



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FACTORES TERAPÉUTICOS E IMPACTO DE LA
SUPERVISIÓN CLÍNICA EN LA FORMACIÓN DEL
PSICOTERAPEUTA. EXPERIENCIA CON UN GRUPO
TERAPÉUTICO DESDE UNA PERSPECTIVA
PSICOANALÍTICA CON TIEMPO Y OBJETIVOS
LIMITADOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

ALAN GERARDO RÍOS FLORES

**DIRECTORA DE TESIS:
LIC. DALILA YUSSIF ROFFE**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2019



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.

AGRADECIMIENTOS

Llegar a este punto de mi historia académica, profesional y personal, no ha sido sencillo. El presente proyecto de titulación no sólo es el resultado de un arduo trabajo individual, sino también del gran apoyo que he recibido, en los diferentes ámbitos de mi vida, de parte de todas aquellas personas cercanas a mí. La ayuda y el acompañamiento que me han sido brindados poseen un valor indescriptible.

Agradezco mucho a la vida, a esa energía que vive y es dentro de uno mismo, y que en ocasiones algunos de nosotros solemos llamar Dios, por darme la fuerza necesaria para continuar y alcanzar mis objetivos.

No sólo agradezco especialmente, sino también me permito hacer una mención honorífica a mis compañeros y compañeras de equipo de supervisión y formación: Blanca C., David S., Antoinette G., Oscar U. y Rosa M.; ya que sin su ayuda, la realización de este proyecto no hubiera sido posible.

Le agradezco también a mi supervisora y directora de Tesis, Dalila Yussif, a mi revisora y maestra de vida, Isabel Martínez, y a mis sinodales: Beatriz Macouzet, Leticia Bustos y Rogelio Pérez, por sus enseñanzas, consejos y apoyo durante este proceso.

A Todos ustedes, quienes me han brindado su escucha, comprensión, consejo y amor de distintas maneras, les agradezco infinitamente y les llevo siempre conmigo.

FACTORES TERAPÉUTICOS E IMPACTO DE LA SUPERVISIÓN CLÍNICA EN LA FORMACIÓN DEL PSICOTERAPEUTA. EXPERIENCIA CON UN GRUPO TERAPÉUTICO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA CON TIEMPO Y OBJETIVOS LIMITADOS

ÍNDICE

RESUMEN..... 1

INTRODUCCIÓN..... 3

MARCO TEÓRICO..... 5

CAPÍTULO I

1. FUNDAMENTOS BÁSICOS DEL GRUPO Y DE LOS FACTORES CURATIVOS DESDE EL PSICOANÁLISIS..... 5

1.1 Teorías psicoanalíticas del grupo

1.1.1. Hitos sobre las teorías psicoanalíticas del grupo después de Freud

1.1.2. Psicoterapia Grupoanalítica y el concepto de Resonancia

1.2. Factores curativos en la práctica psicoanalítica

1.2.1. El superyó auxiliar y la interpretación mutativa

1.2.2. La regresión y su valor curativo

CAPÍTULO II

2. PSICOTERAPIA DE GRUPO 15

2.1. Teorías sobre los factores terapéuticos de la terapia grupal

2.1.1. Factores del ambiente grupal

2.1.2. Factores de auto-revelación

2.1.3. Factores de aprendizaje

2.1.4. Trabajo psicológico

2.2. Factores terapéuticos de la terapia de grupo según Yalom

2.2.1. Infundir esperanza

2.2.2. Universalidad

2.2.3. Transmitir información

2.2.4. Altruismo

2.2.5. Desarrollo de las técnicas de socialización

2.2.6. Comportamiento imitativo

2.2.7. Catarsis

2.2.8. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario

2.2.9. Factores existenciales

2.2.10. Cohesión

2.2.11. Aprendizaje interpersonal

2.3. Factores terapéuticos de la terapia de grupo según Vives

2.3.1. La práctica grupal

2.3.2. La cura en psicoanálisis y su relación con la terapia grupal

- 2.3.2.1. La multiplicidad de la transferencia
- 2.3.2.2. La identificación
- 2.3.2.3. La solidaridad
- 2.3.2.4. La realidad externa
- 2.3.2.5. El fenómeno especular
- 2.3.2.6. Los determinantes ideológicos

CAPÍTULO III

3. FORMACIÓN DE UN GRUPO TERAPÉUTICO CON PERSPECTIVA PSICODINÁMICA 27

- 3.1. Metas del Grupo
- 3.2. Evaluación de posibles pacientes
- 3.3. Elegir el grupo óptimo
- 3.4. Selección de pacientes
 - 3.4.1. Pacientes para los cuales no es recomendable un grupo terapéutico
 - 3.4.2. Pacientes para los cuales la terapia grupal es una opción
- 3.5. Iniciando el grupo terapéutico
 - 3.5.1. La primera sesión
 - 3.5.2. Los límites del grupo
 - 3.5.3. La unión entre los miembros del grupo
 - 3.5.4. Temas durante la terapia grupal
 - 3.5.5. Manejo de los afectos
 - 3.5.6. Uso de metáforas
 - 3.5.7. Promover el insight
 - 3.5.8. El rol del terapeuta
 - 3.5.9. El rol de los pacientes
 - 3.5.10. Las primeras semanas del grupo terapéutico

CAPÍTULO IV

4. GRUPO TERAPÉUTICO CON TIEMPO Y OBJETIVOS LIMITADOS 37

- 4.1. Fundamentos básicos
 - 4.1.1. Definición de los objetivos del grupo
 - 4.1.2. Evaluación de los miembros potenciales
 - 4.1.3. Composición del grupo
- 4.2. Preparación de la psicoterapia con objetivos y tiempo limitados
 - 4.2.1. El sistema grupal
 - 4.2.2. La cohesión grupal
- 4.3. Etapas del desarrollo del grupo terapéutico con objetivos y tiempo limitados
 - 4.3.1. Etapa de compromiso
 - 4.3.2. Etapa de diferenciación
 - 4.3.3. Etapa de trabajo interpersonal
 - 4.3.4. Etapa de terminación
- 4.4 Técnica terapéutica en grupos con objetivos y tiempo limitados

CAPÍTULO V

5. FUNDAMENTOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA GRUPAL SUPERVISADA CON ADOLESCENTES 44

5.1. El Modelo de Formación de Dalila Yussif R.

5.2. Antecedentes de experiencias similares bajo el modelo de formación de Dalila Yussif R.

5.3. Antecedentes contextuales para el desarrollo de la presente investigación y práctica clínica dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM

MÉTODO 53

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

POBLACIÓN

ESPACIO DE TRABAJO

DESARROLLO DEL PROGRAMA

MATERIALES

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

RESULTADOS 67

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 108

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS 117

REFERENCIAS 120

RESUMEN

Las teorías psicoanalíticas de grupo parten de los fundamentos básicos sobre el inconsciente y cómo éste afecta los procesos grupales, y estos últimos a su vez, tienen injerencia sobre los procesos psíquicos. Lo anterior nos lleva a pensar que no sólo dentro de la intervención individual, sino también dentro de la intervención grupal, se propician mecanismos que contribuyen en el planteamiento, análisis y solución de los conflictos psíquicos. Sin embargo, no es posible señalar factores terapéuticos propiamente dichos dentro de la práctica psicoanalítica individual o grupal. Por tal motivo surge la necesidad de documentar dichos mecanismos terapéuticos que se observan en la práctica clínica, con el fin de enriquecer o debatir los postulados, técnicas y teorías, que hacen referencia a dichos factores.

Por tal motivo, es necesario formar profesionales en el campo de la salud mental que contribuyan al estudio e investigación de diversos temas referentes a la psicología. Es preciso que tales profesionales lleven a cabo una práctica clínica ética y de calidad. Para atender a tales demandas, se ha impulsado, en la Facultad de Psicología de la UNAM, el desarrollo de programas enfocados tanto en la investigación como en la vinculación académica con la práctica profesional.

El presente trabajo tiene como objetivo satisfacer tales demandas de investigación y documentación de los factores terapéuticos durante una intervención grupal de corte psicoanalítico con objetivos y tiempos limitados, así como resaltar la importancia de la supervisión en un grupo de psicólogos en formación pertenecientes a la Facultad de Psicología de la UNAM.

El desarrollo del presente trabajo se llevó a cabo dentro del Centro de Servicios Psicológicos (CSP) "Dr. Guillermo Dávila", ubicado dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM, bajo el modelo de formación de psicoterapeutas propuesto en 1994 por la Licenciada en Psicología y Profesora de la Facultad de Psicología, Dalila Yussif Roffe.

La metodología seguida forma parte de la línea de investigación y de formación que desde 1994 en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Dalila Yussif Roffe ha desarrollado dentro del campo de la investigación psicoanalítica. En su trabajo sobre "El impacto de la supervisión clínica en la formación de los psicoterapeutas de grupo" (1994), pone en práctica su Modelo de Supervisión y Formación. El objetivo de dicho proyecto ha sido desarrollar modelos rigurosos de formación, supervisión y atención terapéutica para psicólogos a través de la supervisión de la práctica profesional. Tales modelos fortalecen la producción científica y la investigación en escenarios reales como es el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (CSP), lo que ha permitido que al mismo tiempo que se propicia en los estudiantes en formación, la adquisición y desarrollo de habilidades profesionales complejas y estratégicas, se brinde un servicio de calidad a las personas que acuden al Centro a solicitar atención psicológica (Yussif, 2002).

Con base en la metodología propuesta por dicho modelo de formación, se conformaron dos grupos: el grupo terapéutico, integrado por dos pacientes en una etapa de adolescencia tardía; y el grupo de psicólogos en formación, conformado por seis miembros, tanto egresados como estudiantes de psicología cursando los últimos semestres. Se realizó una intervención grupal desde una perspectiva psicoanalítica con objetivos y tiempo limitados.

Los resultados de la intervención se presentan de forma cualitativa, describiendo y analizando los factores terapéuticos grupales que fueron observados durante la intervención realizada por parte de un grupo de psicólogos en formación. Se observó que el progreso de las pacientes ocurrió de manera paulatina y que el número de factores terapéuticos observados aumentó de la misma manera.

El grupo de psicólogos en formación desempeñó un trabajo teórico-vivencial supervisado, el cual no sólo benefició de manera terapéutica al grupo de pacientes, propiciando su proceso de separación-individuación y la consolidación de su identidad psicosexual; sino también contribuyó a la contención de ansiedades dentro del grupo de psicoterapeutas nóveles, haciendo hincapié en la importancia del auto-cuidado como un eslabón fundamental de la labor profesional, al mismo tiempo que, propició la consolidación de la identidad profesional del grupo de psicólogos en formación.

Palabras clave: Factores terapéuticos, Práctica clínica supervisada, Psicoterapia de grupo, Perspectiva psicoanalítica.

INTRODUCCIÓN

Es sabido que la corriente psicoanalítica plantea hipótesis, conceptos, técnicas y procesos bajo los cuales se desarrolla la práctica, y de los cuales, el analista hace uso para acompañar al analizado en el camino de la resolución de sus conflictos. Pese a lo anterior, no es fácil considerar, de manera específica, factores terapéuticos o curativos individuales o grupales.

Por ejemplo, para Greenson (1988) “el fin del psicoanálisis es en definitiva aumentar la fuerza relativa del Yo respecto del Superyó, el Ello y el mundo exterior” (p.30). Por otro lado, Etchegoyen (2009) señala como parte fundamental de la cura en psicoanálisis a la elaboración, el superyó auxiliar y la interpretación mutativa entre otros.

Como puede observarse, las hipótesis sobre la cura en psicoanálisis pueden llevarse también al ámbito de la psicoterapia grupal, sin embargo, existen factores propios de los grupos que coadyuvan como mecanismos terapéuticos.

Por tal motivo se decide presentar un breve análisis de dichos postulados psicoanalíticos, para posteriormente centrarse en los postulados sobre los factores terapéuticos de la terapia grupal psicoanalítica propuestos por Vives (1989) y de los factores existenciales para la terapia grupal propuestos por Yalom (1996). Se analiza cómo es que éstos se manifiestan en el grupo terapéutico durante la intervención e influyen en la evolución de las pacientes. De igual manera, se abordan las consideraciones teóricas para la conformación de un grupo terapéutico desde una perspectiva psicodinámica, y la técnica de intervención en grupos con objetivos y tiempo limitados.

Se realizó una intervención grupal desde una perspectiva psicoanalítica con objetivos y tiempos limitados. Los resultados obtenidos muestran que existieron mecanismos curativos que tuvieron lugar dentro del grupo terapéutico, los cuales se manifestaron de manera paulatina durante la intervención y coadyuvaron al progreso de las pacientes.

Para llevar a cabo dicha intervención fue necesaria la conformación de un grupo de psicólogos en formación vinculados con la Facultad de Psicología de la UNAM, bajo un programa de prácticas clínicas supervisadas en escenarios reales. Dichas prácticas se desarrollaron en el CSP “Dr. Guillermo Dávila”, bajo la supervisión de la Profesora Dalila Yussif Roffe, tomando como base su modelo de formación de psicoterapeutas (Yussif, 1994). Como parte consecuente de la intervención realizada, se analiza el trabajo desarrollado por los miembros del grupo de psicólogos en formación-supervisión, y cómo éste contribuye tanto al éxito terapéutico como a la formación del profesional en psicología.

El desarrollo de dichos programas de prácticas profesionales en escenarios reales busca satisfacer la demanda de atención psicológica por parte de la población a las

instituciones de salud pública. Tal necesidad de atención ha ido en aumento, ya que, en términos generales, la mayor parte de la población no cuenta con los recursos suficientes para acudir a una consulta privada, lo cual satura las listas de espera en las instituciones públicas; es por eso que brindar una atención profesional y de calidad a sus consultantes es un objetivo primordial para cada una de dichas instituciones.

El desarrollo de dichas prácticas supervisadas dentro de este escenario, el CSP de la Facultad de Psicología de la UNAM, busca beneficiar a sus pacientes por medio de una propuesta de intervención grupal breve de corte psicoanalítico. Además se brinda la información y/o la posibilidad de continuar un tratamiento terapéutico dentro o fuera de dicho Centro de Servicios Psicológicos.

La práctica clínica supervisada establece un espacio adecuado para metabolizar y elaborar las perturbaciones contratransferenciales, lo cual permite mantener la situación analítica (Yussif, 1995).

Se propicia el intercambio de pensamientos y la expresión de los afectos y ansiedades que se despiertan mediante la interacción con el objeto de estudio, el grupo terapéutico en este caso. A su vez, la supervisión permite dilucidar el rol del terapeuta / analista, tanto en la relación coterapéutica, como en la del terapeuta con el grupo terapéutico y dentro del grupo en formación.

En investigaciones previas realizadas con este modelo (Yussif, 1994), se confirma en todas ellas que el éxito terapéutico con los pacientes está íntimamente ligado al constante análisis y posibilidad de elaboración de las ansiedades del psicólogo, las cuales surgen durante el trabajo terapéutico.

A su vez, se pudo observar cómo una vez que el estudiante ha pasado por esta experiencia le fue posible conectarse con sus propios procesos inconscientes, contribuyendo a un mejor manejo de su angustia respecto a la relación con los pacientes. La psicoterapia y el aprendizaje se mueven en conjunto (Yussif, 1996).

Con base en el modelo de formación propuesto por Yussif (1994), el psicoterapeuta en formación logra consolidar su identidad profesional. Este modelo de supervisión implica una reflexión profunda que lleva a un rompimiento de esquemas y conocimientos internalizados. Es por tal motivo que se hace primordial la búsqueda de modelos adecuados a las necesidades de aprendizaje y de supervisores capaces de transmitir su conocimiento y orientar al psicólogo en formación. Es importante fomentar el crecimiento individual y tanto las habilidades como herramientas en el psicoterapeuta para la adecuada integración de su objeto de estudio (Yussif, 1996).

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. FUNDAMENTOS BÁSICOS DEL GRUPO Y DE LOS FACTORES CURATIVOS DESDE EL PSICOANÁLISIS

1.1. Teorías psicoanalíticas del grupo

El interés del psicoanálisis con respecto al grupo se basa en la atención que presta a los efectos que tiene el inconsciente sobre los procesos grupales, así como en los efectos del grupo sobre los procesos psíquicos.

Dicho interés psicoanalítico por los grupos se vio afectado por el contexto histórico, ya que se asocia a grandes perturbaciones sociales ocurridas durante la primera mitad del siglo xx, un ejemplo de esto por excelencia son las dos Guerras Mundiales (Kaës, 2000).

Con el paso de los años, ya en la década de los 60's el interés del psicoanálisis hacia el grupo oscilaba entre dos ideas: se piensa al grupo como el conjunto de ideas que forman la matriz de la psique y como el pasaje obligado hacia la edificación de una civilización; la otra hace pensar al grupo como el lugar de la regresión hacia la horda salvaje y mortífera, una máquina de destrucción de los vínculos, un dispositivo de alienación y de captación imaginaria (Kaës, 1997).

Con base en la primera de estas ideas se reconocen las virtudes y funciones del grupo para el mantenimiento y desarrollo de la vida psíquica. Algunas de éstas se observan contra la soledad, el miedo y el desamparo, contra los peligros y ataques del mundo externo e interno. El grupo brinda protección y defensa a cambio de un contrato de pertenencia. Este contrato sienta sus bases en identificaciones mutuas, en representaciones e ideales comunes, en alianzas conjuntas y en renunciamentos a las satisfacciones pulsionales inmediatas y a ideales personales (Kaës, 1997).

El grupo instituye y administra los ritos de pasaje de un estado a otro. A su vez, sostiene funciones terapéuticas: es el lugar de reunificación interna, el lugar del sentido y del vínculo, el acuerdo recobrado entre el sueño y el mito (Kaës, 2000).

El psicoanálisis ha comprendido que el grupo moviliza y favorece procesos psíquicos subjetivos, los cuales serían más difíciles de abordar o se alcanzarían con menor intensidad bajo condiciones individuales. En otras palabras, podemos decir que el vínculo intersubjetivo cura.

Kaës (2000) menciona: “los dispositivos de tratamiento individuales se revelan inadecuados en todos los casos en que las transferencias no pueden establecerse en el marco del coloquio singular terapeuta-paciente” (p. 16).

1.1.1. Hitos sobre las teorías psicoanalíticas del grupo después de Freud

De 1912 a 1938, es decir, desde *Tótem y tabú* hasta *Moisés y la religión monoteísta*, Freud hace las primeras formulaciones sobre la psique de grupo y la psicología de las masas. Tales formulaciones sentaron las bases teóricas para introducir a algunos psicoanalistas en el camino de una aplicación terapéutica grupal (Kaës, 2000).

En 1927 T. Burrow realizó prácticas clínicas bajo el nombre de “grupo-análisis”. Burrow declaraba que el análisis individual no podía estar completo sin el análisis del grupo del cual el individuo es parte (Kaës, 2000).

En 1934 S. R. Slavson puso en marcha un tratamiento grupal para niños y adolescentes. Su objetivo era lograr que, bajo un ambiente permisivo, y bajo las pocas intervenciones de un terapeuta neutro, los niños establecieran buenas relaciones entre ellos. El supuesto de dicha práctica es que toda psicopatología se instaura en un medio familiar deficiente o traumatizante, caracterizándose por una debilidad en la constitución del yo del individuo y a su vez por su poca o nula capacidad para integrar los conflictos (Kaës, 2000).

Al comienzo de la década de 1930 L. K. Wender y P. Schilder proponen el tratamiento de grupo para los pacientes caracterizados como limítrofes. La teoría de Wender se basa en la necesidad de pertenencia del sujeto; postula la homologación del grupo a la familia. Por su parte Schilder utilizó el tratamiento de grupo para restablecer las formaciones psíquicas distorsionadas, primordialmente las ideológicas, por efecto de la influencia familiar (Kaës, 2000).

Para la década de 1940, en Londres, Bion y Foulkes sientan las bases de una teoría psicoanalítica de grupos según el modelo de la cura. Bion menciona dos funciones psíquicas de los pequeños grupos: 1) el grupo de trabajo, en el cual predominan los procesos secundarios que sirven para organizar la representación del objeto y objetivo del grupo, la organización de su tarea y de los sistemas de comunicación requeridos para su realización; y 2) el grupo básico, en donde predominan los procesos primarios bajo la forma de supuestos básicos, los cuales se encuentran en constante tensión con el grupo de trabajo. El pasaje del grupo básico al grupo de trabajo se encuentra en oscilación y no significa una superación (Kaës, 2000).

Los supuestos básicos están constituidos por emociones intensas primitivas, que cumplen un papel fundamental en la organización de un grupo, en la realización de su tarea y en la satisfacción de necesidades y deseos de sus miembros. Estos supuestos son y permanecen inconscientes, se someten al proceso primario y expresan fantasías. Dichos supuestos son utilizados como técnicas mágicas por los miembros del grupo con el fin de tratar las dificultades y para evitar la frustración que conlleva el aprendizaje por la experiencia. A su vez, los supuestos básicos son reacciones grupales defensivas contra las angustias

psicóticas reactivadas por la regresión impuesta al individuo en la situación de grupo (Kaës, 1997).

En cuanto a los aportes fundadores sobre las teorías psicoanalíticas del grupo desarrollados en Latinoamérica se encuentran los realizados en Buenos Aires, durante la década de los 1950, por E. Pichon-Rivière y J. Bleger.

Pichon-Rivière postula una psicología social cuyo objeto de estudio es el vínculo. A su vez, propone que el sujeto no sólo es un sujeto de relación, sino también un sujeto producido en la interacción entre individuos, grupos y clases. En 1958 postula la noción de Esquema Conceptual Referencial y Operativo (SCRO, por sus siglas en francés), el cual aplica en diversas áreas: grupos familiares y de aprendizaje, en teorías tales como la del vínculo, la comunicación y de los grupos internos (Kaës, 2000).

El Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO), hace referencia al proceso en el cual el sujeto aprehende la realidad. EL ECRO podría definirse como un conjunto bien organizado de teorías y conceptos que tienen que ver con el marco de lo real, es decir, a un determinado sector del discurso; dichos conceptos generales y teóricos hacen posible un acercamiento instrumental al objeto concreto. Para esto, es necesario que exista un método dialéctico (Zito, 1985).

Por su parte Bleger propone establecer dos niveles de sociabilidad para el sujeto: la sociabilidad sincrética y la sociabilidad por interacción. El sincretismo define un estado de no-discriminación que compone la realidad psíquica del individuo, pero también de todo grupo y de toda institución. Cuando se refiere a la sociabilidad por interacción, señala una relación de objeto interna, una diferenciación en el espacio psíquico y en el espacio intersubjetivo (Kaës, 2000).

Por otro lado, en Francia, durante la década de los 60's los aportes a las teorías psicoanalíticas del grupo podrían resumirse en tres ejes principales (Kaës, 2000):

- 1) El pequeño grupo como objeto. Para 1963, J.-B. Pontalis considera al grupo como un objeto de proclamaciones pulsionales y de representaciones inconscientes.
- 2) El grupo como realización de los deseos inconscientes. D. Anzieu, en 1966, postula que el grupo es, como el sueño, el medio y el lugar en el cual se lleva a cabo la realización imaginaria de los deseos inconscientes infantiles (Kaës, 2000). Así como el síntoma, el grupo es la asociación de un deseo inconsciente que busca su realización imaginaria, y de defensas contra la angustia que conllevan tales cumplimientos.
- 3) El acoplamiento grupal de las psiques. A finales de la década de 1960, Kaës postula un aparato psíquico grupal en el cual actúan organizadores inconscientes denominados grupos internos. Dicho modelo se centra en las articulaciones entre el sujeto y el grupo, precisamente en los efectos de grupo con los efectos del inconsciente.

Durante la misma década, 1960, en Italia, F. Napolitani organiza en Roma la primera comunidad terapéutica bajo la teoría foulkesiana de grupanálisis. L. Ancona se une a Napolitani en 1965. Galli y D. Napolitani organizan en Milán comunidades terapéuticas y grupos analíticos y de formación (Kaës, 2000).

Todos los aportes mencionados han servido como bases para estudios, desarrollo de técnicas, teorías e investigaciones en el campo del psicoanálisis y de la psicoterapia de grupo. A continuación se retomará de manera breve al grupoanálisis, teoría que fungió como marco de referencia importante para el presente trabajo teórico-práctico.

1.1.2. Psicoterapia Grupoanalítica y el Concepto de Resonancia

S. H. Foulkes, junto con J. Rickman y H. Ezriel, entre otros, instituyeron la corriente del *grupoanálisis* (Foulkes, 1948). Foulkes conservó las ideas centrales de la Gestalt y el abordaje estructural del comportamiento. Para Kaës (2000), el grupoanálisis es un método de investigación que atañe a las formaciones y procesos psíquicos que se desarrollan dentro de un grupo; en un sentido más estricto, el grupoanálisis es una técnica de psicoterapia psicoanalítica de grupo.

El estudio de Foulkes se apoya en cinco ideas principales: 1) ver al grupo como totalidad en el aquí y el ahora; 2) considera la exclusividad de la transferencia del grupo sobre el analista, y no de las transferencias intragrupalas; 3) la noción de resonancia inconsciente entre los miembros del grupo; 4) la tensión y fantasías inconscientes comunes del grupo; 5) la noción de grupo como matriz psíquica y marco de referencia de todas las interacciones (Kaës, 2000).

La psicoterapia grupoanalítica ha sido una gran influencia para el desarrollo de la terapia grupal psicoanalítica en la actualidad, desde que su fundador, S. H. Foulkes, comenzara su trabajo teórico-práctico en la década de los 40's. Foulkes (1986) dice sobre su teoría lo siguiente:

... no es un psicoanálisis de individuos en grupo. Ni tampoco es el tratamiento psicológico de un grupo por un psicoanalista. Se trata de una forma de psicoterapia por el grupo y del grupo, incluyendo a su conductor. De aquí el nombre de psicoterapia grupoanalítica. (p. 49)

En la psicoterapia grupoanalítica la función del terapeuta-analista debería ser responsable, jugando un papel flexible, dinámico y creativo, ya que su rol constituye un factor individual muy importante dentro del proceso. A pesar de esto, sólo en algunas ocasiones dirige al grupo (Foulkes, 1986).

Foulkes (1986), menciona que el grupoanálisis puede emplearse como modelo para todas aquellas terapias grupales profundas, las cuales tienen entre sus objetivos aliviar el sufrimiento mediante la discusión y la comprensión, la

liberación del individuo de excesivas inhibiciones sociales, sexuales y agresivas, además de desvelar conflictos inconscientes y sentar las bases para su resolución. Todo esto basado en formas verbales de comunicación.

Según Foulkes (1986) el grupoanálisis tiene 4 principios generales:

- 1) La situación total es el marco de referencia para las operaciones e interpretación de todos los acontecimientos observables.
- 2) Todas las personas implicadas deben reunirse periódicamente con el propósito de discutir e intercambiar información y puntos de vista. Debe haber un complemento con grupos más pequeños y otros más que surjan espontáneamente en situaciones particulares. El objetivo es lograr un alto grado de conocimiento y comunicación entre los miembros, lo cual capacita al grupo para tomar un papel activo.
- 3) Quizá la variable más importante sea el líder del grupo, el conductor. Éste debe ayudar al grupo a enfrentar los elementos destructivos y autodestructivos hasta idealmente hacerlos prescindibles. Para el líder es sumamente importante reconocer y mantenerse dentro de las fronteras dinámicas de la situación de grupo, conocer y respetar lo que puede y no puede hacer o decir.
- 4) Es fundamental que no se explore la situación de acuerdo con lo que parece ser, sino con lo que realmente es.

Los principios generales previamente descritos pueden aplicarse a todos los grupos humanos. Las situaciones en que es recomendable aplicar un enfoque grupoanalítico se dividen básicamente en 2 categorías: 1) Grupo operativo o de vida, este es el grupo donde los problemas o conflictos surgen de manera directa; 2) Grupos de individuos sin nexos entre sí, los cuales se forman con fines especiales. Pueden ser grandes o pequeños y van de un continuo que abarca desde procesos terapéuticos a procesos de aprendizaje (Foulkes, 1986).

Como se mencionó anteriormente, una de las ideas principales desarrolladas por Foulkes es el concepto de resonancia psíquica o inconsciente (1948), el cual se basa en una comparación metafórica con el fenómeno físico de la resonancia del sonido, es decir, la vibración que éste produce y la amplitud o alcance que tiene al aproximarse a otra parte del sistema que lo compone.

En un principio Foulkes (1948) usó el término de resonancia para dar explicación al proceso de intersubjetividad psíquica que proviene de la relación simbiótica del niño y su madre. Con base en lo anterior se puede definir dicho concepto como el conjunto de respuestas inconscientes emocionales y conductuales del individuo en la presencia de y la comunicación con otra persona. La vibración excitadora despertaría el mismo universo pulsional y representativo entre los sujetos, manteniéndolos en interacción mutua (Monroy, E, 2013). Posteriormente H. Ezriel (1950,) usaría el término resonancia fantasmática. El campo de aplicación de la noción es tanto el de la cura individual como el del grupoanálisis.

En los grupos, la resonancia fantasmática es un agente psíquico de los afectos que se movilizan, es decir, la fantasía de un participante despierta y moviliza otras formaciones fantasmáticas en otros miembros del grupo en relación a la resonancia original. Especialmente las resonancias originarias, constituyen uno de los organizadores psíquicos de la representación del grupo y están dotados de una estructura grupal (Kaes, 1997).

1.2. Factores curativos en la práctica psicoanalítica

Para poder hablar de los factores curativos del psicoanálisis es necesario tener en cuenta que desde su aparición se han formado distintas escuelas o corrientes, las cuales han contribuido en la conformación de dicha doctrina científica. Es por tal motivo que podemos encontrar algunas diferencias en la forma en la cual se abordan los conceptos o teorías, no obstante tales discrepancias son tal vez más de forma que de fondo.

En este apartado se revisarán algunos aspectos fundamentales que contribuyen al entendimiento del proceso curativo en psicoanálisis, y que a su vez han evolucionado, trayendo consigo cambios en la percepción y la técnica de la práctica psicoanalítica.

Quizá los *Estudios sobre la histeria*, publicados por Sigmund Freud en 1893 pueden considerarse como el comienzo del psicoanálisis. Para ese entonces Breuer y Freud consideraban que sólo mediante la abreacción (acción de descarga de emociones y afectos ligados a recuerdos, los cuales generalmente ocurrieron en la infancia y han sido reprimidos) un paciente podía lograr un efecto catártico y liberarse así de los síntomas histéricos (Greenson, 1988, p. 26).

Al seguir Freud con sus estudios, cayó en cuenta de que existía en los pacientes una fuerza que se oponía al tratamiento, y a su vez, Freud concluyó que la relación analista-paciente podía perturbarse. Fue de esta manera que descubrió los fenómenos de resistencia y transferencia, a los cuales, en un principio, consideraba un obstáculo para el trabajo terapéutico (Greenson, 1988, p. 27).

En el año de 1901, mientras trabajaba en el *caso de Dora*, Freud comprendió que el tratamiento de la neurosis no dependía de una sola cura, sino que era más complejo, debido a que los síntomas neuróticos se debían a múltiples causas. En 1904, en *El método psicoanalítico de Freud*, declara un cambio de técnica, de la hipnosis y la sugestión a la asociación libre; llegando a la conclusión de que la hipnosis y la sugestión ocultan las resistencias y obstruyen la visión que el analista pudiese llegar a tener de las fuerzas psíquicas (Greenson, 1988, p. 28).

Según Greenson (1988), lo anterior trajo consigo una nueva consigna para la labor terapéutica: vencer las resistencias y anular las represiones, lo cual trae consigo un llenado de las lagunas mentales. Si bien el proceso catártico, mediante

el cual es posible la descarga y verbalización de emociones e impulsos y hace posible estudiarlos más claramente, no es más un fin último de la terapia psicoanalítica.

Con estas nuevas conjeturas y descubrimientos, ahora la labor terapéutica se centraba en hacer consciente lo inconsciente, suprimiendo la amnesia y recobrando los recuerdos extraviados. La resistencia pasó a jugar un papel angular en la teoría psicoanalítica ya que se le relacionó con las fuerzas psíquicas que originan la represión, el analista habría de aplicar sabiamente la interpretación para vencer dicha resistencia (Greenson, 1988).

En cuanto a la transferencia, ahora ésta se convertía en un aliado sumamente importante para la tarea terapéutica. La labor del analista consistía en descifrar los fenómenos transferenciales y poder así traducirlos al paciente, dando como resultado la curación de la neurosis. A partir del año 1912 “el análisis de las resistencias y transferencia se convirtió en el eslabón central del proceso terapéutico” (Greenson, 1988, p. 29).

Greenson (1988) señala que para los años de 1914-1916, en su trabajo *Recuerdo, repetición y elaboración*, Freud menciona que una alteración en el Yo es posible mediante el análisis de la transferencia. La tarea de la interpretación, haciendo consciente lo inconsciente, engrandece al Yo.

Es en ese mismo año y también dentro del trabajo antes mencionado, cuando Freud introduce el concepto de elaboración, la cual pasó a ser la heredera de la abreacción del método catártico. Etchegoyen (2009) menciona que: “la elaboración consiste en movilizar las resistencias para que un conocimiento intelectual se recubra del afecto que le pertenece” (p. 714).

La elaboración tiene una relación directa con el insight y para que éste último ocurra es necesario el tiempo. Es por eso que también nos podemos referir a la elaboración como aquella empinada colina que el paciente debe recorrer desde el insight descriptivo o intelectual, es decir, lo que el analista dice, hasta el insight ostensivo o emocional, lo que resulta al trabajar el paciente con sus resistencias, revivir la emoción y asumir los sentimientos que despierta dicha toma de consciencia (Etchegoyen, 2009).

Podemos concluir que en la terapia psicoanalítica ha atravesado por diversos cambios, tanto en su proceso, procedimientos y técnica. Para poder cruzar la barrera de la consciencia, el analista se sirve ahora de la interpretación, la asociación libre y el análisis de los sueños, buscando así hacer consciente lo inconsciente, recuperar los recuerdos extraviados y colmar la amnesia infantil, sin que esto sea concebido como un fin último. Para Greenson (1988) “el fin del psicoanálisis es en definitiva aumentar la fuerza relativa del Yo respecto del Superyó, el Ello y el mundo exterior” (p.30).

1.2.1. El superyó auxiliar y la interpretación mutativa

Para poder explicar el concepto de interpretación mutativa debemos partir de la noción de que el ser humano funciona a través de procesos de introyección y proyección, que fundamentan las relaciones objetales y estructuran el aparato psíquico (Etchegoyen, 2009).

Melanie Klein (1928), citada por Etchegoyen (2009), menciona que cuando un niño es aterrorizado por un superyó destructor es porque proyectó en él sus impulsos destructivos, más allá de las características destructivas y frustradoras de los padres. El objeto sobre el cual se proyectaron aquellos impulsos destructivos es introyectado después con dichas características y la nueva proyección dependerá de ellas. Es así que puede generarse un círculo vicioso, donde el objeto se hace peligroso por el sadismo proyectado que obliga a un reforzamiento del mismo sadismo como una defensa, o, de lo contrario, puede originarse un círculo “virtuoso” en el cual el objeto se hace cada vez más bueno y protector, lo cual tiene que ver con la movilización de la libido al plano genital.

El círculo vicioso merma el crecimiento, estanca al individuo en los conflictos primarios que le impiden el acceso a la etapa genital, donde son más tolerables las pulsiones del ello y más tolerante es el superyó. “Si el analista pudiera hacer una brecha en este círculo el desarrollo se restablecería de manera espontánea” (Strachey, 1934, citado por Etchegoyen, 2009, p. 498).

Al comienzo del análisis, el analista queda investido por los distintos objetos arcaicos que forman al superyó del paciente. A diferencia de dichos objetos arcaicos, el analista posee un comportamiento real, lo cual hace posible que el analizado incorpore al analista como un objeto diferente del resto, al cual Strachey (1934), citado por Etchegoyen (2009), llama superyó auxiliar. Este emplazamiento del analista como superyó auxiliar propicia la oportunidad de romper el círculo vicioso neurótico que perpetua y refuerza los mecanismos de introyección y proyección en los cuales se basa la relación objetal arcaica.

“El superyó auxiliar se distingue del superyó arcaico “malo” y del “bueno” del analizado, ya que su bondad se basa en lo que es real y actual, esto depende primordialmente del encuadre” (Strachey, 1934, p. 140, citado por Etchegoyen, 2009, p. 499). El encuadre encabeza una actitud neutral del analista la cual le permite no involucrarse demasiado con el conflicto y a su vez, le permite al analizado darse cuenta de la distorsión de la realidad que promueven sus proyecciones. Pero la diferencia entre el superyó auxiliar y el arcaico es aleatoria y frágil, no pasará mucho tiempo para que el analizado pueda confundir sus fantasías con la realidad, con lo cual el nuevo superyó quedaría inmerso en el antiguo arcaico.

Sin embargo, el analista tiene a su disposición una herramienta invaluable para que dicha superposición no ocurra, y esta es la interpretación. Strachey (1934),

citado por Etchegoyen (2009), menciona que quizá la idea de interpretación suene ambigua y esté cargada de connotaciones afectivas y hasta fantasiosas; por lo tanto intenta precisarla implementando su concepto de interpretación mutativa.

El analizado introyecta ahora un objeto distinto del arcaico y con ello cambia su mundo interno, es decir su superyó, y también su mundo externo, ya que sus próximas proyecciones serán más realistas y menos distorsionadas. El psicoanalista resurge así del proceso interpretativo como una figura real, que es lo que Straechy (1934), citado por Etchegoyen (2009), más se empeña en resaltar.

Del trabajo de Straechy (1934, p.143), citado por Etchegoyen (2009, p. 500) podemos considerar a la interpretación mutativa como “aquella que produce cambios estructurales en la psique del analizado, siendo así un elemento fundamental para el proceso curativo en psicoanálisis”.

1.2.2. La regresión y su valor curativo

En su trabajo sobre la interpretación de los sueños, en 1900, Freud distingue 3 tipos de regresión: 1) regresión tópica o topográfica, la cual tiene que ver con un recorrido de adelante hacia atrás en el área de los sistemas psíquicos (Consciente, Preconsciente e Inconsciente); 2) regresión temporal, la cual nos lleva al pasado del analizado; y 3) regresión formal, donde se vuelve desde los métodos de expresión más maduros hasta los más primitivos (Freud, 1900b, p. 541-2).

A pesar de hacer una clasificación de las distintas formas de la regresión, podemos entender que Freud señala que, en el fondo, las tres son una sola. Es posible que se puedan presentar muchas combinaciones de regresión, aunque en la práctica es muy común que los tres tipos de regresión se desarrollen juntos (Etchegoyen, 2009).

E. Kriss (1950)¹, citado por Etchegoyen (2009), señala que hay dos tipos de regresión: una de ellas se vincula a las actividades defensivas, cuando el yo se ve superado, obligado a retroceder, es decir, cuando no puede enfrentar una determinada situación; la otra se da cuando el yo mantiene todas sus potencialidades mientras regresa parcialmente y bajo control con una meta estratégica, es decir, una regresión al servicio del yo.

Kris (1950), citado por Etchegoyen (2009, p. 624), se refiere a la regresión al servicio del yo como “una regresión formal, en la cual el yo, desde el proceso secundario, hace una regresión hacia el proceso primario...”. El yo catectiza el proceso primario, es decir, lo cubre de su energía pulsional para incorporarlo a su estructura y obtener mayor amplitud y energía, esto es, fortalecer al yo en el

¹ On preconscious mental processes. *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 540-560. Presentado en el Panel de Teorías Psicoanalíticas en el Encuentro Anual de la Asociación Psicoanalítica Americana en Montreal, Mayo, 1949.

proceso secundario. Este proceso es posible mediante la función integrativa del yo.

Winnicott, en su trabajo *Psychos and child care*, publicado en 1952 citado por Etchegoyen (2009), menciona que la psicosis es una falla en la crianza, la cual lleva al individuo a crear un falso self que protege al self verdadero. Es por eso que parece lógico afirmar que dicho estado psicótico únicamente podría tener remedio cuando el desarrollo emocional arcaico que fue mermado y se desvió, pueda ser reasumido a través de una experiencia singular que le permita al individuo volver atrás y comenzar de nuevo. El setting analítico ofrece el holding adecuado, permisivo y gratificante, que hace posible esta regresión, a partir de la cual el verdadero self puede reasumir su desarrollo (Winnicott, 1955², citado por Etchegoyen, 2009).

Podemos concluir que para Winnicott³, citado por Etchegoyen (2009), la regresión forma parte de un mecanismo de defensa del yo altamente organizado, el cual involucra la existencia de un falso self. Por tanto, la regresión es parte de un proceso curativo, un fenómeno que puede ser estudiado en cualquier persona. Esta regresión no tendrá el sentido de la regresión útil, momentánea y formal al servicio del yo, sino que será una regresión temporal y con toda la profundidad necesaria para llegar al punto donde se malogró o se congeló la situación, todo esto con el propósito de que el paciente pueda elaborar la situación y empezar de nuevo.

² *Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-p.* Leído en la Sociedad Psicoanalítica de Gran Bretaña, Marzo, 1954.

³ *Through pediatrics to psycho-analysis*, p. 281

CAPÍTULO II

2. PSICOTERAPIA DE GRUPO

2.1. Teorías sobre los factores terapéuticos de la terapia grupal

La psicoterapia de grupo, al igual que la psicoterapia individual, ofrece diversos factores terapéuticos, sin embargo, existen algunos de éstos propios de los grupos.

Algunos autores mencionan que para comenzar el análisis de los factores terapéuticos grupales es muy importante tomar en cuenta el contexto sociocultural de las personas en el momento en que éstas llegan a terapia además de la dinámica de cambio que se vive en terapia.

Existe una gran variedad de definiciones de cultura. Por ejemplo, podemos entender la cultura referida a la forma en la cual el grupo se organiza para lidiar con el variante, y en ocasiones conflictivo entorno, y a su vez con los deseos individuales a menudo incongruentes con la mentalidad inconsciente del grupo (Bion,1961).

Abordando el tema de la dinámica de grupos terapéuticos, podemos decir que los miembros del grupo traen consigo su situación sociocultural, la cual se manifiesta en las interacciones con los otros miembros. Los miembros del grupo traen consigo sus valores sociales y culturales, así como sus actitudes (Ettin, 1994)

En cuanto a la dinámica de cambio que se vive en los grupos, podemos señalar que un grupo psicodinámico ofrece la oportunidad única de observar pacientes involucrar sus matrices interrelacionales y con ello lograr un insight en cada uno de ellos. Los teóricos de las relaciones objetales ponen gran importancia en la calidad de las relaciones interpersonales como un factor terapéutico.

Algunos psicólogos del Yo, promueven la importancia de las relaciones para la reconstrucción del Yo fragmentado y defectuoso. Los Grupos terapéuticos ofrecen un panorama ideal para que terapeutas y pacientes exploren los tipos de defensas que estos últimos utilizan (Rutan, Stone & Shay, 2014).

Para los clínicos influenciados por la teoría del apego, por ejemplo Bowlby (1988), citado por Rutan, J. et al. (2014), los objetivos terapéuticos están enfocados en ayudar a los pacientes a aceptar y reintegrar los aspectos de un apego inseguro que experimentó el self en su infancia. Un grupo terapéutico es un escenario ideal para que estos patrones emerjan y comiencen a cambiar.

Para los psicólogos del self, el grupo terapéutico proporciona un campo para la reproducción de las relaciones objetales de cada uno de los miembros y el intercambio terapéutico con base en la intersubjetividad formada por terapeuta y pacientes (Rutan et al. 2014).

Para comenzar el análisis de los factores terapéuticos de un grupo debemos señalar que aunque se han intentado categorizar dichos factores, los límites entre

estas categorías no están claramente establecidos. Algunas de las categorías incluyen las áreas interpersonal-intrapsíquica, apoyo-insight y cognitiva-afectiva (Corsini & Rosenberg, 1955 en Rutan et al. 2014).

Rutan, J. et al. (2014) mencionan que los factores terapéuticos incluyen el ambiente grupal, la auto-revelación, el aprendizaje y el trabajo psicológico.

2.1.1. Factores del ambiente grupal

Todos los pacientes muestran un mejor desarrollo si su experiencia terapéutica sienta sus bases en un ambiente que demuestre apoyo, sin importar el abordaje teórico. Desde la perspectiva del sujeto, un clima de apoyo implica un lugar donde él o ella experimenta una sensación de seguridad, donde hay un espacio emocional, donde los otros hacen un esfuerzo para comprender y responder, donde las actitudes individuales y comunes son respetadas y donde las experiencias de los otros son auténticas. El apoyo también proviene de un paciente que se siente comprendido o de saber que el terapeuta presta atención a las participaciones (Rutan et al. 2014).

La cohesión y atracción al grupo por parte de los pacientes es muy importante para el desarrollo de un buen ambiente grupal. La cohesión se refiere más a las propiedades que adquiere el grupo, los lazos entre los miembros y el terapeuta y cómo éstos contribuyen a un proceso terapéutico, la atracción se refiere a los objetivos individuales por permanecer en el grupo (Rutan et al. 2014).

Otros elementos que contribuyen a un ambiente de apoyo en el grupo son el altruismo y la esperanza. El grupo terapéutico brinda la oportunidad a los pacientes de ayudar a los demás miembros sin esperar nada a cambio, originando en ellos empatía e identificación, además de una sensación “sanadora” tanto como en la persona que ayuda como en la que es ayudada. La esperanza se da cuando ocurren los cambios y son compartidos con el grupo, sabiendo que lograr cambios requiere trabajo y paciencia (Rutan et al. 2014).

Pertenencia.

La sensación de pertenencia es uno de los 5 elementos en la pirámide de Maslow de necesidades básicas (1943), citado por Rutan et al. (2014).

Cuando una persona experimenta una sensación de pertenencia, ésta trae consigo una noción de relación con el grupo. Yalom (1975), citado por Rutan et al. (2014) dice que la sensación de pertenencia en un grupo es, inclusive, más penetrante que en un abordaje individual.

2.1.2. Factores de auto-revelación

La catarsis, liberación de emociones y tensión, puede traer mucho alivio de afectos reprimidos o experiencias. La auto-revelación evalúa la atmósfera creada en el grupo y es el resultado de un incremento de seguridad emocional en el grupo (Rutan, J. et al. 2014).

2.1.3. Factores de aprendizaje

Rutan, J. et al. (2014) mencionan que existen al menos 5 tipos de aprendizaje que toman lugar en los grupos: aprendizaje basado en educación, sugerencias (consejos), aprendizaje vicario, aprendizaje con base en tratar nuevos comportamientos y el aprendizaje de experiencias negativas.

La educación terapéutica viene desde las habilidades, para regular las emociones y expresar los sentimientos que el terapeuta enseña al grupo. Además las sugerencias de los miembros del grupo a otros miembros pueden modificar los comportamientos y cogniciones, todo depende de la actitud y la relación en las que se lleven a cabo dichas sugerencias (Rutan et al. 2014).

En cuanto al aprendizaje vicario, sabemos que es más sencillo aprender si observamos e interactuamos con otros miembros del grupo y además tenemos la habilidad de ponernos en los “zapatos emocionales” del otro y también tratar de entender lo que puede estar pasando en la mente del otro (Rutan et al. 2014).

2.1.4. Trabajo psicológico

El trabajo psicológico más efectivo ocurre cuando se han expresado las emociones y los miembros del grupo son capaces de integrar el entendimiento cognitivo y las experiencias emocionales. Una buena integración de auto-conocimiento aunado a cualquier dimensión intrapersonal lleva a un cambio importante y duradero.

El insight puede ocurrir mediante comportamientos que se desarrollan durante las sesiones del grupo en el aquí y en el ahora, a su vez, las sesiones grupales pueden ser una representación de las relaciones con las familia de origen de los miembros y así propiciar el insight y con esto un autoconocimiento mejor comprensión de situaciones actuales o pasadas (Rutan et al. 2014, p. 82).

2.2. Factores terapéuticos de la terapia de grupo según Yalom

Anteriormente se mencionaron algunos principios generales y teorías fundamentales para el análisis de las propiedades curativas de un grupo terapéutico. En este apartado se especificará en los estudios sobre los factores terapéuticos de la terapia grupal propuestos por I. Yalom. Algunos de estos factores sirvieron como referencia para observar y analizar el proceso terapéutico del grupo durante el desarrollo de las prácticas.

Yalom (1996) propone que el cambio terapéutico es un proceso enormemente complejo que sucede a través de un intrincado intercambio de experiencias humanas. Según su criterio, los factores terapéuticos se dividen por líneas naturales de fragmentación en 11 factores primarios, los cuales son (p. 25):

1. Infundir esperanza.
2. Universalidad.
3. Transmitir información.
4. Altruismo.
5. Desarrollo de técnicas de socialización.
6. Comportamiento imitativo.
7. Catarsis.
8. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.
9. Factores existenciales.
10. Cohesión del grupo.
11. Aprendizaje interpersonal.

2.2.1. Infundir esperanza

Para Yalom (1996), la fe en una modalidad de tratamiento es en sí terapéutica y da muy buenos resultados, tanto cuando el paciente tiene altas expectativas de ayuda, o bien, como cuando el terapeuta cree en la eficacia del tratamiento. “Aunque infundir y mantener la esperanza es crucial en todas las prácticas psicoterapéuticas, en el escenario grupal desempeña un papel sobresaliente” (p. 26).

2.2.2. Universalidad

Muchos pacientes están convencidos de que su soledad o desdicha son únicas, de que sólo ellos tienen ciertos problemas, impulsos inaceptables o una sensación de vacío. Tales personas están a menudo socialmente aisladas y carecen de oportunidades de intercambio social franco y sincero. Es por lo anterior que Yalom (1996) menciona que en un grupo de terapia, especialmente en sus comienzos, los pacientes experimentan una fuerte sensación de alivio cuando se dan cuenta de que no se encuentran solos con sus problemas, de que existe algún otro que ha experimentado o atraviesa una situación similar.

2.2.3. Transmitir información

Según Yalom (1996), la información puede transmitirse dentro de un grupo siempre que un terapeuta instruye didácticamente a los pacientes sobre el funcionamiento mental, o siempre que el líder u otros miembros del grupo dan consejos u orientación sobre los conflictos externados por sus compañeros.

Instrucción didáctica. Muchos grupos de autoayuda y otros similares señalan la importancia de la instrucción didáctica. Se utilizan textos, se invita a los expertos a dirigirse al grupo, y se anima a los miembros a intercambiar información. Yalom (1996), señala que los grupos especializados dirigidos a pacientes que sufren un trastorno médico o psicológico específico o que se enfrentan a una crisis vital incorporan un componente didáctico. Los líderes ofrecen información sobre la naturaleza de la condición o sobre la situación vital del individuo. Los terapeutas enseñan a los miembros del grupo habilidades para desarrollar mecanismos de afrontamiento y a poner en práctica técnicas de reducción del estrés o de relajación.

Dar consejos. A diferencia de la instrucción didáctica y explícita del terapeuta, Yalom (1996), dice que “los consejos directos de los miembros se producen sin excepción en cualquier clase de grupo de terapia” (p. 27).

2.2.4. Altruismo

En todo grupo terapéutico los pacientes se ayudan mucho entre sí. Es por tal motivo que, según Yalom (1996), para un paciente que va iniciando la terapia, el cual se siente desmoralizado y cree que no puede ofrecer nada a nadie, la experiencia de ser útil a otros miembros del grupo puede resultar muy gratificante, y es una de las razones por las cuales la terapia de grupo incrementa con tanta frecuencia la autoestima.

2.2.5. Desarrollo de las técnicas de socialización

Para Yalom (1996), el aprendizaje social o el desarrollo de habilidades básicas para socializar es un factor terapéutico que existe en cualquier grupo de psicoterapia. Las habilidades que se que se desarrollan en éstos varían de acuerdo a la naturaleza del grupo. Por ejemplo, en algunos grupos, como los que preparan a los pacientes ingresados por mucho tiempo para cuando sean dados de alta, o aquellos para adolescentes que sufren problemas de conducta, se subraya explícitamente el desarrollo de las habilidades sociales.

2.2.6. Comportamiento imitativo

Durante la terapia de grupo, los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente que tiene problemas similares, un fenómeno que se denomina aprendizaje vicario (Yalom, 1996).

2.2.7. Catarsis

La catarsis es un factor terapéutico complejo que está relacionado con otros procesos grupales, especialmente con la universalidad y la cohesión. El puro acto de dar rienda suelta a las sensaciones, en sí mismo, muy pocas veces promueve un cambio duradero en el paciente, aunque vaya acompañado de una sensación de alivio. Según Yalom (1996), para que un cambio duradero sea posible, el paciente, primero, tiene que experimentar algo con intensidad en el escenario grupal, y sufrir la sensación de catarsis que acompaña a dicha experiencia emocional intensa. Entonces, “el paciente debe proceder a integrar el suceso catártico a través de la comprensión de su significado, primero, en el contexto grupal, y segundo, en el contexto de su vida cotidiana” (p. 30).

2.2.8. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario

Un gran número de pacientes inician la terapia grupal con una historia insatisfactoria en el seno de su primer y más importante grupo: la familia. Gracias a que la terapia de grupo ofrece una selección de posibilidades de recapitulación tan amplia, los pacientes pueden empezar a interactuar con los líderes o con otros miembros, tal como interactuaron en su día con sus padres y hermanos. Lo anterior tiene una gran importancia en la psicoterapia grupal ya que no es simplemente que estas formas de conflictos familiares tempranos se reinterpreten, sino que se recapitulen de forma correctiva. El líder del grupo no debe permitir que estas relaciones, que inhiben el crecimiento, permanezcan en el sistema rígido e impenetrable que caracteriza a muchas estructuras familiares. En vez de eso, el líder debe examinar y cuestionar los roles fijos existentes en el grupo y alentar continuamente a los miembros para que prueben nuevos pensamientos y comportamientos (Yalom, 1996).

2.2.9. Factores existenciales

Para comprender los problemas de los pacientes, Yalom (1996) postula que la lucha primordial del ser humano es aquella que tiene lugar contra los hechos dados de la existencia: la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido. En la psicoterapia grupal, la relación sólida y con base en la confianza entre los miembros, es decir, el encuentro básico íntimo, tiene un valor intrínseco, ya que proporciona una presencia y un “estar con” frente a las duras realidades existenciales.

2.2.10. Cohesión grupal

La cohesión grupal es una de las características más complejas y absolutamente esenciales de una psicoterapia de grupo exitosa (Yalom, 1996). Los miembros de un grupo cohesivo se aceptan y se apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas en el seno del grupo.

Al igual que sucede en la psicoterapia individual, es la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente la que cura; la cohesión es la versión paralela, en el seno de la terapia de grupo, de dicha relación terapeuta-paciente. La cohesión grupal ofrece asimismo condiciones de aceptación y de comprensión. En un grupo en el cual exista la cohesión, los pacientes tienden a expresarse y examinarse a sí mismos, a tomar consciencia de aspectos de su propia personalidad, que hasta entonces les resultaban inaceptables. El paciente comienza a integrar dichos aspectos, y a identificarse de una forma más profunda con los demás. “La cohesión grupal favorece la autorrevelación, el riesgo y la expresión constructiva del enfrentamiento y del conflicto, todos ellos fenómenos que facilitan una psicoterapia exitosa” (Yalom, 1996, p. 32).

2.2.11. Aprendizaje interpersonal

Debido a la amplia gama de experiencias emocionales correctivas que ofrece el escenario grupal, el proceso de psicoterapia de grupo proporciona al terapeuta un instrumento extremadamente poderoso para efectuar cambios: el aprendizaje interpersonal (Yalom, 1996), el cual se describe de forma general a continuación.

1. Para Yalom (1996), la psicopatología y la sintomatología surgen a partir de relaciones interpersonales disfuncionales y se perpetúan en ellas. Muchas de estas relaciones interpersonales inadaptadas se basan en distorsiones que surgen a raíz de experiencias más tempranas del desarrollo.

2. Dado el suficiente tiempo, libertad y sensación de seguridad, el grupo terapéutico se convierte en un microcosmos social, en una representación miniaturizada del universo social de cada uno de los miembros (Yalom, 1996).

3. Yalom (1996), menciona que una vez transcurridas las primeras fases de la terapia grupal se produce una secuencia interpersonal regular (p. 38):

Exhibición de la patología, síntomas o expresión de emociones: los miembros exhiben su conducta inadaptada característica a medida que surgen las tensiones y las interacciones interpersonales en el grupo.

Retroalimentación y auto-observación: los miembros comparten las observaciones que realizan al examinarse unos a otros y descubren algunos de sus puntos débiles y distorsiones interpersonales.

Compartir reacciones: los miembros del grupo señalan los puntos débiles de cada uno de los participantes, comparten opiniones y sentimientos al reaccionar ante el comportamiento interpersonal de cada uno.

Resultado de compartir reacciones: cada uno de los miembros empieza a tener una imagen más objetiva de su propio comportamiento y del impacto que éste tiene sobre los demás. Se clarifican las distorsiones interpersonales.

La propia opinión del yo: cada uno de los miembros toma conciencia del modo en que su comportamiento influye en las opiniones de los demás y, por tanto, en su propia autoestima.

Sentido de responsabilidad: como resultado de comprender cómo influye el comportamiento interpersonal en la propia sensación de autoestima, los miembros toman mayor conciencia de su responsabilidad de corregir las distorsiones interpersonales y de establecer una vida interpersonal más sana.

Darse cuenta del propio poder de efectuar cambios: al aceptar la responsabilidad de los dilemas interpersonales, cada uno de los miembros empieza a darse cuenta de que uno puede cambiar lo que ha creado.

Grado de afecto: cuanta mayor carga afectiva posean los acontecimientos presentes en esta secuencia, tanto mayor será el potencial de cambio. Cuanto más se produzcan los diferentes pasos del aprendizaje interpersonal a modo de experiencia emocional correctiva, tanto más perdurable será ésta.

El aprendizaje interpersonal es el mecanismo de cambio fundamental en los grupos de interacción. En este escenario, de hecho, los miembros clasifican los elementos del aprendizaje interpersonal como el aspecto más útil de la experiencia de la terapia grupal (Yalom, 1996).

2.3. Factores terapéuticos de la terapia de grupo según Vives

Si bien se ha hecho una revisión de postulados, teorías y estudios que han servido para sentar las bases de la terapia grupal con enfoque psicoanalítico y para continuar con el análisis de sus factores curativos o terapéuticos, dicho trabajo ha sido desarrollado por múltiples autores europeos, norteamericanos y latinoamericanos, por tal motivo y para fines de la presente investigación es importante destacar el trabajo que, sobre éste tema, diversas asociaciones, institutos, universidades y autores han realizado en México.

El trabajo psicoanalítico grupal en México tiene sus orígenes en la década de los 60's. En 1961 miembros de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM), los cuales estaban interesados en técnicas grupales, comenzaron sus estudios con intervenciones psicoanalíticas en un convento en el estado de Morelos . En 1962 durante el segundo congreso nacional de la AMP se decidió formar un grupo de estudio sobre el psicoanálisis grupal, el cual en el año de 1967 recibió el nombre de Asociación Mexicana de Psicoanálisis de Grupo A.C. (AMPG), una asociación independiente de la APM. Pero no fue hasta 1968 que la AMPG cambió su nombre a Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG).

En esta sección se abordará el trabajo realizado por el Dr. Juan Vives Rocabert quien pertenece a la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG). Dicho estudio tiene como objetivo analizar las teorías sobre la praxis y la cura en psicoterapia grupal. Al igual que los factores descritos por Yalom, los

factores propuestos por Vives sirvieron como referencia para el análisis del proceso terapéutico del grupo durante el desarrollo de las prácticas.

2.3.1. La práctica grupal

Al enfrentar un grupo terapéutico, el terapeuta o terapeutas funcionan como facilitadores de la comunicación entre los miembros del grupo, a su vez, son interpretadores de elementos latentes o escindidos que aparecen durante las sesiones. “El o los terapeutas mantienen una escucha analítica que implica la exploración participativa, y a su vez, influyen sobre las asociaciones del grupo y su evolución dinámica” (Vives, 1999, p. 22).

Partiendo de lo anterior, Vives (1999) propone el abordaje de dos temas en psicoterapia analítica de grupo, los cuales tienen que ver con su praxis. El primero de ellos se refiere a la interpretación grupal, cuya hipótesis establece que la intervención del terapeuta debe referirse casi exclusivamente a la fantasía inconsciente elaborada por el grupo, tomando las asociaciones del proceso grupal como un todo orgánico. El segundo de estos temas hace referencia al punto de vista genético de la metapsicología freudiana, es decir, la historia que el grupo va construyendo a lo largo de su curso.

En cuanto al primer tema, el de la interpretación grupal, Vives (1999) señala que cuando el terapeuta emite una hipótesis sobre lo que sucede en el grupo, cada uno de los miembros escucha o niega dicha interpretación desde la singularidad de su aparato psíquico. De forma similar, cuando el terapeuta emite una interpretación hacia un miembro en particular del grupo, la escucha de cada uno de los elementos del grupo será también desde su propio aparato psíquico y caerá en el sitio desde donde es relevante para cada uno. Por lo tanto, “la interpretación grupal e individual quedan en armonía desde un tipo de comprensión dinámica, la cual cuestiona aquel conflicto que intentaba establecer diferencias rotundas entre individuo y grupo” (p. 24).

En cuanto al segundo tema, el cual trata de establecer una distinción entre la historia individual y la del grupo, y por lo tanto establece que en la psicoterapia grupal la historia individual de cada miembro es irrelevante, podemos decir que se trata de una hipótesis altamente cuestionable. Vives (1999) menciona que es necesario tener en cuenta que a pesar de ser aquello que contamos de nosotros mismos, esto es verdad siempre y cuando estemos dispuestos a aceptar que aquello que contamos de nosotros es algo en estado de construcción permanente y resignificación infinita.

En otras palabras, podemos decir que el presente o lo actual es lo que determina gran parte del sentido que le damos a nuestra historia; si partimos de la idea de que el “sentido” de las cosas sucedidas en el pasado es una construcción, creación, de un sujeto o de un grupo, la frontera entre pasado individual y presente grupal se desvanece, ya que la interacción con los otros está modificando

constantemente el significado de lo ocurrido según se va desarrollando el tiempo del grupo y la historia de su evolución (Vives, 1999).

“La capacidad de resignificación hace posible la reparación de cierto tipo de objetos primarios intensamente atacados y destruidos; es la vía regia para el proceso creativo...creando integraciones inéditas entre diversas representaciones del “pasado” o entre éstas y las del “presente” (Vives, 1999, p. 26). En sentido riguroso, el proceso de resignificación es uno de los elementos más poderosos para el cambio psíquico y uno de los pilares que lo hacen posible.

Como conclusión a la discusión de estos dos temas importantes dentro de la psicoterapia analítica de grupo podemos decir que todas las interpretaciones por parte del terapeuta son grupales dado a que son escuchadas por todo el grupo independientemente de hacia quien hayan sido formuladas, y a su vez todas son individuales. Es decir, las fronteras entre una y otra se borran. En cuanto a la hipótesis sobre la indiferencia de la historia individual en la terapia grupal, podemos decir que los grupos son promotores constantes y permanentes de nuevos sentidos, por ser un camino al cambio y ofrecer una “segunda oportunidad a los individuos que componen el grupo” (Vives, 1999, p. 27).

2.3.2. La cura en psicoanálisis y su relación con la psicoterapia grupal

Para hablar de curación en psicoanálisis podríamos utilizar una metáfora propuesta por Freud, la cual habla de: “la posibilidad de convertir una grave miseria neurótica en un simple infortunio cotidiano” (Vives, J., 1989, p. 5).

Vives (1989) dice que las hipótesis de acción terapéutica en psicoanálisis se han sistematizado en 3 vertientes: 1) la interpretación, específicamente la interpretación mutativa; 2) factores relacionados con el vínculo, tanto reales como transferenciales; y 3) la coherencia y consistencia teórica del analista, las cuales funcionan como medio para la organización psíquica del paciente. Dichas hipótesis obviamente no agotan el tema, pero sí son de las más importantes.

En cuanto a la primera hipótesis, referida a la interpretación mutativa, Strachey (1934) citado por Vives, J. (1989) menciona que la acción curativa se privilegia de la intervención del analista que, con base en el material transferencial, permite que el paciente identifique aquellos objetos internos transferidos sobre el analista y a su vez pueda diferenciarlos de la figura real de este último.

La segunda hipótesis tiene como base las relaciones objetales, especialmente el concepto de “experiencia emocional correctiva”, del cual F. Alexander (1960) citado por J. Vives (1989, p. 6) menciona que el vínculo real del paciente con su analista promueve el cambio de pautas conductuales, ya que le brinda al paciente una nueva oportunidad de vínculo relacional en tiempo real bajo una situación no patogénica.

Finalmente, la tercera hipótesis según Vives (1989), tiene su origen en una premisa propuesta por Freud, la cual menciona que el psicoanálisis consiste en llenar los huecos mnémicos de la infancia. Aquí se privilegia la coherencia interna de las reestructuraciones, la cual permitirá al paciente darle un sentido a su historia personal. “La historia del sujeto no cobra únicamente un sentido, sino también, coherencia y lógica” (p. 6).

Ahora bien, trasladando dichas hipótesis de cura en psicoanálisis al ámbito de la psicoterapia grupal, nos encontramos con que la primera de éstas, la que hace énfasis en la interpretación mutativa, ve un gran campo de acción en las intervenciones de los miembros del grupo, las cuales constituyen una fuente significativa de insight. Dichas interpretaciones permiten al analista observar en tiempo real las distorsiones, proyecciones, las deformaciones de la percepción e identificaciones proyectivas, además del monto de verdad que tienen cada una de ellas dentro de los miembros del grupo. Estas interpretaciones pueden tener un efecto corrector en el analista en cuanto a aspectos distorsionados de la transferencia-contratransferencia (Vives, 1989).

Por otro lado, la segunda hipótesis que hace referencia a las relaciones vinculares, encuentra en el grupo el ambiente ideal para la transferencia lateral, la cual pone en evidencia los patrones de interacción de los miembros del grupo. A su vez, éste ambiente social, proporciona un campo de oportunidad para la creación de relaciones nuevas, las cuales estructurarán lentamente nuevos y más sanos modelos vinculares. Es así que las emociones que se movilizan entre los pares, las reuniones post-sesión, las actividades de solidaridad más allá de la terapia son elementos de gran valor trascendental complementario al trabajo de develación del mundo objetual interno de los pacientes (Vives, 1989).

Por último, la tercera hipótesis que se refiere a la historia personal del sujeto analizado, se transforma en la historia del grupo como un todo, la cual se va creando desde sus inicios, es decir, desde el día en que el grupo se formó. Es así que los miembros más antiguos del grupo van contando la historia grupal a los nuevos miembros, dejando como herencia el proceso que se ha vivido (Vives, 1989).

Como puede observarse, las hipótesis sobre la cura en psicoanálisis pueden llevarse también al ámbito de la psicoterapia grupal, sin embargo, existen factores propios de los grupos que coadyuvan como mecanismos terapéuticos (Vives, 1989). Dichos factores se describen a continuación:

2.3.2.1. La multiplicidad de la transferencia

Para Vives (1989), multiplicidad puede observarse desde 4 ángulos: “transferencia central (la que se da con el analista), laterales (entre los miembros del grupo), al grupo como un todo y al mundo exterior” (p. 8).

2.3.2.2. La identificación

Vives (1989) señala que la identificación se da tanto con los pares como con el terapeuta y con las capacidades reparatorias que se desarrollan dentro de un grupo como un todo funcional.

2.3.2.3. La solidaridad

Vives (1989) menciona respecto a la solidaridad que ésta se manifiesta en la conformación del “yo grupal” o “espíritu de grupo” e implica el surgimiento de las más importantes potencialidades reparatorias y mutativas de la terapia grupal.

2.3.2.4. La realidad externa

Según Vives (1989), el grupo terapéutico es una muestra que representa el macro grupo social, la cultura y la realidad del tiempo en el cual se lleva a cabo. Es por esto que la conducta de cada miembro puede ser contrastada a través del efecto en el otro y en sus respuestas.

2.3.2.5. El fenómeno especular

Ampliamente relacionado con la identificación y la realidad externa. Vives (1989) menciona que el fenómeno especular opera bajo la realidad del otro, del “otro como yo”, y del “otro como diferente a mí”, dichos fenómenos proporcionan una valiosa fuente de insight, particularmente en lo relacionado con aspectos caracterológicos y escindidos de la personalidad (p. 9).

2.3.2.6. Los determinantes ideológicos

Para Vives (1989), los determinantes ideológicos implican que el paciente se da cuenta de las diversas pautas culturales, los distintos esquemas de valores y los diferentes modos para enfrentar conflictos similares, todo esto actúa en pro del ablandamiento de estructuras rígidas de pensamiento, eliminación de prejuicios y fanatismos y la demolición de creencias monolíticas de la existencia. De ese modo se crea un espacio que favorece la aceptación de peculiaridades propias y ajenas con base en una mayor flexibilidad ideológica y conceptual.

En resumen, podemos observar al campo de la psicoterapia analítica grupal como intrapsíquico e interpersonal (Vives, 1989), en el cual existen mecanismos que posibilitan el insight, el conocimiento del mundo interno y las motivaciones que impulsan los deseos, además que, al mismo tiempo, permite la constatación de la realidad interaccional cotidiana y el efecto que la organización psíquica interna tiene sobre los demás.

CAPÍTULO III

3. FORMACIÓN DE UN GRUPO TERAPÉUTICO CON PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

Para Rutan J. et al (2014) Es necesario observar la formación del grupo desde 2 perspectivas: Primero, el terapeuta necesita determinar si existe un grupo adecuado para el paciente, segundo, el terapeuta grupal debe determinar que paciente es más adecuado para cada grupo.

3.1. Metas del Grupo

Las metas del grupo son una consideración fundamental para la integración de pacientes al mismo. Los grupos con un número de sesiones limitado comúnmente son formados por similitudes en las características demográficas, síntomas o crisis, lo cual es bueno para establecer un escenario de confianza.

En los grupos ya formados, una revisión subsecuente de las metas iniciales y los temas abordados durante las sesiones servirá al clínico para determinar el nivel de desarrollo del grupo (Rutan et al. 2014).

3.2. Evaluación de posibles pacientes

La entrevista inicial es fundamental para poder evaluar si el paciente es un posible candidato al grupo. Fundamentalmente, se requiere introducir a pacientes que faciliten el cambio entre los miembros del grupo, sin embargo, se debe ser consciente que alcanzar dicha meta consiste en un proceso más impreciso. Muchas veces los pacientes que parecen aptos para el grupo en una entrevista, se comportan de manera distinta frente a un grupo. Además, las personas cambian, es por eso que las personas que introducimos en el grupo, pueden lucir un tanto distintas al paso de las sesiones (Rutan et al. 2014).

Comúnmente la mayor información en cuanto a las relaciones interpersonales del paciente proviene de la relación terapéutica de las entrevistas preliminares.

Para Rutan et al. (2014), existen algunos aspectos de la historia y relaciones a priori de los posibles candidatos a un grupo (claro, hay que reconocer que los grupos no se forman de una manera precisa):

- Habilidad para reconocer una necesidad del otro
- Capacidad e auto-reflexión
- Flexibilidad para cambiar de roles
- Habilidad para dar y recibir retroalimentación
- Capacidad de empatía
- Habilidad para mentalizarse
- Tolerancia a la frustración
- Que no tengan una relación preexistente con miembros del grupo

Habilidad para reconocer una necesidad del otro.

Siguiendo los principios fundamentales de la psicología del self, las relaciones objetales y la teoría relacional, se puede decir que todos tenemos la necesidad de estar en una relación y beneficiarnos de la experiencia de intimidad, de amar y ser amados (Rutan et al. 2014).

La confianza tiene mucho que ver con este aspecto, ya que se puede observar que existen pacientes con capacidad para confiar en los demás, otros que demuestran una ambivalencia y algunos más que tienen la convicción absoluta de que no se puede confiar en las personas (Rutan et al. 2014).

Capacidad de auto-reflexión.

La habilidad de un paciente para expresar y reflexionar sobre sus interacciones o respuestas fisiológicas es un indicador importante de la capacidad del desarrollo del Yo. Algunos pacientes pueden estar muy conflictuados y por eso podría costarles más trabajo desarrollar reflexiones durante las sesiones. Otros pacientes pueden intelectualizar mucho su estancia en el grupo y no dejarse llevar por la experiencia o sentimiento de pertenecer al mismo (Rutan et al. 2014).

Flexibilidad para cambiar de roles.

Una meta principal para los pacientes es desarrollar la capacidad para cambiar de roles dentro del grupo, es decir, poder ser desde un líder, hasta un seguidor. Con la información que el terapeuta obtiene con las entrevistas iniciales, éste puede hacer inferencias sobre el rol que toma cada paciente durante las sesiones (Rutan et al. 2014).

Habilidad para dar y recibir retroalimentación.

El marco del tratamiento autoriza a los pacientes proveer retroalimentación expresando su reacción hacia el otro, más no está permitido “atacar” al otro (Rutan et al. 2014).

Capacidad de empatía.

Un posible miembro que no es capaz de demostrar una capacidad naciente de conocer las posibles similitudes con otros o que se siente aislado o diferente (y mantiene esto en todas las esferas de su vida) no es un buen candidato para la psicoterapia grupal.

Un aspecto que demuestra empatía con el grupo es mantener la confidencialidad (Rutan et al. 2014).

Habilidad para mentalizarse.

Tener la habilidad para mentalizarse quiere decir que estás consciente que tú tienes una perspectiva de una situación y que los otros tienen la suya propia, la cual puede ser distinta a la tuya.

Una fuerte habilidad para mentalizarse es muy significativa para el grupo, ya que los miembros que la poseen son más capaces de detectar sus proyecciones y

reacciones transferenciales y observar dichos aspectos en otros miembros del grupo también (Rutan et al. 2014).

Tolerancia a la frustración.

Pertenecer a un grupo terapéutico trae consigo una frustración inherente. El terapeuta puede no contestar directamente a los cuestionamientos del grupo y la satisfacción de las necesidades puede verse frustrada o al menos demorada. Entonces, un atributo importante de los pacientes que pertenecen a un grupo es que posean perseverancia y coraje para soportar esta frustración (Rutan et al. 2014)..

Que no tengan una relación preexistente con otro miembro del grupo.

Es necesario evitar que los miembros del grupo se conozcan entre sí debido a que esto puede afectar al desarrollo de las sesiones, evitando las participaciones y la autenticidad de los miembros (Rutan et al. 2014).

3.3. Elegir el grupo óptimo

Rutan et al. (2014) mencionan que existen consideraciones demográficas, como lo son la edad, el género y la cultura y etnicidad, las cuales podríamos tomar en cuenta para la formación del grupo.

En cuanto a la edad, no es recomendable que el rango sea muy amplio, por ejemplo, una persona en sus 50s experimenta cosas muy distintas a una persona en sus 20s (Rutan et al. 2014).

En cuanto al género, es muy común que se hagan grupos sólo de miembros femeninos o masculinos, esto fomenta que la cohesión del grupo sea más rápida o sencilla, aunque un grupo combinado puede propiciar muchos elementos para el buen desarrollo terapéutico ya que es posible una mejor reproducción de las relaciones interpersonales de los miembros. El género del terapeuta también es importante, ya que con él se produce la transferencia de las primeras relaciones objetales con el miembro del mismo sexo o sexo opuesto, una buena idea es establecer un coterapeuta del sexo opuesto (Rutan et al. 2014).

En cuanto al estilo interpersonal se han considerado 4 cuadrantes por Timothy F. Leary (1957) citado por Rutan, J. et al. (2014, p. 136): “dominante vs sumiso en el eje vertical, y atrevido vs tímido en el eje horizontal”. Se cree que un grupo efectivo contiene miembros pertenecientes a los 4 cuadrantes de estilos interpersonales.

La óptima formación de un grupo psicodinámico es la que posee un desarrollo homogéneo del Yo y un estilo interpersonal heterogéneo. Es más importante aún, que cada individuo del grupo comparta características con al menos otro miembro con el cual se sienta identificado (Rutan et al. 2014).

3.4. Selección de pacientes

Al intentar formar un grupo existen muchos factores que pueden hacer la tarea más complicada de lo que parece, desde contar con el número de pacientes adecuado, entre 6 y 10 (Rutan, J. et al. 2014), y establecer el horario de las sesiones, hasta encontrar las instalaciones adecuadas y planear los objetivos terapéuticos.

En cuanto a la disponibilidad de los pacientes, si la intención es formar un grupo terapéutico dentro de una clínica de servicios psicológicos, es importante tener en cuenta que las bases para el reclutamiento de pacientes, los horarios y duración de sesiones y tratamientos estarán regidos por los protocolos de dicha clínica (Rutan et al. 2014).

Es también una realidad que la mayoría de los pacientes que solicitan servicios psicológicos en una clínica no se muestran muy interesados en formar parte de un grupo terapéutico en un principio. Es por eso que deben ser consideradas múltiples fuentes de reclutamiento de pacientes, como lo son: los propios casos del terapeuta, casos de colegas del terapeuta, la lista de pacientes de la clínica, anuncios en páginas web, transferencias de otros terapeutas, listas de grupos en espera, etc. Aunque tal vez, la manera más efectiva de sean los casos del terapeuta, ya que él tiene una relación más íntima con sus pacientes y el conocimiento necesario para saber quiénes podrían ser candidatos a un grupo terapéutico (Rutan et al. 2014).

La contratransferencia juega un papel muy importante al momento de referir pacientes de una terapia individual a una grupal. Muchas veces existen sentimientos de rechazo, amor o poco valor para comunicarle observaciones al paciente y es por ello que, a menudo, el terapeuta cree que es mejor que el paciente esté en un grupo, a pesar de que ésta tal vez no sea la mejor idea (Rutan et al. 2014).

3.4.1. Pacientes para los cuales no es recomendable un grupo terapéutico

Rutan, J. et al. (2014) mencionan algunas características o circunstancias bajo las cuales las personas no deberían estar en un grupo son:

- Personas que se niegan a entrar a un grupo
- Personas que no puedan o no deseen respetar los acuerdos grupales
- ♣ Personas con las cuales el terapeuta se sienta muy incómodo de trabajar
- Personas que sean consideradas un riesgo
- Personas con una crisis aguda
- Personas con un pobre control de impulsos
- Personas con ciertos caracteres defensivos

En cuanto a los individuos que son considerados de riesgo, podemos decir que son pacientes que abandonan, permanecen estancados o interactúan de una manera dañina para el grupo. Históricamente se considera que una persona es de bajo riesgo cuando abandona sus tratamientos. Una examinación al trabajo hecho por Yalom (1966), para clasificar las razones por las cuales un paciente abandona el tratamiento, se enfoca en 3 ejes: (1) mecanismos de defensa intrapsíquicos, (2) relaciones interpersonales y (3) factores relacionados al grupo que permiten la revaloración del material.

En relación a las crisis agudas, estas pueden ser: una crisis del desarrollo o evento (por ejemplo, matrimonio, divorcio, retiro), una crisis situacional (muerte de un ser querido, enfermedad fisiológica, un cambio laboral mayor, mudanza), o una crisis patológica (brote psicótico, ansiedad extraordinaria, etc.) (Rutan et al. 2014).

Las crisis agudas pueden representar un factor de deserción para el paciente que atraviesa por ellas o para los otros miembros del grupo, aún cuando el líder del grupo es un terapeuta experimentado. Esto puede deberse a que el miembro en crisis puede sentirse frustrado por no sentir que sus demandas puedan ser satisfechas de la manera en la que él espera (Rutan et al. 2014).

3.4.2. Pacientes para los cuales la terapia grupal es una opción

Stein (1963), citado por Rutan et al. (2014, p. 146), abordó el problema de la selección desde una perspectiva psicodinámica descriptiva. Sugirió que el tratamiento grupal podría ser apropiado para aquellos pacientes que manifestaran una transferencia intensa durante el tratamiento, para aquellos con problemas del Superyo, particularmente pacientes con un Superyo muy estricto, para aquellos con características obsesivo compulsivas y culpa; y para aquellos cuyo Yo necesite de apoyo y realidad mediante la identificación con los otros.

Guttmacher y Birk (1971), citados por Rutan et al. (2014), sugirieron que la terapia grupal también es adecuada para aquellos pacientes que no se ven como responsables por los conflictos que ellos experimentan.

Kadis, Krasner, Winick y Foulkes (1963), citados por Rutan et al. (2014), sugieren que los pacientes deben ser evaluados en 4 dimensiones: (1) habilidad para tolerar la ansiedad; (2) identificación y empatía con los demás; (3) fuerza del Yo; y (4) los sistemas de defensa del paciente.

Teóricos del apego reconocen que los pacientes que desarrollaron un apego inseguro, ambivalente o evitativo, reproducen dichos patrones en la adultez y que la terapia grupal ofrece excelentes oportunidades a dichos individuos para explorar sus rasgos de carácter y vincularlos a su historia.

En entrevistas previas al grupo, Zimmerman (1976), citado por Rutan et al. (2014), evaluaba la habilidad de los aplicantes para cambiar de roles. También

cuestionó la habilidad de los pacientes para mantener la confidencialidad y guardar secretos

En contraste con el abordaje psicodinámico se encuentra el comportamental/fenomenológico. Se consideran a pacientes aptos para el grupo a aquellos que presentan problemas para crear intimidad o que llevan vidas solitarias y aisladas. Por el contrario, algunos pacientes pueden ser dependientes o demandantes y la terapia grupal puede ser recomendada para diluir esos comportamientos (Neumann & Geoni, 1974 en Rutan, J. et al. 2014).

En cuanto a los pacientes con alexitima, que es la incapacidad de expresar verbalmente los sentimientos propios y de los demás, observamos que la terapia grupal puede servir como una oportunidad para aprender de manera vicaria o directamente en la práctica de la experiencia afectiva de otros, lo cual ayuda a los pacientes con alexitima a desarrollar la habilidad para identificar sus sentimientos (Rutan et al. 2014).

Piper y McCallum (1994), citados por Rutan et al. (2014), añadieron una lista de criterios generales: (1) características del paciente que demuestren motivación por la terapia y por el cambio de comportamiento, (2) una expectativa positiva de cambio, (3) una susceptibilidad a la influencia del grupo y (4) un deseo por ayudar a los demás.

3.5. Iniciando el grupo terapéutico

Antes de comenzar las sesiones terapéuticas, el terapeuta debe establecer claramente el tiempo, el día y la duración de las sesiones, así como el lugar donde se llevarán a cabo (Rutan et al. 2014).

Comúnmente las sesiones grupales se llevan a cabo una vez por semana, aunque puede haber casos en que se susciten dos veces por semana. Al establecer dicha frecuencia se deben tomar en cuenta diversos factores como la preferencia personal y disponibilidad de tiempo del terapeuta, así como la capacidad de los pacientes de seguir el trabajo terapéutico (Rutan et al. 2014).

Rutan et al. (2014), mencionan que es recomendable que las sesiones grupales tengan una duración de entre 75 y 120 minutos. Sesiones menores a 75 minutos normalmente no proveen suficiente tiempo; sesiones con una duración mayor a dos horas llevan a la fatiga, lo cual puede reforzar o perder las defensas. El rango usual de pacientes en un grupo es de 6 a 10 miembros. Clínicamente, en un grupo de más de 10 integrantes, los miembros menos asertivos tendrían menos oportunidad de discutir sus problemáticas. Menos de 6 integrantes crearía la dificultad para obtener información en cuanto a las relaciones interpersonales.

3.5.1. La primera sesión

Terapeuta y miembros del grupo, abordan la primera sesión con sus fantasías, defensas y mecanismos propios. La ansiedad anticipatoria que experimentan los pacientes podría exagerar los patrones copiados, pero debido a esa ansiedad las defensas y otras ansiedades son expuestas más claramente (Rutan et al. 2014).

El objetivo del terapeuta es crear una atmósfera que provea una oportunidad óptima para que los miembros logren cumplir las metas del tratamiento sobre ellos mismos y su funcionamiento interpersonal e intrapsíquico. El resultado ideal es crear un lugar seguro que invite a la interacción y promueva la reflexión (Rutan, J. et al. 2014).

Comúnmente el terapeuta sugiere que los miembros se conozcan, dejando libre la manera en realizar esta presentación a los propios miembros. El clínico entonces se sienta en silencio (no impaciente) y observa el desarrollo de las interacciones (Rutan et al. 2014).

Cómo lidiar con el silencio es una consideración extremadamente importante. Algunos líderes adoptan un abordaje estricto, a través de su silencio continuo, fuerzan a los miembros del grupo a encontrar un camino para comunicarse debido a la ansiedad. Otros líderes adoptan una postura facilitadora, guiando al grupo a través de momentos de silencio con intervenciones de apoyo o clarificantes, reduciendo la ansiedad, pero no eliminándola (Rutan et al. 2014).

3.5.2. Los límites del grupo

Los límites interpersonales efectivos son lo suficientemente sólidos para proveer distinción entre los individuos y ser lo suficientemente permeables para permitir el intercambio entre los mismos. Dentro de un grupo, los miembros deben ser informados sobre los límites del grupo, es decir, el marco terapéutico del mismo (Rutan, J. et al. 2014).

Al entrar en el grupo, los pacientes y el terapeuta enfrentarán límites entre los miembros, subgrupos y límites intrapersonales. Los límites dentro del grupo probablemente sean traspasados. El terapeuta tiene la tarea de crear estos límites, supervisarlos y decidir cómo responder a ellos para preservar el funcionamiento del grupo (Rutan et al. 2014).

3.5.3. La unión entre los miembros del grupo

Rutan, J. et al (2014) indican que podemos asumir que el primer lazo que crean los pacientes es hacia el terapeuta y a alguna noción interna de “el grupo”, la cual se deriva de experiencias previas como la familia o la escuela. Para algunos pacientes, la seguridad no es primordial en la relación con el terapeuta, pero sí con los pares. Otros suelen temer a los lazos y suelen distanciarse

emocionalmente, esperando estar seguros del tipo de conexión que pueda parecer segura. Por supuesto que los lazos tienen que ver con el apego. Todos los miembros del grupo llegan con un modelo de apego.

La tarea del clínico es convertir el contacto preliminar entre los miembros en lazos substanciales y expandirlos a una sensación de pertenencia a un grupo cohesivo, funcional y coherente. El terapeuta puede ser capaz de lograr esta tarea atendiendo a todo el grupo, subgrupos o individuos en el grupo y haciendo comentarios directos a estos niveles (Rutan et al. 2014).

3.5.4. Temas durante la terapia grupal

Un postulado de la terapia grupal psicodinámica es que rara vez se cambia de tema, ya que como en terapia individual, todo el contenido que se maneja en el grupo está ligado. Aunque los cambios de tema proveen un acceso a procesos inconscientes que han estimulado el cambio (Buchehele, 1977 en Rutan et al. 2014).

Alonso y Rutan (1996), citados por Rutan et al. (2014, p. 207), mencionan que “el líder del grupo debe tener la capacidad de observar las interacciones del grupo con interés, pero también con la capacidad de tolerar esta actividad sin interferencias innecesarias o ansiedad” (p.156).

3.5.5. Manejo de los afectos

Los grupos son sujetos de tormentas emocionales y el contagio de afectos sucede. El contagio puede llevar a una hiperactividad, ira y enfado, o a un espiral de letargo, melancolía o desesperanza (Rutan et al. 2014).

Una tarea primordial del terapeuta es ayudar a los miembros a superar la resistencia de experimentar, expresar y entender sus afectos. (Cohen, 1997; Motherwell & Shay, 2005, pp. 73-112 en Rutan, J. et al. 2014, p. 208). Cuando no existen palabras, el terapeuta puede nombrar sentimientos. El clínico sirve como contenedor de proyecciones y usa estos sentimientos para identificar emociones escondidas o proyectadas.

El objetivo final es no evadir todo trauma, pero si el trauma que amenace la vida del grupo o la capacidad de un individuo de permanecer en grupo (Rutan et al. 2014).

3.5.6. Uso de metáforas

Los miembros del grupo ofrecen material que el terapeuta puede leer como una expresión metafórica. Rutan et al. (2014) mencionan que dichas expresiones indirectas pueden tener como propósito enviar un mensaje silencioso con la esperanza de proteger al miembro del grupo que envió el mensaje. Por otro lado, algunas comunicaciones metafóricas pueden expresar el deseo de un paciente por

ser detectado, comprendido o puesto en la mira, es por eso que las comunicaciones pueden ser examinadas para exponer e integrar sus significados cubiertos.

3.5.7. Promover el insight

Tradicionalmente, el insight fue comprendido primordialmente en términos del entendimiento histórico de la raíces de los comportamientos actuales, así como los sentimientos y percepciones (Rutan, J. et al. 2014). Ahora no s damos cuenta que explorando y entendiendo las interacciones del aquí y el ahora puede originar cambios significativos.

Para algunos, el insight por sí solo , aunque poderoso, no es suficiente para un cambio duradero. Para otros, el insight tiene un impacto grande y duradero que provee una sensación de control personal (Rutan et al. 2014).

3.5.8. El rol del terapeuta

Existe la fantasía por parte de los miembros e inclusive el deseo, por parte del terapeuta de que este último reduzca la ansiedad originada por el primer encuentro. A pesar de esto, el terapeuta debe resistir el impulso de reaccionar precipitadamente. El clínico debe monitorear su posición y la alianza que resulta de ésta, ya que es fundamental abordar al grupo como un ambiente de cambio. Dies (1994), citado por Rutan et al. (2014, p. 212), realizó reportes de pacientes que abandonan el grupo en las primeras sesiones, dichos reportes muestran que “la inactividad del líder es un factor central en la decisión de los pacientes de renunciar al tratamiento” (pp. 128-129).

Después de los primeros comentarios, el terapeuta escucha cuidadosamente qué es lo que los pacientes dicen y cómo lo dicen. El terapeuta también debe esforzarse en que todos los miembros del grupo participen.

3.5.9. El rol de los pacientes

La primera sesión usualmente se vuelve silenciosa después de las presentaciones, usualmente rudimentarias, de los miembros del grupo. En este punto el terapeuta puede esperar para romper el silencio o hacer un comentario que invite a la participación como “Todos los comentarios son bienvenidos” . Recordemos que intervenir de manera activa envía un mensaje, así como hacerlo mínimamente (Rutan, J. et al. 2014).

Eventualmente, no necesariamente en la primera sesión, un miembro del grupo compartirá información o sentimientos lo cual lo dejarán en una posición vulnerable si la respuesta carece de sensibilidad. En este punto los otros miembros pueden unirse a compartir (Rutan et al. 2014).

Por lo general, en la primera sesión los miembros hacen pruebas en cuanto a lo que es seguro decir en la sala y permanecen muy observadores y cautelosos a lo que los demás, en especial el terapeuta, puedan decir (Rutan et al. 2014).

3.5.10. Las primeras semanas del grupo terapéutico

Según Rutan et al. (2014), durante las primeras sesiones, los pacientes suelen sentirse desilusionados acerca del grupo. En esta fase existe una cantidad considerable de pruebas de las normas y los límites y es común que existan ausencias o retardos. Es posible que los miembros creen todo tipo de presiones para mantener la atención del terapeuta en este incumplimiento de los límites y especialmente mantenerlo en la interpretación del significado de estas violaciones. El terapeuta, con mucho tacto y creatividad terapéutica, debe señalar lo que está sucediendo. El foco de atención del terapeuta en esta instancia es el cómo los miembros lidian con ansiedades y conflictos más que el contenido de un conflicto particular. El objetivo terapéutico es ayudar a los miembros a tolerar y enfrentar las ansiedades que surgen del proceso sin exponerlos a más ansiedad de la que puedan tolerar o a menos ansiedad de la que puedan obtener beneficios.

Es común que inicie una etapa de “aconsejamiento” en la cual los miembros comparten algún conflicto y los demás tienden a brindar consejos. Cuando esto predomina, el terapeuta debe ayudar a los miembros a entender la función relativa de dar consejos. Una situación similar ocurre cuando el grupo se enfoca en un solo miembro “enfermo”, o cuando se establecen turnos para hablar de la problemática particular de un miembro. En este caso el terapeuta debe examinar el significado de este enfoque grupal para volver la atención de los miembros a un tema más inclusivo (Rutan et al. 2014).

CAPÍTULO IV

4. GRUPO TERAPÉUTICO CON TIEMPO Y OBJETIVOS LIMITADOS

4.1. Fundamentos básicos

Hasta ahora hemos abordado algunas nociones generales sobre la cura en psicoterapia grupal con enfoque psicodinámico, tomando como base fundamentos psicoanalíticos, así como los factores terapéuticos que propician dicha cura. A su vez, se han mencionado principios básicos a considerar para la formación y el manejo de un grupo terapéutico, desde la selección de pacientes, el rol del terapeuta o terapeutas y las condiciones ambientales. Como se mencionó anteriormente, las condiciones bajo las cuales se desarrolla o va a desarrollarse un grupo terapéutico traen consigo consideraciones importantes para su implementación.

La práctica profesional supervisada realizada durante el presente trabajo, se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila”, ubicadas dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM. Dado a que la demanda de atención en el CSP es muy alta, el tiempo es limitado para realizar intervenciones a largo plazo. Por esta razón se opta por establecer tratamientos con objetivos específicos que puedan ajustarse a las necesidades del paciente y no requieran de tiempos prolongados por los motivos previamente mencionados. Para esto es necesario contar con supervisión y bases sólidas para ofrecer una atención profesional de calidad.

Según MacKenzie (1995), existen ocho rasgos básicos comunes en la psicoterapia individual y grupal con tiempo limitado:

1. Expectativa de que el tiempo límite incrementará el ritmo del trabajo terapéutico y alentará la rápida aplicación a las circunstancias de la vida real.
2. La evacuación y selección cuidadosas se utilizan para excluir a los pacientes que pueden estar en riesgo de daño de 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. Desde el inicio de la terapia, existe una expectativa de que se aplicarán de manera activa las ideas a las circunstancias externas.
6. El terapeuta esperará que el paciente asuma responsabilidad de iniciar las tareas de terapia y lo alentará a hacerlo.
7. Se alentará a movilizar el uso de los recursos externos que puedan reforzar los cambios positivos.

8. Se anticipa que el proceso de cambio continuará después de que termine la terapia y, por tanto, que no necesita atenderse a la variedad de aspectos problemáticos dentro del contexto de terapia.

La tarea del terapeuta en la preparación del grupo con tiempo limitado se divide en estas categorías: 1) Definir los objetivos para el grupo; 2) Evaluación de los miembros potenciales; 3) Tomar decisiones con respecto a la composición del grupo (MacKenzie, 1995).

4.1.1. Definición de los objetivos del grupo

Los objetivos de grupo se desarrollan principalmente en relación con las necesidades de una población blanco particular. Un segundo tipo de objetivo grupal tiene que ver con la naturaleza del clima de interacción que puede obtenerse en términos realistas y que sería de mayor valor para los participantes. Necesitan considerarse con cuidado estos objetivos debido a que después servirán como pautas para que el terapeuta vigile el progreso del grupo y la terminación de las prioridades terapéuticas (MacKenzie, 1995).

4.1.2. Evaluación de los miembros potenciales

Habilidades sociales. Estos grupos son adecuados para aquellos con deficiencias importantes en el funcionamiento social básico, pero se les puede haber diseñado como actividades específicas por tiempo limitado enfocadas en habilidades sociales particulares (MacKenzie, 1995).

Enfoque educativo y cognoscitivo. Los grupos con un objetivo psicoeducativo proporcionan el apoyo a un grupo cohesivo en cuanto a información o técnicas específicas. El foco del grupo se centra en el material que ha de cubrirse y son importantes los mecanismos generales de apoyo y reforzamiento de éste. Estos grupos pueden ser muy útiles en el manejo de la adaptación a enfermedades específicas o para llegar a aceptar cuestiones específicas estresantes como la adaptación al ambiente de una nueva universidad. Las estrategias cognitivo-conductuales pueden aplicarse de manera efectiva en este contexto interaccional (MacKenzie, 1995).

Interpersonal-restitutivo. La meta de estos grupos consiste en translaborar las implicaciones personales del estrés. Durante este proceso, pueden ocurrir cambios concurrentes en cuanto a autoconcepto básico o a estilo interpersonal, pero esto no se considera la tarea principal del grupo. Pueden utilizarse las relaciones entre los miembros del grupo para identificar patrones, pero el énfasis se vuelca con rapidez a las circunstancias externas y a la adaptación a ellas (MacKenzie, 1995).

Interpersonal-explorador. En estos grupos existe una expectativa de que los participantes explorarán activamente los estados internos con el propósito de que

se identifiquen las áreas de conflicto o ambivalencia, las ideas aisladas o negadas y los patrones en relaciones, quizás conectados con experiencias vitales tempranas. En estos grupos, el rol del líder es menos activo y se ocupa en particular de las intervenciones interpretativas que tenderán a aumentar la ansiedad (MacKenzie, 1995).

Si existe una falta de claridad en cuanto al propósito de un grupo, éste puede perder el foco y la intensidad que se requieren para el empleo efectivo del tiempo limitado disponible (MacKenzie, 1995).

A su vez, MacKenzie (1995) menciona que el tratamiento de grupo está contraindicado para personas que se sienten sobreestimuladas dentro de éste, aquellos con graves rasgos sociopáticos y los que tienen una desorganización psicótica tan extrema que no toleran la ambigüedad.

4.1.3. Composición del grupo

Tamaño del grupo. Los grupos más pequeños alientan mayor apertura psicológica y menos subagrupamientos. Para los grupos que intenten utilizar altos niveles de interacción entre miembros, un tamaño de 5 a 10 miembros parece el rango razonable. Si el grupo se desarrolla para trabajar a un nivel de desarrollo de habilidades sociales o con objetivos educativos o cognitivo-conductuales, entonces el tamaño puede ser un poco mayor. Arriba del nivel de 15 a 20 integrantes, el grupo desarrollará una atmósfera de salón de clase. Esto puede ser bastante apropiado para ciertos objetivos, pero esta decisión necesita defenderse de manera explícita (MacKenzie, 1995).

Grupos cerrados o abiertos. Existe una mayor ventaja si se emplea la modalidad de grupo cerrado para grupos con tiempo limitado, de 8 a 12 sesiones, ya que la cohesión del grupo se mantiene y los nuevos integrantes no tienen que esperar mucho tiempo hasta el comienzo de un nuevo grupo (MacKenzie, 1995).

Duración del grupo. Es probable que seis sesiones sean el mínimo (MacKenzie, 1995). La mayor parte de los programas grupales por tiempo limitado operan en una duración mayor que esa. Existen ejemplos de programas de ocho sesiones, pero casi todos ellos se encuentran en el rango de 12 a 20 sesiones. La idea de la psicoterapia por tiempo limitado se lleva a cabo de manera más clara en un grupo cerrado breve. Con ese formato, el grupo debe enfrentarse de manera colectiva con las implicaciones del límite de tiempo.

4.2. Preparación de la psicoterapia con objetivos y tiempo limitados

Los estudios indican que la preparación sistemática da por resultado menos deserciones iniciales y desarrollo más rápido de la cohesión grupal (Piper y Perrault 1989 en MacKenzie 1995). La preparación en sí se realiza ya sea en un grupo o en sesiones individuales. Un contexto de grupo proporciona mayor

realidad y una entrada controlada a la experiencia de estar en un grupo. El clínico que dirige el grupo puede notar también el nivel en el que funcionan los pacientes y utilizar esto para efectuar las decisiones finales en cuanto a la adecuación o composición para el grupo.

4.2.1. El sistema grupal

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 y compromiso grupal para la cuarta o quinta sesión. Esto es en especial crítico para un grupo por tiempo limitado, donde el número de sesiones disponibles para el trabajo de grupo activo disminuirá rápidamente si se prolonga la fase introductoria. El miembro se puede sentir fuera de lugar dentro del grupo o puede estar preocupado acerca de atacar problemas personales. El segundo factor importante se encuentra a un nivel grupal. Si el grupo fracasa en unificarse, se desarrolla un sentido debilitante, de pesimismo y desesperanza (MacKenzie, 1995).

4.2.2. La cohesión grupal

En general, los altos niveles de cohesión en el grupo son de fácil detección. Este sentimiento de "grupalidad" se dirige al grupo en sí y no reside en las relaciones entre miembros específicos del grupo, a pesar de que estos pueden aumentar la cohesión. Si existen lazos específicos, es probable que estos sean con el líder de grupo. MacKenzie (1995) menciona la existencia de algunos indicadores específicos de la cohesión grupal:

1. Los miembros asisten de manera regular y son puntuales.
2. Existen pocas terminaciones prematuras.
3. Los integrantes expresan de manera verbal su entusiasmo por permanecer en el grupo y no se arrepienten de haberse unido a él.
4. Existe un sentimiento cálido entre los miembros y se atraen entre sí.
5. Existen altos niveles de participación activa.
6. Existen altos niveles de apertura psicológica, lo cual indica que los integrantes comienzan a confiar unos en otros.
7. Existe un sistema compartido de creencias acerca de las metas del grupo y de la manera en que éste debe operar.
8. Existen altos niveles de inversión en el trabajo del grupo.

4.3. Etapas del desarrollo del grupo terapéutico con objetivos y tiempo limitados

Para MacKenzie (1995), dentro de un esquema simplificado para grupos con objetivos y tiempos limitados, las etapas relevantes son: compromiso, diferenciación, trabajo interpersonal y terminación.

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.

4.3.1. Etapa de compromiso

Esta etapa comprende el desarrollo de una identificación entre cada miembro y con el grupo, y un compromiso con las tareas del mismo. Según MacKenzie (1995), el proceso de apertura psicológica inicial se acompaña, por lo general de ansiedad y alivio. Por lo común los otros integrantes del grupo aceptan la información revelada de una manera que proporciona apoyo y es carente de crítica.

Un mecanismo poderoso en funcionamiento durante la etapa de compromiso es la universalidad. Los miembros del grupo comienzan a darse cuenta de que han tenido experiencias, reacciones o síntomas similares. La conciencia de las similitudes impulsa a los integrantes a unirse. La tarea terapéutica durante esta etapa consiste en alentar y apoyar la participación y es apropiado durante esta fase un grado razonable de participación del terapeuta (MacKenzie, 1995).

4.3.2. Etapa de diferenciación

La función de esta segunda etapa consiste en apreciar la cualidad única de los diversos puntos de vista individuales y aprender a enfrentarse a ellos. La identificación de las diferencias también hace surgir una atmósfera de confrontación que se acompaña con frecuencia de reacciones de irritación o enojo. Una manifestación de esta etapa sea quizá la crítica al líder (MacKenzie, 1995).

Para MacKenzie (1995), la atmósfera más conflictiva de la etapa de diferenciación fuerza a los miembros a examinarse a sí mismos de manera más seria y a la naturaleza de su participación en el grupo. La tarea del terapeuta durante esta etapa consiste en permitir que se den estos procesos sin interferir con ellos. El terapeuta debe atender a la responsabilidad profesional de asegurar que no se ignore a ninguno de los miembros si se le lastima a través de estos eventos de confrontación. Se puede ver que llega a su fin cuando el grupo maneja la resolución del conflicto a través de un estilo cooperativo. Los miembros pueden estar de acuerdo o discrepar pero, de todas maneras, pueden continuar trabajando en estas cuestiones.

Es poco sabio terminar un grupo mientras que lucha con la manera de manejar material de confrontación, porque la terminación está vinculada por naturaleza propia con un afecto negativo. Cuando los miembros analizan su experiencia pasada en el grupo, la ven a través de las experiencias terminales. Si éstas se componen de aspectos confrontativos sin resolver, la imagen que se retiene del grupo quizá no sea placentera y esto puede decolorar, y quizás deshacer, experiencias útiles que ocurrieron durante sesiones anteriores (MacKenzie, 1995).

4.3.3. Etapa de trabajo interpersonal

A medida que el grupo terapéutico se mueve a una etapa laboral más avanzada, cambian las prioridades del terapeuta. Las experiencias importantes de aprendizaje tendrán que ver ahora en un grado mucho mayor con la comprensión del miembro individual. Esto no quiere decir que se olviden las necesidades del individuo durante las primeras dos fases, ni que el mantenimiento de una cultura terapéutica de grupo sea poco importante en las etapas de trabajo, sino que el sentido de orientación se altera a un nivel apropiado (MacKenzie, 1995).

4.3.4. Etapa de terminación

Esta etapa se centra alrededor de la adaptación a la pérdida. Los miembros pueden encontrar que su tristeza ante la terminación se asocia con situaciones pasadas de aflicción. También es de esperarse que haya elementos de enojo. Por lo general, la separación implica una revisión de los eventos de terapia, un proceso que ayuda a internalizar la experiencia (MacKenzie, 1995).

Un aspecto importante de los enfoques con tiempo limitado es la expectativa de que los pacientes aplicarán de manera rápida el aprendizaje de terapia a las circunstancias externas. Esto implica una dimensión de iniciativa y actividad del paciente que, a pesar de estar presente en todo tipo de terapia es en particular prominente en los enfoques con límite de tiempo. El grado de dependencia en el terapeuta o en el ambiente terapéutico tiene que mantenerse limitado. La imposición de un límite de tiempo ilumina automáticamente los aspectos de responsabilidad y autonomía personales (MacKenzie, 1995).

MacKenzie (1988) describió tres métodos para el establecimiento de un límite de tiempo en psicoterapia individual. El primero de estos es la "alternativa inflexible". La terapia tiene una duración establecida y el paciente está limitado por ella. Por ejemplo, Mann y Goldman (1984), citados por MacKenzie (1995, p. 428), utilizaron un formato de 12 sesiones de terapia individual breve. Un segundo enfoque es la "alternativa justa". Se determina de antemano una fecha de terminación, pero el paso puede variar. Las sesiones pueden realizarse de manera más frecuente al principio y después con menor frecuencia hacia el final, como en un paradigma educativo de aprendizaje. El tercer enfoque es la "alternativa elástica". No se establece límite de tiempo pero existe una presión constante para mantener al proceso tan corto como sea posible. Si se adopta la recomendación anterior de utilizar un formato cerrado para los grupos por tiempo limitado, entonces se aplica de manera automática la alternativa inflexible.

Los pacientes recuerdan la experiencia de grupo a través del filtro de la terminación. Si se deja este final en un estado de suspensión, ello puede colorear la percepción de la experiencia completa y puede perderse el aprendizaje útil. Es posible que algunos miembros puedan, de hecho, requerir de más terapia. Cuando éste sea el caso, es útil interponer una breve "vacación del tratamiento". La nueva

terapia se considerará como una segunda fase y no tan sólo como una necesidad lamentable conectada con la terminación del grupo (MacKenzie, 1995).

4.4. Técnica terapéutica en grupos con objetivos y tiempo limitados

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 con el paciente un conjunto adecuado de metas blanco y asegurar que el proceso de terapia no se aleje demasiado de estas metas. Más que alentar el flujo asociativo indirecto, el terapeuta y el paciente deben limitar sus consideraciones a aquellas cuestiones que sean pertinentes para la tarea terapéutica (MacKenzie, 1995).

MacKenzie (1995) menciona que la literatura acerca de psicoterapia por tiempo limitado ha enfatizado dos maneras de abordar a este problema.

La primera es un diálogo entre el clínico y el paciente para que se desarrolle un conjunto razonable de metas terapéuticas. En general, este dialogo evoluciona a lo largo de varias sesiones. La intención de este importante proceso consiste en estimular una evaluación cuidadosa de los patrones subyacentes que pueden ser problemáticos de manera recurrente. En términos generales, esta colaboración da por resultado un foco terapéutico más útil (MacKenzie, 1995).

La segunda manera principal de establecer un foco terapéutico es mediante el uso selectivo del lenguaje interpersonal más que de los conceptos intrapsíquicos. Esto no quiere decir que se niegue la importancia de los mecanismos internos sino, más bien, consiste en enfocarse en las implicaciones de estos mecanismos para situaciones específicas de relaciones reales. El establecimiento de un foco terapéutico acarrea un sondeo cuidadoso de las relaciones específicas en el presente y en el pasado, con un interés particular en los significados que coloca el paciente en estas relaciones y en los eventos importantes en los que surgieron éstas. Este énfasis en los patrones de construcción interpersonal proporciona material descriptivo que es comprensible para el paciente y fácil de rastrear en el proceso terapéutico (MacKenzie, 1995).

Si el foco terapéutico se ha evaluado de manera precisa, es inevitable que se aplique también a las circunstancias externas. Una de las tareas más centrales para el terapeuta en la psicoterapia por tiempo limitado consiste en alentar sistemáticamente a los miembros a que consideren la manera en que pueden aplicar mejor el aprendizaje dentro del grupo a las situaciones actuales de la vida real (MacKenzie, 1995).

CAPÍTULO V

5. FUNDAMENTOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA GRUPAL SUPERVISADA CON ADOLESCENTES

Para Blos (1975), la adolescencia es una etapa de la vida en la cual se inicia un periodo de maduración en el cual se presentan no sólo cambios biológicos, sino también en lo psicológicos y sociales. Las pulsiones se organizan en torno a la genitalidad, aparece el deseo de separación de los objetos primarios y se inicia la búsqueda u orientación libidinal hacia objetos externos no incestuosos. Con este proceso de separación-individuación, se inicia la búsqueda de identidad psicosexual del adolescente.

Es común que durante el proceso de búsqueda de identidad, el adolescente experimente periodos de confusión o ambivalencia emocional, que pueden ser catalogados como crisis de identidad, a la cual Aberastury y Knobel en 1965 definen como el síndrome de la adolescencia normal. (Aberastury, & Knobel, 2004).

Para poder tanto elaborar como cerrar el periodo de las crisis que caracterizan a la adolescencia es necesario que el Yo se haya fortalecido mediante un sentido de diferenciación e identidad psicosexual, lo cual es producto de una interacción con el medio ambiente, originando un proceso de adaptación e integración yoica (Blos, 1975)

En ocasiones existen diversos factores ambientales como pueden ser el núcleo familiar primario, el grupo de amigos o una crisis externa a la adolescencia, que, combinados con ciertos rasgos de la personalidad y aspectos psíquicos, pueden mermar el proceso de fortalecimiento del yo, prolongando así el periodo de la adolescencia (Blos, 1975). Yussif, Carrillo y Yañes (1989), llaman a este periodo adolescencia tardía. Es por tal motivo que la práctica terapéutica se convierte en una opción para que el adolescente sea capaz de enfrentarse y resolver tal periodo.

Según Yussif (1989), el grupo es un elemento sustancial en el trabajo psicoterapéutico con adolescentes. Retoma el aspecto fundamental de la búsqueda de identidad que efectúa el adolescente con base en su deseo de pertenencia e identificación con grupos de amigos. El grupo facilita el proceso de individuación.

El grupo de amigos funciona como un espacio donde se lleva a cabo una identificación entre los pares, lo cual favorece la seguridad y el autoestima del adolescente. Esto hace a que dicho grupo adquiera gran importancia y se

transfieran a él, gran parte de la dependencia y compromiso que previamente el adolescente depositaba en su familia, especialmente en sus padres (Yussif, 1989)

Durante esta etapa las figuras parentales del adolescente se vuelven insatisfactorias a sus deseos, los cuales tiene que ver con el reconocimiento y resignificación de su identidad. Es por tal motivo que es necesario elaborar la ambivalencia que experimenta el adolescente respecto al deseo de querer desprenderse de sus padres y separarse de su núcleo familiar para lograr tanto una independencia como autonomía emocional, y por otro lado el deseo de no querer separarse de su núcleo familiar, lo cual puede deberse a diversos factores que deben analizarse en la práctica clínica (Yussif, 1995)

Además del análisis de dichos factores, el grupo terapéutico ofrece la posibilidad de recrear el grupo familiar primario, lo que posibilita analizar las relaciones y las transferencias que surgen en el grupo como un todo y entre sus miembros (Yussif, 1989).

5.1. El Modelo de Formación de Dalila Yussif R.

Aunado al estudio de los procesos psíquicos de la adolescencia, Dalila Yussif Roffe (1996) menciona algunos de los puntos básicos en los cuales su modelo se fundamenta, los cuales parten de las aportaciones teóricas de Pichón-Riviere, Mannoni, Anzieu, Kaës, Carrillo, Grinberg, Alonso, Materson, entre otros:

1. La enseñanza del psicoanálisis se ve obstaculizada por la resistencia que genera el objeto de estudio, lo cual implica conocer los propios procesos, en relación a las reacciones transferenciales y contratransferenciales. La angustia que estos sentimientos provocan en los psicólogos en formación, le hacen rechazar el material de enseñanza, puesto que se reactivan ciertos puntos neuróticos en su personalidad.
2. El análisis sistemático y a tiempo de dichas ansiedades facilita el proceso de aprendizaje. Ya que de no analizarse, éstas pueden tanto afectar el proceso terapéutico con los pacientes como el proceso formativo.
3. Es esencial la enseñanza formativa-vivencial, la cual consiste en vincular el aprendizaje con la experiencia práctica, Se busca hacer una diferencia entre la enseñanza que concierne a los procesos secundarios y la formación que moviliza los procesos primarios. Es decir, se busca un saber del inconsciente (formación) y un saber sobre el inconsciente (enseñanza)
4. Se observa al grupo de supervisión como una caja de resonancia, en la cual las fantasías inconscientes del grupo terapéutico reactivan las propias del equipo en formación. En donde el foco latente en un grupo, coincide con el organizador psíquico del otro grupo.

5. Se resalta la misma línea de trabajo tanto con los estudiantes como con los pacientes: El proceso de separación-individuación (Propuesto por Mhaler, 1972 y retomado por Socorro, H. & Yussif, D., 1989). Con base en el momento evolutivo y su desarrollo personal, se trabaja, con el adolescente tardío, dicho proceso de separación-individuación de las figuras parentales y la consolidación de su identidad psicosexual.

Es importante señalar que este mismo proceso se da de manera simultánea con el grupo de psicólogos en formación durante la etapa final del proceso, ya que existe una separación del vínculo institucional, lo cual pone a prueba el éxito del aprendizaje. En esta etapa es necesario contener y trabajar las ansiedades del psicólogo en formación para promover el crecimiento individual y la integración de su rol profesional respecto a su objeto de estudio.

Con base en los fundamentos teóricos mencionados, en investigaciones posteriores y en la práctica grupal, en el año de 1994, Yussif implementa un modelo de intervención terapéutica supervisada con adolescentes-adolescentes tardíos, del cual se deriva como uno de sus propósitos fundamentales, la formación del psicoterapeuta.

La praxis del modelo se basa en la observación in-situ, la coterapia y la supervisión. El método de observación in-situ ha ido evolucionando a favor del desarrollo de habilidades analíticas, las cuales son necesarias para un manejo adecuado del material clínico recabado, así como para la elaboración de reportes y notas clínicas, las cuales son indispensables tanto para la planeación de estrategias de intervención, como para la investigación sobre el tema (Yussif, 1996).

Por su parte, la coterapia entre pares o con un terapeuta de mayor experiencia ha dado resultados satisfactorios para el proceso formativo y el terapéutico, especialmente cuando ambos coterapeutas han logrado una comunicación adecuada y han generado la confianza suficiente entre ellos para que ambos puedan desempeñar su rol con asimetría y seguridad (Socorro, H., 1989).

En cuanto a la supervisión clínica, Yussif, (1995) considera que ésta facilita el análisis, por un lado, de los procesos que surgen dentro del grupo de psicólogos en formación, y por otro lado, los que se generan de la integración del grupo de aprendizaje con el grupo terapéutico. La supervisión implica un gran compromiso y responsabilidad con todas las instancias involucradas, ya que los procesos paralelos e inconscientes como la resonancia (Foulkes, 1948) influyen de manera determinante en el trabajo terapéutico y de formación, pudiendo perturbar ambos procesos.

La supervisión promueve la fluidez y el intercambio de pensamientos, su efecto emocional en cada miembro del equipo de psicólogos en formación, lo cual nos permite evaluar el rol del analista tanto en la relación coterapéutica como en la relación como analista individual con el grupo terapéutico y la propia dentro del grupo en formación (Yussif, 1995).

Por último, es necesario valorar constantemente las relaciones del grupo en formación con respecto a las ansiedades básicas que se movilizan en relación a la intervención con el grupo terapéutico. Dichas ansiedades básicas provocan reacciones defensivas inconscientes que se despiertan ante el dolor o sufrimiento que algún miembro del grupo terapéutico pueda experimentar. “El análisis y la elaboración de las ansiedades que surjan durante el proceso de supervisión, está estrechamente ligado al éxito terapéutico” (Yussif, 1995).

5.2. Antecedentes de experiencias similares bajo el modelo de formación de Dalila Yussif R.

El programa “Una experiencia con grupo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica: Impacto de la supervisión clínica en la formación de los psicoterapeutas”, del cual se obtuvo como resultado el presente trabajo, se basa en el modelo de Formación de Psicoterapeutas de Grupo implementado por Yussif en 1994, el cual tiene como uno de sus ejes la investigación respecto al impacto que tiene la supervisión clínica en la formación de psicoterapeutas, y cómo ésta, la supervisión, promueve la adquisición y desarrollo de habilidades profesionales analíticas en los estudiantes de psicología clínica y psicoterapia de grupo.

El modelo implementa programas de entrenamiento, docencia e investigación para psicólogos mediante la supervisión. Con esto también se ven beneficiadas la investigación y producción científica en escenarios reales como lo es el CSP “Dr. Guillermo Dávila”.

A continuación se describe una experiencia destacada con base en el modelo de formación de Yussif (1994), la cual fue desarrollada en las instalaciones del CSP. Su documentación en el presente trabajo fue posible gracias a las aportaciones de investigación de Cruz y Núñez (2011), Monroy (2013) y Nieto (2016).

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

Durante la etapa de la formación de las psicoterapeutas se trabajó con dos grupos terapéuticos. En enero de 2003, se decidió que el grupo de pacientes estaría integrado con estudiantes de los últimos semestres de la licenciatura con la finalidad de incrementar su capacidad de insight o introspección, habilidad indispensable en los psicólogos y requisito necesario para poder trabajar clínicamente. Como resultado de esta experiencia se encontró en el grupo de formación y de pacientes una dificultad para contactar con sus sentimientos, para ser autosuficientes y para integrar su identidad profesional (Yussif, 2003).

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

A continuación se mencionan de manera breve y por orden cronológico los antecedentes al modelo implementado por Yussif con base en la investigaciones de Yussif (1987, 1989, 1995, 1996, 1997, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008) y de Cruz y Núñez (2011):

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

2. En 1989, Yussif menciona que para trabajar con adolescentes es importante desarrollar una técnica más activa en la que el terapeuta participe más y se muestre como es, sin "escondarse" en su rol de analista; señala que durante las sesiones de grupo, por la cercanía tanto física como emocional, es común sentir que afloran sentimientos libidinales y agresivos, por lo que se considera importante utilizar la contratransferencia como valioso instrumento empático. Es en este mismo año que Yussif, junto con Castillo ponen en práctica un modelo de co-supervisión para formar a psicoterapeutas y desarrollar modelos con adolescentes en I.M.P.P.A. En el que se trabajó con un Grupo de Adolescentes entre 14 y 15 años, y un Grupo de Padres.

3. En 1993, Carrillo y colaboradores establecen como objetivo la formación de psicoanalistas y psicoterapeutas a través de grupos de formación, también llamados Grupos T o grupos centrados en los fenómenos que surgen dentro del

grupo. Los autores concluyen que una formación completa es aquella que enlaza y abarca los saberes del y sobre el inconsciente y que articula teoría y práctica.

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

5. En 1996, Yussif describe reflexiones sobre la experiencia del modelo de supervisión que se impartía en la Especialidad de Psicología Clínica y Psicoterapia en Instituciones de la Facultad de Psicología. Concluye que durante el proceso de formación fue necesario valorar constantemente las reacciones del grupo de estudiantes respecto de las ansiedades básicas que se movilizan en relación al objeto de estudio, los pacientes. Se encontró que el análisis y la elaboración de las ansiedades que surgían durante el proceso estaban estrechamente ligados al éxito con los pacientes. Este proceso de aprendizaje implica la ruptura y el abandono de viejos esquemas y conocimientos internalizados, pone en movimiento afectos intensos y difíciles de manejar.

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

7. En 2002, Yussif y cols. presentan resultados de una investigación que indica que al inicio del proceso de formación está presente la resistencia al nuevo aprendizaje y a contactar con los sentimientos que surgen durante el trabajo clínico. La supervisión se convierte en un espacio de contención de las ansiedades. Se encontró, durante el proceso, que existían diversos grados de dificultad para contactar con los sentimientos generados en el grupo de formación hacia el grupo terapéutico, debidos a la intensidad de los mismos. Lo que se pudo concluir al final de este trabajo es que los terapeutas aumentaron su sensibilidad y

manifestaron sus sentimientos positivos hacia los pacientes que terminaron el proceso terapéutico. Se logró la integración del grupo de formación, y en cuanto a las habilidades adquiridas en este proceso, se encontró que siempre fue en forma ascendente.

8. En 2003, Yussif, y cols. concluyeron que existen pocos reportes en la licenciatura sobre estudios relacionados con la supervisión en grupo para la formación de psicoterapeutas de grupo por lo que proponen realizar investigaciones controladas que permitan vincular la práctica profesional supervisada de psicólogos y psicoterapeutas a los más recientes hallazgos en el campo. Durante la formación se manifestaron distintos miedos: a los propios sentimientos contratransferenciales, a ser observado, a desintegrar al grupo, y a la confrontación personal a través del material de los pacientes, entre otros. Reportan que al final del proceso se logró contener las ansiedades que se movilizaron. Se recomienda dar mayor atención al aspecto afectivo del aprendizaje.

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

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

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

11. En 2007, Yussif, observó que la identificación y el análisis de las ansiedades que obstaculizan el trabajo y la integración de los afectos escindidos durante la supervisión, permite una mayor confianza y participación de los estudiantes en formación y de los pacientes. Se concluyó que lograr una mejor comprensión de sí

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

5.3. Antecedentes contextuales para el desarrollo de la presente investigación y práctica clínica dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM

La Facultad de Psicología ha realizado un importante trabajo y esfuerzo dedicados a la vinculación académica con la práctica profesional. Los programas de prácticas profesionales supervisadas en diversos centros de formación para la atención e investigación en psicología, que a través de sesiones terapéuticas guiadas y prácticas en espacios especializados, permiten a los estudiantes una experiencia de contacto directa en diferentes escenarios del quehacer profesional, siempre apoyados por el sustento teórico. El programa de prácticas profesionales del cual se obtuvo como resultado el presente trabajo se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila” ubicado dentro de las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

El CSP cuenta con una gran afluencia de pacientes por lo cual se presenta como un escenario ideal para llevar a cabo prácticas profesionales supervisadas, ya que cuenta con las instalaciones necesarias y el personal capacitado para su desarrollo. Es por eso que se logran integrar diversos objetivos como son: el servicio a la comunidad, la formación de psicoterapeutas y la investigación.

El CSP comenzó sus servicios en el año 1981, desde entonces sus objetivos han sido, entre otros: ofrecer servicios de atención psicológica a distintos tipos de población como alumnos, personal de la UNAM y personas externas a la institución; proporcionar al estudiante una enseñanza práctica bajo la supervisión de especialistas; brindar al estudiante una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación que favorezcan una formación integral; ofrecer a los alumnos una formación clínica aplicada y especializada, a nivel de estudios superiores y postgrado; y difundir el conocimiento especializado (Psicología UNAM, 2017)⁴

En cuanto a la atención psicológica, el CSP cuenta con especialistas en distintos enfoques terapéuticos de los cuales se implementan programas de intervención, algunos de ellos son la prevención primaria con talleres en las áreas de habilidades sociales, desarrollo de emociones, manejo de crisis, desarrollo infantil y habilidades parentales; el tratamiento presencial de forma individual, de pareja, familiar y grupal; y el tratamiento a distancia.

⁴ Recuperado el 14 de Mayo de 2017 de: <http://www.psicologia.unam.mx/centros-de-formacion/>

Para tener acceso a los servicios que ofrece el CSP es necesario cumplir con la solicitud de servicio en tiempo y forma, así como con la documentación solicitada y las evaluaciones pertinentes. Por otro lado, el estudiante que desee realizar prácticas profesionales en el CSP debe ponerse en contacto con la coordinación de Centros de formación para la atención e investigación en psicología, para conocer la oferta de programas de formación en la práctica dentro del CSP y sus requisitos.

MÉTODO

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

JUSTIFICACIÓN

Los estudios en cuanto al psicoanálisis y sus mecanismos curativos dentro de la terapia grupal se han documentado poco, por lo menos dentro de las instituciones encargadas de brindar atención psicológica.

El presente trabajo pretende documentar la aparición de dichos factores terapéuticos dentro de un grupo con perspectiva psicoanalítica con objetivos y tiempo limitados y cómo estos contribuyen al progreso de los pacientes. Esto con el fin de brindar más alternativas de atención profesional y de calidad que puedan ser implementadas dentro de las instituciones de Servicios Psicológicos.

Aunado a lo anterior, se pretende que los resultados obtenidos de la investigación e intervención aquí descritas, puedan aportar información a los postulados del psicoanálisis grupal que hacen referencia a los mecanismos que coadyuvan al progreso y compromiso terapéutico.

Por tal motivo, es necesario formar profesionales en el campo de la salud mental que contribuyan al estudio e investigación de diversos temas referentes a la psicología. Es preciso que tales profesionales lleven a cabo una práctica clínica ética y de calidad. Para atender a tales demandas, se ha impulsado, en la Facultad de Psicología de la UNAM, el desarrollo de programas enfocados tanto en la investigación como en la vinculación académica con la práctica profesional.

El presente trabajo tiene como objetivo satisfacer tales demandas de investigación y documentación de los factores terapéuticos durante una intervención grupal de corte psicoanalítico con objetivos y tiempos limitados, así como resaltar la importancia de la supervisión en un grupo de psicólogos en formación pertenecientes a la Facultad de Psicología de la UNAM.

El desarrollo del presente trabajo, bajo la implementación del modelo de intervención desarrollado por Dalila Yussif R., el cual es llevado a cabo en uno de los programas de formación en la práctica con sede en el CSP "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM, parte de la consideración fundamental de la práctica clínica supervisada en la formación de los psicoterapeutas, es decir, del vínculo aprendizaje-experiencia. Es por tal motivo que surge la necesidad tanto de contar con profesionales responsables de la supervisión como de implementar nuevos programas curriculares en los cuales el psicólogo en formación sea capaz de desarrollar herramientas y habilidades precisas para llevar a cabo una práctica profesional de calidad, como lo son empatía, observación, ética, preparación, compromiso, autoconocimiento, escucha activa, comprensión psicodinámica del conflicto, etc..

Así mismo, el presente trabajo es un estudio descriptivo que busca documentar y constatar la importancia de dicha supervisión clínica en el caso particular de un grupo terapéutico conformado por dos pacientes y dos coterapeutas, bajo una propuesta de intervención breve de corte psicoanalítico. Se analizó el progreso logrado de las pacientes a través de distintas etapas (MacKenzie, 1995) con base en los factores terapéuticos grupales propuestos por Yalom (1996) y Vives (1989) y en el trabajo desarrollado por parte de un grupo de psicólogos en formación bajo la responsabilidad de la profesora Dalila Yussif Roffe.

OBJETIVO GENERAL

Los propósitos fundamentales que se persiguieron durante la implementación del programa de intervención se centran, por un lado, en realizar un análisis descriptivo de los factores terapéuticos que se manifiestan dentro de un grupo terapéutico de corte psicoanalítico con objetivos y tiempo limitados, con el fin de brindar una mejor comprensión de los mismos. Por otro lado, de manera breve, se realizó un análisis del proceso formativo del psicólogo, ya que este proceso propicia el desarrollo de competencias y habilidades clínicas mediante la aplicación de entrevista psicodinámica y la psicoterapia breve de corte psicoanalítico. Tal proceso formativo pretende un mejor entendimiento de sí mismo, de sus pacientes y del vínculo que se establece en la sesión terapéutica. Por último se hace un breve análisis de la importancia de la supervisión clínica para fines terapéuticos y formativos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A continuación se mencionan los objetivos particulares que se desearon alcanzar con la implementación del programa de intervención:

- Obtener los fundamentos teóricos y técnicas de intervención psicoanalíticas, psicodinámicas y existenciales para su aplicación dentro de un escenario supervisado.
- Obtener el conocimiento de teorías y técnicas de intervención con objetivos y tiempo limitados para la atención de un grupo terapéutico.
- Conocer la evolución de un grupo terapéutico con objetivos y tiempo limitados desde un enfoque psicoanalítico, mediante el análisis de factores terapéuticos o curativos y la importancia de la supervisión clínica para su éxito.
- Documentar los resultados obtenidos del análisis de los factores terapéuticos para que estos puedan ser utilizados en futuras investigaciones y programas de intervención.
- Conocer de manera breve, tanto la experiencia como el aprendizaje de habilidades y competencias del psicólogo en formación durante el programa de intervención.
- Resaltar la importancia de la práctica profesional supervisada para que así puedan ser implementados más programas de supervisión clínica.
- Destacar la importancia de la auto-observación como cualidad fundamental para el ejercicio profesional del psicólogo.
- Brindar atención psicológica profesional a los usuarios del CSP.

POBLACIÓN

Durante el desarrollo del programa de intervención se atendió a los usuarios del CSP “Dr. Guillermo Dávila” en la Facultad de Psicología de la UNAM. Dicha población se encuentra, en su mayoría, en un nivel socioeconómico medio-bajo y radicando en la Ciudad de México y área metropolitana. El CSP brinda a atención usuarios dentro de un amplio rango de edad, desde niños hasta adultos y adultos mayores, sirviéndose de distintos enfoques y técnicas de intervención psicológica. Es común que la población estudiantil universitaria se vea beneficiada de sus servicios.

El grupo de psicólogos en formación se conformó por 6 miembros, 3 hombres y 3 mujeres. Cuatro de ellos cursando los últimos semestres de la Licenciatura en la Facultad de Psicología de la UNAM, otro más, egresado de la misma institución y el último, egresado de la carrera de Psicología por parte de una Universidad privada.

Para la formación del grupo terapéutico que se benefició con la implementación del presente programa de práctica clínica supervisada se recibieron y analizaron 17 solicitudes de candidatos, de las cuales 3 se descartaron debido a que no fue posible contactar con los usuarios solicitantes, resultando así un total de 14 candidatos con un rango de edad de entre 17 y 26 años; con escolaridad de bachillerato y licenciatura. Finalmente el grupo terapéutico quedó conformado por dos pacientes mujeres de 18 y 19 años de edad respectivamente.

Por motivos de confidencialidad no se expondrán ni los nombres de los candidatos ni de las pacientes que conformaron el grupo terapéutico. Se utilizarán letras mayúsculas para referirse a ellos con la finalidad de hacer más clara la explicación.

ESPACIO DE TRABAJO

El programa de intervención se llevó a cabo dentro de las instalaciones del CSP “Dr. Guillermo Dávila”, ubicado en sótano del edificio D de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se hizo uso de la cámara de Gesell número 14 para llevar a cabo la intervención terapéutica; y se utilizó su contraparte, el aula 15, para realizar el trabajo de observación y supervisión.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

Se tomó la decisión, basada en el modelo propuesto por Yussif (1994), de dividir el programa de intervención en tres fases, las cuales son aplicables tanto para el grupo de psicólogos en formación como para el grupo terapéutico que resultó beneficiado de la intervención y a partir del cual se analizó el surgimiento de los factores terapéuticos. Ambos procesos se desarrollaron desde un trabajo teórico-vivencial supervisado.

A continuación se presenta una lista con las fases por las cuales transcurrió la intervención y supervisión. Posteriormente se muestra un diagrama de Gant (Fig. 1) en

el que se señala la cronología de las actividades realizadas. Posteriormente se lleva a cabo una descripción de los procesos del grupo en formación y del grupo terapéutico. Se resaltan en cada uno de ellos 3 etapas o fases, siendo este último, el proceso del grupo terapéutico, el foco principal, más no el único, de análisis para el presente trabajo.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

- INTEGRACIÓN DEL GRUPO EN FORMACIÓN
- GRUPO EN FORMACIÓN DURANTE LA INTERVENCIÓN
- SELECCIÓN DE PACIENTES PARA EL GRUPO TERAPÉUTICO
- INICIO DEL GRUPO TERAPÉUTICO
- DESARROLLO DEL GRUPO TERAPÉUTICO
- TERMINACIÓN DEL GRUPO TERAPÉUTICO
- CIERRE DEL GRUPO EN FORMACIÓN

	Nombre	Inicio	Terminado	Predecesores
1	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	17/08/16...	31/01/17...	
2	REVISIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO/ELABORACIÓN DE REPORTES DE LECTURA Y REFLEXIONES	17/08/16...	31/01/17...	
3	INTEGRACIÓN DEL GRUPO EN FORMACIÓN	17/08/16...	6/09/16...	
4	SESIÓN 1 PRESENTACIÓN DEL GRUPO EN FORMACIÓN	17/08/16...	23/08/16...	
5	SESIÓN 2 INTEGRACIÓN DEL GRUPO EN FORMACIÓN	24/08/16...	30/08/16...	4
6	SESIÓN 3 PLANEACIÓN DEL GRUPO TERAPÉUTICO / REVISIÓN DE SOLICITUDES	31/08/16...	6/09/16...	5
7	GRUPO EN FORMACIÓN DURANTE LA INTERVENCIÓN	7/09/16...	29/11/16...	6
8	SELECCIÓN DE PACIENTES PARA EL GRUPO TERAPÉUTICO	7/09/16...	27/09/16...	
9	SESIÓN 4 SELECCIÓN DE PACIENTES/ELABORACIÓN DE ENTREVISTAS	7/09/16...	13/09/16...	6
10	SESIÓN 5 SELECCIÓN DE PACIENTES/ELABORACIÓN DE CUADROS	14/09/16...	20/09/16...	9
11	SESIÓN 6 SELECCIÓN PRELIMINAR DE LOS PACIENTES Y COTERAPEUTAS	21/09/16...	27/09/16...	10
12	INICIO DEL GRUPO TERAPÉUTICO	28/09/16...	18/10/16...	
13	S. 7/SESIÓN 1 GRUPO TERAPÉUTICO	28/09/16...	4/10/16...	11
14	S. 8/SESIÓN 2 GRUPO TERAPÉUTICO	5/10/16...	11/10/16...	13
15	S. 9/SESIÓN 3 GRUPO TERAPÉUTICO	12/10/16...	18/10/16...	14
16	DESARROLLO DEL GRUPO TERAPÉUTICO	19/10/16...	15/11/16...	
17	S. 10/SESIÓN 4 GRUPO TERAPÉUTICO	19/10/16...	25/10/16...	15
18	S. 11/SESIÓN 5 GRUPO TERAPÉUTICO	26/10/16...	1/11/16...	17
19	S. 12/SESIÓN 6 GRUPO TERAPÉUTICO	9/11/16...	15/11/16...	18
20	TERMINACIÓN DEL GRUPO TERAPÉUTICO	16/11/16...	29/11/16...	
21	S. 13/SESIÓN 7 GRUPO TERAPÉUTICO	16/11/16...	22/11/16...	19
22	S. 14/SESIÓN 8 GRUPO TERAPÉUTICO	23/11/16...	29/11/16...	21
23	CIERRE DEL GRUPO EN FORMACIÓN	18/01/17...	31/01/17...	22
24	SESIÓN 15 ANÁLISIS DE RESULTADOS/PROPUESTAS	18/01/17...	24/01/17...	22
25	SESIÓN 16 ANÁLISIS DE RESULTADOS/PROPUESTAS	25/01/17...	31/01/17...	24

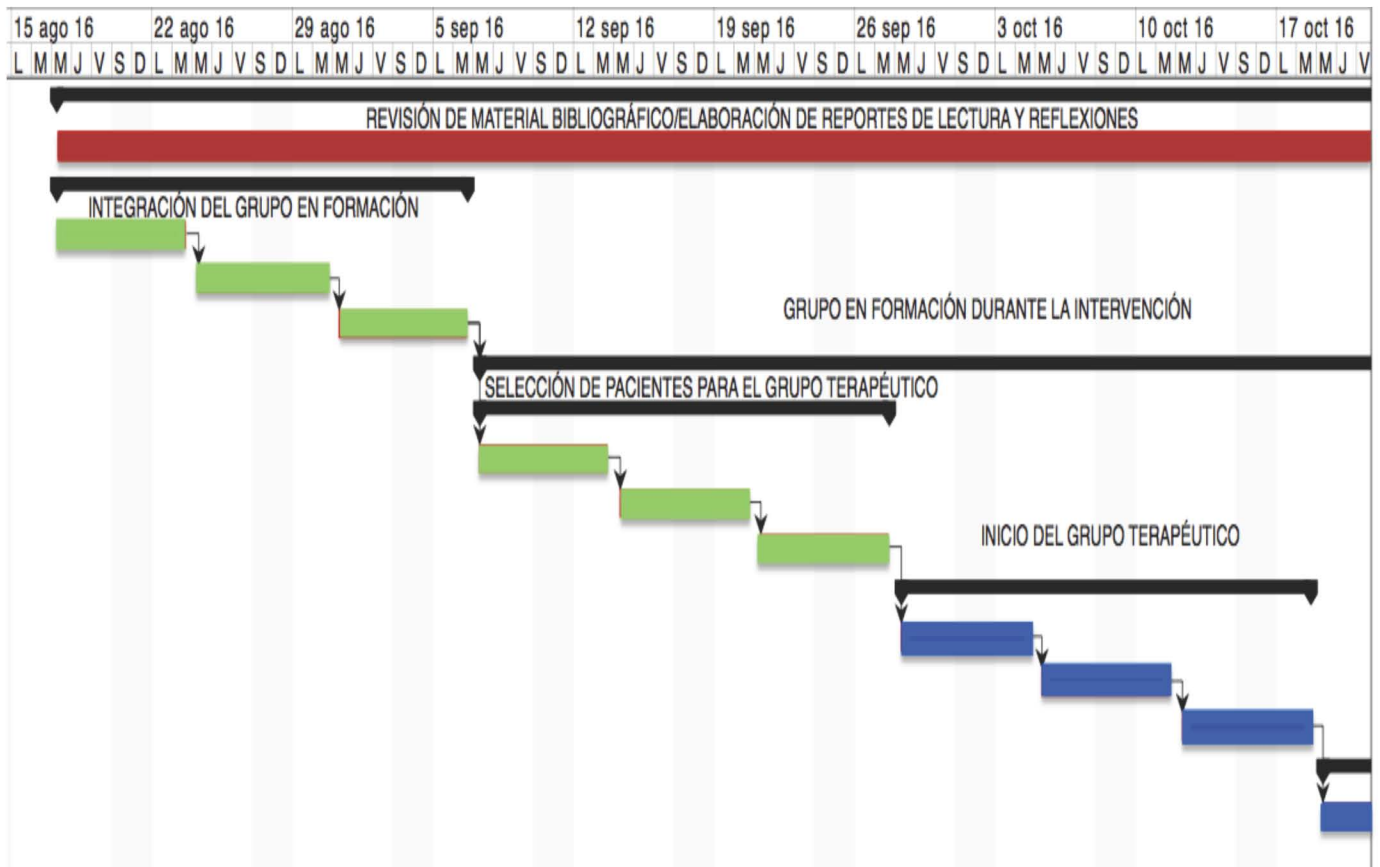


Fig. 1. Diagrama del Programa de Intervención (parte 1)

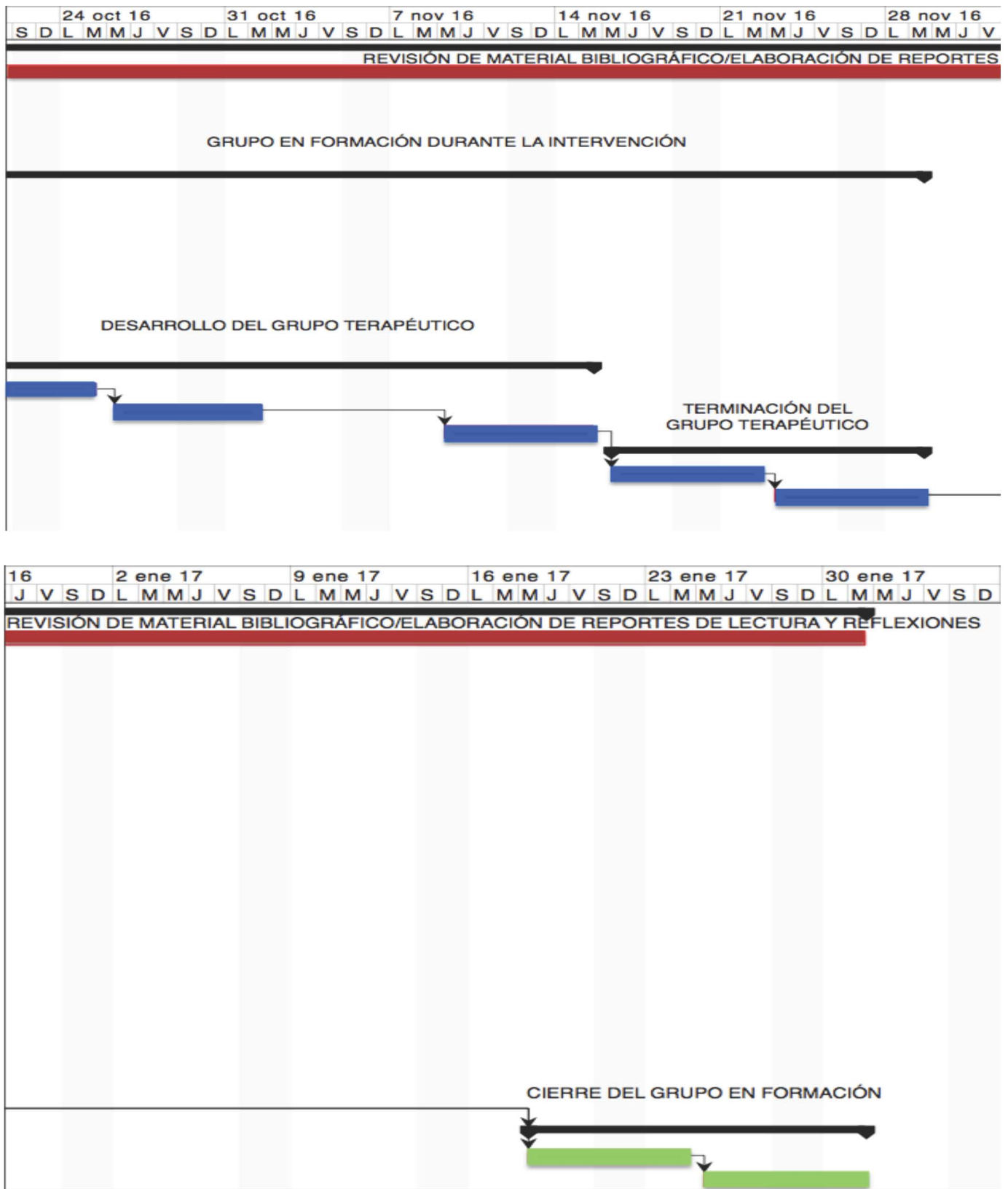


Fig. 1. Diagrama del Programa de Intervención (parte 2)

Durante todo el programa de intervención se llevó a cabo un proceso de formación con la intención de contribuir al desarrollo de competencias y habilidades necesarias para el ejercicio profesional del psicólogo. Se realizó una constante revisión de material bibliográfico que aportó principalmente, más no únicamente, los saberes teóricos y técnicos necesarios para el manejo de conceptos, pensamientos y emociones que surgen con la implementación de un grupo terapéutico. Para lo cual se abordaron principalmente las corrientes psicoanalítica, psicodinámica y existencial.

A su vez, se promovió la capacidad de escucha analítica, reflexión y auto-observación de los integrantes del grupo en formación de psicólogos mediante el desarrollo de reportes de lectura, el análisis del material clínico obtenido y ejercicios de reflexión.

Fase 1 del grupo en formación: Integración

El grupo en formación, supervisado por la profesora Dalila Yussif R. se integró por 6 miembros: 3 mujeres estudiantes de los últimos semestres de la licenciatura y 3 hombres, siendo uno de ellos estudiante de los últimos semestres y los dos restantes egresados de la licenciatura.

Durante esta primera fase se hizo mención de los lineamientos del programa, sus principales objetivos y la dinámica de trabajo. Se llevó a cabo la presentación de cada uno de los integrantes del grupo en formación con la finalidad de conocer las expectativas que tenían sobre la implementación del programa de prácticas supervisadas.

Se llevó a cabo una revisión teórica sobre conceptos básicos psicoanalíticos y psicodinámicos, tales como el inconsciente, la transferencia y contratransferencia, por mencionar algunos; así como de distintas técnicas de intervención, resaltando la intervención psicológica en crisis y la intervención grupal. Aunado a esto, se realizaron ejercicios de carácter reflexivo con base en las emociones y ansiedades que pudieron surgir durante el análisis de dicho material.

Por último, durante esta etapa, se planteó la posibilidad de llevar a cabo la práctica profesional mediante una intervención psicológica grupal, aprovechando las condiciones de espacio y población que brinda el escenario (CSP). Derivando así en la planeación de un grupo terapéutico de corte psicoanalítico con objetivos y tiempo limitados.

Fase 2 del grupo en formación: El grupo durante la intervención

Esta etapa comprende desde el proceso de selección de pacientes para el grupo terapéutico hasta la finalización del mismo. Para esto se continuó con el análisis bibliográfico concerniente al proceso de formación terapéutica grupal con corte psicodinámico, la selección de pacientes, los candidatos óptimos para el grupo, el abordaje de las primeras sesiones, el rol de los pacientes y el terapeuta, el manejo de

las emociones y ansiedades que se derivan el trabajo terapéutico, el cierre del mismo, entre otros conceptos útiles para dicha práctica profesional, sobra mencionar que durante esta etapa los ejercicios reflexivos y de auto-observación por parte del grupo en formación formaron parte del trabajo cotidiano, así como la constante supervisión.

Para el proceso de selección de pacientes que integrarían al grupo terapéutico, se establecieron los siguientes criterios de inclusión, con base en el modelo establecido por Yussif (1994):

- Edad entre 17 y 26 años (Adolescencia tardía)
- Estudiantes
- Con disponibilidad de horario para asistir a las sesiones terapéuticas (Miércoles de 11:30 a 13:00 horas)

Existen casos clínicos que representan un alto grado de complejidad debido a los rasgos intrapsíquicos propios de la personalidad o a crisis agudas, en los cuales el proceso terapéutico requiere de un alto grado de maestría y experiencia. Por tales motivos éticos, se establecieron los siguientes criterios de exclusión con base en lo propuesto por Yussif, (1994), Rutan, J. et al. (2014) y MacKenzie (1995), con el propósito de favorecer la experiencia formativa de los psicoterapeutas noveles y brindar una atención profesional de calidad:

- Sin patologías severas (psicosis, ideación suicida, sociopatías)
- No casos de violación o incesto
- No casos de adicción
- No casos de duelos recientes o patológicos
- Preferentemente que no fueran alumnos de la Facultad de Psicología

Durante el proceso de selección de pacientes se analizaron 17 solicitudes de atención. Debido a que no fue posible contactar a 3 de los consultantes, se realizó una evaluación de 14 posibles candidatos para el grupo terapéutico. Posteriormente se realizaron, de manera individual, 10 entrevistas de corte psicodinámico, debido a que 4 de los candidatos no acudieron a la entrevista inicial y/o cancelaron su solicitud de atención. Como resultado de la evaluación de dichas entrevistas, se obtuvieron de 5 a 8 posibles candidatos para el grupo terapéutico, los cuales presentaron problemáticas similares que coincidían con la etapa de adolescencia tardía, destacando la ansiedad, baja autoestima y problemas para relacionarse con sus pares (Ver Cuadro 1).

Así mismo, se recibieron y analizaron otras solicitudes de atención, cuyas entrevistas iniciales ya habían sido elaboradas previamente por psicólogos pertenecientes a otros programas de atención y formación profesional del CSP.

Finalmente el grupo terapéutico quedó conformado por dos pacientes mujeres: M., cuyo caso fue tomado de otro programa del CSP, estudiante de bachillerato, de 18 años de edad; y A., estudiante de licenciatura, de 19 años de edad y cuya entrevista inicial fue realizada por un miembro del grupo de psicólogos en formación.

A su vez, fueron seleccionados dos coterapeutas pertenecientes al grupo de psicólogos en formación, fueron tomadas en cuenta habilidades y características que el grupo en formación consideró necesarias para el desarrollo de la práctica profesional: empatía, observación, escucha activa, profesionalismo, autorreflexión, autoconocimiento, ética, compromiso, responsabilidad, entre otras. Finalmente se concluyó que la pareja de coterapeutas quedaría conformada por un hombre y una mujer: Alan, egresado de la Facultad de Psicología, de 25 años de edad; Blanca, estudiante de la Facultad de Psicología, de 21 años de edad.

NO. PACIENTE	NOMBRE	SITUACIÓN
1	I. C.	No asistió a la entrevista inicial
2	A. D.	Se realizó la entrevista inicial pero no va a poder asistir al grupo terapéutico por cuestiones escolares. Expediente: 16- 0457
3	A. B.	Canceló solicitud
4	A. A.	Se realizó entrevista inicial pero rechazó la posibilidad de asistir a terapia grupal por posible fobia social. Expediente: 16-0483
5	C. F.	Se realizó entrevista inicial y tiene disponibilidad para grupo. Expediente:16-0507
6	M. C.	Se realizó entrevista inicial y tiene disponibilidad para grupo. Expediente 16-0487
7	M. Y.	No acudió a la entrevista.
8	A.	Se le realizó la entrevista inicial y tiene disponibilidad para grupo. Expediente 16-0470
9	B. M.	Se realizó la entrevista inicial pero no va a poder asistir al grupo terapéutico por cuestiones escolares.

		Expediente: 16-0503
10	J. R.	Se realizó entrevista inicial y tiene disponibilidad de grupo. Expediente: 16-0504
11	A. G.	Acudió a entrevista inicial y menciona preferencia por terapia individual. Expediente: 16-0493
12	L. D.	Canceló solicitud.
13	L. R.	Se realizó entrevista inicial y no es candidata a grupo. Expediente: 16-0506
14	F. R.	Disponibilidad de grupo
5 Pacientes tienen disponibilidad para grupo		
4 Pacientes no acudieron a la entrevista		
5 Pacientes declinaron por la terapia de grupo pero se tratará de persuadir a 3 de ellos.		

Cuadro 1. Proceso de Selección de Pacientes

Durante la intervención grupal terapéutica, la cual se basó en el modelo propuesto por Yussif (1994), fueron utilizadas como herramientas de aprendizaje y formación la supervisión, la coterapia y la observación *in situ*. Se promovió la reflexión y el diálogo en tres instancias: pre-sesión, sesión y post-sesión.

La pre-sesión contó con una duración aproximada de 30 minutos, durante este espacio se supervisaba el contenido de las sesiones anteriores y se discutían los puntos relevantes a tratar durante la sesión que estaba a punto de comenzar, así como el manejo adecuado de los tiempos, afectos e intervenciones por parte de los coterapeutas.

Las sesiones terapéuticas contaron con una duración aproximada de 90 minutos, las cuales consistieron en la observación *in situ* de las mismas en una cámara de Gesell. Dichas sesiones eran llevadas por los coterapeutas Alan y Blanca y observadas por el equipo de formación/supervisión. Se realizó un reporte de cada una de las sesiones por parte de los coterapeutas.

La post-sesión contó con una duración aproximada de 60 minutos. Dentro de este espacio se trabajó la supervisión con base en el material clínico obtenido durante las sesiones terapéuticas. A su vez, se propició la participación de todos los miembros del grupo en formación, dando pie al intercambio de puntos de vista, sugerencias y comentarios respecto a lo ocurrido en sesión, además de trabajar, con base en la reflexión y auto-observación, las reacciones emocionales que el material terapéutico trajo consigo. Por último se mencionaba el material bibliográfico sujeto a revisión y a análisis, el cual fungía como apoyo a la planeación de la siguiente sesión.

Los objetivos terapéuticos fundamentales que se persiguieron con la implementación del grupo con objetivos y tiempo limitados de corte psicoanalítico fueron los siguientes:

- Propiciar la capacidad de insight
- Promover el autoconocimiento y la reflexión
- Promover la autonomía personal y académica
- Reflexionar sobre el proceso de independencia inherente a la etapa de vida que atraviesan las pacientes, promoviendo el proceso de separación-individuación
- Favorecer la relaciones interpersonales
- Promover la reflexión sobre y el contacto con su sexualidad (Consolidación de su identidad psicosexual)

Como se mencionó anteriormente, esta segunda fase del grupo en formación integra a su vez las 3 etapas por las que transcurrió el proceso del grupo terapéutico, las cuales se mencionan a continuación.

Fase 1 del grupo terapéutico: El grupo en sus inicios.

Esta primera fase del proceso grupal terapéutico abarcó las primeras tres sesiones de intervención. Durante esta etapa se estableció el encuadre o setting terapéutico, se promovió la participación e integración de las pacientes y se incentivó la cohesión grupal. A su vez, dicha etapa sirvió como marco de referencia para la exploración y análisis de los principales conflictos manifestados por las pacientes, tales como dificultades para relacionarse con sus pares y expresar sus opiniones, un bajo autoconcepto, una alta exigencia personal, entre otros.

Por otro lado, se hizo visible la etapa de compromiso (MacKenzie,1995), la cual se manifestó en la escucha para brindar apoyo por parte de cada una de las pacientes incentivando el mecanismo terapéutico de la universalidad (Yalom, 1996).

Fase 2 del grupo terapéutico: El grupo durante el proceso o desarrollo.

La segunda fase del desarrollo grupal terapéutico va de la cuarta a la sexta sesión. Durante esta etapa se hicieron más frecuentes las participaciones de las pacientes, llevándose a cabo un nutrido intercambio reflexivo. A su vez, surgieron resistencias al proceso, creando así momentos de conflicto, justo como menciona MacKenzie (1995) durante la etapa de diferenciación, sin embargo, dichos conflictos y resistencias fueron

analizadas a favor del proceso terapéutico. Así mismo, la presencia de factores terapéuticos y trabajo interpersonal pudieron observarse con mayor claridad.

Fase 3 del grupo terapéutico: Terminación del proceso grupal.

La última fase del proceso grupal terapéutico integró la séptima y octava sesión. Durante la etapa final de dicho proceso pudieron observarse, no sólo en las pacientes, sino también en el grupo de psicólogos en formación, los afectos y ansiedades que trae consigo el cierre grupal y que suelen relacionarse con otras situaciones de cierre experimentadas previamente (MacKenzie, 1995), tales como la angustia y el enojo. Se llevaron a cabo reflexiones en torno a lo vivido durante la trayectoria terapéutica, se hicieron intercambios de opiniones y retroalimentación entre las mismas pacientes, esto con el propósito de internalizar e integrar la experiencia emocional vivida, tal como refiere MacKenzie (1995).

Por último se hizo una devolución por parte de los coterapeutas hacia las pacientes, la cual manifestó el progreso de las mismas y los puntos más susceptibles de atención. Así mismo se les sugirió a las pacientes seguir trabajando su salud emocional y todo lo que ella implica, ya sea en un espacio terapéutico o aquel otro que ellas consideraran adecuado, reiterando que las puertas del CSP permanecía abiertas.

Fase 3 del grupo en formación: Cierre del grupo en formación

Esta etapa comprende las sesiones posteriores a la finalización del grupo terapéutico. Durante estas sesiones se analizó parte del material clínico obtenido durante el proceso grupal previamente mencionado; se hicieron ejercicios auto reflexivos concernientes a los afectos y emociones que se movilizaron dentro del grupo en formación, especialmente durante esta etapa de cierre.

Se sentaron las bases de un trabajo de integración final grupal concerniente al programa de intervención, del cual se desprendieron proyectos individuales por parte de algunos de los miembros del grupo en formación con base en distintos intereses de análisis, profesionales y académicos, el presente trabajo es un ejemplo de ello.

Por último se acordó la fecha de inicio para la segunda parte del programa de prácticas profesionales que comenzaría una vez iniciado el próximo semestre (2017/2). Esta segunda parte del programa de prácticas profesionales consistió en la finalización del análisis del material clínico obtenido durante la etapa de intervención, a su vez, se continuó con la revisión de material bibliográfico y desarrollo del proyecto conjunto de integración y los proyectos individuales.

Aunado a lo anterior, el grupo de psicólogos en formación participó como equipo de apoyo en la clase de Teoría y práctica de la Entrevista II a cargo de la Lic. Dalila Yussif Roffe, desempeñando funciones de supervisión, retroalimentación, intercambio bibliográfico y de experiencias profesionales.

MATERIALES

Los materiales primordiales de los que se hizo uso para llevar a cabo el programa de intervención fueron cámara de Gesell, equipo de grabación y reproducción de audio y video, computadora, Tablet, sillas y material de escritura y redacción. Por otro lado, para el análisis del proceso de intervención se utilizaron material bibliográfico, minutas, reportes de sesión, ejercicios de reflexión y la transcripción del material clínico.

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Para llevar a cabo tanto la evaluación como el análisis del material clínico obtenido durante la intervención, se hizo uso de minutas, las cuales fueron escritas cada sesión por mínimo dos integrantes del grupo en formación, esto se realizó no sólo con el propósito de brindar confiabilidad a la investigación, sino también con el objetivo de rescatar la mayor información posible de las sesiones de supervisión y de las sesiones terapéuticas, siendo estas últimas observadas y documentadas en video a través de la cámara de Gesell.

Aunado a la elaboración de minutas y al análisis llevado a cabo durante las sesiones de supervisión, también se elaboraron reportes de sesión terapéutica por parte de los coterapeutas, en los cuales se señaló el número y nombre de la sesión, así como una descripción de lo ocurrido durante la sesión, los temas que se abordaron, el tipo de interacción, los pensamientos de los coterapeutas, las transferencias y las contratransferencias.

Durante todo el programa de prácticas profesionales se realizaron reportes de lectura y ejercicios reflexivos por parte del grupo de psicólogos en formación, esto con la intención de no descuidar el aspecto personal de los integrantes del grupo en formación, así como propiciar el desarrollo de habilidades y capacidades profesionales.

Por último, con base en el modelo propuesto por Yussif (1994), se dividió el proceso del grupo en formación y el proceso del grupo terapéutico en tres etapas, enfocándose el análisis del presente trabajo en este último, resaltando las aportaciones más importantes del grupo en formación para dicho fin terapéutico.

El grupo de psicólogos en formación contribuyó al trabajo teórico-vivencial propiciando debates sobre la aplicación de la teoría en la práctica grupal terapéutica. El equipo de observadores señaló momentos clave durante la observación de las sesiones terapéuticas, haciendo aportaciones teóricas, profesionales y vivenciales para el análisis profundo de los casos. A su vez, se dio retroalimentación a los coterapeutas, llevando a cabo ejercicios reflexivos, centrándose en preguntas clave como: ¿Qué sería lo más adecuado para esta situación?, ¿Qué es lo que yo hubiera intentado y por qué?, ¿Qué sería conveniente trabajar?, etc., lo cual contribuyó a planeación de las estrategias de intervención para las próximas sesiones.

La división en etapas o fases del grupo terapéutico se basó en la cantidad de sesiones del mismo, esto con el fin de tener un panorama claro del trabajo terapéutico realizado, mostrar el progreso de las pacientes y observar los beneficios que estas últimas obtuvieron de la terapia grupal. Para esto se analizó el material terapéutico obtenido de cada una de las pacientes durante las sesiones a lo largo del proceso.

RESULTADOS

A continuación se muestra un análisis descriptivo de los resultados obtenidos durante el programa de intervención llevado a cabo. Como se mencionó en los apartados previos, el proceso del grupo terapéutico es el foco principal para el análisis.

Durante la intervención terapéutica fue posible observar la manifestación de aquellas situaciones y factores catalogados como terapéuticos o curativos, desde las perspectivas psicoanalítica, psicodinámica y existencial, que hacen posible la resolución o alivio de los conflictos psíquicos de los pacientes, ya sea durante el proceso grupal, al término del mismo, o en un momento posterior, y que gran parte del desarrollo de los mismos fue posible gracias al trabajo y aportaciones del grupo de psicólogos en formación y la responsable del mismo (Dalila Yussif R.) durante las sesiones de supervisión.

El grupo terapéutico tuvo un total de ocho sesiones, las cuales se dividieron en:

1. El grupo en sus inicios: de la primera a la tercera sesión.
2. El grupo durante el proceso o desarrollo: de la cuarta a la sexta sesión.
3. Terminación del proceso grupal: séptima y octava sesión.

En seguida se muestra una descripción del grupo terapéutico conformado para la intervención. Posteriormente, para cada etapa del desarrollo del proceso grupal se presenta un análisis de lo más relevante durante las tres instancias de supervisión (pre-sesión, sesión y post-sesión) para cada una de las pacientes, seguido de un análisis cualitativo del grupo en conjunto, en el cual se menciona la importante aparición de los mecanismos o factores terapéuticos.

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO TERAPÉUTICO

Es importante señalar que tres pacientes acudieron a la cita previa al inicio de la primera sesión en las instalaciones del CSP “Dr. Guillermo Dávila”: M.C., A. y M.. M.C. comentó que prefería tomar un tratamiento individual, a pesar que durante la entrevista inicial se le había mencionado la posibilidad de formar parte de un grupo terapéutico y ella estuvo de acuerdo. Debido a lo anterior la primera sesión se llevó a cabo con A. y M. únicamente.

Se trató de contactar al resto de los candidatos durante la semana previa a la segunda sesión, sin embargo, no hubo respuesta favorable; además se recibieron y revisaron otras solicitudes de atención, cuyas entrevistas iniciales ya habían sido elaboradas previamente por psicólogos pertenecientes a otros programas de atención y formación del CSP. No fue posible seleccionar nuevos candidatos debido a la falta de disponibilidad, la nula respuesta a las llamadas telefónicas y la cancelación de solicitudes de servicio. Por tal motivo, el grupo terapéutico se desarrolló únicamente con dos pacientes: A. y M.

A continuación se muestran las características específicas del grupo (Tabla 1) e información recabada de las entrevistas iniciales de cada paciente: motivo de consulta, hipótesis diagnóstica, resultado de las evaluaciones psicológicas de ansiedad y depresión de Beck, las sugerencias terapéuticas (Tabla 2) y los respectivos familiogramas (Figura 2 y Figura 3). Cabe señalar que ningún miembro del grupo de psicólogos en formación realizó la entrevista inicial a M., sino que ésta ya había sido elaborada tiempo atrás durante de otro programa de formación práctica en el CSP.

Tabla 1. *Características específicas del grupo*

Paciente	Edad	Ocupación	Escolaridad	Estado civil
A.	19	Estudiante	Cursando la licenciatura	Soltera
M.	18	Estudiante	Cursando la preparatoria	Soltera

Tabla 2. *Observaciones clínicas iniciales*

Paciente	Motivo de consulta	Hipótesis diagnóstica	Inventarios de Beck	Sugerencias terapéuticas
A.	La paciente refiere dos problemáticas: 1) Se siente confundida respecto a la carrera que se encuentra estudiando, ha pensado en cambiarse de carrera. 2) Problemas para relacionarse con las personas, especialmente en la Universidad. Se siente angustiada y ansiosa	Explorar los miedos y fantasías en torno a la relación con los otros. A su vez reflexionar sobre la toma de decisiones y las motivaciones psíquicas intervinieren.	Ansiedad: 14- Leve Depresión: 20- Moderada	Psicoterapia individual o grupal, pudiendo ser esta de corte psicodinámico.
M.	La paciente menciona sentirse insegura, con dificultades	Problemas en la dinámica familiar que agudizan los	Ansiedad: Sin datos Depresión: S/D- Moderada	Psicoterapia familiar o grupal. Aunque la paciente manifiesta

	<p>para aceptarse físicamente y aceptar otros rasgos de su personalidad. Estos síntomas se agudizan con los conflictos que vive en su dinámica familiar, de los cuales se siente culpable y con temor a ser regañada. Menciona que dentro de su ambiente familiar carece de comprensión y afecto, agregando que la comunicación no es buena.</p>	<p>síntomas de inseguridad y baja autoestima.</p>		<p>tener deseo de recibir terapia individual.</p>
--	--	---	--	---

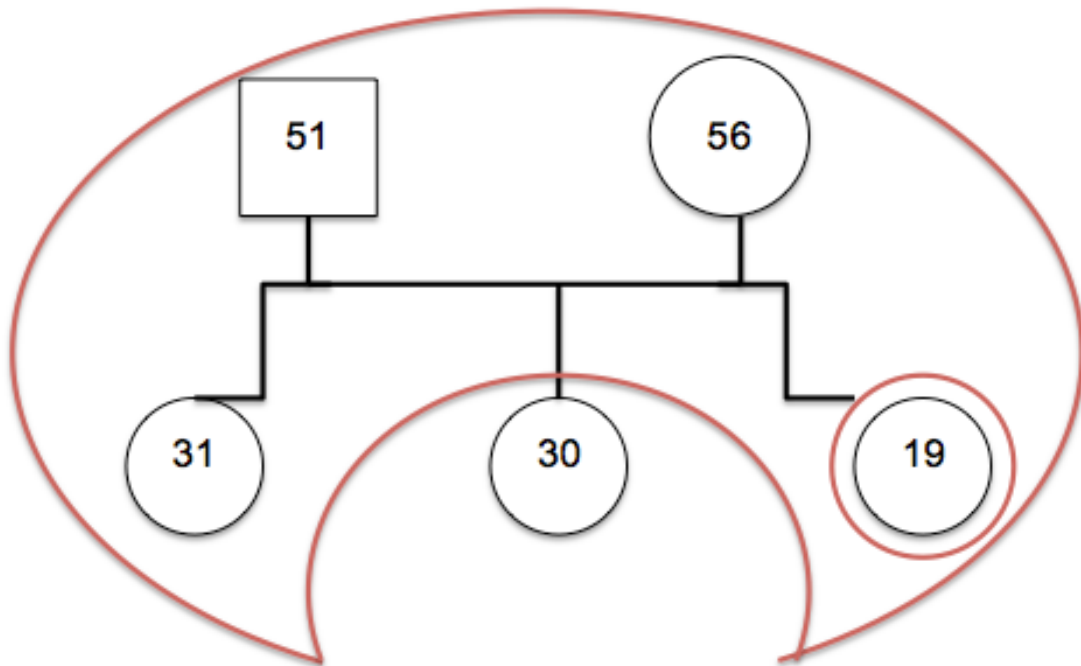


Fig. 2 Familiograma de A.

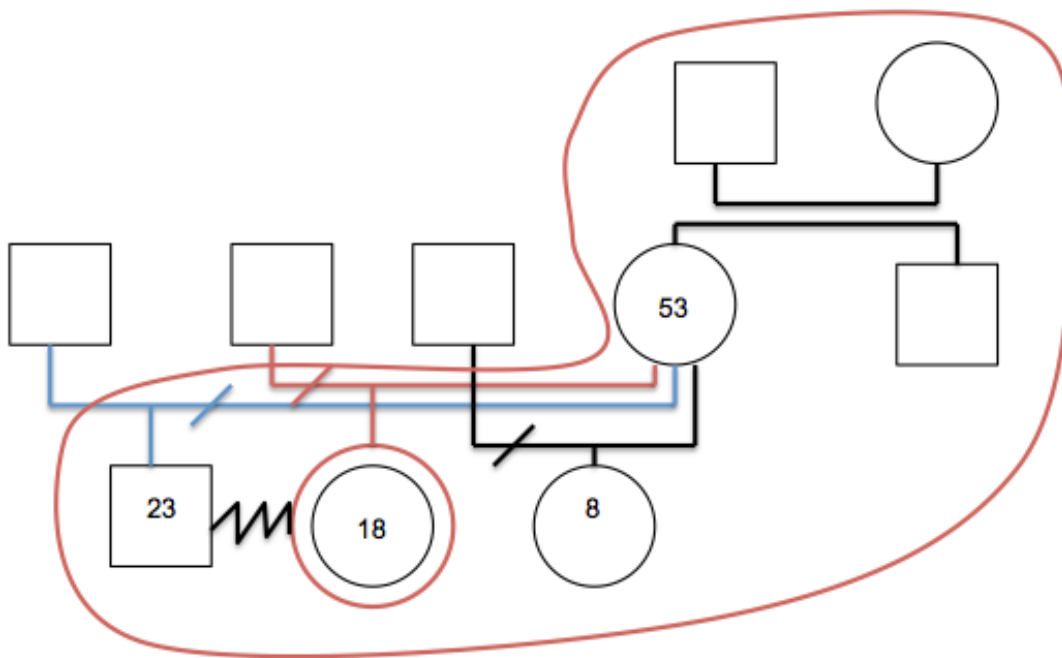


Fig. 3 Familiograma de M. (No se encuentra con la información referente a la edad de los otros miembros de su familia)

ANÁLISIS DE LA PRIPERMA ETAPA: El grupo en sus inicios (sesiones 1 a 3)

A continuación se muestran las tablas de análisis descriptivo por sesión de cada una de las pacientes durante la primera etapa de la intervención (Tabla 3, Tabla 4, Tabla 5, Tabla 6, Tabla 7, Tabla 8). Se presenta un análisis de lo más relevante durante las tres instancias de supervisión (pre-sesión, sesión y post-sesión), seguido de un análisis cualitativo del grupo en conjunto, en el cual se menciona la importante aparición de los mecanismos o factores terapéuticos.

Tabla 3. *Primera sesión de la paciente A.*

Paciente: A. Primera sesión. “¿Cómo encontrar la confianza?”	Descripción
Pre-sesión	<p>Se da encuadre del proceso terapéutico.</p> <p>El inicio y fin de las sesiones, el horario, costos y se les recuerda la confidencialidad.</p> <p>Se indica que esta sesión es de exploración general del motivo de consulta.</p>
Sesión	<p>Hay una incertidumbre de haber elegido la carrera correcta, motivo que se atribuye tras haber sufrido un problema con una compañera de clases.</p> <p>Menciona que tiene dificultades para relacionarse con sus pares y que en ocasiones se siente rechazada por los mismos.</p>
Post-sesión / Indicaciones terapéuticas	<p>Tratar de profundizar más con intervenciones concisas y no elaboradas en exceso.</p> <p>Trasladar situaciones a otras esferas de la vida, no únicamente la académica.</p> <p>Indagar los aspectos que difieren en los relatos de M. y A. para que ellas puedan comprender sus reacciones; y así poder propiciar un cambio en ellas.</p> <p>Identificar los aspectos psicológicos latentes a partir de los manifiestos. Por ejemplo, indagar más respecto a las razones por las cuales A. duda sobre su carrera y los posibles conflictos inconscientes que pudieran hacerla sentir rechazada y con dificultades para relacionarse con sus compañeros.</p>

Tabla 4. Segunda sesión de la paciente A.

<p>Paciente: A. Segunda sesión. “Lealtad familiar / Mamá dice”</p>	<p>Descripción</p>
<p>Pre-sesión</p>	<p>Se indica que es necesario abordar los afectos. Por ejemplo, si se presenta llanto se permita el desahogo sin desviar el tema central.</p> <p>Se sugiere analizar las ansiedades que se movilizan en los coterapeutas con el fin de intentar comprenderlas y puedan controlarse de una mejor manera, favoreciendo el flujo emocional durante la sesión.</p>
<p>Sesión</p>	<p>A. menciona que su mamá le ha dicho que los amigos no existen ya que ellos te traicionan; que la familia es la única que va a estar ahí y son las únicas personas en las que se puede confiar.</p> <p>A. menciona que el aspecto académico le preocupa demasiado: "Tienes que hacer algo en la vida. Si yo no estudiara sería como la escoria" (sic). A su vez, menciona que su padre le dice que no se estrese, pero al parecer ella hace un comentario despectivo hacia él: “él qué va a saber si sólo terminó la primaria” (sic.).</p> <p>Menciona pena y miedo a hablar con los hombres. A pesar de querer tener novio, A. cuenta que su miedo es mayor porque teme ser traicionada.</p> <p>Menciona que se siente traicionada por su hermana Anabel (30 años), debido a que durante la operación de su hermana mayor, Silvia (31 años), Andrea se fue de vacaciones con su novio.</p>
<p>Post-sesión / Indicaciones terapéuticas</p>	<p>Se sugiere permitir espacios de silencio sin intervención de los coterapeutas por motivos de ansiedad. Los coterapeutas parecían más interesados en obtener información y a la expectativa de las intervenciones de su compañero(a).</p> <p>Si se cambia el tema desencadenante del</p>

	<p>llanto, es importante retomarlo. Por ejemplo, cuando A. comenzó a llorar a raíz del relato que involucraba a sus hermanas y la operación de la mayor de éstas, no se dio el tiempo suficiente para contactar con los afectos surgidos, en vez de eso, se hicieron preguntas sobre la dinámica familiar y aquellos afectos no fueron retomados.</p> <p>“No se trata de hacerlas reflexionar de inmediato, sino que las cosas fluyan. Existe un tiempo para que las cosas se den, es necesaria la preparación, ya que no se puede llegar de pronto desde el principio” (Yussif, 2016).</p>
--	---

Tabla 5. Tercera sesión de la paciente A.

Paciente: A. Tercera sesión. “A mí también me pasa”	Descripción
Pre-sesión	<p>Retomar el tema de las dificultades para generar vínculo con los hombres ¿Cuáles son los conflictos psicológicos latentes que lo originan?.</p> <p>Evitar generar preguntas que sugieran una respuesta; permitir que las chicas hablen y estructuren la sesión.</p> <p>Esta sesión fue dirigida sólo por la coterapeuta Blanca.</p>
Sesión	<p>A. menciona que habló con su hermana Anabel respecto a su sentimiento de tristeza y enojo hacia ella (su relación había sido distante desde lo ocurrido en la operación de su hermana Sandra), lo cual la hizo sentir mejor.</p> <p>A. menciona que el novio de su hermana Anabel le desagrada. Cuenta que él pasa mucho tiempo en su casa y ella no se siente a gusto con dicha situación. Además de ser él con quien su hermana Anabel se fue de vacaciones el día de la operación de su hermana Sandra, lo cual exacerba su desagrado.</p> <p>Refiere nuevamente sus conflictos para comunicarse con hombres y que sólo lo</p>

	<p>hace en casos extremos o cuando la situación lo exija: “cuando es el conocido de un amigo” (sic.).</p> <p>A. menciona que le gustaría tener una relación de pareja, pero nuevamente refiere que existen razones por las cuales no la tendría: temer a enamorarse ciegamente y que dicha persona “le rompa el corazón” (sic.).</p>
Post-sesión / Indicaciones terapéuticas	<p>Propiciar la comunicación entre todos los miembros del grupo terapéutico y no poner barreras a la interacción. Por tal motivo, durante las intervenciones de los coterapeutas, es importante formular preguntas sencillas, relacionadas al tema en cuestión y los afectos que moviliza.</p> <p>Propiciar la reflexión sobre la sexualidad de las pacientes, como la han experimentado y la relación que ésta experiencia puede tener con las dificultades para generar un vínculo con el sexo opuesto.</p>

Tabla 6. *Primera sesión de la paciente M.*

Paciente: M. Primera sesión: “¿Cómo encontrar la confianza?”	Descripción
Pre-sesión	<p>Se da encuadre del proceso terapéutico.</p> <p>El inicio y fin de las sesiones, el horario, costos y se les recuerda la confidencialidad.</p> <p>Se indica que ésta sesión es de exploración general del motivo de consulta.</p>
Sesión	<p>Refiere tener conflictos para relacionarse con su familia, sentirse sensible, reservada y con inseguridades que afectan su autoestima.</p> <p>Menciona que tiene dificultades para adaptarse a un nuevo entorno, por ejemplo tomar una clase de danza, y para establecer relaciones interpersonales. Respecto a esto, agrega que ella puede escuchar a compañeros de clase y amigas, pero ella no se siente con la confianza para contar acontecimientos importantes o sentimientos a otros.</p>

<p>Post-sesión / Indicaciones terapéuticas</p>	<p>Tratar de profundizar más con intervenciones concisas y no elaboradas en exceso.</p> <p>Es necesario trasladar situaciones a otras esferas de la vida. Por ejemplo, M. mencionó tener dificultades para confiar en las personas, es necesario explorar si dichas dificultades se manifiestan en otros ámbitos.</p> <p>Indagar los aspectos que difieren en los relatos de M. y A., para que ellas puedan comprender sus reacciones; y así poder propiciar un cambio en ellas.</p> <p>Identificar los aspectos psicológicos latentes a partir de los manifiestos. Por ejemplo, explorar las posibles conflictos inconscientes que podrían influir en las dificultades que menciona M. para adaptarse y confiar en las personas.</p>
---	---

Tabla 7. Segunda sesión de la paciente M.

<p>Paciente: M. Segunda sesión. “Lealtad familiar / Mamá dice”</p>	<p>Descripción</p>
<p>Pre-sesión</p>	<p>Se indica que es necesario abordar los afectos. Por ejemplo, si se presenta llanto se permita el desahogo sin desviar el tema central.</p> <p>Se sugiere analizar las ansiedades que se movilizan en los coterapeutas con el fin de intentar comprenderlas y puedan controlarse de una mejor manera, favoreciendo el flujo emocional durante la sesión.</p>
<p>Sesión</p>	<p>No asistió a la sesión.</p>
<p>Post-sesión / Indicaciones terapéuticas</p>	

Tabla 8. Tercera sesión de la paciente M.

<p>Paciente: M. Tercera sesión. “A mí también me pasa”</p>	<p>Descripción</p>
<p>Pre-sesión</p>	<p>Se sugiere propiciar más la participación de M. debido a su inasistencia a la sesión pasada.</p> <p>Evitar generar preguntas que sugieran una respuesta; permitir que las chicas hablen y estructuren la sesión.</p> <p>Esta sesión fue dirigida sólo por la coterapeuta Blanca.</p>
<p>Sesión</p>	<p>M. menciona que no tiene una buena relación con su hermano: “es muy cerrado” (sic). Agrega que es agresivo cuando alguien “le invade sus planes, tener una dieta rígida, por ejemplo” (sic.).</p> <p>Cuenta que en ocasiones tiene una mala relación con su madre.</p> <p>Al igual que A., presenta dificultades para interactuar con los hombres y menciona que le resulta más sencillo interactuar con mujeres. A pesar de esto, dice que le gustaría tener novio, alguien con quien congeniar, que cumpla sus expectativas y sea capaz de generar confianza.</p> <p>Justo antes de concluir la sesión, M. menciona que se siente angustiada respecto a una clase de baile que debe cursar, ya que siente que no es buena bailando.</p>
<p>Post-sesión / Indicaciones terapéuticas</p>	<p>Los coterapeutas y el equipo de supervisión consideraron que sería oportuno reflexionar e indagar la razón por la cual M. espero hasta el último momento para externar su angustia respecto a la clase de baile.</p> <p>Propiciar la comunicación entre todos los miembros del grupo terapéutico y no poner barreras a la interacción. Por tal motivo, durante las intervenciones de los coterapeutas, es importante formular preguntas sencillas, relacionadas al tema en cuestión y los afectos que moviliza.</p>

Propiciar la reflexión sobre la sexualidad de las pacientes, como la han experimentado y la relación que ésta experiencia puede tener con las dificultades para generar un vínculo con el sexo opuesto.

Durante esta primera etapa se establecieron el encuadre y los acuerdos terapéuticos, también se obtuvo información en cuanto a las demandas expectantes que ambas pacientes tenían del grupo terapéutico: *“M. mencionó que espera aprender a hacer amigos de verdad, tener mayor seguridad, solucionar su situación familiar, lograr que no le afecten tanto las cosas. A. comentó que espera poder relacionarse más y saber si su dubitativa respecto a querer cambiarse de carrera sea por ese deseo o por la cuestión referente a los problemas que tuvo con una de sus compañeras”* (sic).

Se indagó más respecto a los conflictos generales por los cuales las pacientes acudieron al CSP, los cuales fueron: no poder confiar sus asuntos personales a alguien más, entablar nuevas relaciones de amistad, establecer una relación de pareja y problemas en la comunicación con los miembros de su familia. A su vez, se hizo lo propio con los conflictos particulares: A. se encontraba dudosa en cuanto a si continuar en su actual carrera o cambiarse, además de tener dificultades para relacionarse, específicamente con hombres; y M. presentaba conflictos de autoconfianza y autovaloración que mermaban la manera en la que interactuaba con los demás.

El material clínico obtenido de esta etapa nos permitió, durante las sesiones de supervisión, ampliar el panorama en cuanto a la problemática de las pacientes y de este modo establecer los objetivos terapéuticos generales y particulares.

Objetivos terapéuticos generales: favorecer las relaciones interpersonales, promover la autonomía emocional (proceso de separación-individuación), reflexionar sobre ellas mismas y su sexualidad, promover la consolidación de su identidad psicosexual, propiciar la capacidad de insight.

Objetivos terapéuticos particulares: para A., favorecer la reflexión y el pensamiento crítico enfocados a la alta auto-exigencia y las dudas respecto a su carrera. Para M., propiciar la expresión de sus temores y sensaciones relacionadas con “fallar” y así poder analizarlos y reflexionar al respecto.

Dichos objetivos generales y particulares se hicieron más claros en las sesiones posteriores gracias al trabajo del equipo de supervisión, el cual favoreció la atención brindada a las pacientes durante su desarrollo dentro del grupo terapéutico.

Factores terapéuticos: *transmisión de información, universalidad, desarrollo de técnicas de socialización* (Yalom, 1996) e *identificación* (Vives, 1989)

El trabajo desarrollado por el grupo de psicólogos en formación logró establecer las condiciones necesarias para generar un espacio terapéutico adecuado para el

desarrollo de aquellos factores que, desde este punto en adelante, contribuyeron al progreso de las pacientes.

Durante la primera etapa del desarrollo del grupo terapéutico pudo observarse la transmisión de información (Yalom, 1996), la cual se manifestó cuando las pacientes se escuchaban y aconsejaban entre sí. Por ejemplo, en la tercera sesión se le preguntó a M. acerca de lo que pensaba sobre lo que dijo A., referente a tener miedo de enamorarse. M. mencionó que *“no debe tener miedo de enamorarse ya que todo el tiempo estamos en riesgo a ser lastimados, pero no por eso no vamos a confiar en las personas. A. asintió con la cabeza”* (sic.).

También se pudieron observar la identificación (Vives, 1989) y universalidad (Yalom, I., 1996) cuando ambas pacientes se dieron cuenta que tenían conflictos o situaciones de vida similares, por ejemplo en la tercera sesión hubo una identificación y sensación de acompañamiento cuando se abordó el tema de las relaciones con los hombres: *“A. mencionó que no tiene muchos amigos hombres, Marilyn al escucharla contó que ella tampoco tiene muchos amigos del sexo opuesto, más que uno. Ambas comentaron que no saben que hablar con los hombres, que ellos piensan diferente y no saben cómo iniciar una plática”* (sic.).

A su vez, el desarrollo de técnicas de socialización (Yalom, I., 1996) se propició y manifestó desde el inicio del proceso grupal, con la interacción de cada paciente, la escucha y las opiniones de una sobre la otra.

ANÁLISIS DE LA SEGUNDA ETAPA: El grupo durante el proceso (sesiones 4 a 6)

A continuación se muestran las tablas de análisis descriptivo por sesión de cada una de las pacientes durante la primera etapa de la intervención (Tabla 9, Tabla 10, Tabla 11, Tabla 12, Tabla 13, Tabla 14). Se presenta un análisis de lo más relevante durante las tres instancias de supervisión (pre-sesión, sesión y post-sesión), seguido de un análisis cualitativo del grupo en conjunto, en el cual se menciona la importante aparición de los mecanismos o factores terapéuticos.

Tabla 9. *Cuarta sesión de la paciente A.*

Paciente: A. Cuarta sesión. “Secretos de familia”	Descripción
Pre-sesión	Se debe procurar la reflexión y fortalecer el insight. Además se pretende buscar la manera de abordar la sexualidad de acuerdo al contexto que vaya surgiendo en la sesión. Vinculado a lo anterior, propiciar la reflexión en cuanto a la falta de confianza de las pacientes hacia otras personas y sobre las relaciones interpersonales, principalmente con los hombres.
Sesión	Señala que se dio cuenta que el deseo de

cambio de carrera era por la incomodidad de estar con sus compañeros con quienes tuvo conflictos.

Menciona que ha tratado de relacionarse con los hombres. Por ejemplo, ha procurado relacionarse con su amigo Carlos (de quien se había alejado por temor al reclamo de su amiga, quien está enamorada de Carlos) y con otros compañeros hombres.

Refiere que una de sus hermanas sufrió un abuso sexual por un tío, hermano de su madre. Al respecto nos dice que su madre no quiere creer este suceso y su padre no lo sabe, también menciona que es por eso que sus hermanas la cuidan mucho.

Al tocar el tema de la sexualidad, comenta que con su mamá no puede hablar al respecto, pues es muy reservada, pero que habla de ello con sus hermanas.

Vinculado a lo anterior se le preguntó cuál era su conocimiento sobre la sexualidad a lo cual contestó: *“prefiero no hablar sobre eso”* (sic.). Pasado un momento nos dice, en cuanto a la sexualidad, que cada quien es libre de hacer con ella lo que quiera, mientras tenga responsabilidad.

Narra que en una actividad tenían que hablar de todo lo que supieran respecto a diversos temas y a ella le tocó la sexualidad. Entonces se sintió avergonzada, tanto por hablar de ese tema, como de tener que exponerse ante todo su grupo.

Tiene miedo a ser juzgada por la apariencia. Por ejemplo, menciona que tarda mucho en escoger su ropa para vestirse y agrega que *“la familia de parte de mi mamá, tiene el estereotipo de tener cierto estándar para ser bonita; por ejemplo ser blanca de piel”* (sic.).

Comentó que sus padres estaban separados antes de que ella naciera debido al alcoholismo de su padre. Agrega que la decisión de su madre en volver con él se debe a que éste compró una casa y a que ella quería tener un hijo varón.

<p>Post-sesión / Indicaciones terapéuticas</p>	<p>La supervisora menciona que durante la sesión se cumplieron más bien las demandas de los coterapeutas que las propias inquietudes de A.. Los coterapeutas difieren en un principio, pero la supervisora aclaró lo anterior diciendo que pareció que la sesión se enfocó a un cuestionario, por la gran cantidad de preguntas que formulaban ambos terapeutas, como en dirección a cumplir con el plan, no un lugar libre para la expresión emocional de A..</p> <p>La supervisora considera que el freno en la expresión fue consecuencia de que no existiera un ambiente propicio para que ocurriera.</p> <p>Aunado a lo anterior, se habla de la importancia del manejo del lenguaje. Por ejemplo, se considera que es necesario que ambos coterapeutas eviten utilizar términos innecesarios y no sencillos, ya que éstos favorecen el distanciamiento emocional.</p>
---	---

Tabla 10. *Quinta sesión de la paciente A.*

<p>Paciente: A. Quinta sesión. “La confianza familiar”</p>	<p>Descripción</p>
<p>Pre-sesión</p>	<p>Se pretende que los temas a abordar durante la sesión se propicien por parte de las pacientes y no necesariamente llegar con un plan que hay que cumplir.</p> <p>Se sugiere permitirle a A. comenzar a hablar sobre lo que le interese en ese momento y a partir de eso, poder explorar el vínculo que puede existir entre lo familiar e interpersonal.</p> <p>Se plantea tocar el tema de la autonomía, así como propiciar el insight, con un lenguaje claro y contactar con los afectos.</p>
<p>Sesión</p>	<p>Durante la sesión se abordan temas referentes a la historia familiar, la independencia y las conductas de riesgo.</p> <p>A. menciona que hizo un viaje familiar a Pachuca y que durante éste se dio la oportunidad de conocer más a su cuñado,</p>

	<p>nos dice que “no le cae tan mal” como ella pensaba.</p> <p>Menciona que siente un gran apego con su hermana Sandra y que pasan mucho tiempo juntas, pero que en ocasiones quisiera hacer cosas por su cuenta pero no sabe como manejarlo por temor a que Sandra se sienta abandonada.</p> <p>Referente a las situaciones de riesgo en las cuales podría estar, A. menciona que en ocasiones tiene que mentir a sus padres sobre los lugares a los cuales va con sus amigos y las cosas que hace con ellos: “cosas malas” (sic), las cuales no nos cuenta.</p> <p>Menciona que en ocasiones se siente sobreprotegida.</p>
<p>Post-sesión / Indicaciones terapéuticas</p>	<p>Diferenciar entre la autonomía y las situaciones de riesgo. Ya que A. podría ponerse en riesgo al ocultar o mentir sobre los lugares que frecuenta. Por ello es importante abordar los vínculos con las personas que oculta a sus padres, no con una actitud de prohibición, sino con una intención terapéutica y reflexiva.</p> <p>Fortalecer la independencia en virtud de la autoprotección, y así poder evitar situaciones de riesgo.</p>

Tabla 11. *Sexta sesión de la paciente A.*

<p>Paciente: A. Sexta sesión. “¿Cómo expresar lo que siento”</p>	<p>Descripción</p>
<p>Pre-sesión</p>	<p>Propiciar el insight: se recomendó abrir el diálogo y la participación tomando en cuenta el discurso empleado por las pacientes.</p> <p>Favorecer el ambiente adecuado para que A. logre darse cuenta de aquellas mociones psíquicas que motivan sus acciones.</p>
<p>Sesión</p>	<p>Los coterapeutas mencionan que esta es la sexta sesión de un total de ocho, esto con el motivo de que las pacientes sean conscientes de la proximidad de la finalización del grupo terapéutico y puedan reflexionar al respecto.</p>

**Post-sesión /
Indicaciones terapéuticas**

Se abordaron temas referentes a la muerte y la comunicación con los otros.

A. menciona que su abuela materna falleció, por lo cual sus hermanas y su madre están muy tristes. A ella no le entristece la muerte de su abuela por no tener una buena relación con ella. A. cuenta que hubo un tiempo en que su abuela vivía en su casa, pero dicha situación le desagradaba ya que discutían mucho. Esto es recriminado por su madre, culpándola además de que su abuela no haya vivido más tiempo en su casa y por tal motivo no haber pasado más tiempo con ella antes de su muerte.

Menciona sentirse presionada por su familia para sentir tristeza por la muerte de su abuela, sentimiento que reiteradamente nos dice que no comparte. Pero por otro lado, siente tristeza por su madre y sus hermanas, ya que las ve muy afectadas. Agrega que a su madre y hermana les han diagnosticado diabetes, enfermedad que también padeció su abuela, esto la hace sentirse preocupada.

Se menciona la importancia de atender las propias emociones en el equipo de trabajo como una herramienta para tratar de entender lo que le sucede a las pacientes. Por ejemplo, el tema de la muerte, situación que tomó por sorpresa a uno de los coterapeutas.

La supervisora recalca la importancia de haber retomado el tema en el momento que M. llegó, pues pareció que hubo una especie de escisión, como si lo que aconteció antes de su llegada no hubiera tenido importancia. Por otra parte, señalar que lo que la mamá de A. hace con ella tiene un peso de importancia más allá del estado de duelo. Comprender que tiene justa razón de estar enojada. Además, notar el carácter de A., pues también parece que le cuesta trabajo conectar con las demás personas.

Tabla 12. Cuarta sesión de la paciente M.

Paciente: M. Cuarta sesión. “Secretos de familia”	Descripción
Pre-sesión	<p>Se pretende buscar la manera de abordar la sexualidad de acuerdo al contexto que vaya surgiendo en la sesión.</p> <p>Vinculado a lo anterior, propiciar la reflexión en cuanto a la falta de confianza de las pacientes hacia otras personas y sobre las relaciones interpersonales, principalmente con los hombres.</p>
Sesión	No asistió a la sesión.
Post-sesión / Indicaciones terapéuticas	

Tabla 13. Quinta sesión de la paciente M.

Paciente: M. Quinta sesión. “La confianza familiar”	Descripción
Pre-sesión	<p>Se pretende que los temas a abordar durante la sesión se propicien por parte de las pacientes y no necesariamente llegar con un plan que hay que cumplir.</p> <p>Para esta sesión no se esperaba contar con la presencia de M., a pesar de esto se planteó fomentar el insight y el contacto con los afectos, el uso de un lenguaje claro y seguir explorando la dinámica familiar</p>
Sesión	<p>A pesar de prever su ausencia, M. sí acudió y se abordaron temas relacionados con la independencia y la historia familiar.</p> <p>Menciona que se ha sentido más reflexiva en cuanto a su interacción con los demás, añade que la relación con su hermano siempre le ha sido difícil. Nos cuenta que es muy frecuente que las charlas que tiene con él se transformen en peleas y describe a su hermano como una persona “de mente cerrada”.</p> <p>Menciona que nunca conoció a su padre, pero que le causa interés conocerlo. Ella y sus dos hermanos son, cada uno, de distintos padres y que ha vivido en Guanajuato, Puerto Vallarta y en la Ciudad de México. Añade que a la edad de 10 años su mamá se fue a vivir a Guanajuato con el</p>

	<p>padre de su hermana menor, quedándose M. con su hermano en casa de sus abuelos. Ella le rogó a su madre para que no se fuera, pero aún así se fue, tiempo después M. se muda a Guanajuato: “mi mamá me hacía falta y la extrañaba mucho” (sic.).</p> <p>Menciona que le gustaría que su mamá confiara más en ella, ya que es muy común que la acompañe a todos los lugares que ella visita, o si se encuentra en una fiesta, su madre la espera afuera hasta que decida irse.</p>
Post-sesión / Indicaciones terapéuticas	<p>Fomentar el crecimiento personal con base en el autocuidado y autoprotección, con el propósito de generar asertividad y confianza, especialmente con su madre.</p> <p>Propiciar que M. cuente durante la sesión aquello que le genera alguna emoción o pensamientos conflictivos, ya que comúnmente lo hace al terminar la sesión.</p>

Tabla 14. *Sexta sesión de la paciente M.*

Paciente: M. Sexta sesión. “¿Cómo expresar lo que siento?”	Descripción
Pre-sesión	<p>Propiciar el insight: se recomendó abrir el diálogo y la participación tomando en cuenta el discurso empleado por las pacientes.</p> <p>Favorecer el ambiente adecuado para que M. logre darse cuenta de aquellas mociones psíquicas que motivan sus acciones.</p>
Sesión	<p>Los coterapeutas mencionan que esta es la sexta sesión de un total de ocho, esto con el motivo de que las pacientes sean conscientes de la proximidad de la finalización del grupo terapéutico y puedan reflexionar al respecto.</p> <p>M. llega retrasada a la sesión. Justo después de que A. contara lo que atravesaba debido a la muerte de su abuela. M. comienza su participación fuera de contexto, pero más tarde se le pone al tanto.</p> <p>M. cuenta que ha procurado tener menos roces con su hermano, ya que trata de no enojarse y gritar para no seguir con la</p>

**Post-sesión /
Indicaciones terapéuticas**

discusión. Agrega que ha puesto atención a su manera de actuar desde el inicio del grupo hasta ahora.

Respecto a los sentimientos de tristeza, tema que se relacionó con el relato de A., M. comenta que cree muy importante expresar dichos sentimientos para intentar comunicarlo a los demás y que ellos lo entiendan.

Durante la sesión se abordó el tema de la comunicación con los otros.

M. menciona que hay momentos en los cuales no sabe qué decir o cómo reaccionar cuando interactúa con los demás.

Dice que se da cuenta de lo que siente y piensa cuando ocurre un evento que le genera molestia, como cuando alguien se burla de otra persona. Agrega que ese malestar no lo expresa como tal y que se siente paralizada en la expresión.

Señaló no poder expresarse plenamente y que si llega a equivocarse en lo que dice se sentiría mal consigo misma. Al cuestionarla sobre lo qué podría pasar si se equivoca, menciona que si dice algo que no quería tal cual, sentiría una molestia que le duraría algunos días, como culpa. Es por eso que reafirma que “debes pensar antes de actuar” (sic.).

Tratar de recapitular lo ocurrido en las sesiones para propiciar el entendimiento de M. y con esto su participación.

A su vez, el equipo terapéutico debe prestar atención a las propias emociones y con ello tratar de entender el estado emocional de las pacientes, por ejemplo, el tema de la muerte.

La supervisora recalca la importancia de haber retomado el tema en el momento que M. llegó, pues pareció que hubo una especie de escisión, como si lo que aconteció antes de su llegada no hubiera tenido importancia.

Durante esta segunda etapa se desarrollaron distintas estrategias para alcanzar los objetivos terapéuticos planteados previamente, las cuales tuvieron como propósito brindar las herramientas necesarias a las pacientes para que pudieran comprender, y posteriormente resolver, aquellos conflictos que atravesaban y que manifestaron en el setting terapéutico.

Se favoreció un ambiente adecuado para que las pacientes fueran capaces de expresar aquellos pensamientos y emociones que las aquejaban, esto mediante intervenciones concisas y claras que permitieran el libre flujo de los afectos; además se realizó un constante trabajo de análisis personal por parte de cada integrante del equipo de psicólogos en formación, con la intención de promover el auto-cuidado y mejorar las habilidades profesionales (dichas estrategias pueden observarse con mayor claridad en el apartado de pre-sesión y post-sesión en las tablas).

El material clínico obtenido en esta etapa nos permitió observar con más claridad los conflictos apremiantes de ser elaborados: la individuación, autonomía e independencia parental, inherentes a la etapa de vida de las pacientes. *“M. menciona que siente un poco de sobreprotección por parte de su mamá ya que la acompaña a todos los lugares, en las fiestas la espera afuera y a veces quisiera que su mamá confiara más en ella” (sic)* ; la concientización de conductas de riesgo (llevadas a cabo principalmente por A.: *“...menciona que cuando sale a fiestas tiene que mentir sobre los lugares a donde va”*); el autoconcepto; y la sexualidad.

Factores terapéuticos: *altruismo, catarsis, comportamiento imitativo, aprendizaje interpersonal, infundir esperanza, recapitulación correctiva del grupo familiar primario (Yalom, 1996), multiplicidad de transferencia, realidad externa y fenómeno especular (Vives, 1989).*

La labor desempeñada por el equipo de psicólogos en formación durante las pre y post sesiones favoreció la comprensión de distintos temas en las pacientes, lo cual contribuyó a que más factores terapéuticos se hicieran presentes en el grupo terapéutico.

La catarsis, el altruismo, el comportamiento imitativo, el aprendizaje interpersonal, infundir esperanza, la recapitulación correctiva del grupo familiar primario (Yalom, 1996), la multiplicidad de transferencia, la realidad externa y el fenómeno especular (Vives, 1989) se sumaron a la lista de factores que pudieron observarse hasta esta parte del desarrollo del proceso grupal .

Una de las situaciones en las cuales la catarsis (Yalom, 1996) pudo observarse fue cuando A. contó en sesión que su abuela había fallecido y que ella no compartía la tristeza por la pérdida con su madre y hermanas, lo cual le generaba un conflicto ya que a pesar de esto, se sentía empática con ellas. Posteriormente comprendió que dicha situación también le afectó de alguna manera y que le costaba trabajo expresarlo,

mencionando que le preocupaba la muerte de su hermana y su madre, ambas diagnosticadas con diabetes, enfermedad que también padeció su abuela.

El altruismo pudo observarse, entre otras situaciones, cuando M. le comentó a A. que era muy importante expresar sus sentimientos para que su familia pudiera entenderla, refiriéndose a la muerte de su abuela, generando una sensación de importancia en M., siendo tomada en cuenta por el grupo para propiciar ayuda mutua y escucha activa (Yalom, 1996).

Cuando M. mencionó que en ocasiones no tenía muy claro cómo interactuar con los demás, a pesar de tener en mente qué es lo que quisiera decir u opinar, pudo observarse la multiplicidad de transferencia (Vives, 1989) ya que dicha sensación fue transferida al grupo como un todo. Lo anterior coadyuvó a que M. comprendiera que es capaz de relacionarse con distintas personas pero que existe alguna razón por la cual encuentra dificultades en hacerlo, observándose en esta situación el fenómeno especular y la realidad externa (Vives, 1989). Tiempo después relacionó esta dificultad con el temor a “quedar mal” frente a los demás, lo cual la hacía sentir insegura: “Debes pensar antes de actuar”, pudiéndose observar la recapitulación correctiva del grupo familiar primario (Yalom, 1996), ya que el “deber ser” es una norma rígida aprendida que en este caso mermaba el desenvolvimiento de M., es por esto que se alentó a la reflexión para que ella pudiera probar diferentes formas de pensamiento y llevarlas a la práctica.

El comportamiento imitativo, infundir esperanza y el aprendizaje interpersonal (Yalom, 1996) pudieron observarse en distintas ocasiones, por ejemplo, cuando M. mencionó *“he notado que soy más reflexiva antes de expresar mis ideas a alguien; en ocasiones es necesario ver la situación desde otro punto, tener otra perspectiva”* (sic). A su vez, A. comenta *“he sido más abierta al interactuar con las personas”* (sic.), y pudo observar que la decisión de cambiarse de carrera estaba permeada por los conflictos con sus compañeros.

ANÁLISIS DE LA TERCERA ETAPA: Terminación del proceso grupal (sesiones 7 y 8)

A continuación se muestran las tablas de análisis descriptivo por sesión de cada una de las pacientes durante la primera etapa de la intervención (Tabla 15, Tabla 16, Tabla 17, Tabla 18). Se presenta un análisis de lo más relevante durante las tres instancias de supervisión (pre-sesión, sesión y post-sesión), seguido de un análisis cualitativo del grupo en conjunto, en el cual se menciona la importante aparición de los mecanismos o factores terapéuticos.

Tabla 15. Séptima sesión de la paciente A.

Paciente: A. Séptima sesión. “Despertares”	Descripción
Pre-sesión	<p>Propiciar la reflexión en cuanto al progreso de la problemática por la cual acudió al CSP.</p> <p>Se recomienda que las intervenciones sean directas y claras, con el motivo de no generar confusiones y a su vez recibir respuestas claras, lo cual es de utilidad para profundizar.</p> <p>Incitar la retroalimentación entre las pacientes para saber y reconocer los diversos cambios tanto en las emociones, como en los pensamientos.</p> <p>Tratar de profundizar más al respecto de la muerte de su abuela y explorar el sentimiento que trae consigo.</p> <p>En cuanto a las devoluciones, la supervisora menciona que es importante tener en mente que no se tienen que dar consejos, sino que se propicia que las pacientes reflexionen para que ellas tomen sus propias decisiones.</p>
Sesión	<p>Se propició la reflexión sobre su progreso dentro y fuera del grupo, la sexualidad, las conductas de riesgo y el enamoramiento.</p> <p>A. comenta que la situación referente a la muerte de su abuela se ha vuelto tranquila, principalmente la interacción con su madre.</p> <p>En cuanto a su sentir y los cambios que ha experimentado desde el inicio del proceso grupal terapéutico, menciona que se ha dado cuenta que su intención de cambiarse de carrera no tenía que ver con que si ésta le gustaba o no, sino con la dificultad para relacionarse con sus compañeros y por el problema que había tenido con una chica; en cuanto a esto último agrega que aunque ya no habla con esta compañera, se ha sentido menos incómoda estando en el mismo lugar que ella; también nos dice que ha comenzado a hablar con más personas</p>

**Post-sesión /
Indicaciones terapéuticas**

en su facultad y se ha sentido a gusto conociendo gente.

A. nos cuenta que le gustaría trabajar sobre su autoestima y cómo poder seguir desarrollando o propiciando la interacción con hombres.

Menciona que existe un “secreto prohibido” y vergonzoso, el cual no le cuenta a sus padres para evitar que la castiguen: En una ocasión ella y sus amigas fueron a una fiesta donde no conocían a las personas presentes. Durante el transcurso de la noche, abordó un auto en el cual conducía un joven en estado de ebriedad, posteriormente acudió a un table dance. Agrega que este hecho le da vergüenza y que no contestó el teléfono a su padre, evitando informarle que no se encontraba en el lugar que le había dicho en un principio.

Los coterapeutas incentivan la reflexión sobre el riesgo que corre al no informar a sus padres sobre donde se encuentra durante la noche. A. parece comprender los riesgos, pero menciona que de ninguna manera le contaría ese suceso a sus padres.

Identificar la manera en la cual A. parece interactuar, ya que se percibe que tiende a dejar fuera de participación a M., además de lucir distraída cuando M. participa en el grupo. La supervisora comenta que A. tiende a comunicarse de esa manera, como si esa distracción fuera su manera de llamar la atención.

Se hace una reflexión sobre discurso de las pacientes durante la sesión, ya que parece enfocarse a temas de sexualidad, pues en ambas coinciden temáticas donde el vínculo sexual, por ejemplo en amigos cercanos y situaciones de riesgo, se le atribuye un peso de importancia. Se nos recomienda pensar más profundamente en la labor profesional para comprender esos detalles no perceptibles

	con facilidad en el discurso de los pacientes. Y que esa labor se entrena bajo la constancia de ejercitar esa habilidad.
--	--

Tabla 16. Octava sesión de la paciente A.

Paciente: A. Octava sesión. “Cerrando una experiencia”	Descripción
Pre-sesión	<p>Se comentó dentro del grupo en formación la manera adecuada para abordar la última sesión.</p> <p>Se llegó a la conclusión que sería pertinente permitirles a las pacientes hablar en un principio, como habíamos acostumbrado durante todo el trabajo terapéutico y posteriormente, con base en lo que dijeran, retroalimentarlas acerca del progreso que hemos observado y que ellas han detectado en sí mismas, así como propiciar que cada una opinara sobre la otra.</p> <p>En relación a las conductas de riesgo mencionadas por A. la sesión anterior, se planteó la importancia de modular y cuidar las palabras que se empleen para brindar una comunicación precisa y libre de juicios.</p> <p>La supervisora señaló que es necesario que las devoluciones se centren en la connotación de lo positivo y que no parezcan señalamientos morales o que pretendan recordar a los padres. Así pues, lo positivo tiene que ver con los logros alcanzados, los avances desarrollados y aquello que sirva de la experiencia y desempeño del trabajo terapéutico.</p> <p>Se estipuló recordar que tienen la posibilidad y capacidad de seguir trabajando lo desarrollado durante esta intervención, así como buscar otras opciones, las cuales consideren adecuadas para continuar el ejercicio terapéutico en el momento que lo deseen.</p>
Sesión	<p>Durante la última sesión se hizo una tarea reflexiva, propiciando así la integración de todo el proceso grupal.</p> <p>A. comenta que este semestre, aunque le</p>

había costado trabajo, conoció gente nueva e hizo amistades, pero pensar en que quizá el próximo semestre no tenga clases con algún amigo la “estresa”. Agrega que siente miedo por tener que “comenzar desde cero” a conocer a las personas.

Respecto a los cambios que ha notado en su persona durante este proceso, A. dice que antes de venir pensaba que su vida era toda felicidad, sin problemas. Pero cuando sucedió el conflicto con sus compañeras de la universidad cambió demasiado, no le hablaba a nadie, se sentía triste y enojada todo el tiempo. Por otro lado, al llegar al grupo terapéutico se ha sentido mejor, ya que ha desarrollado la habilidad de comunicarse con sus compañeros de una mejor manera. A su vez, comenta que su familia le ha dicho que observa un cambio en su actitud.

Con respecto a la opinión que tiene del proceso de M., A. explica que al inicio vio que M. tenía los mismos problemas que ella y eso la hizo sentir mejor por no sentirse sola. Durante las sesiones veía que M. trabajaba sus problemáticas toda la semana y ella sólo el miércoles, lo cual le sirvió de motivación, ya que se dijo a sí misma: “*si M. puede, por qué yo no*” (sic.).

Al ser cuestionada sobre la experiencia de haber compartido un secreto dentro del grupo (referente a lo que comentó en la sesión anterior), A. menciona que ha reflexionado mucho al respecto: ahora decidirá mejor y expresará su malestar, pues aquella vez no lo hizo y se tuvo que aguantar a estar en un ambiente no deseado. Agrega que lo que contó guardaba un sentimiento desagradable donde hizo “*acciones estúpidas*” (sic.). Relacionado con lo anterior, menciona que “siempre” está preocupada por lo que los demás pudieran decir de ella. Explica que a pesar de tener la idea de “*no me importa lo que digan de mí*” (sic.), al final siempre cae en la intención de agradar. Se le pregunta si ha sentido algo similar en el grupo. A. responde que no, pues le genera confianza y seguridad, pero

**Post-sesión /
Indicaciones terapéuticas**

en ocasiones no lo vive así afuera.

Retomando la experiencia narrada por M. en la sesión anterior, Se le hace la pregunta: “*Si tuvieras el deseo de conocer a un chico, ¿Qué sucedería?*” (sic.). A. responde que aún tiene conflictos con los hombres, pero que si las cosas se dan, le explicaría superficialmente a su mamá que saldría con alguien y que, tal vez con el paso del tiempo y repetidas salidas, comentaría el establecimiento de la relación. Agrega que ha notado que las dificultades para tener una pareja están en ella, pero que le gustaría tener un noviazgo y que cree que “*sería algo bonito*” (sic.).

Al abordar el tema del auto-cuidado dentro y fuera de una posible relación amorosa, A. menciona que procuraría salir a sitios seguros y conocidos para ella y por su madre, a la cual también le comentaría con quien está saliendo.

Al final de la sesión se le reconocen el interés y esfuerzo por trabajar en su bienestar emocional. También se recalca el valor de haber expresado y contado cosas dolorosas.

A. agrega que la experiencia le ha gustado mucho y que aún le queda por trabajar su autoestima, a pesar de haber logrado avances.

Se finaliza señalando su capacidad para resolver conflictos. Se le menciona la opción de solicitar ayuda en el momento y lugar que considere adecuado.

Se recomienda a A. seguir con un proceso terapéutico para que pueda continuar trabajando las problemáticas que han surgido o puedan surgir en cuanto al autoestima, el autocuidado, las situaciones de riesgo en las cuales pueda estar inmersa y su dinámica familiar, además de seguir reflexionando sobre aquellos comportamientos que le han dificultado relacionarse con los demás.

	<p>A su vez, una terapia podría ayudarle a comprender y contactar con las fantasías que tiene sobre la autoexigencia y su sexualidad.</p> <p>Fue importante reconocer que ambas pacientes han podido establecer un contacto distinto fuera del momento de grupo terapéutico. Si bien es cierto, ambas han conformado una interacción verdaderamente íntima y la sesión presente permitió evidenciar ese fenómeno. Entre otros aspectos, la supervisora comenta que ahora M. tuvo mayor presencia en la dinámica del grupo, pues normalmente A. se encargaba de eso.</p>
--	---

Tabla 17. Séptima sesión de la paciente M.

Paciente: M. Séptima sesión. “Despertares”	Descripción
Pre-sesión	<p>Propiciar la reflexión en cuanto al progreso de la problemática por la cual acudió al CSP.</p> <p>Se recomienda que las intervenciones sean directas y claras, con el motivo de no generar confusiones y a su vez recibir respuestas claras, lo cual es de utilidad para profundizar.</p> <p>Incitar la retroalimentación entre las pacientes para saber y reconocer los diversos cambios tanto en las emociones, como en los pensamientos.</p> <p>En cuanto a las devoluciones, la supervisora menciona que es importante tener en mente que no se tienen que dar consejos, sino que se propicia que las pacientes reflexionen para que ellas tomen sus propias decisiones.</p>
Sesión	<p>Durante la sesión se propició la reflexión sobre su progreso dentro y fuera del grupo, la sexualidad, el enamoramiento y las conductas de riesgo.</p> <p>En cuanto a su sentir y los cambios que ha</p>

**Post-sesión /
Indicaciones terapéuticas**

experimentado desde el inicio del proceso grupal terapéutico, M. menciona que la terapia le ha ayudado mucho, que ésta última semana ha practicado el expresar sus sentimientos y eso la ha hecho sentir mucho mejor, en cuanto a la relación con su familia, ha tenido menos riñas con su hermano y trata de tener más paciencia.

M. menciona que ha notado mucha mejoría en A., que con ayuda de los terapeutas, pero principalmente con su propio trabajo, se ha dado cuenta del porqué de la problemática. Refiere que A. trae una problemática diferente para trabajar cada sesión y la siguiente semana mejora sobre lo que está trabajando. Por ejemplo, no tomar la decisión de cambiarse de carrera por el problema suscitado con su compañera.

M. nos cuenta que, al igual que A., le gustaría trabajar su autoestima e inseguridad, agrega que eso le ayudará a seguir expresando lo que siente y piensa a la gente.

Aunado a lo anterior, menciona que en el pasado, debido a su autoestima cometió varios errores. Comparte una situación que la hace sentir que no actuó de la manera que ella hubiera considerado adecuada, sintiéndose frustrada y enojada consigo misma: Menciona haber salido con un chico cuando tenía 15 años, con el cual terminó su relación de una manera abrupta por la influencia de su madre. Agrega que sintió que jugó con los sentimientos del chico y los propios, generándole una sensación de culpa. A pesar de eso menciona sentir alivio por compartir dicha experiencia en el grupo.

Reflexiona sobre la toma de decisiones y lo que a ella le gusta o no le gusta hacer.

Seguir fomentando la autonomía de M. mediante preguntas que inviten a la reflexión en cuanto a la relación con su familia, especialmente con su madre.

Se hace una reflexión sobre discurso de las

pacientes durante la sesión, ya que parece enfocarse a temas de sexualidad, pues en ambas coinciden temáticas donde el vínculo sexual, por ejemplo en amigos cercanos y situaciones de riesgo, se le atribuye un peso de importancia. Se nos recomienda pensar más profundamente en la labor profesional para comprender esos detalles no perceptibles con facilidad en el discurso de los pacientes. Y que esa labor se entrena bajo la constancia de ejercitar esa habilidad.

Tabla 18. *Octava sesión de la paciente M.*

<p>Paciente: M. Octava sesión. “Cerrando una experiencia”</p>	<p>Descripción</p>
<p>Pre-sesión</p>	<p>Se comentó dentro del grupo en formación la manera adecuada para abordar la última sesión.</p> <p>Se llegó a la conclusión que sería pertinente permitirles a las pacientes hablar en un principio, como habíamos acostumbrado durante todo el trabajo terapéutico y posteriormente, con base en lo que dijeran, retroalimentarlas acerca del progreso que hemos observado y que ellas han detectado en sí mismas, así como propiciar que cada una opinara sobre la otra.</p> <p>La supervisora señaló que es necesario que las devoluciones se centren en la connotación de lo positivo y que no parezcan señalamientos morales o que pretendan recordar a los padres. Así pues, lo positivo tiene que ver con los logros alcanzados, los avances desarrollados y aquello que sirva de la experiencia y desempeño del trabajo terapéutico.</p> <p>También se acordó en recordarles que ellas tienen la posibilidad y capacidad de seguir trabajando lo que aquí comenzamos, así como buscar otras opciones, las cuales consideren adecuadas para continuar el ejercicio terapéutico en el momento que lo deseen.</p>

Sesión

Durante la última sesión se hizo una tarea reflexiva, propiciando así integración de todo el proceso grupal.

M. le comparte a A. su opinión sobre el estrés de ésta última debido al inicio de un nuevo semestre. Le dice que no se preocupe, que sabrá elegir bien sus materias y que todo saldría bien con los amigos. Agrega que la vida es así y siempre estamos conociendo gente nueva.

A su vez, comparte la sensación de estrés con A.. Menciona que esta semana ha estado estresada por motivo de un proyecto escolar en equipo. Tanta presión le provocó llanto y preocupación. Sin embargo, al reflexionar sobre lo sucedido pudo sentirse mejor. Posteriormente habla sobre una presentación de baile de la prepa para la cual no fue seleccionada. Cuenta que este hecho le causó tristeza y menciona que si hubiera ensayado hubiera sido distinto. Todo esto la llevó a concluir que debe seguir esforzándose para mejorar.

Referente a los cambios que ha notado en sí misma a raíz del proceso grupal, menciona que dentro del espacio terapéutico grupal se ha sentido con libertad de expresar lo que siente, lo cual le hace sentir bienestar. Agrega que en un principio, al realizar su entrevista inicial, se sentía sin saber qué hacer con su vida y todos los días estaba triste. Explica que le gustó compartir con A. la experiencia, ya que ambas tenían problemáticas similares y se ayudaron mutuamente. Señala que ha hecho modificación de varias cosas en su actualidad, como mejorar la relación con su madre y hermano, así como aumentar las relaciones con los compañeros de su escuela. Agrega que su madre le dice que la ha visto mejor debido al trabajo que ha hecho para ella misma.

Respecto a la opinión que tiene sobre el progreso de su compañera, M. menciona que ha visto en A. una motivación para hacer cambios en sí misma, ya que cada sesión mostraba un avance de la

problemática compartida.

Al ser cuestionada sobre la experiencia de compartir situaciones íntimas dentro del grupo, por ejemplo aquella relación que tuvo con un chico en el pasado, M. explica que antes evitaba las situaciones de expresión de sus sentimientos, pero al momento de contarlo en el grupo sintió que se le quitó un peso de encima, además menciona que pudo contarlo porque se siente segura y sin temor a ser juzgada.

Retomando la experiencia narrada en la sesión anterior, se le hace la pregunta: “*Si tuvieras el deseo de conocer a un chico, ¿Qué sucedería?*” (sic.). A lo que M. responde: “pasará cuando tenga que pasar” (sic), y que al suceder daría lo mejor de ella, y que sí le gustaría que ocurriera. Agrega que primero debe conocer mejor al chico y posteriormente lo hablaría con su mamá para escuchar su opinión. Explica que si su madre es una barrera dentro de la relación, hablaría bien con ella y le pediría que respetara su decisión.

Al abordar el tema del auto-cuidado dentro y fuera de una relación amorosa, menciona la importancia de fomentar el respeto, agrega que buscaría medios o estrategias para cuidarse a sí misma sin exponerse a peligros externos.

Al final de la sesión se le reconocen el interés y esfuerzo por trabajar en su bienestar emocional. También se recalca el valor de haber expresado y contado cosas dolorosas.

M. considera que, al igual que A., aún tiene cosas por trabajar respecto a su autoestima y relaciones interpersonales. agrega que debe continuar con la reflexión y aplicar lo aprendido en estas sesiones a lo largo de su vida.

Se finaliza señalando su capacidad para resolver conflictos y solicitar ayuda en el momento y lugar que considere adecuado.

Post-sesión / Indicaciones terapéuticas

Se recomendaría a M. seguir en un proceso terapéutico para que le sea posible seguir abordando conflictos inherentes a su situación familiar y así ella pueda contactar con los afectos y reflexionar sobre su historia de vida. Además de que podría ayudarle a comprender la falta de plenitud para expresar lo que siente o la inseguridad para hacerlo.

A su vez, una terapia podría ayudarle a comprender y contactar con las fantasías que tiene sobre la autoexigencia, la sexualidad y la interacción con otros.

Fue importante reconocer que ambas pacientes han podido establecer un contacto distinto fuera del momento de grupo terapéutico. Si bien es cierto, ambas han conformado una interacción verdaderamente íntima y la sesión presente permitió evidenciar ese fenómeno. Entre otros aspectos, la supervisora comenta que ahora M. tuvo mayor presencia en la dinámica del grupo, pues normalmente A. se encargaba de eso.

Las indicaciones terapéuticas, las cuales se elaboraron y analizaron durante cada una de las sesiones de supervisión, fueron el medio principal, más no el único, para que en esta última etapa se vieran consolidadas las herramientas desarrolladas por parte del grupo de psicólogos en formación, con el fin de alcanzar los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso grupal.

La consecución de objetivos terapéuticos generales como: favorecer las relaciones interpersonales, promover la autonomía, reflexionar sobre ellas mismas y propiciar la capacidad de insight; pudo observarse en diversas situaciones, por ejemplo, cuando en la última sesión M. comentó sobre “...la importancia de fomentar el respeto en una relación interpersonal” (sic.) y agregó que “buscaría medios o estrategias para cuidarse a sí misma sin exponerse a peligros externos” (sic); y cuando A. mencionó que “procuraría salir a sitios seguros y conocidos para ella y por su madre” (sic.).

En cuanto a los objetivos terapéuticos particulares de A., se favoreció la reflexión y el pensamiento crítico enfocados a la alta auto-exigencia, las situaciones de riesgo y las dudas respecto a su carrera; respecto a M., se propició la expresión de sus temores y sensaciones relacionadas con “fallar”, con el propósito de analizarlos en un entorno reflexivo y respetuoso. Esto puede ejemplificarse en algunas situaciones durante las últimas sesiones del proceso terapéutico: durante la última sesión M. comentó que antes evitaba las situaciones de expresión de sus sentimientos, pero al

momento de contarlo en el grupo, sintió que se le quitó un peso de encima y pudo contarlo porque se sintió segura y sin temor a ser juzgada; a su vez A. mencionó que al llegar al grupo terapéutico se ha sentido mejor, ya que ha desarrollado la habilidad de comunicarse con sus compañeros de una mejor manera... procuraría salir a sitios seguros.

Un aspecto sumamente importante fue el hecho de que ambas pacientes hayan podido concluir la experiencia terapéutica siendo conscientes de sus avances, de los grandes o pequeños cambios de comportamiento y pensamiento, y de la existencia de aspectos personales que les interesaría seguir trabajando, ya sea dentro de un ambiente terapéutico profesional o alguna otra opción que ellas consideren conveniente. Por ejemplo, M. comentó que: *“debe continuar con la reflexión y aplicar lo aprendido en estas sesiones a lo largo de su vida”* (sic.); por su parte, A. dijo que: *“aún le queda por trabajar su autoestima, a pesar de haber logrado avances”* (sic.).

Durante la última sesión ambas pacientes comentaron sentirse estresadas por situaciones que atravesaban y coincidían con la etapa de terminación del grupo: A. mencionó que *“este semestre, aunque le había costado trabajo, conoció gente nueva e hizo nuevas amistades y que el hecho de pensar en que quizá el próximo semestre no tenga clases con algún amigo la estresaba”*; *“...le gustaría seguir trabajando en su autoestima y la seguridad...”* (sic.). M. comentó que: *“esta semana ha estado estresada por el motivo de un proyecto escolar en equipo. Mencionó que tanta presión por realizar un video en equipo le provocó llanto y preocupación”*; *“ella también quiere trabajar su autoestima y su inseguridad, ya que eso le ayudará a seguir expresando lo que siente y piensa con la gente”* (sic.).

La manifestación de dichos afectos durante la sesión final quizá se relacionen con situaciones del pasado de las pacientes, en las cuales experimentaron una pérdida, terminación de alguna etapa o separación, lo cual, como pudo observarse, puede venir acompañado de enojo o de nuevas demandas hacia los coterapeutas (MacKenzie, 1995).

Factores terapéuticos: *catarsis, cohesión grupal, infundir esperanza, altruismo, comportamiento imitativo, factores existenciales, recapitulación correctiva del grupo familiar primario* (Yalom, 1996), *los determinantes ideológicos y la solidaridad* (Vives, 1989).

Como se mencionó anteriormente, el trabajo realizado por el grupo de psicólogos en formación y la supervisora Dalila Yussif R. se observó con más claridad en esta última etapa. El grupo se consolidó como una fuente de herramientas y recursos terapéuticos para el progreso de las pacientes. Factores terapéuticos que se observaron en la etapa anterior también se hicieron presentes en la fase de cierre (catarsis, infundir esperanza, altruismo, comportamiento imitativo, recapitulación correctiva del grupo familiar primario (Yalom, 1996) y otros más se hicieron presentes en esta última etapa (los determinantes ideológicos, la solidaridad (Vives, 1989), la cohesión grupal y los factores existenciales (Yalom, 1996).

Como reflejo de la cohesión grupal y la esperanza que se infundió dentro del grupo (Yalom, 1996), las pacientes mostraron más confianza al compartir sus pensamientos y experiencias, al grado de que ambas pudieron compartir “secretos”, los cuales traían consigo una importante carga emocional:

A. mencionó que: *“salió con un grupo de amigas a una fiesta que se canceló en el momento, entonces, decidieron hablarle a un amigo para que “sacara la fiesta”, fueron a otra fiesta en donde no conocían a nadie...” “decidieron acompañar a unos chicos por alcohol, nos comenta que se subieron a un auto para ir a comprar pero el conductor estaba ebrio...” “deciden salirse con unos amigos y van a un table dance, A. refiere que le da pena contarlo ya que ella no quería ir” (sic).* M. compartió que: *“conoció a un chico en el conservatorio de música, ella iba a cumplir 15 años e hizo una fiesta a la cual lo invitó...” “quedaron de verse la siguiente semana para ir al cine...” “él trató de besarla pero M. se negó, al finalizar su encuentro, su amigo la tenía abrazada por la espalda y su madre la vio lo cual provocó que la regañara...” (sic).*

Con el paso de las sesiones grupales, ambas pacientes demostraron interés mutuo y generaron una sensación de ayuda y acompañamiento, haciendo evidente la existencia de factores existenciales, comportamiento imitativo y altruismo (Yalom, 1996). Lo anterior puede ejemplificarse cuando en la última sesión M. le comparte a A. su opinión sobre el estrés de ésta última debido al inicio de un nuevo semestre: *“Le dice que no se preocupe, que sabrá elegir bien sus materias y que todo saldría bien con los amigos. Agrega que la vida es así y siempre estamos conociendo gente nueva.”*

La recapitulación correctiva del grupo familiar primario, la catarsis (Yalom, 1996), los determinantes ideológicos y la solidaridad (Vives, 1989) pudieron observarse en las diversas ocasiones en que las pacientes se apoyaron mutuamente en sus problemáticas, así como en las distintas reflexiones realizadas por ellas mismas, las cuales compartieron dentro del setting terapéutico: M. refiere que:

“en este espacio terapéutico se ha sentido con mayor libertad de expresar su sentir, que le gustó compartir con A. la experiencia, ya que ambas tenían problemáticas similares y se ayudaron entre las dos. Señala que ha hecho modificación de varias cosas en su actualidad, como mejorar la relación con su madre y hermano, así como aumentar las relaciones interpersonales con los compañeros de su escuela” (sic). *“...ha visto en A. una motivación para hacer cambios en sí misma, ya que cada sesión mostraba un avance de la problemática compartida” (sic).*

Por su parte A. menciona que:

“antes de venir pensaba que su vida era toda felicidad, sin problemas. Pero cuando sucedió el conflicto con sus compañeras de la universidad cambió demasiado, no le hablaba a nadie, se sentía todo el tiempo triste y enojada. Al llegar al grupo terapéutico, se ha sentido mejor, ya que ha podido expresarse mejor con sus amigos, y su familia le ha dicho que observa que ha cambiado sus actitudes a raíz del grupo terapéutico” (sic). *“M. tenía los mismos problemas de*

ella y eso la hizo sentir mejor, al no sentirse sola. Durante las sesiones veía que M. trabajaba sus problemáticas toda la semana y ella sólo el miércoles por lo que se dijo, que si M. podía, por qué ella no, lo cual le sirvió de motivación” (sic).

Por último, se logró cumplir un aspecto, sumamente importante de los enfoques con tiempo limitado que menciona MacKenzie (1995), que se refiere a la expectativa de que los pacientes apliquen de manera rápida el aprendizaje de terapia a las circunstancias externas. Lo cual se vio reflejado en el alcance de los objetivos terapéuticos del grupo. Se logró promover el auto-cuidado, la reflexión, el proceso de separación-individuación emocional y la consolidación de la identidad psicosexual.

M. se vio favorecida por la motivación que le generó el trabajo con A., pudo verbalizar sus emociones, mejoró su interacción y por ende sus relaciones personales, aumentó la seguridad en sí misma, se dio cuenta que es capaz de tomar sus propias decisiones y hacerse responsable de ellas. Su asertividad se vio favorecida, en especial en la relación con su madre, reflexionó sobre aspectos relacionados a su identidad sexual y a los vínculos afectivos que le gustaría crear.

Por su parte A. se dio cuenta que la motivación de cambiarse de carrera se debía a su dificultad de relacionarse con las personas y a los conflictos que tuvo con una de sus compañeras, con base en el trabajo terapéutico tomó la decisión de no realizar el cambio. Sus relaciones interpersonales mejoraron, se dio la oportunidad de conocer personas nuevas, se mostró más abierta y reflexiva. Identificó los riesgos en los que puede ponerse al no ser responsable de sus acciones, lo cual promovió el autocuidado. Al igual que M., reflexionó sobre aspectos relacionados a su identidad sexual y a los vínculos afectivos que le gustaría crear.

ANÁLISIS FINAL DEL PROCESO GRUPAL TERAPÉUTICO

Tabla 19. *Asistencias por sesión*

Paciente	S. 1	S. 2	S. 3	S. 4	S. 5	S. 6	S. 7	S. 8
A.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
M.	✓		✓		✓	✓	✓	✓

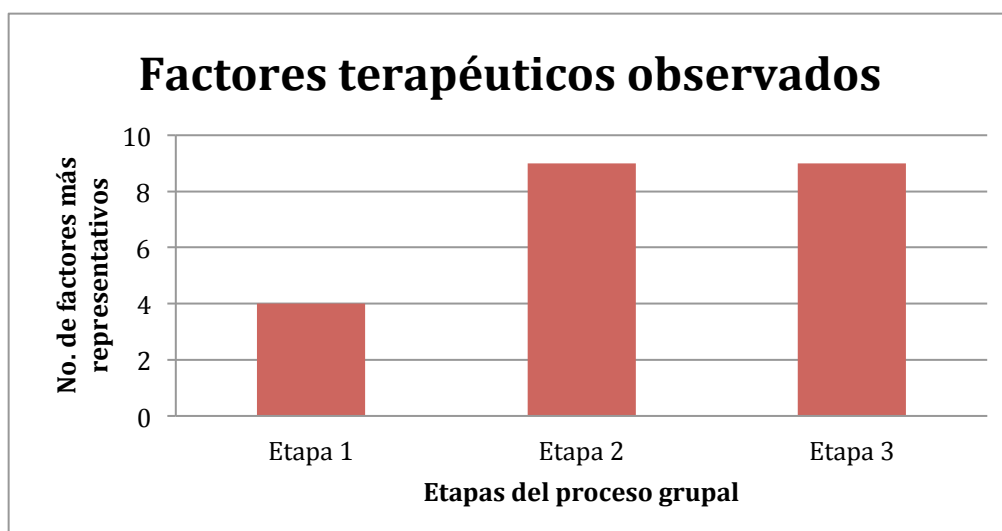
Tabla 20. *Observaciones clínicas finales y Logros terapéuticos*

Paciente	Asistencias	Motivo de consulta después de exploración	Observaciones clínicas finales /Logros terapéuticos	Sugerencias terapéuticas después de la intervención
A.	8	La paciente se encontraba dudosa en cuanto a si continuar en su actual carrera o cambiarse, además de tener dificultades para relacionarse, específicamente con hombres.	La paciente identificó causas de su dificultad para relacionarse, las cuales trabajó durante el proceso terapéutico, permitiéndole crear nuevos vínculos interpersonales. A. desarrolló su capacidad reflexiva y de autocuidado, debido a esto mejoró la comunicación con su familia, además de que decidió que no era necesario un cambio de carrera.	Seguir con un proceso terapéutico individual o grupal, para continuar trabajando las problemáticas que han surgido o puedan surgir en cuanto al autoestima, el autocuidado, las situaciones de riesgo en las cuales pueda estar inmersa y su dinámica familiar; además de seguir reflexionando sobre aquellos comportamientos que le han dificultado relacionarse con los demás. Continuar un proceso terapéutico podría ayudarlo a comprender y contactar con las fantasías que tiene sobre la autoexigencia y su sexualidad.
M.	6	La paciente presentaba conflictos de confianza en sí misma y	Al concluir el grupo, M. expresó la motivación que sentía al	Seguir en un proceso terapéutico individual o grupal para que le sea posible seguir abordando conflictos

		<p>autovaloración que merecían la manera en la que interactuaba con los demás, incluidos su hermano, su madre y compañeros de la escuela.</p>	<p>trabaja con A.. Pudo identificar y verbalizar sentimientos y pensamientos que la hacían perder confianza en sí misma y reflexionó al respecto. Con el paso del proceso grupal, M. mejoró sus relaciones interpersonales y aumentó la seguridad en sí misma para tomar sus propias decisiones.</p>	<p>inherentes a su situación familiar, contactar con sus afectos y reflexionar sobre su historia de vida. Además de que podría ayudarle a comprender la falta de plenitud e inseguridad para expresar lo que siente.</p> <p>Continuar un proceso terapéutico podría ayudarle contactar con y comprender las fantasías que tiene sobre la autoexigencia, la sexualidad y la interacción con otros.</p>
--	--	---	--	---

La Tabla 19 muestra las asistencias por sesión de cada paciente. Puede observarse que A. asistió a todas las sesiones, mientras que M. se ausentó la sesión 2, sin previo aviso, y la sesión 4, con previo aviso.

Por su parte, la Tabla 20 muestra el motivo de consulta después de la exploración, las observaciones clínicas / logros terapéuticos y sugerencias terapéuticas de seguimiento para cada paciente al final del proceso grupal, con el fin de hacer un contraste del progreso obtenido con la intervención terapéutica.



Gráfica 1. Factores terapéuticos observados

Tabla 21. Factores terapéuticos observados

Etapa del proceso grupal terapéutico	Factores terapéuticos
Etapa 1. El grupo en sus inicios	Transmisión de información Universalidad Desarrollo de técnicas de socialización Identificación
Etapa 2. El grupo durante el proceso	Altruismo Catarsis Comportamiento imitativo Aprendizaje interpersonal Infundir esperanza Recapitulación correctiva del grupo familiar primario Multiplicidad de transferencia Realidad externa Fenómeno especular
Etapa 3. Terminación del proceso grupal	Catarsis Cohesión grupal Infundir esperanza Altruismo Comportamiento imitativo Factores existenciales Recapitulación correctiva del grupo familiar primario Determinantes ideológicos Solidaridad

La Gráfica 1 muestra los factores más representativos para cada etapa del proceso terapéutico, sin que esto signifique que no hayan estado presentes en otras fases del mismo. Se observa un aumento de los factores observados que va desde los 4 en la primera etapa hasta los 9 en las etapas 2 y 3.

Por su parte, la Tabla 21 muestra cada uno de los factores más representativos observados. Cabe señalar que altruismo, catarsis, comportamiento imitativo, infundir esperanza y recapitulación correctiva del grupo familiar primario (Yalom, I., 1996), se observaron como factores representativos en las etapas media y final del grupo terapéutico.

El análisis final de los resultados muestra que hubo una mayor cohesión y compromiso por parte de las pacientes durante la segunda mitad de la intervención, es decir, de la sesión 5 a la 8. Ambas pacientes cumplieron con su asistencia, notándose una mayor interacción y participación dentro del grupo, lo cual trajo consigo un aumentando de los factores terapéuticos observados, y por consiguiente mejores resultados para el tratamiento.

ANÁLISIS FINAL DEL GRUPO DE PSICÓLOGOS EN FORMACIÓN

Por su parte, el grupo de psicólogos en formación alcanzó los objetivos del programa de formación y supervisión clínica propuesto por Yussif (1994). Además de su rol formativo, la supervisión desempeñó un papel muy importante en la contención de ansiedades de los psicólogos en formación, lo cual benefició el desarrollo del proceso grupal.

Se lograron desarrollar tanto competencias como habilidades útiles para el desarrollo del ejercicio profesional del psicoterapeuta. A su vez, se promovió un mejor entendimiento de los procesos psíquicos que ocurren en el setting terapéutico y cómo éstos generan una resonancia inconsciente (Foulkes, 1948) en los demás miembros del grupo, en los coterapeutas y en el equipo de observadores. Lo cual se pudo observar muy claramente en las pre y post sesiones donde se pudieron analizar las fantasías que se tenían en torno al trabajo terapéutico, y las indicaciones para desempeñar una labor adecuada.

Algunas de las recomendaciones que se hicieron durante la supervisión fueron: *“Pensar más profundamente en la labor profesional para comprender esos detalles no perceptibles con facilidad en el discurso de los pacientes. Y que esa labor se entrena bajo la constancia de ejercitar esa habilidad”, “Prestar atención a las propias emociones y con ello tratar de entender el estado emocional de las pacientes”, “Propiciar la comunicación entre todos los miembros del grupo terapéutico y no poner barreras a la interacción”, “Se considera que es necesario que ambos coterapeutas eviten utilizar términos innecesarios y no sencillos, ya que éstos favorecen el distanciamiento emocional”, etc.*

Ejemplo claro de lo anterior, fue la mejora de las intervenciones por parte de los coterapeutas durante la segunda mitad de la intervención, logrando comprender y trabajar las ansiedades que su objeto de estudio representó. Ambos cambiaron la premura de recabar tanta información de las pacientes como fuera posible, por un mejor entendimiento entre ambos y de los procesos que ambas pacientes se encontraban trabajando. Las sesiones fueron más fluidas, se propició la participación de las pacientes y se hizo un manejo adecuado no sólo de los silencios, sino también de las intervenciones, promoviendo el insight cognitivo y emocional (Etchegoyen, 2009).

El equipo de psicólogos en formación que desempeñaron el rol de observadores, elaboraron minutas detalladas de cada sesión. Lo cual representó un factor de suma importancia para el alcance de los objetivos del grupo de psicólogos en formación y de los objetivos del grupo terapéutico. Tanto las minutas como las notas clínicas elaboradas por los coterapeutas, sirvieron para el desarrollo de habilidades como el análisis clínico, el pensamiento crítico, la observación profunda, la elaboración de hipótesis diagnósticas y el desarrollo tanto de estrategias de evaluación como de atención psicológica profesional.

A continuación se resumen de manera breve las actividades y tareas más sobresalientes realizadas por parte del equipo de psicólogos en formación y los logros alcanzados al finalizar el programa de formación y supervisión clínica (Tabla 22).

Tabla 22. *Objetivos alcanzados por el grupo de psicólogos en formación.*

Actividades realizadas	Logros formativos obtenidos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de minutas ▪ Investigación bibliográfica ▪ Análisis y reportes de lecturas ▪ Realización de entrevistas de corte psicodinámico ▪ Capacitación sobre el manejo adecuado de expedientes en el CSP ▪ Análisis y organización del material clínico (notas y formatos clínicos, elaboración de cuadros de registro de pacientes, etc.) ▪ Observación y documentación de las sesiones terapéuticas ▪ Elaboración de notas clínicas / reportes de sesión ▪ Llevar a cabo ejercicios de reflexión e introspección ▪ Debates e intercambio de opinión respecto a la teoría revisada y aplicación en la práctica ▪ Intercambio de experiencias y puntos de vista profesionales y vivenciales ▪ Desarrollo de estrategias de intervención terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento tanto teórico como práctico de las habilidades y competencias que se requieren para y se desarrollan con el ejercicio profesional ▪ Conocimiento y aplicación de las teorías y técnicas de intervención grupal desde las perspectivas psicoanalítica, psicodinámica y existencial ▪ Conocimiento teórico y aplicación de intervención grupal con tiempo y objetivos limitados ▪ Reconocimiento los propios procesos inconscientes que se reactivan durante el ejercicio profesional ▪ Reconocimiento de la identidad profesional ▪ Reconocimiento de la supervisión clínica como parte fundamental de la formación y del ejercicio profesional ▪ Reconocimiento del autocuidado y autoconocimiento como factor imprescindible en la vida del psicólogo

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Proceso grupal y factores terapéuticos

Es sabido que la implementación de las técnicas de psicoterapia grupal tiene como objetivo principal aliviar los síntomas y poco a poco generar un cambio de pensamiento y acción en los pacientes para su propio beneficio. De esta manera la interacción entre los pacientes y la propia entre los pacientes y el terapeuta, sientan las bases de dicha modificación, propiciando la reflexión dentro y fuera del contexto grupal (Yalom, 1996), lo cual pudo observarse en la intervención que se describió en el presente trabajo.

Como se mencionó anteriormente y se observó en la sección de resultados, el progreso de las pacientes ocurrió de manera paulatina. Para ambas, formar parte del grupo terapéutico significó su primer acercamiento a la psicoterapia.

En un principio, las pacientes se mostraron expectantes, participando poco o sólo cuando los coterapeutas las incentivaban. Las primeras sesiones sirvieron para probar la seguridad del grupo, esto es, qué tanto se podría decir en dicho contexto y si serían juzgadas por ello, lo cual coincide con lo que mencionan Rutan, J. et al. (2014) respecto al comienzo del grupo terapéutico.

La asistencia de las pacientes a las sesiones grupales y su participación dentro del mismo, pueden entenderse como un reflejo del progreso de ambas durante la intervención.

Durante la primera mitad del proceso, M. se ausentó en dos ocasiones, se mostró tímida y sus intervenciones dentro del grupo fueron pocas, generalmente destinadas a apoyar los comentarios de A., dando la impresión de querer agradar a su compañera y a los terapeutas. Por otro lado, no obstante de haber asistido a todas las sesiones, la participación de A. durante los inicios del grupo se limitó a explicar sus conflictos, no profundizó en sus afectos, se mostró exigente consigo misma, demandante con los coterapeutas y su actitud pudo parecer soberbia: *“Sí yo no estudiara sería como la escoria...él qué va a saber si sólo terminó la primaria”* (sic.)

En la segunda mitad de la intervención el progreso de las pacientes se hizo más evidente, lo cual se vio reflejado en un aumento de interés, compromiso y atracción con el grupo terapéutico (Rutan, J. et al., 2014). Ambas pacientes participaron de manera más reflexiva, hubo identificación y retroalimentación entre ellas, se generaron momentos de insight y probaron nuevas estrategias para resolver sus conflictos personales e interpersonales, llevando a cabo un mayor contacto con los afectos que éstos traían consigo. Tal como menciona Yalom (1996) se creó una cohesión grupal, la cual es una característica fundamental para un grupo terapéutico exitoso.

La observación de la cohesión grupal (Yalom, 1996), así como de otros importantes factores terapéuticos que tuvieron lugar a lo largo del proceso, es otro aspecto que

refleja cómo el grupo fue madurando y el progreso que tuvieron las pacientes debido a la intervención.

Los factores terapéuticos más representativos observados durante las primeras sesiones, precisamente hacen referencia al proceso de reconocimiento, es decir, surgieron de los primeros acercamientos con el grupo como un todo y con sus miembros individuales, en este caso una compañera paciente y dos coterapeutas.

La universalidad (Yalom, 1996) e identificación (Vives, J., 1989) jugaron un papel central en la primera etapa. La presencia de una compañera en el grupo que de igual manera tuviera el deseo de recibir atención psicológica y que también estuviese atravesando por conflictos emocionales e incluso problemáticas similares a las propias, generó en las pacientes una sensación de acompañamiento, lo cual no sólo las llevó a disminuir su angustia, sino también a pensar sobre sus propias capacidades para resolver conflictos, lo cual coincide con lo que menciona MacKenzie (1995) respecto a la etapa de compromiso.

Los factores existenciales (Yalom, 1996), traducidos como la sensación de saber que no eran las únicas personas con problemas, facilitaron la transmisión de información (Yalom, 1996) dentro del grupo, haciendo posible el desarrollo de nuevas técnicas de socialización (Yalom, 1996). Ambas pacientes se fueron sintiendo cómodas expresando su opinión con respecto a lo que su compañera compartía, así mismo escuchaban, reflexionaban y debatían las intervenciones de los coterapeutas, lo cual favoreció sus relaciones en la vida cotidiana.

La cantidad de factores terapéuticos más representativos observados durante la segunda mitad de la intervención aumentó considerablemente. El grupo pasó a tomar un lugar importante para las pacientes; no sólo se convirtió en un espacio que infundía esperanza (Yalom, 1996), sino también en una fuente que les brindaba sensaciones agradables como el altruismo (Yalom, 1996). A medida que las sesiones continuaban, las pacientes se mostraban satisfechas con sus resultados; tenían la idea de poder continuar trabajando sus conflictos, además de que ambas se percibían como parte importante del grupo cada vez que su compañera tomaba en cuenta tanto su trabajo como sus aportaciones.

Con base en lo anterior fue posible identificar que el grupo atravesaba por una etapa de diferenciación (MacKenzie, 1995), ya que las pacientes comenzaron a elaborar conflictos inherentes a la independencia y relaciones familiares. Se facilitó la recapitulación correctiva del grupo familiar primario (Yalom, 1996), es decir, se reflexionó sobre la relación familiar y de qué manera las ha influenciado, tanto emocionalmente como en las normas aprendidas.

Por ejemplo, la paciente M. comúnmente decía: *“Debes pensar antes de actuar, es lo que dice mi mamá”* (sic.). El “deber ser” es una norma rígida aprendida que en este caso mermaba el desenvolvimiento. Por otro lado, mencionó que nunca conoció a su padre, lo cual en un principio la hacía sentir triste, pero que de vez en cuando tenía

deseos de conocerlo. También contó que cuando era niña su Madre se fue a vivir a otro estado por un tiempo, ella le rogó a su madre para que no se fuera, pero aún así se fue *“mi mamá me hacía falta y la extrañaba mucho”* (sic.).

Lo anterior benefició a las pacientes brindándoles la posibilidad, tanto de expresar como de analizar emociones, sentimientos y pensamientos que surgían en torno a dichos vínculos.

Las pacientes transfirieron aquellos afectos al grupo como un todo y en cada miembro, incluidos los coterapeutas, lo cual coincide con lo que menciona Vives (1989) respecto a la multiplicidad de transferencia, resaltando su importancia no sólo en la labor terapéutica, sino también en el progreso de las pacientes.

En el grupo terapéutico se generó el ambiente adecuado para que las pacientes repensaran sus vínculos, trasladando esto más allá del espacio terapéutico. Se propició la reflexión en torno a cómo es que se percibían ellas mismas en sus conflictos y cuál podría ser la mirada del otro. Factores terapéuticos como la realidad externa y el fenómeno especular (Vives, 1989) tuvieron una función importante para comenzar a desarrollar el pensamiento crítico en ambas.

Por ejemplo, M. mencionó: *“he notado que soy más reflexiva antes de expresar mis ideas a alguien; en ocasiones es necesario ver la situación desde otro punto, tener otra perspectiva”* (sic). A su vez, A. comentó *“he sido más abierta al interactuar con las personas...”* (sic.)

Tanto la mutua retroalimentación de las pacientes como el apoyo que se brindaron, hicieron evidente la presencia de factores como la solidaridad (Vives, 1989), el aprendizaje interpersonal y el comportamiento imitativo (Yalom, 1996). Ambas manifestaron la importancia de escuchar cómo su compañera hacia frente a sus conflictos, lo cual era alentador no sólo para seguir trabajando los propios, sino para poner en práctica nuevas formas de afrontamiento que, como menciona Yalom (1996), es un mecanismo fundamental para gestar importantes cambios internos.

Lo anterior se pudo observar cuando ambas pacientes dieron su opinión sobre el grupo terapéutico y sobre lo que han percibido del trabajo de su compañera. M. mencionó que A. fue una motivación para hacer cambios en sí misma, ya que cada sesión mostraba un avance de la problemática compartida. Por su parte A. contó que veía que M. trabajaba sus problemáticas toda la semana y ella sólo el miércoles por lo que se dijo: *“sí M. puede, ¿por qué yo no?”* (sic.), lo cual le sirvió de motivación.

Respecto al proceso terapéutico y el progreso de las pacientes como resultado de éste, se puede concluir que la cohesión grupal (Yalom, 1996) fue más que evidente en la etapa final de la intervención, lo cual se vio reflejado en la maduración alcanzada por el grupo de pacientes, y los factores terapéuticos que devinieron con ella. Es decir, las pacientes se apoyaban mutuamente y la relación que tenían con el grupo se tornó significativa, lo cual contribuyó a que ambas pacientes comenzaran a analizar sus

conflictos desde una perspectiva diferente, confrontando sus propios pensamientos y acciones, lo cual coincide con la etapa de trabajo interpersonal que menciona MacKenzie (1995).

En el grupo se planteó la idea de cuestionar ciertos determinantes ideológicos (Vives, 1989), llevando a las pacientes a pensar que existen distintas maneras de percibir el mundo, que hay opiniones diferentes a las propias y que es posible implementar diversas estrategias para resolver conflictos. Con base en lo anterior, se puede inferir que la intervención terapéutica favoreció el proceso de integración y catarsis (Yalom, 1996), factor clave para un tratamiento exitoso en cualquier abordaje terapéutico.

Un claro ejemplo de lo anterior se puede constatar con los testimonios y logros de ambas pacientes al concluir la intervención. Al inicio del proceso A. no sólo se mostraba cerrada, sino que parecía no escuchar y desacreditar otras opiniones pero a partir del trabajo en el grupo terapéutico ha comenzado a entablar relaciones cercanas con más personas y se ha sentido a gusto conociendo gente. Cuenta que su intención de cambiarse de carrera no tenía que ver con que si ésta le gustaba o no, sino con la dificultad para relacionarse con sus compañeros y por el problema que había tenido con una chica. Agregó que su bienestar emocional ha mejorado y que su familia ha observado un cambio de actitud positivo en ella.

Por su parte M mencionó que en este espacio terapéutico se sintió con mayor libertad de expresar su sentir. Señala que ha hecho modificación de varias cosas en su vida cotidiana, como mejorar la relación con su madre y hermano, así como aumentar las relaciones interpersonales con los compañeros de su escuela. Logró hacer frente a nuevos retos como lo fue su clase de baile y poner en práctica su asertividad e independencia emocional de su madre.

A pesar de lo que se pudiera pensar en cuanto a los alcances de una atención breve con objetivos delimitados, tanto la intervención psicológica realizada como la primera experiencia terapéutica de las pacientes fue sin duda enriquecedora. A. y M. concluyeron el grupo mostrándose más responsables de sí mismas, demostraron capacidad para analizar mejor las propias decisiones, destacando la importancia del autocuidado y la asertividad para la creación de relaciones más estables y cercanas. A su vez, se mostraron conscientes de que aún quedaban situaciones por trabajar, como la autovaloración, pero también manifestaron el interés por continuar trabajando su bienestar emocional, ya que lo consideraron una parte fundamental en su vida.

Proceso formativo: La importancia de la práctica profesional supervisada

Es importante señalar que el grupo que se benefició de la intervención terapéutica, el cual se conformó por dos pacientes, generó una gran incertidumbre y expectativa dentro del grupo de psicólogos en formación debido al inusual número de pacientes. Tanto MacKenzie (1995) como Rutan, J. et al. (2014), sugieren que un número adecuado de pacientes en un grupo terapéutico va de los 6 a los 10. A pesar de esto, se tomó la decisión de llevar a cabo la intervención con fines didácticos y formativos. Se abordó al grupo de la misma manera en la cual se intervendría a un grupo más numeroso, atendiendo la problemática de ambas pacientes.

El hecho de que ambas pacientes estuvieran atravesando por situaciones similares, como lo fueron la dificultad para comunicar sus pensamientos y emociones, la falta de relaciones interpersonales de confianza, el temor a tener pareja, la búsqueda de independencia emocional de los padres, así como el hecho de que ambas fuesen estudiantes casi de la misma edad (19 y 18 años), nos llevó a concluir que se encontraban pasando por una etapa de adolescencia tardía (Yussif, 2016). Lo cual ayudó a plantear los objetivos terapéuticos generales de una manera más adecuada, delimitando las vías de acción y las herramientas profesionales para alcanzarlos.

Tanto las observaciones por parte del equipo de supervisión, como las devoluciones de los coterapeutas fueron realizadas con base en el modelo de formación de psicólogos (Yussif, 1994) que favorece un abordaje teórico-vivencial, en el que se analiza el fenómeno de resonancia, propuesto por Foulkes (1948), el cual hace hincapié en el reconocimiento de los afectos que se movilizaron debido a la interacción con el grupo terapéutico. Esto se llevó a cabo con el fin de desarrollar herramientas fundamentales para la ejecución de dicha tarea profesional. Ya que como menciona Foulkes (1986), “la función del terapeuta-analista debería ser responsable, jugando un papel flexible, dinámico y creativo, ya que su rol constituye un factor individual muy importante dentro del proceso terapéutico grupal” (p. 50). (Yussif, utiliza dicho fenómeno de resonancia como dispositivo en la formación)

Como menciona Yussif (1996), la importancia del autocuidado para desarrollar una adecuada tarea profesional fue un factor de vital importancia, el cual estuvo presente durante todo el desarrollo del programa de intervención. Desde un inicio la angustia se hizo presente en el grupo de psicólogos en formación debido a que, como se mencionó anteriormente, la mayoría de los candidatos a formar parte del grupo no se presentó.

A medida de que la intervención continuaba avanzando, los afectos del grupo en formación se movilizaban. La ansiedad en los coterapeutas y en el grupo de observadores fue más evidente tanto al comienzo como al final de la intervención, sin embargo, existieron ciertas situaciones dentro del contexto terapéutico que hicieron necesaria una tarea de auto-observación y reflexión personal.

Por ejemplo, durante la supervisión después de finalizada la cuarta sesión se reflexionó sobre la existencia de ansiedad en los coterapeutas, la cual provocó el

interés de los mismos de recabar tanta información como fuera posible de las pacientes, sin percatarse en ese momento que la elaboración de tantas preguntas, contrario a lo que ellos creían, no favorecía un ambiente terapéutico adecuado para la expresión de los afectos. Tras analizar lo anterior, se establecieron claves para incentivar el insight en las pacientes, tanto cognitivo como emocional, propiciando así, como lo menciona Etchegoyen (2009), “el proceso de elaboración” (p. 716). Dichas claves se centraron en realizar intervenciones a favor del contacto emocional, explorando a su vez las fantasías y pensamientos que las pacientes tenían en torno a sus conflictos.

La muerte de la abuela de A. (tema que se abordó en la sexta sesión) fue un suceso inesperado que movilizó emociones de manera distinta en cada miembro del equipo de supervisión. También para esta situación se realizó una tarea de auto-reflexión por parte del grupo de psicólogos en formación, continuando así con el trabajo de autocuidado personal, resaltando el adecuado manejo de la ansiedad como una herramienta muy útil para la labor terapéutica (Yussif & Martínez, 2004).

La etapa de terminación la cual es una fuente de emociones que evocan situaciones pasadas de pérdida (MacKenzie, 1995), no sólo afectó a las pacientes, sino también al grupo en formación. Las pre y post sesiones previas a la última sesión fueron espacios en los cuales se opinaba sobre cómo este momento final hacía sentir a cada integrante del grupo, es decir, un espacio para contener las ansiedades (Yussif, 2002).

Por último cabe resaltar que, al ser esta una intervención terapéutica con objetivos y tiempos limitados, la labor terapéutica efectuada por el grupo de psicólogos en formación fue tanto exitosa como valiosa, ya que preparó el terreno para que se llevara a cabo una resignificación que, como menciona Vives (1999), es fundamental para propiciar un cambio psíquico.

Respecto al proceso formativo y la importancia de la supervisión para el mismo, se puede concluir que esta tarea es sumamente importante para el desarrollo de habilidades y capacidades profesionales. Gracias a ella se pudieron discutir los temas que se abordarían durante las sesiones desde una mirada empática, humana y profesional, así mismo, dio a los coterapeutas un panorama más claro respecto a la adecuación de sus intervenciones.

Tanto la relación con la supervisora como con equipo de trabajo, son una parte importante de la formación en la práctica, ya que es un elemento esencial para generar confianza y cohesión grupal. Una buena comunicación en un ambiente supervisado promueve bienestar y las condiciones adecuadas para esclarecer dudas, intercambiar opiniones y recibir retroalimentación, lo cual favorece la autocrítica y el crecimiento profesional.

Así mismo, la supervisión en la práctica psicológica contribuye a un crecimiento personal. Desde la perspectiva del modelo implementado por Yussif (1994), se logró

transmitir, en el grupo de psicólogos en formación, la importancia de la reflexión y auto-observación para responsabilizarse del bienestar propio.

El trabajo del psicólogo trae consigo una gran carga afectiva, la cual es importante manejar adecuadamente. Es necesario no sólo saber cuidarse, sino también ser conscientes de nuestras capacidades. Tanto tener un espacio de reflexión personal, orientación o apoyo emocional como contar con supervisión en la práctica, es un compromiso con nosotros mismos y con la profesión, ya que ser profesionales de la salud y el bienestar emocional no nos exime de sentirnos afectados tanto por nuestro trabajo con las personas como por los conflictos inherentes a nuestras situaciones de vida.

Mi experiencia como psicólogo en formación y coterapeuta durante el programa de prácticas profesionales

En un principio mis expectativas respecto al programa consistían en adquirir conocimientos y desarrollar habilidades necesarias para la práctica psicoterapéutica profesional. Este fue el primer programa de formación en la práctica al cual yo me había inscrito, lo cual generó curiosidad y ansiedad en mí.

Al paso de las sesiones me fui percatando que, gracias a mis conocimientos previos en cuanto a psicoanálisis y psicodinámica, no me fue tan complicado abordar el material teórico proporcionado.

El haber cursado la materia “psicodinámica de grupos” me brindó buenas herramientas teórico-prácticas para un abordaje grupal con enfoque psicodinámico, no obstante, el programa de prácticas me brindó la oportunidad de repasar y adquirir nuevos conocimientos en cuanto al tema: desde la preselección de los pacientes, la formación del grupo, el manejo de las sesiones, la importancia de las transferencias, la ansiedad y otros aspectos importantes para el análisis como la angustia, el rol del terapeuta, los factores terapéuticos, etc.

Todo lo anterior se vio muy enriquecido gracias al grupo en formación. Compartir puntos de vista sobre los temas, así como diversas experiencias favorecieron mucho el aprendizaje.

En cuanto a la formación como terapeuta, puedo decir que yo tenía mucho interés en poder participar como uno de los dos coterapeutas; es por esta razón que me sentí muy agradecido con el grupo en formación por elegirme a mí junto con Blanca para ser los terapeutas del grupo al cual atendimos.

El hecho de ser coterapeuta también me trajo presión y ansiedad debido, principalmente, a que sé de la importancia y responsabilidad que implica el trabajo con personas, temía “no hacerlo bien” y perjudicar a las pacientes. Sin embargo la supervisión jugó un papel muy importante en el trabajo del grupo en formación. No sólo me ayudó a entrar en confianza conmigo mismo y mi trabajo dentro del setting

terapéutico, sino también contribuyó a un mejor análisis de las sesiones, ya que pudimos comparar el material teórico revisado con el material clínico que estábamos obteniendo.

El grupo de observadores siempre brindó ideas y puntos de vista con gran valor para la planeación de las sesiones, así como para las posibles interpretaciones y preguntas de reflexión que nosotros como coterapeutas podríamos hacer a las pacientes.

Creo que otro gran aporte de la supervisión fue la cohesión lograda en el grupo terapéutico y en el grupo en formación. En lo personal, esto lo vi reflejado en el acoplamiento que tuve las últimas sesiones con Blanca, ya que no nos conocíamos previamente y ésta fue nuestra primera experiencia trabajando juntos como coterapeutas.

En un principio la comunicación con mi coterapeuta durante las sesiones era muy poca. A pesar de las reuniones de supervisión pre y post sesión, la ansiedad y nerviosismo que tuvimos al inicio de la intervención generaba que ambos nos apresuráramos con nuestras aportaciones y en ocasiones daba la sensación de que estuviéramos persiguiendo objetivos distintos, lo cual mermaba tanto la fluidez de la sesión como nuestra confianza.

No obstante, el paso de las sesiones de supervisión, la convivencia y la comunicación cotidiana debido a las labores que nos correspondían como coterapeutas (escribir reportes de sesión, intercambio de hipótesis, revisión de lecturas y tareas de auto-reflexión), lograron que nuestra labor como coterapeutas fuera exitosa. Nuestro entendimiento mejoró tanto en las sesiones terapéuticas como en las sesiones de supervisión, lo cual se vio reflejado en el timing de la sesión, es decir, el manejo de los silencios y nuestras intervenciones, de lo cual también se percató el equipo de supervisión, manifestando opiniones como: “sentimos mucho más fluida esta sesión”, “ha mejorado su comunicación y acoplamiento”, “están habiendo un buen trabajo”. Así mismo, el alcance de los objetivos terapéuticos se vio favorecido

Respecto al abordaje del grupo terapéutico con objetivos y tiempo delimitados desde una perspectiva psicoanalítica, puedo decir que en experiencias previas ya había participado como miembro en un par de grupos en los cuales el tiempo no había sido tan limitado y el enfoque había sido un tanto distinto. En uno de ellos el enfoque fue cognitivo-conductual principalmente, y en el otro trabajábamos desde la perspectiva de género y el buentrato, si bien ambos grupos tocaban un poco del inconsciente y la psicodinámica de los participantes, no tenían un enfoque psicoanalítico o psicodinámico propiamente dicho.

Aunado a lo anterior, cabe mencionar que desde hace ya casi tres años me encuentro acudiendo a una terapia personal con enfoque psicoanalítico.

Es por los motivos anteriores y la teoría que he revisado al respecto, que sabía que el trabajo psicoanalítico es un proceso que lleva tiempo, por lo tanto en distintas ocasiones me pareció complejo comprender cómo es que se podría realizar un trabajo terapéutico con enfoque psicodinámico en un grupo de objetivos y tiempos delimitados.

La teoría que revisamos respecto a la intervención breve de grupos, la supervisión y la propia experiencia, me brindaron un punto de vista distinto, ya que fue posible llevar a cabo un trabajo reflexivo exitoso con un grupo terapéutico bajo estas condiciones (8 sesiones). Esto pude comprobarlo con el análisis de las pacientes durante las sesiones, con los testimonios que escuchamos de ellas en cuanto a su progreso y la satisfacción demostrada al cierre del mismo. Ambas pacientes mencionaron que se percibían de una manera distinta, más tranquilas, reflexivas y con deseos de entablar nuevas relaciones, algo que fue constatado por sus familias. Recalaron sentirse contentas con sus logros durante la intervención y con el trabajo realizado por nosotros como coterapeutas.

Algo importante que debo destacar es que el trabajo de autocuidado emocional y mental que he estado llevando a cabo representó un mayor esfuerzo para mí en el periodo en el cual realicé la presente intervención . Debido a esto en algunas ocasiones fue difícil mi trabajo tanto con el grupo terapéutico como con el grupo en formación, pero gracias a la supervisión y al apoyo en mi espacio terapéutico, encontré el equilibrio entre lo personal y mi formación profesional.

Para finalizar, encontré esta experiencia muy nutritiva no sólo para mi formación como psicoterapeuta, como un profesional de la salud, un psicólogo, sino también para mi crecimiento y bienestar personal. Espero poder realizar lo necesario para cumplir mis objetivos establecidos en un principio y cerrar esta vivencia con éxito.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Los programas de formación en la práctica que se llevan a cabo en escenarios reales, ofrecen la posibilidad a los estudiantes de los últimos semestres o egresados, no sólo de establecer un primer contacto con los solicitantes de servicios psicológicos, sino también de desempeñar una labor profesional como consejeros, acompañantes y psicoterapeutas, bajo la supervisión de un profesional experimentado.

Los diversos programas de formación que existen dentro del CSP permiten brindar atención profesional a distintos sectores de la población, pero principalmente a los usuarios que no disponen de altos recursos. A su vez, los psicólogos en formación realizan y colaboran con el desarrollo de investigaciones respecto a una gran variedad de temas referentes a la salud y bienestar psicológico, tal como fue el desarrollo del presente trabajo.

No obstante, existen ciertas situaciones que merman la implementación y el desarrollo de dichas labores didácticas-formativas. Una alta demanda de servicios, aunada a la falta de espacios dentro de las instalaciones del CSP repercuten, tanto en la duración de los programas formativos actuales como en la posible implementación de algunos nuevos, cuya puesta en marcha debe esperar por un espacio, en ocasiones durante un largo tiempo.

Es por lo anterior que se ha optado por llevar a cabo programas de intervención clínica breve, tanto individual como grupal, los cuales han reflejado muy buenos resultados con los usuarios del centro, y a su vez con la investigación y la formación de los estudiantes. Es sabido que existen diversos enfoques y perspectivas para abordar una intervención terapéutica breve y que el CSP cuenta con profesionales experimentados para llevar a cabo tales programas de vinculación académica con la práctica profesional.

A pesar de las ventajas que estos programas de intervención breve ofrecen, no hay mucha evidencia documentada de terapias breves desde una perspectiva psicoanalítica. La poca documentación respecto a terapia grupal breve y factores terapéuticos en psicoanálisis dificulta su aplicación en las instituciones comunitarias de atención psicológica, como es el caso de los centros psicológicos de la UNAM, por lo que es de suma importancia la investigación, y documentación de intervenciones clínicas que retomen la teoría y práctica psicoanalíticas en conjunto con otras perspectivas, teorías y técnicas. Lo anterior tendría como propósito conservar y crear nuevos programas de formación en la práctica desde dicho enfoque.

Es importante mencionar que en el caso particular del presente trabajo, estudiar los factores terapéuticos en grupos de larga duración propuestos por Yalom I. (1996), cuyo enfoque es humanista-existencial, y Vives, J. (1989) cuya perspectiva es psicoanalítica, en un grupo de orientación psicoanalítica con tiempo y objetivos limitados, adaptado a 8 sesiones, representa algunas particularidades, ya que, además de los antecedentes del modelo propuesto por Yussif, D. (1994) de 2005 a 20014 y con el presente en 2016,

en pocas ocasiones se ha hecho con anterioridad, por lo tanto no existía gran cantidad de evidencia que viniera de otros programas de formación.

Otra limitante que se observa en este tipo de intervenciones, es que hay demasiada resistencia por parte de los usuarios al trabajo grupal, lo cual se vio reflejado en los pocos pacientes que conformaron el grupo para la presente intervención. Los pacientes prefieren ser tratados de manera individual, pues consideran que recibirían una mejor atención, a diferencia de pertenecer un grupo terapéutico, donde tendrían que abrirse con extraños, lo cual es difícil, además de que no consideran les aportarían mucho, ya que también ellos tienen problemas.

Así mismo, durante el trabajo desarrollado dentro del programa de formación se presentaron momentos de ansiedad y carga emocional dentro del grupo de psicólogos en formación. Esto puede relacionarse tanto con la resistencia al análisis de los propios afectos que se desencadenan por la interacción con los pacientes, como con la falta de entendimiento, en un principio, entre los terapeutas noveles y la supervisora del programa.

Para poder elaborar estas resistencias y aminorar las ansiedades, es necesario que exista también dentro del grupo de psicólogos en formación, un ambiente propicio para el desarrollo de una cohesión grupal, lo cual favorece la comunicación y entendimiento entre sus miembros, a su vez, brinda la confianza necesaria en cada miembro para desempeñar su rol profesional de una manera adecuada.

En relación a esto, también es crucial tomar en cuenta la importancia de la buena comunicación y apoyo durante la coterapia, ya que el trabajo grupal para los terapeutas noveles es complejo, puesto que exige el desarrollo de habilidades y total atención sobre una serie de factores que están en juego todo el tiempo, como lo son la conducción, retroalimentación, confrontación, interpretación, tanto del contenido manifiesto como latente. Por tal motivo que la presencia de un coterapeuta se hace necesaria, ya que la efectividad terapéutica aumenta al trabajar conjuntamente.

En trabajos teórico-vivenciales, tanto la claridad del supervisor para el desarrollo de investigaciones, tareas e intervenciones, como la relación entre los psicólogos en formación y el o la supervisora se convierte en un factor clave tanto para el éxito terapéutico como para el cumplimiento de los objetivos formativos. El profesional encargado de la supervisión debe ser capaz de comunicar claramente las metas deseables, siendo consciente de las ventajas y limitaciones a las que el programa se enfrenta. A su vez, es necesario que posea habilidades y desarrolle estrategias adecuadas para transmitir no sólo los conocimientos teórico-prácticos, sino también sus experiencias profesionales.

Tomando en cuenta lo anterior, se cree indispensable y se sugiere que el desarrollo de programas de formación en la práctica se mantenga y no sólo se lleven a cabo integrando estudiantes de los últimos semestres o egresados. Se considera importante que desde la elección de las materias optativas de la licenciatura, independientemente

del área de la psicología a la que el estudiante pertenezca, se combine la formación teórica con el acercamiento paulatino con el ejercicio profesional.

Hablando particularmente del área de la psicología clínica y de la salud, es sabido que en ocasiones los estudiantes que se integran a los programas de formación en la práctica no cuentan con los conocimientos básicos en la aplicación de las teorías y técnicas para el ejercicio profesional. Si bien, la formación terapéutica requiere del desarrollo de habilidades y competencias que se obtienen con una preparación constante aunada a experiencias clínicas supervisadas y el autocuidado del terapeuta novel, esto no significa que en la licenciatura no se puedan desarrollar tanto capacidades como habilidades para realizar un adecuado primer acercamiento clínico, como pueden ser las entrevistas iniciales, la formulación de hipótesis diagnósticas, la aplicación e interpretación de pruebas psicométricas, los primeros auxilios psicológicos, etc.

También es sabido que muchos profesores que imparten materias de psicología clínica y de la salud tienen la iniciativa y buscan gestionar espacios para el desarrollo de la práctica, por tal motivo se considera muy importante que exista apoyo por parte de la coordinación y se incentive a otros profesores para llevar a cabo dicha integración teórico-práctica.

El aporte de este trabajo radica, por un lado, en la adaptación que se hizo para identificar el efecto de los factores terapéuticos que exponen Yalom, I. (1989) y Vives, J. (1989), en un grupo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica con tiempo y objetivos limitados, y por otro lado, en el estudio del impacto que la supervisión clínica, con base en el modelo de formación de Yussif, D. (1994), tiene en la formación de los psicólogos. Por ello, se espera que el presente trabajo sirva para futuras investigaciones, y se sigan implementando los programas de formación con una perspectiva psicoanalítica tanto en las materias de la licenciatura en psicología como dentro de los centros de atención psicológica de la UNAM.

Por último, sin importar la perspectiva en la cual el profesional de la psicología clínica y de la salud se haya especializado o desee hacerlo, es necesario que posea un conocimiento integral de las teorías y técnicas fundamentales para que éste sea capaz de desarrollarse plenamente y posea las herramientas para dicho fin. Se sugiere seguir implementando no sólo programas de formación en la práctica, sino también programas curriculares que involucren la investigación, estudio y aplicación de las teorías y técnicas psicoanalíticas. Se considera al psicoanálisis como una teoría fundamental para el entendimiento psicológico del ser humano. La técnica psicoanalítica ha ido evolucionando a lo largo de los años, su aplicación y estudio han hecho grandes aportaciones para el continuo análisis y desarrollo teórico, lo cual, sin lugar a dudas, beneficia el ejercicio terapéutico.

REFERENCIAS

- Aberastury, A., Knobel, M. (2004). *La Adolescencia Normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós Educador
- Bion, W. (1961). *Experiences in Groups and Other papers*. Nuava York: Basic Books.
- Blos, P. (1975). *Psicoanálisis de la Adolescencia*. México: J. Mortiz.
- Etchegoyen, R. H. (2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. 3ª ed. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Ettin, M. (1994). Symbolic representations and the components of a group-as-a-whole model. *International Journal of Group Psychotherapy* 44, 2, 209-231.
- Ezriel, H. A. (1950). A psycho-analytic approach to the group therapy. *British Jouernal Medical Psychology*. 23, 59-74.
- Foulkes, S. (1948). *Introducción to Group-Analytic Psychotherapy- Studies in the SocialIntegration Of Individuals and groups*. London: W. Heinemann Medical Books, Ud.
- Foulkes. S. (1957). *Dinámica Analítica de Grupo con referencia a conceptos psicoanalíticos*. Londres: Sociedad de Análisis de Grupos.
- Foulkes, S. (1986). *Psicoterapia Grupo-Analítica. Método y principios*. México: Gedisa editorial.
- Freud, S.. Obras completas. Volumen V: *La interpretación de los sueños (segunda parte)*. *Sobre el sueño (1900-1901)*. Página 597. Argentina: Amorrortu editores.
- Greenson, R. (1988). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo veintiuno editores.
- Hernández Cruz, C.; Núñez Rivera, G. (2011). *Proceso de formación de psicólogos, mediante una práctica supervisada, que utiliza como dispositivo de aprendizaje un grupo en formación y un grupo terapéutico* (Licenciatura). Recuperado de TESIUNAM.
- Kaës , R (1995). *El grupo y el sujeto del grupo: Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu editores
- Kaës, R. (1997). *El aparato psíquico grupal: construcciones de grupo*. Barcelona: Gránica Editor S.A.
- Kaës, R. (2000). *Las teorías psicoanalíticas del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Mackenzie, R. (1995). Capítulo 22 Teoría y técnica de grupo con tiempo limitado. En: Alonso, A. & Swiller H. (Eds.). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A de CV. pp. 417-440.

Mackenzie, R: Recent developments in brief Psychotherapy. *Hosp Community Psychiatry* 39:742-752, 1988

Monroy Minero, E. (2013). *El fenómeno de resonancia en la vida: de un grupo terapéutico y un grupo de supervisión* (Licenciatura). Recuperado de TESIUNAM.

Nieto Gómez, M. (2016). *Factores terapéuticos en un grupo de admisión* (Licenciatura-Especialidad). Recuperado de TESIUNAM.

Rutan, J., Stone W., Shay, J. (2014). Chapter 4 Therapeutic factors in Group Pshycotherapy. In: *Psychodynamic Group Psychotherapy* (pp. 67-84). New York: The Guilford Press.

Rutan, J., Stone W., Shay, J. (2014). Chapter 6 Forming a Group in Group Pshycotherapy. In: *Psychodynamic Group Psychotherapy* (pp. 115-138). New York: The Guilford Press.

Rutan, J., Stone W., Shay, J. (2014). Chapter 7 Patien Selection in Group Pshycotherapy. In: *Psychodynamic Group Psychotherapy* (pp. 138-154). New York: The Guilford Press.

Rutan, J., Stone W., Shay, J. (2014). Chapter 10 Beginning the Group Patien Selection in Group Pshycotherapy. In: *Psychodynamic Group Psychotherapy* (pp. 199-220). New York: The Guilford Press.

Socorro, H. (1989). La observación silenciosa, participante y la coterapia. En: J. A., Carrillo, J. Yañes, D. Yussif, (Eds.). *Teoría y Praxis del Psicoanálisis y la Psicoterapia* (pp. 152-159). México: Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, A.C.

Socorro, H. (1989). Enfoques grupales en el tratamiento con adolescentes. En: J. A., Carrillo, J. Yañes, D. Yussif, (Eds.). *Teoría y Praxis del Psicoanálisis y la Psicoterapia* (pp. 152-159). México: Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, A.C.

Vives, J. (Jul-Dic, 2003). Fundamentos teóricos de la praxis grupal. *Revista de psicoanálisis y grupos. AMPAG*, 1 (1), 21.

Vives, J. (1989). Teorías de la cura en psicoterapia grupal. En: J. A., Carrillo, J. Yañes, D. Yussif, (Eds.). *Teoría y Praxis del Psicoanálisis y la Psicoterapia* (pp. 5-10). México: Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, A.C.

Yalom, I. & Vonogradov, S. (1996). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.

Yalom, I. & Vonogradov, S. (1996). Capítulo 2 ¿Cómo funciona la psicoterapia de grupo?. En *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. (pp. 25-41). Barcelona: Paidós.

Yussif, D. (1989). La terapia de grupos con adolescentes. Experiencias en el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia. En: J. A., Carrillo, J. Yañes, D. Yussif, (Eds.). *Teoría y Praxis del Psicoanálisis y la Psicoterapia* (pp. 152-159). México: Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, A.C.

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

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

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

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

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

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

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

Yussif, D. (2003) Desarrollo del proceso modelo de formación de Psicoterapia de Grupo. En el XI Congreso Mexicano de Psicología , Sociedad Mexicana de Psicología

A.C. y el Colegio de Psicólogos del estado de Campeche, A. C., Campeche, Cam., 22 al 24 de octubre del 2003 [Simposio]

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

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

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

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

Zito, V. (1985). *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière. Sobre el Arte y la Locura*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.