M. (2006). *Adolescencias. Trayectorias turbulentas*. Buenos aires: Paidós.
- Rutan, J. S., Stone, W. N. y Shay, J. J. (2007). *Phycodynamic group psychotherapy* (4° ed.). New York: Guilford Press.
- Sánchez-Barranco, A. y Sánchez-Barranco P. (2001). *Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n.78. Recuperado el 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000200002&lang=pt.
- Seagal, H. (2008). *Introducción a la obra de Melanie Klen*. México: Paidos.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidos.

- Vives, R. (1999). Fundamentos teóricos de la praxis grupal. *VIII Congreso Nacional de la AMPAG, psicoanálisis y grupos*, (págs. 23 - 26). Veracruz, México.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.
- Yussif, D. (1996). *La supervisión una experiencia vivencial en la formación de los psicoterapeutas de grupo. Ensayos sobre psicoterapia e investigación clínica en México*. México: Editorial UNAM.
- Yussif, D. (2002). *Modelo de Formación en la Psicoterapia de Grupo*. México.: Ponencia presentada en el XX Congreso Mexicano de Psicología de la Sociedad.
- Yussif, D. (2003). *Desarrollo del proceso modelo de formación en la psicoterapia de grupo*. Campeche, México: XI Congreso Mexicano de Psicología.
- Yussif, D. (2003). *Los adolescentes tardíos y su familia*. México: Ponencia presentada en congreso de AMPAG en octubre de 2007. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Yussif, D. (2014). *Conferencia magistra: Modelo de supervisión y formación, preparando al psicólogo clínico para enfrentar los afectos detonados dentro de la relación terapéutica*. Veracruz, México: Conferencia magistral presentada en el XXII Congreso Mexicano de Psicología de la SMP.
- Yussif, D. (2014). *Modelo De Supervisión Y Formación: Preparando Al Psicólogo Clínico Para Enfrentar Los Afectos Detonados*. Veracruz, Mexico: Memorias XXII Congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología: Publicada por la AMP y el Colegio mexicano de profesionistas de la psicología.
- Yussif, D. et al. (1995). Supervisión de la psicoterapia grupal una experiencia formativa. *Memorias: Sesión Científica de Investigación. Universidad Nacional Autónoma de México*.

Yussif. D., et al. (2007). La supervisión clínica. *Escrito presentado en el Boletín de la Sociedad Mexicana de Psicología*. 142, pág. 6. México: Sociedad Mexicana de Psicología.

Anexos

Anexo 1

Compilado de indicaciones realizadas durante la supervisión

1° Sesión:

Con base en el análisis de los motivos de consulta descritos en la solicitud de servicio y la información recabada durante las entrevistas iniciales, se decidió poner especial atención al surgimiento de temas que podrían requerir un manejo especial, con la finalidad de estar preparados para su aparición durante la primera sesión o en el transcurso del tratamiento. Los temas identificados como generales y de especial dificultad son la violencia en la relación de pareja, la búsqueda de autonomía e identidad, duelos de figuras importantes. Los temas específicos a algún paciente a los que se sugirió estar preparado fueron: La muerte del padre de Alicia, la bisexualidad de José Luís, los problemas alimenticios de Valeria, el diagnóstico de papiloma de Deyanira, autoagresión de Samuel.

La supervisora esclarece el objetivo básico del tratamiento como la búsqueda de autonomía e independencia, que el adolescente pueda abrirse del núcleo donde está: *“Salir, de la escuela, tener trabajo, amigos”*, que las relaciones se amplíen fuera de la familia. Recalca la importancia de consolidar la identidad psicosexual. *“se le llama adolescencia tardía a este periodo, porque las personas no se han consolidado áreas que ya deberían haberlo hecho.”*

En relación a los objetivos específicos para la primera sesión, se llegó al acuerdo de seguir estas indicaciones:

- Presentarse al inicio. Propiciar que pacientes puedan compartir con sus compañeros ¿porqué están aquí? *“La sesión es exploratoria, lo que queremos es que se conozcan.”* Decir: *“ya los conocemos, lo importante sería compartir con sus compañeros porque están aquí”*.
- No provocar regresiones muy profundas.

- Tratar de intervenir lo menos posible, que los pacientes den la pauta. Dar pie a que hablen, si se queda callados, el silencio y la ansiedad va a hacer que participen. Propiciar que traigan los aspectos inconscientes de lo que les está pasando.
- Favorecer el insight y que los pacientes puedan verse espejados en los otros. Que se den cuenta de su comportamiento.
- Estar pendiente del final de la sesión para cerrar. El encuadre se hace en el cierre. Mencionar la hora de inicio, costos, como se harán los pagos y se habla del equipo de trabajo que se encuentra del otro lado de la cámara de Gesell.
- No sancionar, solo interpretar los retardos. No ser punitivos, superyoicos ni persecutorios.
- Apagar teléfonos.
- Tratar de dar cuenta cuál es la fantasía inconsciente del sujeto durante su discurso.

Tarea: Traer un reporte con las frases importantes o significativas de la sesión, quién participo primero y que dijo, qué percibió cada quién de cada paciente.

2° Sesión:

- Favorecer las relaciones sociales entre los miembros a modo de entrenamiento en el grupo, como microcosmos social y familiar.
- No dar indicaciones de manera superyoica ni reforzar conductas autoritarias. El objetivo es conocer sus conductas y pensamientos inconscientes, así como las características inherentes al estado psicológico del grupo como adolescentes tardíos. Si se les dice “que hacer” pueden percibir esto inconscientemente como consignas parentales.
- Fomentar la reflexión y que los pacientes puedan sentirse comprendidos.
- Reforzar la dinámica de inclusión verbal y visual de todos los pacientes.
- Fomentar el contacto con los afectos a través de modificar la pregunta: “¿Qué opinan? Por: ¿Qué sienten? ¿Qué les pasa? ¿Por qué están preocupados?

3° Sesión:

- Hacer que toquen el afecto con cuidado, ya que se acercan las vacaciones, se pueden asustar y no regresar.
- No intelectualizar, sentir.
- Hacer intervenciones que den a entender el patrón repetitivo de sus relaciones de los pacientes e indagar qué pasa en su casa.
- Dar opciones alternativas de solución y de relacionarse, no confrontar.
Preguntar: ¿Qué otra cosa pudiste haber hecho?
- Mantener la cohesión y hacerla más fuerte. Buscar cosas sencillas para comentar.
- Hacerlos reflexionar sobre lo que están haciendo. ¿Que están haciendo y porque’
- Tomar el discurso de Deyanira como motivador a la reflexión cuando hable sobre los “patrones repetitivos”.
- Que se pregunten entre ellos.
- Preguntar a Alicia: ¿A qué acuerdos consideras que podemos llegar?
Preguntar siempre de la manera más sencilla posible.
- Trabajar la soledad, el maltrato, la violencia, pues es lo que ellos están repitiendo. No es necesario sacarlo, solo hacer intervenciones, utilizarlo.
- Señalarle a Daniel su patrón defensivo y el hecho de que el espera respuestas.

4° Sesión:

- Integrar las partes buenas y malas.
- Preguntar por qué NO se hacen las cosas, cual es el temor, que lo está impidiendo.
- Hacer ver la posibilidad de reparación.
- Entender el sufrimiento de los pacientes.
- Transmitir que si ellos cambian y tiene una conducta diferente, los demás van a reaccionar (utilizar el ejemplo de las gasas de Deyanira, ó el cambio de carrera de Valeria).
- Contactar con la importancia del inconsciente.
- Confortar a Daniel con su afecto, con él: *“yo no he hecho nada, me*

hicieron”.

La profesora plantea como reflexión para la sesión analizar cuál es el temor detrás del discurso: ¿Qué hay detrás?

Durante la supervisión se menciona también el discurso de Valeria en relación a las figuras que son percibidas como ausentes aunque si estén presentes y si exista un apoyo real.

- Seguir trabajando el conflicto, como ha salido hasta ahora, fomentando y permitiendo que surja. Dejar que los pacientes hablen de lo que le duele.
- Permitir que surja el material inconsciente a través de la libre asociación del discurso grupal, que es el equivalente a la asociación libre individual.
- Trabajar con lo que nos dice una persona, ya que representa lo que les pasa a los demás miembros como emergentes.
- Los temas muy difíciles son compartidos de todos. Hay que encargarse de que no se le señale a algún miembro y más bien que se retome ¿que representa para los demás?

5° Sesión:

- Preguntar a Alicia si tomo sola la decisión de abortar.
- Plantear la hipotética muerte del padre de Deyanira, ya que en el esta idealizado todo lo malo, y todo lo bueno está desplazado hacia la madre: ¿Qué pasaría si se muere tu papá?
- Abordar el enojo, el coraje y el resentimiento, que asusta y “da miedo” por su intensidad.
- Trabajar con lo subyacente.
- Propiciar que los miembros del grupo digan lo que nosotros queramos decir, utilizarlos como herramientas grupales. Utilizar las preguntas: ¿Qué dirían? ¿Cómo se sienten?
- Explorar si Alicia vivió violencia de parte de su padre y motivar a que sea “ella misma”: ¿Por qué tendrías que ser como tu padre? ¿Quieres ser como él? ¿Cómo quieres ser tú? Intentar hacerla consciente de lo que pasa con su novio.
- Fomentar la participación de los miembros de grupo, entre más participen

mejor.

- Continuar como hasta ahora, sin pensar demasiado en las devoluciones.

6° Sesión:

- Durante la sesión preguntarnos: ¿Qué me quieren decir con lo que están diciendo? ¿Qué está pasando? ¿Qué papeles estoy repitiendo? ¿Qué me quiere comunicar?
- Utilizar como posibles preguntar a los pacientes: ¿Por qué cuidan de una herida que no se cierra? ¿Por qué cometen el mismo error? ¿Qué les duele tanto que se quieren quitar la vida? Que sean capaces de contactar con el afecto, que se vean los unos a los otros, que se pongan en lugar del otro, que sientan. Que nos digan que duele tanto como para autoagredirse.
- Lograr que se hagan conscientes de la agresión que sienten hacia figuras representativas.
- No ser técnicos con las intervenciones.
- Contactar con el afecto.

7° Sesión:

Se propone dejar de intervenir, no ser guiado por la ansiedad y mantener el silencio, para que los pacientes se vean entre ellos y surjan ansiedades más profundas hasta ahora no manifestadas. Cabe mencionar que la conducta del grupo en general implica voltear a ver a la Terapeuta Mujer cuando terminan de hablar, esperando a que mencione algo.

Se propone:

- Abordar el miedo de Daniel a repetir patrones, haciendo énfasis en que ya se están repitiendo. Hay que sugerirle que se acerque a su padre. Preguntarle: ¿Qué hubieras hecho sin tu novia? Tal vez si la quiere, pero no lo puede sentir.
- Preguntar: ¿Qué nos reclamarían a los terapeutas? ¿Qué reclamarían a los demás miembros del grupo? ¿Que sienten que el grupo les está haciendo?
- Buscar que los pacientes digan lo que nosotros como terapeutas queremos decir.

- Aguantar los silencios.
- Fomentar que elaboren una nueva forma de ver sus vivencias, que reestructuren lo que traen del pasado para que puedan verlo de una forma diferente.
- Dar opciones para que actúen de una forma diferente, proporcionar nuevas formas de relación.
- Motivar a que realicen un cambio en su conducta: ¿Qué es lo que se puede hacer para dejar de repetir lo que duele?
- Propiciar que vean a los demás miembros del grupo.
- Abrirse a lo nuevo.
- Intentar que Jazmín hable más.
- Hacer conciencia de las conductas repetitivas.
- Que tomen conciencia de los chantajes.

8° Sesión:

- Privilegiar el intercambio: ¿Qué piensan? ¿Qué sienten?
- Traer el material aquí y al ahora.
- Revisar cómo se han sentido, como ha sido la experiencia en el grupo: ¿Cómo la describirían?
- Permitir que ellos trabajen, que ellos interactúen.
- Que mencionen lo que han podido llevar afuera de la terapia, a sus vidas. Que han cambiado, que cambios han hecho en lo que ellos están acostumbrados a hacer. Que han hecho con base en las reflexiones.
- Pensar en el grupo como proceso.
- Concluir lo que se dice, estar pendiente para cerrar y dar tiempo para ir cerrando. Esto con la finalidad de combatir la dificultad de terminar las sesiones a tiempo.
- Trabajar con los afectos.
- Contactar con la indiferencia y la irresponsabilidad hacia los demás.
- No cerrar los temas importantes cuando se van a dar, permitir que surjan, hay que propiciarlos.
- Proporcionar una experiencia que se puede iniciar y terminar

9° Sesión:

- Fomentar en los pacientes el pensamiento autocrítico, hacia sus propias conductas.
- Que se puedan observar a ellos mismos. Fomentar la auto-observación
- Crear conciencia.
- Dejar que Daniel hable de lo que quiere hablar, por ejemplo de su novia. “Todos le dicen ya déjala, ella es tan mala que la tienes que dejar”. Que trabaje por sus decisiones. Insistir en lo que pasa con Daniel, no en que entienda. Propiciar que se den cuenta de que lo más importante no es seguir con la pareja o dejarla, si no modificar los patrones inadecuados de conducta.

10° Sesión:

Propuesta para la décima sesión:

- Se propone realizar el cuestionamiento: ¿Qué haces para expresar?
- Se propone como objetivo “que se vean, a ellos mismos y a los demás”, que se vuelva más empáticos
- Propiciar que hablen entre ellos y se vean.
- Continuar con los objetivos terapéuticos, continuar con el tema de la sesión anterior.
- Si se puede, abordar el tema de los límites y de las ausencias. Que se miran entre ellos.
- Que se vean entre ellos, cualquiera sea el tema.
- Igual que las sesiones anteriores propone permitir que ellos inicien
- También se menciona abordar los afectos: ¿Cómo vienen? ¿Cómo te sientes?
- Mencionar que el hecho de que hayan terminado el tratamiento es una buena señal, porque han buscado cómo solucionar las cosas. Mencionar que el hecho de que hayan venido es reflejo de que tienen herramientas y recursos para enfrentar los problemas que se les presenten.
- Mencionar que hay opciones, y las han podido experimentar durante el proceso terapéutico.

- Mencionar que de considerarlo necesario puede continuar con el tratamiento individual. Propiciar que se reflexione: ¿Cómo se empieza? ¿Cómo se termina? ¿Cómo llegaron y como se van? y reflexionar sobre los otros.

Se realizó una propuesta para dar retroalimentación a cada uno de los pacientes en la última sesión, de acuerdo a sus motivos de consulta, logros durante el tratamiento, recomendaciones para continuar.

- Valeria: Que continúe como hasta ahora, realizando su propio deseo.
- Daniel: Que haga el ejercicio de ponerse en el lugar del otro.
- Deyanira: Rescatar el porqué vino inicialmente al CSP. Reforzar el que haya terminado el proceso, ya que terminar y arriesgarse implica un nuevo tipo de experiencia a la que no está acostumbrada, ya que usualmente huye de sus problemas y las terminaciones.
- Alicia: Hablar sobre su dolor y recomendar que continúe con el tratamiento. Alentarla diciéndole que está bien que busque ayuda.
- Samuel: sus temas fueron abandono y ausencia muchas veces se limita por miedo a ser lastimado es muy sensible.
- Jazmín: Hay que expresar para no explotar. Dejar el pasado atrás.
- Luis David: Alentarlo a que busque una independencia económica, mencionar que ha visto que, se pueden producir cambios cuando se tiene la disposición y se busca ayuda.

Nota: Información obtenida del los reportes de supervisión

Anexo 2

Motivo de consulta literal por paciente

Problemas para convivir en grupo, problemas de autoestima, problema as con la comida, ansiedad, depresión, (o al menos en los otros lugares que he ido me han dicho eso). Problemas para sentirme conforme con lo que hago, a veces que llegado a pensar en la muerte como única solución a los problemas. En los otros

lugares que he ido me ha dicho que tengo trastornos de personalidad pero me gustaría saber a ciencia cierta lo que tengo para sentirme mejor. Traumas de la infancia y problemas de acoso escolar.

Deseo continuar con mi tratamiento psicológico. Recibí ayuda en el CCH sur pero al concluir mis estudios, la institución ya no podría seguir atendiendo mi caso (Ellos tienen mi historial y de ser necesario pueden solicitarlo) Quiero recibir ayuda porque he llamado a otras instituciones y no me han aceptado. Los progresos que tuve con mi otra terapia no son suficientes pues no he llegado a la raíz de mi problema. Soy estudiante de esta facultad y pienso que es muy importante recibir ayuda para poder ejercer profesionalmente. Cuando era pequeña tuve un problema de depresión y tome ceropram por un tiempo. Mi familia es disfuncional y 2 son personas muy violentas, por lo que decidí salir de mi casa. Hace poco me diagnosticaron una enfermedad de transmisión sexual y me ha afectado seriamente. Estas creo yo son las cuestiones que más me causan problemas.

Bueno, para empezar necesito la ayuda porque tuve una infancia que me dejo traumatado y hay veces que eso me hace ser agresivo con las personas que me rodean me enoja por cualquier cosa. Hay veces que soy amable pero me cuesta mucho poder interactuar con la gente, y por ser así he tenido muchos problemas con mi familia hay veces que he pensado hasta morirme para que así acaben mis problemas y de los demás que yo les causo pienso que hasta vivirían mejor sin que yo existiera y muchas veces he pensado abandonar mi casa y morirme en las calles sin que nadie se dé cuenta para que me quede claro que a nadie le importo.

Antes que nada busco superar por completo la pérdida de mi padre, superar la pérdida de un hijo y poder salir delante de la ruptura de una relación conflictiva de pareja donde las agresiones llegaron a un punto muy fuerte, lo cual ha hecho que pierda el valor como mujer, inseguridad lo cual a veces hace que me ponga a la defensiva y tenga problemas en casa con mi familia y amigos. La atención que espero del servicio es poder superar mis traumas y salir exitosamente.

Acabo de pasar por una separación, vivía en unión libre y por motivo de peleas consecutivas (carácter muy explosivo, celos, incluso maltrato físico-emocional, verbal). El querer desquitarme de lo que me hacían, permitir y tolerar cosas y por

consecuente quererme crear otra personalidad. El aceptar mis errores y no hacer nada para realmente corregirlos, quedarme sola en un intento. El tratar de hacerme daño en dos ocasiones (nada grave, pero si para manipular la situación) saber cómo expresar mis sentimientos.

Pues resulta que tengo 29 años de mis 17 a mis 21 años tuve un periodo de drogadicción y de depresión muy fuerte llevo 8 años sin consumir drogas pero siento que dejo en mi problemas psicológicos y emocionales que a la fecha no he podido superar como baja autoestima, inseguridad, no sé si todavía este deprimido. Yo lo que espero de la ayuda que solicito es que me puedan orientar respecto a cómo superar lo antes comentado y poder tener una vida más feliz

Siento que tengo problemas con mi pasado hay veces que soy demasiado infantil y en estado muy deprimido últimamente. He tenido baja autoestima últimamente y acudo al centro porque creo que me ayudaran a salir adelante.

Nota: Información obtenida del formato "solicitud de ingreso" llenada por los pacientes

Categorización de los motivos de consulta por paciente

- Problemas para convivir en grupo
- Problemas de autoestima
- Problemas con la comida
- Ansiedad
- Depresión: "o al menos en los otros lugares que he ido me han dicho eso"
- Pensamientos de muerte: "a veces que llegado a pensar en la muerte como única solución a los problemas".
- Trastornos de personalidad: "en los otros lugares me ha dicho"
- Traumas de la infancia
- Violencia: "acoso escolar"
- Depresión: "tome ceropram por un tiempo".
- Problemas familiares: "mi familia es disfuncional"
- Violencia: "en mi familia 2 son personas muy violentas"
- Enfermedad: "me diagnosticaron una ETS"
- Traumas de la infancia: "tuve una infancia que me dejo traumatado
- Agresividad: "...eso me hacer ser agresivo... enojo por cualquier cosa" convivir en grupo: "me cuesta trabajo interactuar con la gente
- Problemas familiares
- Pensamientos de muerte: "he pensado hasta en morirme para que así

acaben mis problemas”
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida familiar: “superar la pérdida de mi padre” • Aborto: “superar la pérdida de un hijo” • Relación de pareja: “ruptura de una relación conflictiva de pareja” • Violencia • Autoestima: “pierda el valor como mujer” • Inseguridad • Problemas familiares: “problemas en casa con mi familia y amigos” • Traumas de la infancia
<ul style="list-style-type: none"> • Violencia de pareja: ...separación..., y peleas consecutivas” • Problemas de personalidad: “a veces me quiero crear otra personalidad • Autoagresión: “hacerme daño en dos ocasiones para manipular” • Expresar sentimientos.
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Autoestima • Inseguridad
<ul style="list-style-type: none"> • Traumas de la infancia: “tengo problemas con mi pasado” • Depresión • Autoestima

Nota: Información obtenida del formato “solicitud de servicio”.

Anexo 3:

Registro de asistencia ambos grupos

REPORTE DE ASISTENCIAS												
PACIENTE	SESIÓN										ASISTENCIAS	FALTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
GT												
Valeria	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	9	1
Luis David	F	A	F	A	A	A	A	F	A	A	7	3
Samuel	A	A	A	A	A	A	A	F	F	A	8	2
Jazmín	A	A	F	A	A	A	A	A	A	A	9	1
Daniel	A	A	A	A	A	F	A	A	A	F	8	2
Deyanira	A	A	A	A	A	A	A	F	F	A	8	2
Alicia	A	A	F	A	F	F	F	F	F	F	3	7
GF												

Terapeuta TH	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
Terapeuta TM	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0
Observador OCa	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A	9	1
Observador OA	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	9	1
Observador OCe	A	F	A	F	F	F	F	F	F	F	2	9
Supervisor	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0

Registro de Retardos GT

REPORTE DE RETARDOS												
PACIENTE	SESIÓN										RETARDOS	FALTA+ RETARDO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	GT											
Valeria	X	X		X		X	X	X	-		6	1+6
Luis David	-		-	X	X				-		2	3+2
Samuel		X	X	X	X		X	-	-		5	2+5
Jazmín			-				X				1	1+1
Daniel							-			-	0	2+0
Deyanira				X	X	X		-	-		3	2+3
Alicia	X		-		-	-	-	-	-	-	1	7+1

Anexo 4

Registro de entrega de reportes GF

REPORTE DE ENTREGA DE REPORTES												
PACIENTE	SESIÓN										Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Terapeuta TH	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	6
Terapeuta TM	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	9
Observador OCa	S	S	S	S	N	S	S	N	S	N		7
Observador OA	S	S	S	N	S	S	S	S	N	S		8

Observador OCe - - - - - - - - - -