

José de Jesús González Núñez

Psicoterapia de grupos

Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas

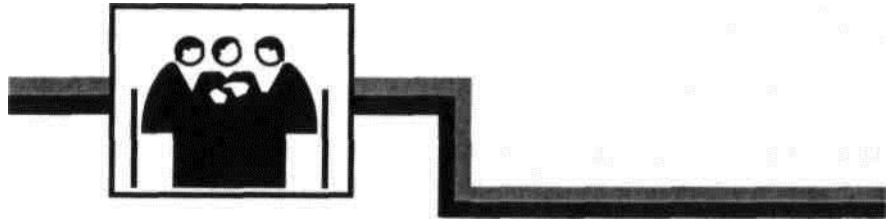


booksmedicos.org



Manual Moderno®

Psicoferapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas



"jñi



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIAS

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que han realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar « pirata » o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

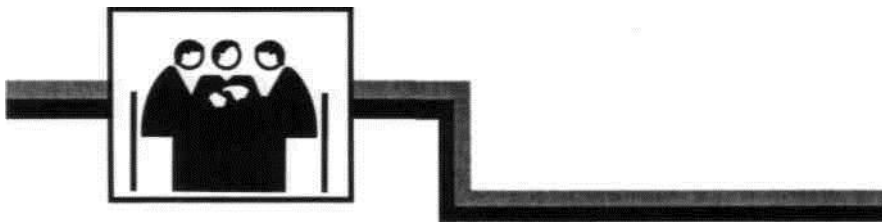
Para mayor información comuníquese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Av. Sonora 206

Col. Hipódromo

06100 México, D.F.



Psicoferapia de grupos:

Teoría y técnica a partir de diferencias escuelas psicológicas

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ

Doctor en Psicología Clínica y Psicoanalista
Profesor de tiempo completo de la Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México
Residente honorario
Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social

Editor responsable **Lie. Verónica
Ontiveros Ruiz**

<^ Editorial El Manual Moderno

)



Editorial El manual moderno
México, D.F. - Santafé de Bogotá

**Psicoterapia de grupos:
Teoría y técnica a partir
de diferentes escuelas
psicológicas**
D.R. © 1999

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg.
Cuauhtémoc, 06100 México, D.F.

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana. Reg. núm. 39

Impreso en México en los talleres de
Programas Educativos, S.A. de C.V.,
Calz. Chabacano núm. 65, Local A, Col.
Asturias, 06850 México, D. F.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta
publicación puede ser reproducida, almacenada en
sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por
otro medio registrador, etcétera- sin permiso previo por
escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication
may be reproduced, stored in a retrieval system,
or transmitted in any form or by any means,
electronic, mechanical, photocopying, recording
or otherwise, without the prior permission in
writing from the Publisher.

manual moderno

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Prólogo

En la época actual, las diversas tendencias a la conceptualización de los hechos están tomando rumbos integrativos o complementarios. El conocimiento se genera cada vez con mayor asertividad a partir de la dialéctica: el análisis y la síntesis. La globalización adquiere una relevancia singular para el conocimiento universal. El doctor José de Jesús González Núñez nos presenta un trabajo eminentemente enriquecedor para aquellas personas interesadas en abordar el conocimiento de las diversas técnicas en Psicoterapia de Grupo a partir de diferentes modelos teóricos.

La presente obra es de suma importancia ya que implica un esfuerzo complejo de integración a varios niveles; un experto en Psicología Crupal y Psicoterapia reúne, presenta y analiza los conceptos, técnicas y modelos relativos a las diversas corrientes, abordando aquellas que derivan de las teorías humanistas, enfoque conductual, gestalt, modelo racional emotivo y teoría psicoanalítica, entre otras, y se brinda al lector la oportunidad de estudiar las distintas teorías y técnicas de terapia de grupo.

Presenta también el concepto de grupo dentro del manejo terapéutico, su historia en el ámbito de la Psicología, así como las distintas filosofías que subyacen a estos conceptos. El conocimiento diversificado implica flexibilidad y creatividad. El autor logra profundizar y plasmar con elegancia los conceptos y técnicas, añadiendo conclusiones creativas que rodean y pulen el aporte científico. Es por ello que la presente obra, además de ser de gran valor intelectual en las instituciones universitarias, es sumamente enriquecedora para maestros, supervisores y terapeutas en formación, ya sea como libro de consulta o texto de la materia.

Asimismo, este libro resulta de gran utilidad en general, ya que la psicoterapia de grupo se utiliza cada día con mayor frecuencia. Este aumento en la popularidad de la psicoterapia de grupo se debe a que llega a un mayor número de personas y a que su costo es más bajo que el de la psicoterapia individual. Con las técnicas psicoterapéuticas grupales es posible alcanzar varias metas, entre otras: a) la solución de

conflictos cotidianos y estados de crisis; b) la posibilidad de tener una mejoría acerca del aislamiento físico o emocional, que tanto hace sufrir a las personas; c) servir de compañía y ayuda en las emociones intensas que se presentan ante cualquier proceso de cambio o adaptación; d) contribuir a una mejoría en la maduración social; e) ayudar en la resolución de problemas vivenciales inevitables, como lo son crisis en el aprendizaje, la adolescencia, el noviazgo o cualquier otra, por las que necesariamente se atraviesa a lo largo de la vida, haciendo hincapié en la génesis de origen interno; f) ayudar en la resolución de problemas que se presentan durante el transcurso de la vida, enfatizando en los conflictos de origen externo y g) ayudar para que la persona realice vínculos emocionales duraderos.

El presente libro también incluye un aporte singular y trascendente en el desarrollo de la Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo en México, abarcando el modelo de psicocomunidad propuesto por el doctor José Cueli, quien estudia comunidades rurales y zonas urbanas marginadas. Este modelo insiste en la necesidad de trabajar en equipos de salud (médicos y psicólogos) a fin de favorecer la integración de la población a la vida social y favorecer la solución de problemas de diversa índole, esto es, psicológicos, de salud, educativos, etc.

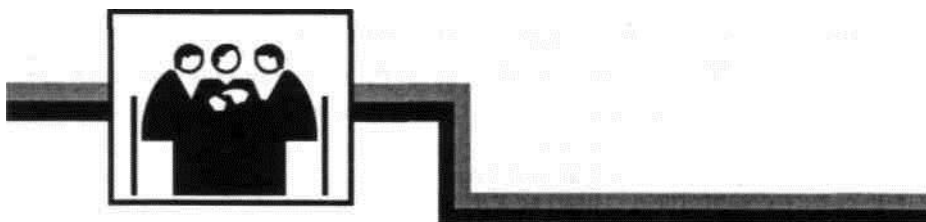
El doctor Agustín Palacios incursiona en el estudio de los grupos desde el punto de vista psicoanalítico; considera la existencia de distintas categorías grupales (familia, clan y otras) que llevan a las personas a desarrollar pautas específicas de conducta, por lo que el grupo terapéutico ofrece también la posibilidad de moldear las fantasías arcaicas, patrones de respuesta, forma de ser. La meta del proceso de la neurosis y psicosis de transferencia es abandonar las imago parentales regresivas y patógenas para establecer una relación más satisfactoria con los objetos reales y externos.

El doctor Prado Huante, también bajo el modelo psicoanalítico, subraya la propuesta de que en el grupo terapéutico el individuo se somete a regresiones profundas que lo llevan a representaciones internas a fin de dominar sus objetos primitivos.

Finalmente, el doctor José de Jesús González Núñez aporta un modelo grupal abarcando diferentes tópicos como son: antecedentes de los miembros del grupo, atmósfera, esquema participativo, interacción grupal, asimilación, cohesión y metas, entre otros.

La garantía de esta obra como un texto de excelencia académica está en la madurez profesional como académico y psicoanalista de grupos del doctor José de Jesús González Núñez.

DOCTOR FEDERICO DE TAVIRA Y NORIEGA



Contenido

Prólogo	V
----------------------	----------

Introducción	XI
---------------------------	-----------

PARTE I. GRUPO TERAPÉUTICO Y PSICOTERAPIA DE GRUPO

Capítulo	1. Descripción del grupo terapéutico	3
	Características del grupo	5
	Grupo terapéutico	10

Capítulo	2. Breve historia de la psicoterapia de grupo	
15		
	Variedad de psicoterapias.....	18

PARTE II. ^ PSICOTERAPIAS DE APOYO

Capítulo	3. Introducción a las psicoterapias de apoyo	21
	Terapia de apoyo.....	21

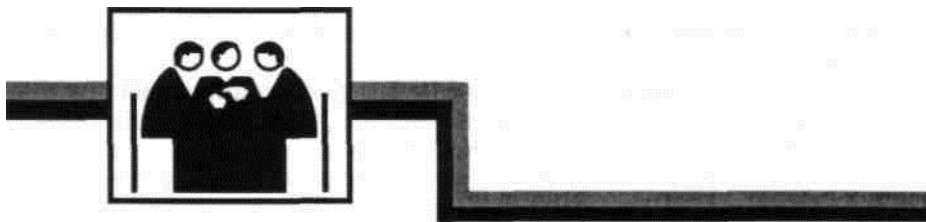
Capítulo	4. Concepto y técnicas de psicoterapias de apoyo aplicadas al grupo.....	25
	Guía o conducción.....	25
	Manipulación ambiental	27
	Extermalización de intereses	28
	Inducción a la tranquilidad.....	29
	Técnicas sugestivas.....	29
	Presión y coerción.....	32
	Persuasión	33
	Catarsis emocional y desensibilización.....	36
	Relajación muscular.....	39
	Hidroterapia.....	39
	<i>Shock</i> y terapia convulsiva	40
	Terapia farmacológica.....	40
	Neurocirugía.....	42
	Terapia grupal inspiracional	42
	Musicoterapia.....	43

PARTE III. PSICOTERAPIAS REEDUCATIVAS

Capítulo	5. Introducción a las psicoterapias reeducativas	47
Capítulo	6. Teoría y técnica de la terapia conductual aplicada al grupo.....	51
	Principios teóricos de la terapia conductual	53
	Técnicas de terapia conductual grupal.....	59
	Aplicación de la terapia conductual al grupo terapéutico	63
Capítulo	7. Teoría y técnica de la terapia racional emotiva aplicada ai grupo	67
	Conceptos básicos	68
	Técnicas utilizadas por la TRE.....	75
	Formas de psicoterapia de grupo según la TRE.....	85
Capítulo	8. Teoría y técnica de la terapia gestalt aplicada al grupo	89
	Conceptos básicos	90
	Técnicas de la terapia gestalt aplicada al grupo	97
	Grupos de encuentro gestalt	102

Capítulo 9. Díaz Guerrero: La contextualización.....	107
Capítulo 10. Teoría y técnica de la terapia estructural-sistémica aplicada al grupo.....	109
Teoría general de sistemas	109
Aspectos teóricos de la terapia estructural-sistémica aplicada al grupo	114
Aspectos técnicos de la terapia estructural-sistémica aplicados al grupo	116
Capítulo 11. Teoría y técnica de la terapia centrada en el cliente aplicada al grupo.....	119
Conceptos básicos	120
Puntos de vista sobre anormalidad.....	123
Técnicas de la terapia centrada en el cliente	125
Personalidad ideal	130
Grupos de encuentro	133
Etapas de los grupos de encuentro	137
 PARTE IV. PSICOTERAPIAS RECONSTRUCTIVAS 	
Capítulo 12. Introducción a las psicoterapias reconstructivas.....	143
Psicoterapia psicoanalítica.....	144
Capítulo 13. Wilfred Bion	147
Conceptos básicos.....	147
Técnica.....	157
Capítulo 14. Samuel Richard Slavson	159
Conceptos básicos acerca de los grupos terapéuticos	160
Conceptos básicos de la psicoterapia psicoanalítica de Slavson	163
Técnicas de Slavson.....	169
Psicodinamismos particulares del grupo.....	175
Factores de la dinámica de la terapia grupal analítica	177
Características de las sesiones de terapia grupal analítica	181
Capítulo 15. Sigmund Heinrich Foulkes y James Anthony	183
Bases teóricas según Foulkes y Anthony	183
Encuadre técnico.....	191

Capítulo 16. Henri Ezriel	193
Conceptos teóricos.....	193
Concepciones técnicas.....	195
Grupo psicoterapéutico como instrumento para el estudio de la dinámica de otros grupos sociales	197
Capítulo 17. Jacob Moreno	199
Aspectos teóricos.....	200
Psicodrama	212
 PARTE V. LA CORRIENTE MEXICANA	
Capítulo 18. José Cueli.....	227
Conceptos teóricos	227
Aspectos técnicos	230
Otros aspectos metodológicos.....	233
Capítulo 19. Agustín Palacios.....	235
Conceptos básicos	235
Conceptos técnicos.....	239
Capítulo 20. Héctor Prado Huante	247
Antecedentes teóricos	248
Aspectos técnicos.....	249
Bibliografía	253
índice	257



Introducción

^ 1 ser humano es un ente social. En su naturaleza confluyen elementos biológicos que lo distinguen y conforman como ser individual y único, aspectos psicológicos que le otorgan un matiz a su personalidad y elementos sociales que lo constituyen como un ser inmerso en la comunidad. La primera relación grupal que el individuo establece es con su grupo familiar y dentro de éste, con la madre; de manera posterior, padres, hermanos, familia extensa, amigos y comunidad en general conforman el núcleo social que lo rodea, y los vínculos que establezca estarán matizados por el tipo de relación que estableció con sus objetos de la infancia.

Ante la complejidad de las relaciones humanas, los psicólogos, psiquiatras y profesionales dedicados a la salud mental, perseguimos la tarea de brindar ayuda y alivio a los padecimientos del paciente que sufre de trastornos emocionales. La psicoterapia de grupo, como vehículo para brindar ayuda a los pacientes, pretende la resolución de la conflictiva del individuo, su desarrollo interior en el aspecto individual y como consecuencia el incremento de sus recursos para que pueda adaptarse de una manera más sana a la sociedad en la que vive.

En el marco de los grandes rubros de la psicoterapia: Psicoterapia de Apoyo, Psicoterapia Reeducativa y Psicoterapia Reconstructiva, es posible planear aplicaciones útiles de la terapia grupal.

Dentro de la psicoterapia de apoyo, la terapia grupal inspiracional pretende ayudar al paciente a dominar sus síntomas, tolerar la tensión y la ansiedad, reprimir los impulsos y promover la autoconfianza.

Por otra parte, las terapias reeducativas promueven el *insight* del individuo, pretendiendo una modificación de la conducta y una mejor adaptación al medio social. La psicoterapia de grupo de este tipo se ocupa de tratar los patrones de conducta y de capacitar al individuo para desarrollar sus potencialidades de una manera más adecuada. Dentro de estas se encuentran la psicoterapia centrada en el cliente, la contextua-

lización, la terapia racional emotiva, la terapia conductual y la terapia estructural sistémica.

Las psicoterapias reconstructivas pretenden la mejoría terapéutica por medio del conocimiento y análisis de los conflictos inconscientes, como factores determinantes de los síntomas del paciente. En mayor medida ponen énfasis en la interacción paciente-terapeuta para el desarrollo de la transferencia-contratransferencia. Los principales enfoques dentro de esta corriente son el psicoanálisis clásico freudiano, psicoterapia de orientación psicoanalítica, análisis kleiniano, psicoanálisis neo-freudiano, análisis existencial y terapia analítica de grupo.

Por último, como exponentes de la corriente mexicana, en el marco psicoanalítico. Prado Huante enfatiza la idea de que en un grupo terapéutico, el individuo debe lograr regresiones profundas que lo retomen a representaciones internas, con el fin de conseguir un mayor dominio de los objetos primitivos. De acuerdo con Palacios, quien también parte de la terapia psicoanalítica de grupo, ocurren cambios en el aparato psíquico que capacitan al paciente para adaptarse mejor a su ambiente, operando a través de los aspectos metapsicológicos básicos. Cueli, por su parte, postula un enfoque comunitario como método de investigación, exploración e influencia a la comunidad y propone niveles de frecuencia e intervención mediante cambios sociales que busquen el bienestar personal, grupal o comunitario.

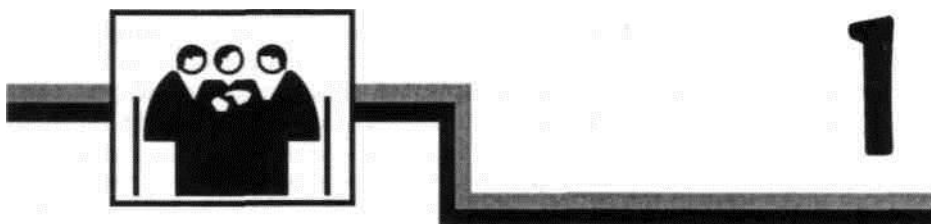
A lo largo de la exposición y análisis de las diferentes teorías y enfoques psicológicos planteados en el presente libro, se da claridad a las distintas concepciones teóricas y técnicas de la Psicoterapia Grupal, logrando que el lector se introduzca en cada una de ellas y pueda profundizar en su estudio.

Para el profesional interesado y dedicado a la psicoterapia de grupo, resulta de gran utilidad como texto y libro de consulta dentro de su ejercicio cotidiano. De esta manera, la presente obra ofrece elementos teóricos y técnicos de gran importancia, que son de utilidad para el clínico que se enfrenta a la ardua tarea cotidiana en el tratamiento con los pacientes.

n)

Parle I.

Grupo ferapéutico y psicoferapia de grupo



Descripción del grupo terapéutico

El comportamiento y características del ser humano están determinados por factores biológicos, psicológicos y sociales. Los factores biológicos se refieren a aquellas peculiaridades que son heredadas, como por ejemplo la estatura, el color de los ojos, el color del cabello y las diferencias individuales corporales de cada uno de los órganos, con su respectivo funcionamiento; la forma y el funcionamiento de este soma, de este cuerpo, condicionan las muchas maneras de ser del individuo. A su vez, dichos factores biológicos, pueden verse alterados por fenómenos congénitos y del medio. Por otro lado, en el comportamiento humano también intervienen aspectos de índole psicológica: sus modos de ser, sus emociones, sus motivaciones, sus valores, sus intereses, su inteligencia, su memoria y su peculiar forma de ver la vida, entre otros. Por último, está el aspecto social, ese ambiente humano en el que se nace, se vive y se convive. No reacciona igual una persona que vive rodeada de influencias culturales ricas emocionalmente y que ha convivido con personas sanas física y mentalmente, a una que ha crecido en otro contexto.

El ser humano es un ser esencialmente social, influido profundamente por sus relaciones interpersonales que son lo que le da sentido a los tres factores mencionados con anterioridad. La primera relación interpersonal fuerte, profunda e íntima, es con la madre. Dos o más personas forman un grupo, por tanto es la relación interpersonal madre-hijo la que constituye el primer grupo humano; y es aquí donde se van a troquelar muchos de los comportamientos grupales futuros. Posteriormente el grupo crece, ya es una agrupación de tres conformada por la madre, el padre y el hijo. Con el padre se van a ampliar las maneras de ver y de ser en el mundo, éste viene a incrementar el repertorio social e interpersonal del niño, a enriquecer la estructura familiar en tanto grupo y a cada miembro como individuo.

Al principio este grupo está afuera, en el mundo real, pero luego es incorporado a la personalidad, a la mente, operando dentro, desde el interior del aparato mental,

desde el mundo interno; por tanto, el grupo natural primario internalizado es la familia. Si faltara uno de los padres, el ser humano tendrá la capacidad de sustituirlo por otra persona querida, quizá sin la misma influencia que los verdaderos padres pero sí como contenedores eficientes. Si existieran hermanos, ellos también formarían parte de este grupo humano introyectado, el cual puede crecer y crecer con tíos, primos, abuelos, amigos y todos aquellos que importan emocionalmente. Así, esta unidad bio-psico-social e interpersonal sólo es concebida como humana en la medida en la que el "tú" es el espejo del Yo para poder ser "Yo". El ser humano es verdaderamente humano en su relación con el otro, en su relación interpersonal interinfluyente.

Un recorrido por algunas de las definiciones de grupo que se han dado en diferentes épocas y desde diferentes puntos de vista, enriquecerá esta perspectiva. Hay que tener en cuenta que las definiciones aquí usadas son selectas.

Entre 1912 y 1913, Freud definió al grupo como una colección de personas objeto que se constituyen como tal en la medida en que uno de sus miembros se convierte en un "objeto" modelo y esa persona es el líder.

Albion Small (citado en Olmsted, 1963), uno de los fundadores de la sociología americana, refiere que:

El término grupo es una designación sociológica conveniente para indicar cualquier número de personas, grande o pequeño, entre las cuales se han establecido relaciones tales que sólo se puede imaginar a aquéllas como un conjunto... un número de personas cuyas relaciones mutuas son tan importantes como para que demanden nuestra atención.

Olmsted (1963) lo describe como una pluralidad de individuos que se hallan en contacto los unos con los otros, que tienen en cuenta la existencia de unos y otros y que tienen consciencia de cierto elemento común de importancia mutua.

Georges Gurvith (1969, citado en Comaton, 1969) define al grupo como una unidad colectiva real, pero parcial, directamente observable y fundada sobre actitudes colectivas continuas y activas, teniendo una meta común que realizar, una unidad de actitudes y de conductas que constituyen un marco social estructurable, teniendo una cohesión relativa de las manifestaciones de la sociabilidad.

Por grupo se entiende una formación social altamente organizada (Battegay, 1978) y compuesta por un número, casi siempre reducido, de individuos estrechamente relacionados entre sí.

Newcomb (1976), por su parte, considera que un grupo consiste en dos o más personas que comparten normas y cuyos roles sociales están interinfluidos.

Para González Núñez, Monroy y Kupferman (1978), el grupo es una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se interinfluyen, con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en cuyo espacio emocional todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas que todos han creado y aceptado o modificado. Según González Núñez (1992), las siguientes características definen lo que es un grupo:

Interacción. Implica una dimensión espacio-temporal donde se relacionan los miembros del grupo.

Percepciones y conocimientos de los miembros y del grupo. Cada uno es una parte del todo, los miembros se dan cuenta de que existe el grupo al cual pertenecen y

que toda su conducta ejerce una influencia o una acción en el medio ambiente; de igual manera, el ambiente percibe a esa unidad grupal como tal.

Motivación y necesidad de satisfacción. En general, los individuos se incorporan a un grupo porque creen que van a satisfacer alguna necesidad de afiliación, pertenencia, éxito, estatus, poder, etc.

Metas de grupo. Están relacionadas con la motivación ya que los miembros del grupo las consideran significativas. Éstos pueden tratar de lograr metas de diferente índole, laborales, escolares, sociales, individuales, de pareja, familiares, de éxitos, superación personal, terapéuticas, de control interno y demás.

Organización del grupo. Implica propiedades estructurales que regulan el funcionamiento grupal, como roles, normas y estatutos, ya sean éstos escritos o no, pactados de manera verbal o no verbal.

Interdependencia de los miembros del grupo. Los integrantes reconocen, de manera consciente o inconsciente, que poseen necesidades y que para satisfacerlas dependen de los demás miembros del grupo.

En resumen, se puede decir que un grupo es una reunión de dos o más personas que se congregan, interactúan, perciben e interfluyen entre sí, con diferentes metas. Cada miembro del grupo posee sus propias motivaciones y metas, éstas tienen que verse satisfechas o realizadas en el grupo o por el grupo (González Núñez, 1992).

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO

Kissen (1989) sostiene cuatro postulados acerca de la existencia de los grupos:

1. Los grupos existen y existirán dada la propia naturaleza del hombre. Éste es un ser social que gusta de convivir, vivir, divertirse, trabajar, descansar y muchas otras actividades grupales.
2. Cuando las personas se reúnen en grupos, movilizan fuerzas que poseen gran importancia y repercusión para los individuos que los conforman.
3. Los grupos pueden ejercer una influencia positiva sobre los individuos, sobre todo aquéllos en los que hay amor y cultura, pues las personas reunidas siempre salen beneficiadas. Sin embargo, existen grupos que se pueden estancar o resultan negativos en alguna forma y son aquéllos en los que no existe ni amor ni cultura sino que predomina la agresión o la maldad de alguno de los miembros.
4. La dinámica de los grupos, bien llevada, favorece el desarrollo del ideal del yo, pues no sólo ayuda a fortalecer al yo y al superyó sino que también le da forma y contenido a los valores, a los ideales y a las aspiraciones sublimatorias más nobles del ser humano.

Estos postulados requieren, primero, mostrar las características de un grupo (es decir, un psicogrupo, un grupo cara a cara que bien puede ser natural, como la familia o el vecindario; o artificial como un grupo escolar, laboral, un equipo deportivo o un grupo terapéutico) y después sus propiedades. Para la conformación del grupo, existen algunos criterios, el cuadro 1-1 muestra cuáles son.

Cuadro 1-1. Criterios que influyen en la formación de un grupo

Interpenetración mental-emocional existente entre los miembros del grupo (Sprott, 1960).

Interdependencia entre sus miembros (Lewin, 1951)

Percepción de cada uno de sus integrantes y de que el grupo, frente al ambiente, tenga una capacidad de acción en una forma unitaria (Smith, 1970).

Fines comunes, como entidades dinámicas.

Unidad colectiva en una obra en común (Gurvitch, 1950).

formas en común y roles sociales intervinculados de manera estrecha

Elección de un mismo objeto-modelo o los mismos ideales o ambos, en los superegos de los miembros del grupo (Freud, 1912-1913/1981).

Referencia de los individuos por las mismas normas internas similares (Redl, 1942). inflicto

Gratificación obtenida a través del grupo (Baum, 1969)

sentido de pertenencia (Cartwright y Zander, 1971),

Logro de metas comunes y creación de reglas.

■ DIDIER ANZIEU

Entre las diversas características grupales que los investigadores han descrito, se encuentran las que D. Anzieu, A. Bejarano, R. Kaes, A. Missenard y J. Pontalis (1972) enuncian;

- Está conformado por personas para que cada una perciba a todas las demás, tanto en forma individual como en una relación social recíproca.
- Es permanente y dinámico, puesto que su actividad responde a los intereses y valores de cada uno de los miembros.
- Posee intensidad en las relaciones afectivas, lo cual da lugar a la formación de subgrupos por afinidad.
- Existe solidaridad e interdependencia entre las personas tanto dentro como fuera del grupo.
- Los roles de los miembros están bien definidos y diferenciados.
- El grupo posee su propio código y lenguaje, así como sus propias normas y creencias.

■ CARTWRIGHT Y ZANDER

Por su parte Cartwright y Zander (1971) opinan que para que pueda hablarse de un grupo es necesario que haya una reunión de dos o más personas y que éstas posean alguna o algunas de las siguientes características:

- Que sus integrantes interactúen constantemente.
- Que se reconozcan unos a otros como pertenecientes al grupo.

- Que otras personas, ajenas al grupo, también los reconozcan como miembros de éste.
- Que acepten las mismas normas.
- Que se inclinen por temas de interés común.
- Que constituyan una red de papeles entrelazados.
- Que se identifiquen con un mismo modelo que rija sus conductas y exprese sus ideales.
- Que el grupo les proporcione recompensa de algún tipo.
- Que las metas que buscan alcanzar sean interdependientes.
- Que todos perciban al grupo como una unidad.
- Que actúen en forma similar con respecto al ambiente.

■ CORNATON

De igual manera, Comaton (1969) menciona que todos los grupos, sea cual fuere su tamaño, tienen una cierta duración, medible en un periodo de tiempo; además constan de individuos que tienen en común:

- Relaciones.
- Interacciones.
- Una organización.
- Un interés.
- Un objetivo.
- Valores y normas.
- Un lenguaje.

■ RAPAPORT

Por último, Rapaport (1960) afirma que los grupos se caracterizan por fuerzas que mantienen unidos a sus integrantes y que cumplen las siguientes cualidades (cualidad se refiere a fuerzas internas):

Cohesividad y permanencia. Los miembros del grupo se sujetan a un código de conducta, el cual puede ser explícito o implícito en diferente grado, específico o general, exclusivo de una clase de grupo o formar parte de un código más general.

Establecimiento de un código del grupo. Entre más explícito, específico y exclusivo sea el código que rige a los individuos reunidos, más se puede hablar de un grupo. Entre más implícito y general sea dicho código, se observa en ellos una menor tendencia a formar y permanecer en un grupo establecido.

Liderazgo. Espontáneo, pre-establecido o ambos, que posea una versatilidad del rol como cualidad y con extensión.

Un pasado común (tradición). Que puede ser o no respaldado por las instituciones y las costumbres.

Estructura. Un grupo posee subdivisiones, relaciones jerárquicas, canales de comunicación, etc. Conforme con la estructura, éste se constituye en un grupo flexible o rígido, se asignan los roles y se determina las relaciones entre el líder y el grupo.

Metas comunes y participación en los informes pertinentes. Esto implica el predominio de las finalidades del grupo sobre las individuales. Todas las personas llegan a los grupos y permanecen en ellos por motivaciones individuales, pero % dichas motivaciones pueden ser totalmente inconscientes y racionalizadas como objetivos que forman parte de la meta grupal; o bien, pueden ser consideradas en forma parcialmente consciente como parte de la finalidad del grupo; o bien, pueden ser predominantemente reconocidas y respetadas como metas grupales o, por el contrario, conscientes y ocultamente consideradas como una forma de alcanzar la meta del individuo.

Un balance entre el dar y tomar. Entre lo que se espera que el individuo dé y lo que éste necesita recibir del grupo. Un balance entre obligaciones y derechos, entre deberes y gratificaciones.

Las relaciones del grupo con otros grupos y con la sociedad en general.

- El grado de flexibilidad en la pertenencia al grupo contra la exclusividad por la membresía.
- El grado en que un grupo sea abierto o cerrado.
- El grado de coordinación y subordinación.
- Un sufrimiento común o una ventaja común, como criterio de membresía.

La moral del grupo.

Impulsar la productividad para buscar el balance dentro de dos tipos de actividad:

- La actividad locomotora dirigida a la meta de grupo, reconocida como la más importante; y
- la actividad dirigida a metas subsidiarias con cantidades azarosas de locomoción, que surgen por el mero hecho de vivir en y pertenecer al grupo.

Adopción de técnicas para tomar decisiones de grupo.

■ GONZÁLEZ NÚÑEZ

Además de características, los grupos poseen propiedades referidas a los factores que éstos puedan o no tener (González Núñez, 1992). Así por ejemplo, están los antecedentes grupales que pueden influenciar de manera favorable o desfavorable las metas, la atmósfera y otros aspectos inherentes al grupo. González Núñez (1992) menciona las siguientes propiedades:

Los antecedentes individuales de los miembros del grupo. El grupo puede estar constituido por personas con diferentes antecedentes, como que se trate de personas dependientes, de una determinada clase social, u otros. Estos antecedentes no son una simple suma, sino que forman combinaciones, originando que determinado grupo pueda ser identificado como una unidad. Pueden existir grupos productivos, agresivos y otros.

Atmósfera. Se refiere al estado de ánimo, tono afectivo o sentimiento que está presente en los integrantes del grupo, el cual, a su vez, conforma la atmósfera grupal. Entre los factores internos están los aspectos emocionales de los miem-

bro, la comunicación, la estructura del grupo, la cohesión, los antecedentes y otros; entre los externos, está principalmente la imagen del grupo. Los factores físicos, como el tamaño del lugar, son importantes para la atmósfera del grupo. El tipo de atmósfera que proporciona el grupo puede ser cálida, permisiva, democrática, etc.

Esquema o patrón de participación. Se determina por la dirección de las relaciones existentes dentro del grupo y por el grado de participación de los miembros en los asuntos grupales. Puede ser unidireccional, si la participación va del coordinador hacia los demás integrantes del grupo. O, bidireccional, si el coordinador dirige a los participantes y éstos a su vez se comunican con él. Es multidireccional cuando los miembros del grupo se comunican unos con otros, a la vez que se comunican con el coordinador.

Capacidad de autodirección. Se refiere a la disposición que tiene el grupo para regularse a sí mismo y dirigirse hacia la meta, para lo cual es necesario que los miembros hayan incorporado los principios del grupo y adoptado actitudes democráticas.

Interacción Grupal. Puesto que la interacción es una de las propiedades prioritarias, el conductor del grupo utiliza sus conocimientos y experiencia para lograr que interactúen determinados miembros del grupo, de acuerdo con los intereses perseguidos. El líder es un elemento determinante en la interacción. En ciertos momentos surgen acuerdos entre los miembros, los cuales sirven para guiar y orientar al grupo hacia una meta común. Dentro de los medios para disminuir las tensiones en el grupo, se encuentran mecanismos, tales como la conciliación y la neutralización.

Inducción mutua. Aquí se enfatizan los factores de índole emocional. Los miembros del grupo se inducen, ya sea de forma consciente o inconsciente, verbal o preverbal; este proceso, al intensificarse con la empatía, afecta de manera directa a la ansiedad y la hostilidad.

Asimilación. Es una tendencia de los grupos que favorece la socialización. En este proceso el grupo va a controlar y apropiarse de las características personales del individuo, constituyéndose así en un grupo sumamente cohesivo.

Polaridad. Es una manifestación dinámica de un grupo. Casi todos los grupos están polarizados en torno a una persona, una idea, un problema o una meta.

Voluntad y beneplácito. La eficacia de un grupo se basa en la voluntad y el beneplácito de sus miembros por pertenecer a él.

Identificación. Las identificaciones se dan en todos los grupos y pueden ser positivas o negativas, dependiendo de las características emocionales de sus miembros. El coordinador del grupo también puede estar expuesto a identificarse con los participantes, a la vez que es objeto de identificaciones. La identificación es inconsciente, pero al hacerla consciente y manejarla adecuadamente, resulta útil para el coordinador como persona y, simultáneamente, ayuda al proceso grupal.

Cohesión. Puede definirse como la cantidad de presión ejercida sobre los miembros del grupo para que éstos permanezcan en él. La cohesión se manifiesta en la atmósfera del grupo, en la cooperatividad y, en general, en las relaciones y maneras de interactuar de sus miembros.

Meta común. Para que un grupo se reúna es necesaria la existencia de una meta en común, pues la motivación de conseguirla pone a funcionar la mayor parte de las propiedades grupales.

Tamaño y función. La función del grupo y su tamaño se encuentran estrechamente relacionados, al aumentar o disminuir el número de participantes se alteran los patrones de participación e interacción, y también las propiedades del grupo. De acuerdo con su tamaño, los grupos pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Diada (grupo de dos).
- Tríada (grupo de tres).
- Cuaterna (grupo de cuatro) y así sucesivamente hasta llegar a ocho miembros.
- Grupos mayores de ocho miembros.
- La masa.

La diada, la tríada, la cuaterna y hasta llegar al número en que sus miembros puedan comunicarse e interactuar cara a cara, se les denomina grupos primarios. Los grupos en los cuales sus miembros ya no pueden comunicarse cara a cara y necesitan de otros medios, como el lenguaje escrito o símbolos, se llaman grupos secundarios (Sprott, 1960).

GRUPO TERAPÉUTICO

En el concepto de "psicoterapia de grupo" se engloban determinados métodos de tratamiento que, en presencia de uno o varios terapeutas, estimulan la labor autocen-trada de los miembros. Para ello se acude a motivaciones psicológicas profundas y a la dinámica grupal, las cuales actúan sobre los individuos y el grupo.

En realidad, la forma en que el psicoterapeuta conduce al grupo depende de las metas que él establece, los miembros que componen el grupo, la especialización del terapeuta, y sus necesidades y ambiciones.

Existen distintas versiones acerca de la composición de un grupo terapéutico en función del número de pacientes o de psicoterapeutas participantes, entre ellas están:

1. Un grupo terapéutico implica el tratamiento de varios pacientes a cargo de uno o dos terapeutas. El tratamiento simultáneo de distintos enfermos, por una parte, racionaliza el problema y, por la otra, posibilita al individuo el llegar a una mayor mejora y comprensión de sus problemas que con el procedimiento dual de la psicoterapia clásica, ya que el grupo revela al terapeuta aspectos inéditos del paciente.
2. La psicoterapia de grupo es el método utilizado por un conjunto de terapeutas para sanar al enfermo. Esta asociación de colegas constituye junto con el paciente un "grupo", el cual les permite observar y vigilar eficazmente la evolución del mal, dentro de un marco eminentemente psicoterapéutico.
3. La psicoterapia de grupo nace gracias a la acción de un conjunto de enfermos, quienes colaboran con uno o varios psicoterapeutas para curar al compañero más necesitado. Ese bloque de pacientes contribuye a que el enfermo en cuestión manifieste, con valor, sus conflictos afectivos.

Descripción del grupo terapéutico MU

Diversos aspectos en los integrantes del grupo psicoterapéutico contribuyen a que éste se consolide o disuelva, cabe mencionar algunos de ellos por separado. Los cuadros 1-2 y 1-3 muestran esos aspectos.

Cuando un grupo inicia, predominan los elementos desintegrativos en sus miembros. La labor terapéutica promueve los elementos integrativos para que con éstos el grupo crezca y sus miembros se recuperen hasta poder ser dados de alta, de acuerdo con sus propias capacidades y su interacción dentro del grupo. Cada paciente aporta sus recursos al grupo y el grupo le retribuye, como en la mutualidad sana madre-hijo, ello favorece el crecimiento conforme al ritmo y potencialidades propios del individuo. Le permite "ser" y "crecer" adaptativamente, al contener sus elementos desintegrativos y al favorecer su integración intrapsíquica y social.

Así entonces, entre las ventajas de la terapia de grupo están el permitir que el individuo se sienta identificado, al lograr que se exprese abiertamente sin tabúes sociales; facilitar la obtención de modelos de identificación; explorar una serie de problemas para generar soluciones posibles en un ambiente real; establecer múltiples transferencias; y brindar al psicoterapeuta la oportunidad de utilizar este tipo de terapia en conjunción con otras.

Foulkes y Anthony (1964) consideran como precondiciones esenciales para la psicoterapia de grupo que el grupo se apoye en la comunicación verbal, el miembro

Cuadro 1-2. Elementos integrativos en la psicoterapia de grupo

Afectos como valor, fortaleza o gratitud,
¿? Pena y depresión por lo destruido; admisión de la propia culpa^

Capacidades de apareamiento a través de la reparación, unificación e integración

Control adaptativo de los impulsos; capacidad de demora

Actitud expectante y esperanza de bienestar y salud; confianza en la unión y alianza positiva con los demás.

Idealización moderada del terapeuta y del grupo; expectativas realistas en cuanto al tratamiento.

Capacidad de *insight* Introyección de objetos metabolizados,
integrados V "buenos".

Actitud positiva originada por los afectos de gratitud, reconocimiento y cariño hacia el grupo y el terapeuta.

Demanda voraz que permita satisfacer las necesidades internas conforme a las condiciones externas.

Fuerza creadora: capacidad de ser

Identificación (incorporación) con las partes positivas, restitutivas y reparadoras de los demás.
Expulsión de los contenidos intolerables y destructivos.

Consciencia de los problemas y las motivaciones profundas: liberación de lastres neuróticos mediante la acción catártica y purificadora del tratamiento. _____

Cuadro 1-3. Elementos desintegrativos en la psicoterapia de grupo

Afectos como ansiedades generadas por la propia agresión, miedo, resentimiento o envidia, procesos paranoides persecutorios; proyección de la propia hostilidad en los demás. Incapacidad para reparar; desunión y desintegración. Actuaciones destructivas. Desconfianza; expectativas de destrucción y desintegración; temor a la pérdida y separación.

Idealización y sobrevaloración excesivas del terapeuta y del grupo; búsqueda de objetivos inalcanzables que conducen a la desilusión,

Compulsión a la repetición

■ Introyección de objetos destruidos y "malos objetos".

Actitud negativa hacia el grupo y el **terapeuta**, originada **por la envidia** negativa que paraliza e impide conseguir lo que el **otro posee**.

«manda voraz, derivada de las necesidades internas creadas por las intensas carencias infantiles y las frustraciones abrumadoras impuestas por el ambiente actual.

Fuerza destructiva; tendencia a arrebatarse y a exigir sin retribuir

Identificación (incorporación) con las partes negativas de los demás, desconocimiento de los aportes positivos de los otros, tendencia a expulsar los elementos restitutivos y reparadores.

— "

Inconsciencia de enfermedad; triunfo de la neurosis sobre la acción terapéutica.

individual sea el objeto del tratamiento y el grupo mismo sea el principal instrumento terapéutico.

De esta manera, podemos decir que la psicoterapia de grupo utiliza al grupo y su fuerza para propósitos terapéuticos, por lo cual es un tratamiento grupal. Sin embargo, no trata al grupo para su propio bien, para mejorar su eficiencia en el trabajo o como si fuera un equipo; trata al grupo para bien de sus miembros individuales y por ninguna otra razón. Toda psicoterapia es, en último término, un tratamiento del individuo.

La finalidad de la psicoterapia de grupo, que reúne a un cierto número de pacientes, no se basa en la realidad exterior sino que se orienta más bien hacia la "realidad interior" de cada uno de los participantes. Supone una visión clara y curativa de la propia intimidad y la activación de la aspiración a sanar que cada individuo posee (Battergay, 1978).

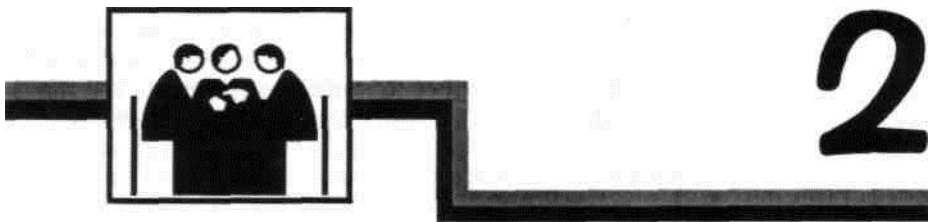
De acuerdo con Slavson (1976), el objetivo de la verdadera psicoterapia grupal es lograr un cambio intrapsíquico relativamente permanente, más que tan sólo aliviar los síntomas o mejorar la conducta.

Se define como **psicoterapia de grupo** al conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de común acuerdo entre terapeuta y pacientes y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común, la curación. Los miembros del grupo desempeñan inconscientemente determinados roles o funciones en estrecha relación de interdependencia. Mientras

sus roles están sujetos a cambios continuos, el terapeuta desempeña el papel de líder formal del grupo. Esto no impide que simultáneamente el grupo adjudique, tanto a él como a los observadores, las más diversas funciones y roles (Grinberg, Langer y Rodríguez, 1977).

Para Bategay (1978), un grupo terapéutico es una asociación de tres o más miembros que actúan terapéuticamente al unísono. El equipo de terapeutas no centra sus objetivos en el director sino en el grupo como tal (sobre todo en los grupos analíticos), es decir, mantienen una actitud fundamentalmente reservada. La meta que un grupo terapéutico pretende no es la conservación de éste, sino el fomento del *insight* (introspección), de la maduración y del desarrollo interior de cada elemento. El grupo terapéutico se encamina al esclarecimiento de los conflictos y problemas de sus miembros, al reconocimiento de las normas de grupo (en lo que atañe a sus afectos), así como a la corrección del comportamiento subsiguiente al aprendizaje social.

Resumiendo lo anterior, **el grupo terapéutico** es la reunión de tres o más personas denominadas pacientes, reunión más o menos permanente y voluntaria, donde los individuos reunidos interactúan y se interrelacionan con fines psicoterapéuticos; así pues, los integrantes de un grupo se reconocen como miembros que se encuentran ubicados dentro de un contexto determinado por el propio terapeuta y aceptan comportarse con base en una serie de valores y normas, explicitados dentro del sistema psicoterapéutico, a lo que se le denomina **contrato terapéutico**, por lo que el grupo es al terapeuta grupal lo que el individuo es al terapeuta individual (González Núñez, 1992). ■



Breve historia de la psicoterapia de grupo

■ ara poder indagar cuáles eran las ideas generalmente aceptadas a fines del siglo pasado sobre la mutua influencia del individuo y su sociedad, es preciso tomar en cuenta las creencias imperantes del siglo. A partir del psicoanálisis, la psicología ha experimentado cambios importantes en relación con las conexiones existentes entre una serie de fenómenos previamente considerados de manera independiente.

Una disputa clásica dividía la especulación en dos bandos. La controversia entre lo que hoy se denomina "psicologismo" y "sociologismo" es quizá una de las más obcecadas que registra la historia de las ideas. Por un lado, estaba la escuela nominalista que negaba la existencia de la sociedad como un concepto unitario y válido, postulando que las manifestaciones de un grupo sólo constituyen un agregado de expresiones individuales y sólo es comprensible, por tanto, en términos de las conductas de los individuos. Por otro lado, la escuela realista adelantaba la hipótesis opuesta, a saber, que la manifestación del individuo está condicionada por el ambiente social en que se desenvuelve (Grinberg, Langer y Rodríguez, 1977).

Cada bando estaba dispuesto a minimizar el papel, bien sea de la sociología o de la psicología, según el caso. Los primeros sólo querían hablar en términos de determinantes psíquicas; los segundos, de constelaciones sociales.

La contribución de la psicología a la sociología, puede ser de tres tipos (Grinberg *et al.*, 1977):

1. El reconocimiento de la importancia decisiva del ambiente en el desarrollo del hombre.
2. La teoría del superyó, como el sistema que está constituido por la totalidad de los objetos internos.
3. Un asunto de método o procedimiento.

La teoría psicoanalítica pudo, por primera vez, integrar la vida emocional del hombre en una teoría sistémica de la psiquis. Para que este fenómeno se evidenciara era necesaria la concurrencia de dos personas, por lo menos; una que experimente la emoción y otra hacia quien ésta va dirigida. A este campo se le llama, por tanto, bi-personal.

Dentro de la psicología clínica, la psicoterapia ocupa un lugar muy importante por la gran difusión que ha« tenido. A través de múltiples enfoques, se brindan diferentes técnicas y aproximaciones que permiten abordar los problemas a los que se enfrentan los seres humanos en su vida cotidiana (Castañedo, 1993).

La psicología asociacionista del siglo pasado no logró comprender la naturaleza de las emociones, debido a la mala aplicación del método de introspección (el cual opera con un ángulo unipersonal). La introspección no se presta como campo experimental para la comprensión sistemática de los afectos, como lo fueron los estados de consciencia; lo revolucionario de la noción de este campo postula que es necesario reunir en el "aquí y ahora" del proceso a estudiar, una serie de condiciones para que este fenómeno se ponga en evidencia. Así, dos personas son necesarias para que determinados afectos se pongan de manifiesto. Esto nos lleva a considerar una nueva psicología, la multipersonal o microsociología.

El estudio de los grupos reducidos constituye lo que se ha denominado la microsociología, la cual es una tercera perspectiva, cuyo enfoque por ser intermedio, puede y debe beneficiar a ambas disciplinas (la psicología y la sociología).

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la psicoterapia de grupo se ha difundido enormemente por todo el mundo. Ésta fue iniciada por Pratt en 1905, al introducir el sistema de "clases colectivas" a una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos, mediante una serie de medidas sugestivas destinadas a que los enfermos cumplieran de la mejor forma posible su régimen, dentro de un clima de cooperación. Las clases o sesiones constaban de una breve conferencia del terapeuta, quien disertaba sobre la higiene o problemas del tratamiento de la tuberculosis, a continuación, los pacientes formulaban sus preguntas o discutían el tema con el médico.

En vista de los buenos resultados que daba este método, Pratt escribió en 1906 un trabajo preliminar que amplió en los años subsiguientes. El método de Pratt consistía en utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas para la consecución de una finalidad terapéutica. Su técnica se apoya en dos pilares. Por un lado, activa de manera controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad en el grupo; y por el otro, el terapeuta asume el papel de una figura paternal idealizada.

A los métodos que siguen las directivas de Pratt se les denomina genéricamente **terapias exhortativas paternas**, éstas actúan "por" el grupo, es decir, incitan y se valen de las emociones colectivas sin tratar de comprenderlas. El grupo es empleado como un medio adecuado y económico de influir a numerosas personas.

A partir de esta primera corriente, que todavía cuenta con adeptos, se ha producido una interesante diferenciación, con las llamadas terapias que actúan "por" el grupo con estructura fraternal. En este caso, el dinamismo es análogo, incitar y canalizar emociones colectivas en grupos solidarios, pero el tipo de relación entre el grupo y el terapeuta es, sin embargo, diametralmente opuesto al de la corriente ejemplificada por Pratt (citado en Grinberg *et al.*, 1977). Este último idealiza al terapeuta, mientras que la corriente posterior estimula una fraternidad que busca la máxima homogeneización de sus miembros disminuyendo, por tanto, el liderazgo al mínimo.

Una tercera corriente, dentro de las terapias de grupo, ha sido inspirada en el psicoanálisis. Éste introduce la interpretación a la situación grupal, aplicando al grupo una técnica de orientación psicoanalítica; con la interpretación, se inicia un instrumento capaz de comprender y de modificar los dinamos más profundos del grupo y, por tanto, de transformar su estructura. La interpretación reemplaza al procedimiento sugestivo inspiracional de las terapias "por" el grupo (Grinberg *et al.*, 1977).

En el decenio de 1940 a 1950, después de la Segunda Guerra Mundial, surge la psicoterapia de grupo como respuesta a las necesidades psicológicas que tenían los soldados, quienes regresaban de combatir. Los primeros terapeutas de grupo incorporaban sus habilidades en terapia individual y las aplicaban en los grupos, ya que se daban cuenta que éstas tenían un efecto curativo especial en los pacientes que recibían el tratamiento. En decenios posteriores, la psicoterapia de grupo comenzó a tener gran auge por las posibilidades que brindaba a los pacientes de que experimentaran afecto, mejoraran su autoimagen y aprendieran más acerca de la pertenencia. Finalmente, en los últimos años esta técnica psicoterapéutica se está aplicando ampliamente en el ambiente hospitalario, por ser tan efectiva como la individual y por ser un tratamiento más económico y al alcance de más pacientes.

Tanto Slavson (1976) como Klapman (1946) buscaron la solución al problema de ¿a quién interpretar? en un grupo. Emplearon lo que se podría describir como un artificio, que consiste en tratar de unificar al grupo de varias maneras, así la interpretación dada en su seno valdrá para todos (o para la mayoría de los participantes). Estos son algunos de tales artificios:

- Homogeneización del grupo.
- Estricta selección de los integrantes.
- Preparación del grupo.

De esta manera se llega a la técnica interpretativa "de" grupo. Este tipo de terapia toma al grupo como fenómeno central y punto de partida de toda interpretación. Es decir, concibe al grupo como una totalidad, al considerar que la conducta de cada uno de sus miembros siempre se ve influida por su participación en ese seno colectivo.

Moreno, quien en 1931 acuñó la expresión "psicoterapia de grupo", apareó las técnicas del teatro, la sociología y la psicoterapia, de las cuales resultó el método conocido como psicodrama desde 1911. Sin embargo, el verdadero introductor del método analítico en la terapéutica de grupo fue Paul Schilder (citado por Palacios, 1975), quien destacó el fenómeno de la transferencia al notar que el ligamento médico-paciente era más intenso que el establecido entre los pacientes mismos y que el terapeuta ocupaba el lugar del padre o de la madre.

Por esos mismos años, Slavson (1934) concibió al grupo terapéutico como reproducción transferencial de la familia en el suceder emocional de sus miembros, tratando, en consecuencia, de dilucidar las transferencias desplazadas que al ser reconocidas, se señalan y manejan como meros desplazamientos de la verdadera relación transferencial. Lo anterior se refiere al descubrimiento del "principio del grupo pequeño" o grupo primario, en el que los miembros pueden comunicarse de manera directa sin necesidad de símbolos verbales, sino preverbales.

Mientras que Foulkes y Anthony (1981) conciben al grupo como un todo social cuya estructura y función son más que la suma de sus partes componentes, Bion (citado en Palacios, 1975), por su parte, habla del grupo terapéutico como una totalidad psicológica manejable. Como consecuencia de sus experiencias como médico

militar durante la Segunda Guerra Mundial, inició su trabajo como terapeuta analítico de grupo en 1948; él afirmó que el grupo opera como una unidad funcional mediante la labor grupal que, en buena medida, se asemeja a la actividad de un Yo, especialmente de las áreas libres de conflicto. Pero esta labor propositiva puede verse obstaculizada por una corriente emocional poderosa, dirigida al terapeuta.

Ezriel (1951), continuador del pensamiento de Bion, subrayó la importancia de la transferencia y encuentra a la interpretación igualmente legítima, tanto en el psicoanálisis individual como en la terapia de grupo, ya que para él analizar a la persona equivale al denominador grupal, en un momento dado.

Por último, Fedem (1979) hace los primeros intentos de psicoterapia dinámica de grupo con psicóticos en un hospital privado, aunque en 1948 hubo un intento previo con niños con otro enfoque. En la actualidad, muchos psicoanalistas y psicólogos practican la psicoterapia de grupo (Palacios, 1975).

VARIEDAD DE PSICOTERAPIAS

Existen tres principales tipos de psicoterapia (Wolpe, 1977):

1. **Terapia de soporte o de apoyo.** Cuyos objetivos son el reforzamiento de defensas existentes, la elaboración de nuevos y mejores mecanismos de control y la restauración de un equilibrio adaptativo.
2. **Terapia reeducativa.** Cuyos objetivos son hacer el *insight* de conflictos conscientes, realizar deliberados esfuerzos de reajuste y modificar las metas de manera objetiva para vivir de acuerdo con los potenciales creativos existentes.
3. **Terapia reconstructiva.** Cuyos objetivos son lograr el *insight* de conflictos inconscientes mediante esfuerzos para extinguir alteraciones estructurales del carácter, y desarrollar y expandir tanto la personalidad como nuevas potencialidades de adaptación.

Una característica principal para diferenciar a la psicoterapia de apoyo, la reeducativa y la reconstructiva, es el grado de *insight* al que es llevado el paciente. En la terapia de apoyo, la cantidad de *insight* es mínima. En la terapia reeducativa esto es más extenso, pero enfocado a problemas relativamente conscientes y actuales. En la terapia reconstructiva, el *insight* intenta hacer consciente al individuo de sus conflictos inconscientes y sus derivados, los cuales le producen dificultades en sus relaciones interpersonales y un abatimiento de defensas y modos de ajuste; para modificar a estos últimos, haciéndolos más adaptativos y satisfactorios a la personalidad del paciente.

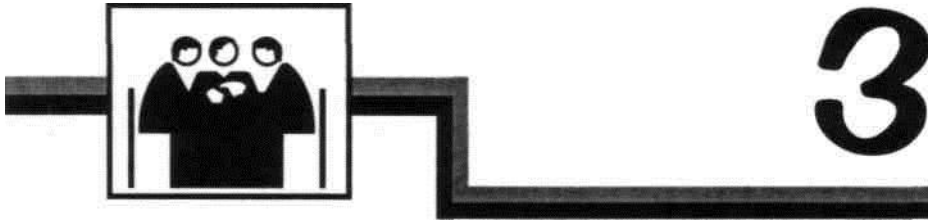
La terapia reconstructiva no sólo apunta a la restauración del individuo para efectos de una vida funcional, también habilita la resolución de síntomas y disturbios en las relaciones interpersonales, esforzándose a la vez en lograr una maduración del desarrollo emocional, con la creación de nuevas potencialidades adaptativas.

Sin embargo, como ha sido indicado previamente, los cambios en la reconstrucción de la personalidad algunas veces ocurren espontáneamente, durante el curso de terapias de apoyo y reeducativas como resultado de completar esos tratamientos o de tener relaciones más agradables con las personas, o de ambos.

A continuación se expondrá una explicación más amplia acerca de estos tres tipos de psicoterapia y sus variantes, especialmente de sus aplicaciones en la terapia grupal. ■

Parte II.

Psicoterapias de apoyo



Introducción a las psicoterapias de apoyo

TERAPIA DE APOYO

La psicoterapia de apoyo surgió como una necesidad de brindar apoyo rápido y concreto a aquellos pacientes que por el contexto en que se encontraban, era difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas (Bellak, 1993).

La psicoterapia de apoyo constituye una aproximación tradicional a los problemas de naturaleza emocional, puede llegar a ser aparentemente aplicada por amigos, casi como una respuesta automática para ayudar al otro. Sus técnicas son utilizadas de manera algo más estructurada por profesionales no entrenados tales como sacerdotes, enfermeras, maestros, abogados y en general por cualquier practicante a quien se le consulte. Al mismo tiempo, éstas son implementadas de manera deliberada por profesionales entrenados, en particular por trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, constituyéndose algunas veces como la terapia principal, mientras que en otras ocasiones son utilizadas de manera adjunta a otros procedimientos de tipo reeducativo, reconstructivo, o ambos. De esta manera, las terapias designadas como "psicoterapias paliativas", "terapia social" y "terapia situacional" caen dentro de la categoría terapéutica de apoyo.

El objetivo es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, minimizando o eliminando los síntomas para establecer un nivel propicio de funcionamiento. Se hace un esfuerzo para fortalecer las defensas existentes, a la vez que para elaborar mejores "mecanismos de control". En coordinación con lo anterior, se pretende remover o reducir los factores externos perjudiciales que actúan como fuentes de estrés. No se hacen intentos para cambiar la estructura de la

personalidad, aunque pueden desarrollarse cambios constructivos en la misma, como consecuencia del tratamiento cuando el control ya ha sido restaurado en el individuo.

La entrevista en psicoterapia de apoyo se enfoca principalmente a problemas situacionales (quejas) e interpersonales y conflictos de actitudes; por lo que la comunicación del paciente se centra en los síntomas y disturbios ambientales. La terapia de apoyo se maneja en el campo de los problemas conscientes ya que el paciente sabe cuál es el problema que tiene y busca ayuda en ese momento, razón por la cual las sesiones se ubican en el presente inmediato.

Esta terapia puede durar de 1 a 100 sesiones, éstas son pocas en comparación con otras terapias. Es importante que exista una relación positiva entre el psicoterapeuta y el paciente. La posición del paciente y el terapeuta es cara a cara, y las actividades específicas a realizar por el paciente dependen del entrenamiento y orientación del terapeuta. La transferencia positiva es necesaria para incrementar la mejoría, mientras que la negativa no tiene cabida en este tipo de psicoterapia.

Los individuos sensibles a la terapia de apoyo son aquellos que poseen una adecuada fortaleza yoica y que habían logrado una adaptación satisfactoria hasta la enfermedad actual, pero que se abatieron bajo el impacto de presiones medioambientales severas y estrés excesivo. Dichas personas son capacitadas con medidas de sostén, soporte, sustento, para renovar en sí mismas el equilibrio que existía antes de su trastorno. Sin embargo, la terapia de apoyo también está indicada en personas con estructuras yoicas débiles, cuyas capacidades para un cambio real son mínimas y

Cuadro 3-1. Procedimientos utilizados en la terapia de apoyo

Guía o conducción.
Manipulación ambiental.
Externalización de intereses.
Inducción a la tranquilidad.
Técnicas sugestivas, como la sugestión hipnótica, sugestión por prestigio y autosugestión.
Presión y coerción.
Persuasión.
Catarsis emocional y desensibilización.
Relajación muscular.
Hidroterapia.
Shock y terapia convulsiva.
Terapia farmacológica.
Neurocirugía (cirugía de cerebro).
Terapia grupal inspiracional.
Musicoterapia.

quienes son incapaces de tolerar las ansiedades, inevitablemente asociadas a la terapia de *insight*. Por otra parte, los objetivos del tratamiento son parciales, no permiten una rehabilitación completa de la personalidad; la adaptación a la neurosis existente mediante la utilización de los propios recursos disponibles para el cumplimiento y la disminución de las obligaciones personales, puede ser todo lo que el paciente quiere o necesita por el momento.

Debe reconocerse que hay personas con estructuras yoicas demasiado débiles y motivaciones tan inadecuadas que son incapaces de participar en un proceso terapéutico, donde pudieran alcanzar una rehabilitación más o menos completa. En estos casos, el objetivo de esta terapia sería muy modesto, enfocarse a habilitar al individuo para que éste viva con sus defensas neuróticas tan cómodamente como le sea posible.

A veces, la terapia de apoyo no funciona. Esto ocurre principalmente cuando el paciente tiene problemas con la autoridad, si estos conflictos fueran muy severos, él entrará automáticamente en competencia con la persona que la ejerza, menospreciando, buscando el control, actuando de modo agresivo y hostil, retrayéndose en sí mismo o volviéndose excesivamente inútil. Estas reacciones que aparecen durante la terapia pueden actuar como resistencias insuperables para la aceptación de ayuda.

En todos los pacientes que reciben terapia de apoyo debe hacerse un esfuerzo para motivarlos a ingresar a algún tipo de terapia de *insight*, con el fin de asegurar una mayor permanencia de los resultados.

Cabe mencionar que las aproximaciones de la terapia de apoyo y las técnicas de soporte son utilizadas prácticamente de manera adjunta por todos los otros tipos de psicoterapia individual y grupal. Es poco común que usen sus herramientas como la única intervención con el paciente. Es preciso recordar que para poseer la comprensión de cómo y cuándo implementar medidas de soporte o apoyo es indispensable el entrenamiento del psicoterapeuta. El cuadro 3-1 presenta dichas medidas. ■

Concepto y técnicas de psicoterapias de apoyo aplicadas al grupo

GUIA O CONDUCCIÓN

Guía es el término utilizado para designar a un cierto número de procedimientos que proveen de ayuda activa a un individuo, en aspectos tales como educación, empleo, salud y relaciones interpersonales. Muchos casos de consejería y técnicas educacionales caen dentro de este rubro.

El alcance en la manipulación de la vida del paciente varía de acuerdo con sus condiciones y el tipo de sistema empleado. El rol que el terapeuta desempeña debe ser el de una autoridad completamente directiva, que disponga de un régimen programado diariamente y no permita tiempo para la ociosidad ni la meditación destructiva. Un día equilibrado para la persona puede organizarse asignándole horarios para levantarse, para el cuidado del cuerpo y el arreglo personal y para un plan de trabajo, así como periodos de descanso, recreación y sueño, además de otras actividades a fin de que pueda aprovechar cada hora del día. Sin embargo, semejante control de la rutina del paciente es raramente necesario ya que, por lo general, la conducción se dirige hacia un problema específico que interfiere con su ajuste personal.

La guía está basada en una relación de autoridad establecida entre el terapeuta y el paciente. Uno de los problemas inherentes a este vínculo radica en que el paciente puede sobrevalorar la capacidad de razonamiento del terapeuta, hasta el punto de anular la propia y su derecho a criticar, e incluso pueda ser dominado por sentimientos de miedo y temor. Bajo estas circunstancias, cualquier duda que surja relativa a la fortaleza o sabiduría de la autoridad provoca una fuerte inseguridad. La hostilidad

y los sentimientos de culpa, si se desarrollan como tales, deberán ser reprimidos de manera rígida ante el miedo de incitar una contra-agresión o desaprobación. Se puede reconocer en esos patrones irracionales, la misma actitud que el niño expresa hacia la omnipotencia parental. De hecho, la necesidad de ayuda emocional del individuo neurótico se asemeja en alto grado a la del niño inmaduro, quien busca solucionar su dependencia ante el poder de las figuras parentales. Además, la persona neurótica recrea en el terapeuta la autoridad original con que invistió a sus padres, buscando en él un tipo de amor equivalente.

Lo anterior se debe a que el individuo trata de mantener una imagen infalible del terapeuta, pues si este último mostrara sus errores humanos o sus necesidades invisibles, la fe del paciente se vería hecha añicos precipitándolo otra vez en la necesidad de ayuda y en la ansiedad; ante lo cual el paciente podría intentar controlar su ansiedad anexándose, nuevamente, a otra persona que posea esas características mágicas y divinas que él considera esenciales para su seguridad. La historia de vida de tales individuos dependientes muestra un pasar de un terapeuta a otro, de una clínica a otra y de un culto a otro, en una incesante búsqueda de una figura parental que pueda guiarlos por el sendero de la salud y la realización.

Debido a las experiencias de haber sido decepcionadas en su búsqueda, algunas personas estarán muy resentidas como para ser guiadas, a pesar de que se sientan demasiado inseguras consigo mismas para dirigir sus propias actividades. Otras, rehusarán una guía a causa de condicionamientos previos en sus relaciones con una autoridad hostil o rechazante o que les haya hecho demandas para someterlas y así frustrar sus impulsos de crecimiento personal. La aceptación de la conducción puede ser el equivalente a renunciar a la propia independencia ya que la persona cree ser marcada como inferior.

No obstante estas desventajas, la guía o conducción puede ser el único tipo de tratamiento al que algunos pacientes podrían responder. Estas personas se sienten desesperadamente abandonadas en sus neurosis y no tienen ni la motivación ni la fortaleza para trabajar con una técnica que les arroje la mayor parte de la responsabilidad sobre sus hombros. Desafortunadamente, el crecimiento de su personalidad puede que nunca les permita desarrollarse hasta el punto en que ellos puedan tomar las riendas de su propio destino. Son tan fuertes las resistencias que existen para su propia asertividad, que solamente pueden funcionar cuando se apoyan en una figura parental que los guíe en sus tareas cotidianas.

En algunas aproximaciones de guía, donde aparentemente la falta de motivación y de fortaleza del yo hacen imposible una forma más científica de terapia, el paciente es conducido hacia la religión. Se intenta convencerlo de que para lograr la salud deberá ser ayudado por la existencia divina, ya que desde la unión con Dios el alma no necesita luchar sola. Esta relación puede proporcionar al paciente la fuerza suficiente para conquistar los pensamientos demoniacos y los impulsos, para contener el miedo y los temores, para obtener confianza y vivir en fe; la ayuda se logra sólo mediante el rezo y la fe. La creencia cristiana y otras "curas por fe" están basadas en estos principios.

Ciertos individuos se sienten inmensamente cómodos en este tipo de terapia religiosa, la cual ofrece algunas ventajas sobre la guía sólo en la medida en que se consigue la participación del paciente en la ayuda mediante sus esfuerzos en la oración y a través de su participación en las actividades de la Iglesia. Además, en la terapia reli-

giosa el paciente no está en posición de disputar los poderes de Dios como podría hacerlo en el caso del terapeuta, a quien le puede descubrir los errores humanos que tiene.

A pesar de su limitada órbita, la guía puede ser útil en terapia, pero no se la implementa bajo la ilusión de lograr un cambio profundo en los conflictos fundamentales o en la estructura dinámica de la personalidad ya que, de manera usual, los conflictos son encubiertos y la persona es alentada a ajustarse a sus problemas más que a corregirlos. Al paciente se le pueden enseñar varios métodos para evitar callejones sin salida de tipo emocional, puede aprender a corregir ciertos defectos o a adaptarse a sí mismo a circunstancias que no pueda cambiar. Sin embargo, donde la guía no sea suplida por otras terapias que promuevan que el rendimiento de la persona sea autosuficiente e independiente, es probable que las dificultades fundamentales en las relaciones interpersonales no se vean modificadas. La conducción es una técnica utilizada por el psicoterapeuta de grupo y por los demás miembros del grupo, en personas que poseen un carácter dependiente y que aceptan de buena manera ser guiadas. En éstos, la dependencia viene a ser más que un defecto, una cualidad, ya que permite la intervención terapéutica en forma eficiente.

MANIPULACIÓN AMBIENTAL

La manipulación ambiental es una aproximación de terapia que intenta solucionar el disturbio emocional del paciente, al remover o modificar elementos desorganizadores en su medio ambiente. El trabajo social, más que cualquier otra disciplina, ha estructurado el sistema de manipulación ambiental más completo y mejor organizado, donde los servicios prestados incluyen la mediación de financiamiento, alojamiento, trabajo, recreaciones, rehabilitación y tratamiento de problemas maritales y familiares. Muchas de las técnicas de manipulación ambiental, elaboradas en trabajo social, pueden ser implementadas por el terapeuta cuando éste determine que las dificultades situacionales son tan desorganizantes para el individuo que lo inhabilitan a vivir con ellas, o bien puede solicitar los servicios de un trabajador social como su adjunto para este fin.

A menudo, el paciente está demasiado atado a su tipo de vida, ya sea por un sentimiento de lealtad o a causa de la sensación de que no tiene derecho a expresar sus demandas, lo cual le hace tolerar las distorsiones ambientales como inmodificables. La persona puede ignorar que su tensión y resentimientos son generados por situaciones específicas, llegando incluso a culpar a otras cosas de sus dificultades, en lugar de aquellas que son realmente responsables. El terapeuta puede verse en la necesidad de interferir activamente en aspectos medioambientales adversos a la mejoría del paciente. Para lo anterior, puede requerirse trabajar con la familia del paciente, ya que es inusual que las dificultades de éste se vean constreñidas a sí mismo. Los diversos miembros de la familia pueden necesitar de algún tipo de ayuda antes de que el paciente pueda dar una respuesta máxima al tratamiento.

Debe asumirse que la modificación ambiental no puede ayudar a todos los pacientes, ya que en muchos casos aunque se acentúen los problemas del paciente, los percances medioambientales son solamente factores desencadenantes. La base para el desajuste individual se encuentra en la estructura de la personalidad, la cual, al contener demasiados elementos discordantes vuelve incesante el conflicto interno.

Todo esto tiene muy poca relación con las circunstancias externas, aunque de hecho la mayoría de la gente tiende a objetivar los problemas, al buscar afuera (en su ambiente) condiciones que puedan justificar sus sentimientos de rabia o de tensión. Por ejemplo, si una persona tiene un problema asociado con el miedo a que otros saquen provecho de ella, encontrará evidencias de esto en cualquier situación en la que se vea envuelta.

En un extenso número de personas, la corrección medioambiental tiene poco efecto en el trastorno emocional existente, pues al estructurarse la dificultad en dicho desorden de carácter, los problemas en las relaciones interpersonales parecen perpetuarse a sí mismos indefinidamente. En verdad, el individuo parece crear situaciones en las cuales pueda reaccionar en su forma destructiva acostumbrada, pero más confuso es el hecho de que necesite de una atmósfera problemática para funcionar apropiadamente. Por ejemplo, puede buscar ser victimizado por otros y justificar así sus sentimientos de hostilidad que de otra manera no podrían ser racionalizados. En casos como éste, la corrección del estrés ambiental, sin el correspondiente alivio del conflicto interno, puede producir depresión o enfermedades psicosomáticas debido a la intemalización de la agresión o cualquier otro sentimiento de desamparo. Uno de los más desalentadores descubrimientos del terapeuta es que al liberar al paciente de un medio ambiente totalmente distorsionado, prontamente puede envolverse a sí mismo en otra situación tan mala como la primera. Así entonces, la dinámica necesaria para una circunstancia de vida desorganizada será remediarla primero antes de que el paciente responda adecuadamente a la manipulación ambiental.

Es un alivio para muchos pacientes incapaces de manejar la estimulación del ambiente que les produce la angustia o estrés, el tener la posibilidad de situarse en un ambiente más tranquilo y menos estresante, como lo sería tomar unas vacaciones, cierto grado de hospitalización, no continuar viviendo con personas que lo presionan, designar a una persona que lo acompañe, designar una persona que lo proteja, cambiar de casa a un lugar más cerca a su centro laboral, así como cambiar de trabajo o de jefe. En la sugerencia de cambios ambientales más restringidos, es recomendable un cambio en la decoración de casa, de la recámara, del baño, etc.

EXTERNALIZACIÓN DE INTERESES

La externalización de intereses del paciente es utilizada algunas veces como un soporte adjunto al tratamiento. Es empleada, particularmente, cuando el individuo se ha visto tan absorbido por sus problemas internos que la realidad externa ha perdido significado para él, por lo que para contrarrestar esto se hace un intento por redirigir los intereses del paciente hacia el mundo exterior (sentimientos hacia las artes, habilidades, música, juegos, deportes, recreaciones o pasatiempos). Muchos intereses pueden explotarse mediante este esfuerzo, tales como el trabajo en madera, costura, tejido, el trabajo en metales, elaboración de tapetes, jardinería, cartas, ajedrez, ping-pong, *handball*, natación, golf, equitación, baile, arte dramático, dibujo, pintura y escultura. Sin descartar otros pasatiempos y recreaciones, esta técnica puede ser implementada para desviar la atención del paciente vinculada a la tensión interna y la ansiedad. Dentro de las terapias organizadas incluidas bajo este rubro, se encontrará a la terapia ocupacional, la terapia recreacional y la musicoterapia. La efectividad de

la externalización de intereses se ve incrementada combinándola con otras técnicas terapéuticas. Ésta permite que el paciente se sienta útil, que su existencia puede tener algún provecho y sentido, favoreciendo su autoestima.

INDUCCIÓN A LA TRANQUILIDAD

De alguna forma, la inducción a la tranquilidad es utilizada en todas las psicoterapias (tanto individuales como grupales). El hecho de entrar a terapia, en sí mismo, constituye para el paciente la tranquilidad de que no es incurable ni está destinado fatalmente a la locura. La relación con el terapeuta y con los compañeros del grupo le provee sentimientos de aceptación y seguridad, aun cuando éstos no puedan ser expresados con palabras. En la terapia de apoyo, se proporciona al paciente la tranquilidad verbalizada de manera particular cuando éste expresa dudas concernientes a su capacidad para recuperarse, e inseguridad acerca de su capacidad para evitar tener nuevamente un sufrimiento intenso que ya vivió, o para lograr alivio al síntoma actual. También se tranquiliza al paciente cuando se encuentra sujeto a sus miedos condicionados por sus propias fantasías, o por sus pensamientos irracionales. El terapeuta discute estos temores de manera abierta con el paciente, ofreciéndole explicaciones tranquilizadoras acerca de que sus miedos no tienen fundamento, para aliviar la tensión y la ansiedad.

Los juicios incorrectos más comunes, alimentados por los pacientes, son aquéllos referidos a un miedo a volverse locos, una noción de estar marcados por un defecto mental hereditario, una idea de albergar una enfermedad maligna no detectable o anormalidad, un sentimiento de haberse dañado uno mismo de modo irreparable mediante excesos masturbatorios tempranos, así como la creencia en una afección por fantasías sexuales perversas, abortos e impulsos presentes. Tales temores pueden llevar al paciente a la distorsión neurótica e inducirlo a una cavilación constante y una autorrecriminación irracional.

Cuando el paciente está convencido de la sinceridad del terapeuta y acepta su autoridad, puede brindársele ayuda mediante una tranquilización verbal que le permita dominar algunas interpretaciones erróneas. Sin embargo, el tranquilizar es inútil cuando se aplica a conflictos básicos y profundos de la personalidad, sobre todo en una autoestima devaluada y sus derivados. No obstante, empleada de manera juiciosa, puede ser un agregado útil en disturbios más superficiales.

TECNICA9 8UGE9TIVA9

8UGE8TION HIPNÓTICA

La eliminación de síntomas mediante la hipnosis es una de las técnicas más añejas, sin embargo, todavía es empleada en todo el mundo. Los resultados informados varían desde un entusiasmo ilimitado hasta una desacreditación del método como una forma irracional de psicoterapia, aunque en general es el más antiguo de todos los procedimientos exitosos de tratamiento. A causa de su relación con los efectos, más que con las

causas, el método tiene muchas limitaciones; no obstante puede, bajo ciertas circunstancias, servir a un propósito benéfico en casos seleccionados de manera cuidadosa. «El terapeuta debe ser muy cauto al utilizar esta técnica en psicoterapia de grupo

Cuando el terapeuta ocupa una posición omnipotente en la mente del paciente, ciertos síntomas pueden ser disipados mediante su mandato. Los síntomas que son removidos a través de la sugestión hipnótica desaparecen porque el paciente tiene la necesidad de someterse a las órdenes del terapeuta. Con frecuencia, la motivación para obedecer está condicionada por un deseo de satisfacer necesidades importantes de seguridad mediante mecanismos arcaicos de sumisión y de identificación con una autoridad omnipotente. En la medida en que esta motivación es mayor que las ganancias que el paciente obtiene de la complacencia de sus síntomas, éste abandonará sus demandas de mando y permanecerá en una posición cómoda siempre y cuando continúe teniendo fe en la omnisciencia y en la fortaleza del terapeuta. Se obtienen mejores resultados cuando los síntomas poseen propósitos defensivos mínimos y cuando la necesidad de un funcionamiento libre de síntomas constituye un incentivo poderoso. A menudo, algunas manifestaciones psicósomáticas, algunos tipos de adicción alcohólica y ciertos desórdenes de hábitos (tales como comerse las uñas, insomnio, comer, fumar o beber en exceso) son notablemente susceptibles a la sugestión hipnótica, en especial cuando éstos generan alguna incapacidad en la persona. Los resultados son más pronunciados cuando el paciente no tiene otra motivación para la terapia que el abandonar sus síntomas o mantenerlos bajo control.

Algunos autores han afirmado que el efecto de la eliminación de los síntomas no es únicamente paliativo ya que puede causar una reorientación general de las actitudes del paciente; entonces, de acuerdo con lo anterior, la eliminación de un síntoma (como un producto secundario) puede tener un efecto importante en el funcionamiento total de la personalidad. A menudo, una persona en desventaja por un síntoma perturbador pierde el respeto propio y se separa de la gente, encerrándose cada vez más en sí mismo, ya que el síntoma se convierte en su preocupación principal alrededor del cual organiza su inseguridad y sus sentimientos de inferioridad. En casos como éste, la eliminación de un síntoma puede modificar todo el patrón de ajuste del individuo. Por ejemplo, un hombre adicto al alcohol quizá sufra más por las consecuencias sociales del beber que por sus efectos psíquicos; entonces, minimizar su deseo por el alcohol mediante una orden, posibilitaría iniciar un proceso de rehabilitación de la personalidad. Una persona con tic histérico puede aislarse en sí misma debido a la vergüenza causada por este síntoma; abolirlo puede influenciar por completo su ajuste social. De igual manera, un paciente con una extremidad paralizada puede ser reincorporado a una vida activa en lo económico y a un bienestar emocional, y así obtener un gran beneficio por esta renovación.

SUGESTIÓN POR PRESTIGIO

La sugestión por prestigio juega un papel en toda relación psicoterapéutica. A menudo es utilizada de manera involuntaria por el terapeuta como resultado de las propias necesidades del paciente, pues éste escoge o infiere de lo que el terapeuta dice, ciertas cosas que él quiere escuchar y a las cuales podría responder. Por otro lado, la sugestión puede ser usada deliberadamente por el terapeuta, a través de prohibiciones expresadas con un énfasis autoritario para influenciar al paciente de manera calculada.

El terapeuta utiliza una serie de técnicas para fortalecer la sugestión por prestigio, dentro de las cuales la hipnosis es la primordial. Los poderes peculiares conferidos al terapeuta por el paciente hacen que este último se atenga a las sugerencias con una gran persistencia; pero aun con la sugestión como agente reforzante, la permanencia de los efectos de esta última puede ser limitada. Ningún síntoma que sirva como una defensa contra la ansiedad intensa, como una vía de ajuste importante del paciente a su situación de vida, será abandonada; por ejemplo, si un hombre desarrolla una parálisis en un brazo como defensa contra el temor de apuñalar a su esposa, la eliminación de la parálisis por sugestión será tan amenazante para él que se rehusará a seguir las indicaciones del terapeuta.

Otra limitación de la sugestión por prestigio consiste en que un grupo considerable de pacientes fracasará en responder de modo positivo al terapeuta y la enfermedad remitirá con los mismos síntomas, debido a que son incapaces de desarrollar una actitud tal hacia el terapeuta que lo considere como una autoridad infalible. Donde exista duda acerca de las capacidades y los poderes del terapeuta, el paciente no tendrá la motivación para obedecer y será exitosamente resistente a sus mandatos, por tanto, el terapeuta de grupo tendrá que mantener, ante el paciente, un prestigio a toda prueba. No obstante, a veces los pacientes responden muy bien a la sugestión que hace un compañero de grupo que tiene mucho prestigio.

A pesar de todo, hay pacientes ocasionales (usualmente histéricos) cuya necesidad de una autoridad invisible y protectora es tan fuerte como para invertir al terapeuta con poderes supranormales. Éstos siguen sus sugerencias de manera fiel aun renunciando a un síntoma importante, pero para compensarlo pueden desarrollar, en diferentes partes del cuerpo, otros síntomas con el mismo significado dinámico que el síntoma original, pero que sean quizá menos discapacitantes. En casos como éstos, la sumisión de otros pacientes del grupo colabora para hacer más fuerte la sugestión.

El porcentaje de recaídas en pacientes cuyos síntomas han sido eliminados mediante la sugestión es elevado, ya que las oportunidades de ayudar de manera permanente a un paciente son mayores cuando se trabaja con una terapia de tipo reintegrativo que trata el origen del problema. La reconstrucción concomitante de la fortaleza del yo y la seguridad interna le dan a la persona la mejor oportunidad de permanecer libre de síntomas, aun en un ambiente perturbador; a diferencia de un tratamiento sugestivo donde no se ha desarrollado ningún cambio en el interior de la estructura psíquica y por tanto siempre existe la posibilidad de una recaída. Sin embargo, esto no es inevitable, ya que como resultado de la terapia, la situación de la vida del paciente puede volverse menos complicada o desarrollar formas más adaptativas de lidiar con el conflicto y de estar en compañía de la gente.

Otra objeción formulada contra la terapia sugestiva (tanto a nivel individual como grupal) reside en su probabilidad de eliminar una motivación importante para un tratamiento más profundo, pues la inconveniencia e incomodidad de los síntomas incitan al individuo a querer indagar dentro de su origen, por lo que colocar a la persona en una situación cómoda mediante la eliminación de sus síntomas le hará perder dicho incentivo. Entonces, cuando el objetivo en terapia sea lograr un cambio en la estructura dinámica de la personalidad, la sugestión o cualquier otro método fuerte de soporte terapéutico pueden actuar como impedimento.

Dentro de la sugestión por prestigio, existen casos donde es necesario recurrir a la hipnosis sugestiva (no obstante sus limitaciones y desventajas), como la medida más convincente por dos razones fundamentales, porque un síntoma puede causar

tanto sufrimiento que todos los esfuerzos psicoterapéuticos se verían obstaculizados hasta que la persona obtuviera algún alivio; y porque hay pacientes con una fortaleza yoica mínima y con una motivación deficiente, en quienes los métodos psicoterapéuticos que aspiran a un incremento en el desarrollo personal están destinados a fracasar y donde lo más que puede esperarse es que respondan a paliativos o procedimientos de soporte tales como la hipnosis sugestiva. Sin embargo, conforme la terapia prosiga, el paciente puede prepararse para aceptar una aproximación de tratamiento más amplia. Es poco frecuente el uso de la terapia sugestiva hipnótica en grupo. Generalmente se hipnotiza a un paciente frente al grupo y de manera ocasional al grupo como un todo. En las técnicas de apoyo se utiliza más la sugestión hipnótica individual que grupal. Para poder usar este método se necesita que el psicoterapeuta haya realizado un entrenamiento especial tanto en hipnosis como en psicodinamia ya que, si bien es cierto que todo terapeuta puede hipnotizar y todo paciente es susceptible de ser hipnotizado, la realidad es que existen muchas limitaciones tanto en uno como en el otro para lograrla. Dichas limitaciones personales pueden ser la seguridad, inteligencia y capacidad de ser sugestionable.

■ AUTOSUGESTIÓN

La autosugestión es considerada por muchos psicoterapeutas como una forma de sugestión hipnótica dirigida al *self*. Aquí, el individuo utiliza su imagen autoritaria internalizada (o superyó) como una autoridad que da órdenes. La autosugestión es una de las fuerzas más poderosas de que dispone la persona, pues a través de ésta el individuo puede verse influenciado por sí mismo para lograr un adecuado funcionamiento de los órganos corporales y una restauración de las actitudes emocionales normales. Estas afirmaciones (dadas o reforzadas por el terapeuta o cualquier otro compañero del grupo) están, desde luego, abiertas a discusión. La autosugestión es una técnica bastante usada en los grupos de autoayuda y requiere que el paciente tenga la capacidad de depender tanto de la sugestión que él mismo promueve como de quien le enseña a realizarla. El empleo de la autosugestión a corto plazo es más útil que a largo plazo. "Sólo por hoy" es un sistema de autosugestión más práctico que decir "Por todo el afío". Sin embargo, personas que desarrollan la autosugestión con cierta eficacia logran resultados positivos a largo plazo.

PRESIÓN Y COERCIÓN

La presión y la coerción son medidas autoritarias, calculadas para conducir al paciente a soportar premios y castigos con el fin de orientarlo hacia ciertas acciones. Thome (1968) ha indicado que estas medidas son de utilidad en algunas personalidades dependientes, quienes rehusan enfrentar su vida bajo cualquier otra circunstancia que no sea la de ser forzados por una autoridad. Es conocido que también se practica en individuos inmaduros que tienden a "actuar" sus problemas, en personas que huyen de la realidad de manera habitual, en situaciones de emergencia donde el individuo se pone a sí mismo o a otros en peligro; en una emocionalidad incontrolable donde los otros métodos fallan, y en casos donde el paciente no toma acciones decisivas por

sí mismo o cuando manifiesta una indecisión desalentadora u oscilante. Solamente están justificados los recursos coercitivos cuando las medidas permisivas han fracasado.

La presión puede ser ejercida en la forma de tareas asignadas. De este modo, Herzberg (citado en Wolberg, 1978) recomienda que las tareas encomendadas al paciente estén directamente en contra de: 1) impulsos que mantengan la neurosis, intentando removerlos o disminuyendo su intensidad por debajo del umbral crítico; 2) obstáculos para la satisfacción de necesidades saludables; 3) predisposiciones esenciales sanas; 4) ganancias neuróticas; y 5) factores de retraso que operen para prevenir la realización de los impulsos.

Sin embargo, las amenazas, prohibiciones, exhortaciones y reproches expresados con una firmeza autoritaria, dan peso a las defensas represivas. Además, como la presión y la coerción replican la disciplina estricta de la relación padre-hijo, el paciente puede responder con hostilidad, obstinación, autocastigo masoquista y otras formas características con las cuales se ajustó a las órdenes y prohibiciones de sus padres. En consecuencia, es raro conseguir un buen efecto terapéutico mediante el uso de dichos procedimientos autoritarios, puesto que el paciente resentirá el ser tratado como niño y se cuidará de contravenir al terapeuta e incluso podría abandonar la terapia. Existe el acuerdo de que si alguna vez se usa la presión y la coerción, deberá ser solamente como medidas temporales de emergencia. Es más factible utilizar esta técnica si el grupo como unidad llega a alcanzar un grado de autoritarismo tolerable para el paciente.

PERSUASION

La persuasión es una técnica basada en la creencia de que el paciente tiene en sí mismo el poder de modificar sus procesos emocionales patológicos, mediante mera fuerza de voluntad o a través de la utilización del "sentido común". En la persuasión se apela a la razón e inteligencia del paciente con el propósito de convencerlo para que abandone sus aspiraciones neuróticas y sus síntomas, con la intención de ayudarlo a conseguir un respeto por sí mismo. La persona ha sido instruida por la naturaleza falsa de sus propios conceptos concernientes a su enfermedad, así como por los hábitos mentales distorsionados que ha formado; por tanto, al presentarle todos los hechos de su caso se le muestra que no hay razón para estar enfermo. El individuo es incitado a ignorar sus síntomas asumiendo una actitud estoica, cultivando una nueva filosofía de la vida dirigida a enfrentar sus debilidades y adoptando una actitud de autotolerancia, con lo que se intenta llevarlo a conseguir una armonía con su ambiente e inducirlo a pensar en los otros.

Un cierto número de psicoterapeutas, al utilizar la persuasión, intentan adoctrinar a sus pacientes con sus propias filosofías de la vida. El terapeuta de grupo establece entonces una relación directiva con su paciente, quien busca la aprobación del primero basándose en la idea de que la autoridad terapéutica debe saber qué es lo mejor para él. De alguna manera esta aproximación es más madura que la de la guía, puesto que presupone una participación activa del paciente en su propia cura, que aspira a una expansión de sus fuerzas y recursos personales. La mayoría de los libros populares sobre terapia mental se basan en formas modificadas de persuasión.

El empleo de la persuasión fue defendido en primera instancia por el suizo Paul DuBuisson (1971), quien sostuvo conversaciones con sus pacientes para enseñarles una

filosofía de la vida con la cual ellos sustituyeran en sus mentes sus acostumbradas preocupaciones de enfermedad y sufrimiento por pensamientos de salud. Cabe mencionar que muchos de los éxitos obtenidos por DuBuisson con sus métodos persuasivos se debieron a su propia personalidad vigorosa, que transpiraba confianza y regocijo. Él reconoció la importancia de la relación interpersonal e insistió en que el trato del médico con el paciente no debía ser sólo como "caso interesante" sino como con un amigo. Declaró que el doctor debía estar inspirado por una sensación real de simpatía y afecto hacia el paciente, manifestando estos sentimientos tan abiertamente que este último pudiera "sentir que en verdad es ingrato al no recuperarse". El psicoterapeuta de grupo debe ser sincero en su convicción de que el paciente se recuperará, pues de lo contrario no lo ayudaría al dársele a conocer. El propósito de la persuasión mental es reconstruir en el paciente un sentimiento de autoconfianza para hacerlo dueño de sus propios sentimientos. Esto lo lograba mediante la educación de la voluntad, o más exactamente, de la razón, para lo cual el terapeuta ordenaba repetir fervientemente la verdad dentro de la mente del paciente, convencido de lo justo de su ruego.

A fin de abordar el problema del paciente de manera racional es necesario, en primer lugar, entender con claridad la naturaleza y las fuentes del desorden. El terapeuta tiene que distinguir los síntomas de naturaleza física de aquéllos de origen psíquico. Es importante analizar los síntomas del paciente y entender cómo éstos lo debilitan y perjudican, en particular porque hacen sentir a la persona que el médico está interesado en ella y comprende su sufrimiento. Hay que mostrarle cómo utiliza sus síntomas para escapar de las responsabilidades de la vida y convencerlo de que su nerviosismo ha estrujado su moral y que aun cuando él crea que su problema es físico, éste es mental en realidad. Se le alienta a perseguir los problemas de su mente prometiéndole que entonces sus molestias podrán desaparecer; y se insiste en que no necesita medicina. Es posible persuadir a un paciente pesimista que puede llegar a ser optimista.

En esta técnica se recomienda entablar discusiones prolongadas con el paciente, durante las cuales es necesario convencerlo de los errores de su razonamiento además de mostrarle que sus síntomas son producto de un estrés emocional y que, aunque molestos, no son serios en sí mismos. Mientras menos se concentre el individuo en los síntomas, éstos serán menos incómodos. Se trata de demostrarle que si existe taquicardia, hay que dejar sin miedo al corazón golpear; si los intestinos están activos, hay que dejarles gruñir; si se tiene insomnio, no hay ningún problema si no duerme. La fatiga, la tensión y el miedo, todas se exageran a causa de la atención, pues cuando ésta es excesiva se agrava la dificultad; por lo que la mejor forma de vencer los síntomas es dejar de pensar en ellos. Es necesario quitar del pensamiento el dolor y el sufrimiento, y despedirse de dolencias insignificantes con una sonrisa.

Por otra parte, mientras que la gente saludable pone atención a sus sensaciones corporales, la persona con perturbaciones emocionales se concentra en ellas hasta el punto en que se convierten en su principal preocupación, es decir, se trastorna por los hábitos inapropiados de pensamiento. Las nociones de alegría y salud deben reemplazar a las ideas de enfermedad y sufrimiento, pues la felicidad depende menos de circunstancias externas que del estado interno de la mente del individuo. Se puede estar enfermo, padecer algunos infortunios financieros o haber perdido amigos queridos, pero la intensidad del sufrimiento depende del espíritu con el cual se acepten estas calamidades.

La educación del yo es el primer escalón en la consecución de la felicidad real. El paciente tiene que cultivar en su mente el pensamiento de que va a recuperarse;

por lo contrario, si está convencido de experimentar dolor, fatiga u otros síntomas, podrá sentirlos vividamente; el borrar estos pensamientos de su mente le ayudará a superar su problema.

Cualquier señal de progreso es utilizada para convencer al paciente que está mejorando. Tan pronto como las ideas de salud entren a la mente, las ideas de enfermedad se desvanecerán. Se le debe mostrar que no está solo en su problema; que todos tienen dificultades, que varían solamente en sus manifestaciones; que mientras él está preocupado por sus síntomas, su problema es en realidad más profundo e involucra actitudes muy significativas. La mejoría de sus actitudes hacia la vida lo impulsarán hacia adelante, al brindarle las mejores oportunidades para la cura. A pesar de todo, él no debe desesperanzarse acerca del resultado, aun cuando éste requiera de un tiempo largo para asegurar una mejoría real, pues el nerviosismo del paciente ya existía mucho antes de la dificultad presente. Pueden ocurrir recaídas por el retorno de hábitos inadecuados de pensamiento, pero éstas serán cada vez más fáciles de combatir en la medida en que deje de pensar en sí mismo. Tiene que soportar sus molestias con ánimo y conseguir su ambición de llevar una vida audaz y activa al desarrollar una confianza en sus propias capacidades de resistencia.

Asimismo, es importante cuestionar a la persona acerca de sus concepciones de vida y filosofía, de esta manera las opiniones falsas pueden ser criticadas, a la par que se fomentan aquellos puntos de vista que resulten lógicos y útiles. El psicoterapeuta de grupo también ha de esforzarse en descubrir en el paciente cualidades de superioridad que lo eleven en su propia mente y, de ser necesario, enseñarle a hacer un inventario optimista de sus características favorables. Si su condición fuera ocasionada por eventos trágicos, se tiene que aliviar al sufrimiento tranquilizándolo y simpatizando con él; si sus dificultades incluyen la irritabilidad y la inestabilidad emocional, se le enseña el espíritu de la paciencia. Cabe mencionar que los esfuerzos terapéuticos no están confinados al paciente, sino que también se extienden a aquellos con quienes vive.

Entre las ideas filosóficas apropiadas para transmitir al paciente están las nociones morales que pueden guiar su vida y hacer que logre buenas relaciones con los otros. La mejor forma para olvidarse de él mismo es dedicando más pensamientos a otras personas, pues de acuerdo con lo anterior el mejor camino hacia la felicidad es el altruismo y el hacer a otros felices. La tolerancia, la simpatía, la amabilidad y la paciencia son consideradas como las llaves para una vida serena.

Dejerine, usando los métodos de DuBois (citados en Wolberg, 1978), también hizo énfasis en la reeducación de la razón, pero él acentuó más la emoción que el debilitamiento de la voluntad como la base de la neurosis. Dejerine especulaba que las emociones, bajo ciertas circunstancias, pueden abrumar al intelecto y causar enfermedad, por lo que la terapia debe aspirar a liberar la personalidad de los efectos de las emociones dañinas. Así, en la terapia de grupo, se enfatizará en llevar al paciente a hablar acerca de los incidentes traumáticos en su vida, especialmente sus miedos y pesares en el presente. A diferencia de DuBois, Dejerine no trata de imponer su filosofía al paciente, pero se esfuerza para permitir que el paciente desarrolle una relación emocional con él, hasta un grado avanzado de confianza y cuando lo obtiene ejerce la persuasión para alentarle a corregir sus hábitos inadecuados. Afirma que para curar enfermedades nerviosas es necesario luchar contra sistemas engañosos de fatalismo, escepticismo y determinismo, pero para que la razón pueda superar a la obsesión es indispensable que a las emociones les sea dada una salida apropiada. Se requiere mantener una idea clara en la mente del paciente, la de tener pensamientos

acerca de lo noble, lo justo y lo hermoso; tiene que aprender a lograr satisfacciones mediante el cumplimiento de sus obligaciones, ya que el cerebro tiene que ser guiado siempre por el corazón y las razones del corazón muchas veces no las entiende la razón, aunque por lo regular le da sentido.

En general, los métodos persuasivos modernos controlan el estrés, cultivando una actitud mental apropiada hacia la vida frente a la adversidad, aceptando las dificultades ambientales y tolerando las limitaciones propias que se es incapaz de cambiar. Se acentúan las virtudes del paciente y la expansión de sus cualidades positivas de personalidad, se le enseña a controlar la emotividad excesiva, a vivir con ansiedad y a aceptar tanto como a tolerar la privación, la frustración y la tensión, adquiriendo de esta manera unos controles adecuados para éstos.

Las bases dinámicas de muchas curas persuasivas descansan en el fortalecimiento de la represión de los síntomas, se apela a los sentimientos de patriotismo, al orgullo familiar, al altruismo y al autorrespeto del paciente. El terapeuta de grupo reconstruye en este último, un deseo de estar bien a fin de satisfacer los placeres inherentes a su ser creativo y sociable, recordándole de manera constante que si se considera a sí mismo como una persona mejor, también los otros tendrán una mejor opinión de él. Además, continuamente se le enfatizan su deber y su responsabilidad de recuperarse.

La mayoría de las variantes de la terapia persuasiva son, en el mejor de los casos, muy superficiales pues suelen basarse en la aceptación del paciente acerca de las habilidades proferidas por el terapeuta, quien utiliza aforismos y ejemplos de las vidas de grandes personajes para fortalecer ideas científicamente erróneas.

A pesar de todo, la terapia persuasiva tiene cierta justificación, ya que le brinda a algunas personas una muleta mental cuando el análisis psicológico de su problema es imposible. Es probable que la sustitución de preceptos filosóficos persuasivos, en lugar de hábitos destructivos, sea el más pequeño de los dos males. Algunas personalidades obsesivo-compulsivas responden muy bien con métodos persuasivos.

La mayor dificultad de la terapia persuasiva yace en el valor exagerado atribuido a las facultades del razonamiento, como potencialmente capaces de desviar procesos emocionales internos, además de suponer que el paciente es consciente de sus defectos básicos y por tanto capaz de dominarlos mediante un esfuerzo de concentración. Por el contrario, cabe aclarar que los conflictos inconscientes y las emociones son los determinantes más importantes de la conducta neurótica, lo cual explica por qué razón, el conocimiento y la fuerza de voluntad con frecuencia fallan en proporcionar el control de los síntomas. Para superar esto, tanto en la persuasión como en la guía, podría hacerse el esfuerzo de producir un cambio en la relación con el terapeuta, pasando de la directividad a la no directividad y motivar al paciente a trabajar con las fuentes dinámicas de su problema, de manera tal que se le proporcione tanto *insight* como éste sea capaz de abstraer y utilizar.

CATARSIS EMOCIONAL Y DESENSIBILIZACIÓN

La confesión, el hablar de cosas y el sacar las cosas del propio pecho en una relación de amistad o con un profesionista, como un médico, sacerdote o maestro, son métodos comunes para librarse de la tensión emocional. Sus efectos benéficos se

deben a la revelación de sentimientos y emociones reprimidos, así como la sujeción de elementos dolorosos internos para objetivarlos. La mera verbalización de aspectos del *sel/de* los cuales el individuo está avergonzado o atemorizado, le ayuda a desarrollar una actitud más constructiva hacia ellos.

A menudo la ventilación de los temores, anhelos, ambiciones y demandas de la persona, le proporcionan alivio, de manera particular cuando sus verbalizaciones están sujetas a la apreciación no crítica y empática del escucha. El paciente ha retenido en la memoria recuerdos inaceptables de sí mismo, conflictos e impulsos que no se ha atrevido a advertir de sí mismo, por lo cual la confianza creciente del terapeuta lo hará sentir que tiene un aliado, quien le ayudará a soportar sus atemorizantes secretos íntimos. La capacidad del individuo para mostrar sus secretos con una persona comprensiva, le quita a sus experiencias muchas de las características aterradoras, además de encontrar que su opinión de lo inaceptable de ellas mismas pudo haber sido tergiversada por él mismo. El verdadero acto de traducir sus temores en palabras aminora su aterradorante persistencia, y el hecho de que no haya sido rechazado por el terapeuta aun cuando haya revelado sus faltas le da valor necesario para reconsiderar la naturaleza siniestra de sus experiencias o deseos.

Muchos de los temores e ideas inquietantes del paciente tienen su origen en fantasías o en juicios erróneos de la niflencia temprana. Éste, al expresar esas ideas da al terapeuta la oportunidad de corregir los conceptos incorrectos que haya aceptado sin cuestionar; por tanto, es necesario clarificar las fases de la vida y vincularlas con sus funciones psíquicas o sus relaciones interpersonales.

La discusión del problema con el paciente debe continuarse hasta que él ya no responda más de manera emocional a éste. La verbalización reiterada de actitudes y experiencias displacenteras y desagradables le permite enfrentar tanto sus temores como sus conflictos pasados con un reducido alboroto interno.

Gran parte del mérito producido por la catarsis emocional reside en el hecho de que el paciente se desensibiliza de aquellas situaciones y conflictos que le molestan, pero que la realidad le exige soportar. La tolerancia al dolor, a la desilusión y a la frustración es excesivamente baja en personas neuróticas, por lo que es necesario reconstruir su habilidad para tratar con dificultades y experiencias dolorosas sin desfallecer.

Al concebir el individuo ciertas memorias, sentimientos, actitudes e impulsos como dañinos, tanto para sí mismo como para los otros, los sujeta mediante la supresión y la represión. Los incidentes e impulsos sexuales, los esfuerzos hostiles de varios tipos, así como todas aquellas actitudes que le indiquen que es inferior, malo o despreciable, le resultan en particular traumáticos. Algunos de estos elementos son conocidos de manera amplia por la persona, aunque no los reconozca ni los exprese, mientras que otros son tan atemorizantes que han sido sacados de la consciencia en su totalidad, mediante el mecanismo de la represión.

Para entender las consecuencias patológicas de la supresión y la represión hay que mencionar que el individuo reapriona de sobremanera a incidentes que amenacen traer el material escondido a su atención. Pueden ser incluso síntomas tales como fobias, compulsiones, parálisis, amnesia y otras manifestaciones histéricas, como un esfuerzo para darle una expresión al material reprimido y para protegerlo de la consciencia. Sólo enfrentando las experiencias, impulsos o conflictos prohibidos, disociándolos de los juicios equivocados pasados y revaluándolos a la luz de la realidad actual, es posible que la persona logre un verdadero descanso.

Los métodos con los que se implementa la desensibilización durante la terapia varían según el alcance de la represión. Los conflictos conscientes pueden ser manejados a través de la discusión, la confesión y la ventilación; sin embargo, el material menos consciente requerirá de técnicas propias de las terapias reeducativas y reconstructivas. La hipnosis es extremadamente útil para fomentar la catarsis emocional y para producir una desensibilización.

En años recientes, las drogas hipnóticas vía intravenosa han sido empleadas con el propósito de facilitar la catarsis y la desensibilización. Este método, denominado narcosíntesis por Grinberg (1977), produce un estado semejante pero no análogo a la hipnosis. Los barbitúricos y los somníferos son, con frecuencia, los fármacos más usados. Con los fármacos hipnóticos, el paciente puede librarse a sí mismo, en un tiempo relativamente corto, de material doloroso que podría requerir semanas o meses de entrevistas. Los conflictos reprimidos y las memorias traumáticas poseen un efecto catártico al revelarse, razón por la cual la narcosíntesis es apreciable sobre todo en las neurosis de guerra agudas, en el tratamiento de estados amnésicos funcionales y en síntomas conversivos. Algunas veces el material revelado es trabajado en estado de vigilia, para asegurar resultados más permanentes, pero cuando esto ocurre, las técnicas empleadas ya no pertenecen a una categoría de soporte o apoyo, son más bien de carácter reeducativo o reconstructivo.

La técnica de catarsis emocional y desensibilización tiene algunas limitaciones serias, ya que con frecuencia las fuentes más importantes del conflicto son inconscientes, por lo que se vuelve imposible verbalizar las causas básicas de la ansiedad. Sin embargo, existen muchos conflictos conscientes que plagan a una persona y cuya ventilación puede tener un efecto benéfico. La capacidad de expresar recuerdos atemorizantes, luchas y emociones, ayuda a reconstruir el respeto por sí mismo, además de remover los efectos dañinos de la hostilidad, la tensión y la ansiedad.

Bellak y Small (citados en Bellak, 1993) definen a la catarsis como el método que se ocupa de trasponer un impulso o un pensamiento inconsciente a la consciencia. Sin embargo, es necesario tomar precauciones para permitir la abreacción de un impulso. Al avanzar el proceso grupal, el uso de la catarsis se va haciendo más oportuno ya que con el tiempo los miembros del grupo adquieren una mayor comprensión de sí mismos y una mejor capacidad de control.

González Núñez, Cortés y Padilla (1994) sostienen que el término catarsis es una palabra griega usada como sinónimo de purga. Aristóteles la utilizó en un principio al hablar de la limpieza del alma, luego fue Breuer quien por primera vez utilizó este método en una enferma histérica, quien, al narrar sus recuerdos, curó de su enfermedad. En la actualidad, la catarsis es utilizada como un método de abreacción. Es la liberación de las emociones reprimidas cuando se consigue que el sujeto hable de su problema y enfrente abiertamente su causa. Esto trae como consecuencia el alivio de una excitación anormal, restableciendo la relación entre la emoción y el objeto que la excitó originalmente.

González Núñez, Cortés y Padilla (1994) sostienen que existen dos tipos de catarsis;

Catarsis inmediata: La que se provoca de manera espontánea.

Catarsis mediata: La que es provocada por el psicoterapeuta de grupo. Su efecto deseable, tras interpretarla, sería: amortiguar la fuerza que se produce en la catarsis, brindar seguridad, proporcionar una salida aceptable al impulso, dar

oportunidad a la persona para aceptar sus impulsos como propios y, en caso necesario, prestar a los miembros la fuerza del conductor para que combatan la severidad consigo mismos.

Las palabras que se emplean suelen ser más fuertes que las que los miembros del grupo emplearían en un intercambio social; por ello, resultan punzantes y con cierto contenido afectivo. Sin embargo, se debe tener la precaución de utilizar con medida esta táctica, pues si la intervención del conductor resulta exitosa, puede ser que los miembros del grupo la utilicen con exceso y se enfrenten a una caldera de odio destapada, contra la cual tienen poca defensa. Además, esta situación puede llegar a extenderse a todas sus relaciones, alejándolos de su familia y de sus amigos, dejándolos con una sensación abrumadora de soledad y peligro.

RELAJACIÓN MUSCULAR

A menudo, la tensión muscular acompaña a los problemas emocionales y contribuye con los síntomas del paciente, a que éste pueda, de manera subsecuente, desarrollar espasmos que le serían en extremo desconcertantes. Entre los síndromes creados por los espasmos de la musculatura esquelética, están los severos dolores de cabeza por seciones, las molestas contracturas del cuello, las sensaciones de sofocamiento en la garganta, el dolor de espalda, el temblor de manos y la tensión abdominal; pero las tensiones también se reflejan a sí mismas, en espasmos de la musculatura lisa que por lo tanto afectan a varios órganos internos. De este modo, las tensiones musculares pueden exagerar los problemas del paciente, al operar como foco de nuevas ansiedades.

Las prácticas de relajación muscular para aliviar la tensión han sido usadas por muchos años y varias de éstas están basadas en el sistema de la enfermera Annie Payson Cali, quien desde 1969 combinaba la relajación muscular, el descanso y el adiestramiento mental, para fines de reposo. Los ejercicios modernos más conocidos son los que consisten en series de actividades que capacitan al individuo para lograr un control voluntario sobre su tensión. La relajación muscular también es inducida con mensajes, pues éstos realzan el tono muscular a la vez que fomentan la relajación. El descanso forzado también tiene un efecto relajante en el sistema muscular del individuo, y en parte éste era el objetivo de la vieja cura por reposo. Otros autores combinan medidas de descanso, dieta, masaje y estimulación eléctrica, que con frecuencia son reforzadas con el aislamiento de los pacientes.

No obstante el panorama anterior, la influencia de la relajación muscular en la tensión del individuo es puramente paliativa, por lo que siempre deberá estar acompañada de alguna forma de psicoterapia.

HIDROTERAPIA

La hidroterapia alguna vez fue el proceso de tratamiento favorito en las instituciones mentales, después fue abandonada con el advenimiento de la terapia electro-convulsiva; sin embargo, todavía puede usarse como una técnica adjunta a otras formas de terapia para el tratamiento de enfermedades mentales. Con el baño continuo se relaja

al individuo, se disminuye el tono muscular y se puede inducir el sueño, resultando un procedimiento muy útil para el manejo de estados de ansiedad. Los fomentos de agua fría aplicados al cuerpo, estimulan la circulación cutánea actuando como sedantes, por ello son empleados en estados de ansiedad al igual que en perturbaciones del sueño. Los chorros alternados de alta presión de agua fría y caliente, aplicados al cuerpo, pueden tener un efecto tónico en el individuo y a veces se emplea en pacientes indiferentes. Se dice que los baños de agua fría tienen el mérito de reducir la tensión sexual, especialmente en mujeres, aliviar desórdenes premenstruales y calmar intensos impulsos sexuales que son despertados durante el periodo de involución de diversas condiciones neuróticas y que amenazan con salirse de control. Los baños de agua caliente son muy relajantes, manteniendo la temperatura del cuerpo se ayuda a "sudar" pensamientos, temores y culpas, funcionando también como una purificación del cuerpo y de la mente.

Actualmente es necesario considerar los baños de tina con masaje (*jacuzzi*) como medidas propias de la hidroterapia.

SHOCK Y TERAPIA CONVULSIVA

El tratamiento de choque insulínico es utilizado con frecuencia en la esquizofrenia. El coma inducido por la inyección de insulina puede ser ligero o profundo, breve o prolongado, y puede estar acompañado o no de ataques convulsivos provocados por energía eléctrica, que en general requiere de hospitalización. Algunas veces el tratamiento de sub-coma insulínico se aplica a estados agudos de ansiedad severa, en condiciones de confusión tóxica o *delirium tremens*. A menudo el paciente se tranquiliza con la insulina a tal punto que la psicoterapia, antes ineficaz, puede trabajarse de manera conveniente.

La terapia electro-convulsiva fue originalmente usada en estados depresivos, tales como la depresión maniaco-depresiva, la depresión involutiva, en depresiones psiconeuróticas severas y en la depresión senil. En general, se alcanza una mejoría o la cura después de una serie de cuatro choques electroconvulsivos, aunque pudiera requerirse más. El tratamiento se aplica a diario, pero después de una mejoría puede espaciarse a cada semana. En las fases maníacas de las psicosis maniaco-depresivas se prescribe una convulsión eléctrica diaria, pero en pacientes muy perturbados puede requerirse 2 o 3 por día. En ocasiones, las psicosis involutivas de carácter paranoide son tratadas con terapia convulsiva, pero los resultados no son tan buenos como en las depresiones involutivas, pues puede ser necesario aplicar 20 electrochoques.

El propósito del *shock* y la terapia convulsiva es restaurar el contacto con la realidad en el individuo, siendo indispensable, de manera posterior, la psicoterapia, para manejar los conflictos básicos del paciente.

El *shock* y la terapia electro-convulsiva no son técnicas adecuadas para utilizarse en psicoterapia de grupo. Sin embargo, se mencionan aquí como parte de las psicoterapias de apoyo.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Los narcóticos son utilizados por algunos terapeutas para el tratamiento de problemas emocionales, siendo los más comunes los sedantes y los estimulantes. Los depresivos

corticales son empleados para controlar la excitación, la tensión y la ansiedad. A causa de los peligros de la adicción a los barbitúricos, su uso debe ser regulado con sumo cuidado; sin embargo, algunas veces son empleados intravenosamente como medida de emergencia para reprimir excitaciones intensas.

En México, esta técnica sólo puede ser usada por psicoterapeutas individuales o grupales que posean la carrera de medicina.

Quizá el estimulante más común sea la benzedrina, pues ayuda a disminuir la depresión moderada además de producir una sensación de bienestar y vitalidad en pacientes que se quejan de falta de energía y de agotamiento; también es usada como un paliativo en el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción.

A veces el tratamiento de sueño continuo con barbitúricos y somníferos es implementado en pacientes maniacos excitados y en estados esquizofrénicos, aunque el choque insulínico y la terapia convulsiva lo han desplazado por mucho tiempo

I debido a que con éstos se obtienen mejores resultados.

El antabus, originalmente introducido en Dinamarca, es muy utilizado como un medio para controlar el alcoholismo. A pesar de que la droga, por lo general, no es tóxica, provoca síntomas dramáticos cuando un paciente bajo medicación ingiere alcohol; la reacción es tan desagradable que éste preferirá abstenerse de beber. Además su autoconfianza se verá restaurada pronto y su autoestima se incrementará como resultado de su capacidad para permanecer sobrio. Siempre debe ser administrada una psicoterapia en conjunción con el medicamento, para ayudar a prevenir una recaída.

Los tónicos y vitaminas se indican en casos de deficiencias dietéticas. Donde exista evidencia de deterioro glandular puede emplearse hormonas, siendo las más comunes las tiroideas, los estrógenos y los andrógenos. Los estrógenos suelen ser útiles en el periodo involutivo de trastornos psicológicos (proceso de envejecimiento, menopausia y climaterio), mientras que los andrógenos (como la testosterona) son prescritos en varones que muestran una deficiencia de esta sustancia hormonal, manifestada en una libido disminuida, debilidad muscular y atonía.

Un cierto número de fármacos han sido aprobados para la terapia de problemas emocionales aunque sus méritos no hayan sido todavía investigados de manera amplia.

En problemas de impotencia sexual se está utilizando (como una manera de ayuda) un medicamento llamado Viagra, el cual favorece la erección.

Las inhalaciones de dióxido de carbono han sido propuestas por un cierto número de psiquiatras como un método conveniente para el tratamiento de problemas neuróticos. De acuerdo con Meduna (1946, citado en Ey, Bemard y Brisset, 1996), del 50 al 80% de los estados neuróticos responden de manera favorable a este tratamiento, pues el dióxido de carbono produce ciertos cambios morfológicos en las neuronas que disminuyen la actividad eléctrica y la excitabilidad, e incrementan el umbral de estimulación, poniendo así al cerebro en un estado de hibernación temporal y balanceando, de modo más equitativo, la producción total de energía. Existe evidencia experimental de que el dióxido de carbono incrementa el funcionamiento de glándulas tales como la pituitaria y disminuye otras, como la tiroides. Ya que el paciente neurótico posee un cerebro hiperirritable y cierto desorden en la actividad glandular, se piensa que este dióxido ejerce un efecto curativo casi específico. Algunos observadores afirman que muchas de las influencias benéficas del dióxido de carbono se deben tanto a la abreacción asociativa y catarsis emocional como al supuesto cambio químico en las neuronas.

NEUROCIRUGÍA (Cirugía de cerebro)

La neurocirugía o cirugía de cerebro es utilizada, algunas veces, en el tratamiento de problemas mentales severos. Los tipos más comunes de cirugía son la lobotomía transorbital, que consiste en seccionar la materia blanca en ambos lóbulos frontales, a nivel de sutura coronal; y la topectomía, que involucra un corte parcial de determinadas áreas de la corteza frontal. Si bien la inteligencia no se ve afectada con estas operaciones, sí se dañan la imaginación y la intuición. Por otra parte, la autocritica disminuye por el desarrollo de reacciones dirigidas hacia la tolerancia y la frustración, en contra de tendencias hacia el *acting-out* y la conducta indiscreta. En general, la cirugía de cerebro se restringe a pacientes que sufren de esquizofrenia, neurosis obsesivo-compulsivas crónicas discapacitantes e hipocondriasis que no hayan respondido a la psicoterapia o al *shock* o a la terapia convulsiva.

Cabe señalar que esta técnica sólo puede ser practicada por médicos con especialidad en neurocirugía.

TERAPIA GRUPAL INSPIRACIONAL

Con frecuencia, la terapia grupal inspiracional se orienta alrededor de un líder que se establece a sí mismo como un personaje omnipotente a quien se espera que el paciente obedezca. En gran medida, el grupo existe como una añadidura de este líder y los resultados benéficos se mantendrán mientras el paciente sea capaz de sostener la imagen del terapeuta como poderoso y protector. El alivio de los síntomas se produce como resultado de la represión del conflicto y de un deseo, por parte del paciente, de ganar estatus ante los ojos del líder. La terapia grupal inspiracional es en particular atractiva para personas dependientes, cuya voluntad interna a desarrollar es diminuta y para quienes sean capaces de establecer una relación de sumisión con otro individuo. Sin embargo, dichas personas se vuelven sujetas a un líder, a un grupo o a los individuos pertenecientes al grupo, de manera interminable. No obstante lo anterior, el grupo terapéutico puede ejercer un importante efecto de independencia en el individuo, en virtud de estar compuesto por miembros que sufren problemas tanto o más severos que aquéllos del paciente. En un grupo de personas normales, a menudo el paciente se siente en desventaja e inferior, por lo que puede sucumbir ante las defensas para justificarse a sí mismo, reconstruirse o evitar imaginarse el dolor cancelándolo de manera agresiva. La diferencia con un grupo terapéutico es que en éste el paciente no está sujeto a las mismas presiones y aunque el individuo no tenga la posibilidad de ayudar, percibe una sensación de unidad en el transcurso de la identificación con sus compañeros.

La terapia grupal inspiracional es utilizada por algunos terapeutas quienes afirman que posee efectos benéficos, tales como el dominio de los síntomas, la instauración de la autodisciplina, la tolerancia a la ansiedad y a la tensión, así como la represión de impulsos y fuerzas inexpresables. El paciente siente tal aceptación en el grupo que tiene la sensación de que no podría experimentarla en cualquier otro lado, pues se da cuenta de que puede ser autoexpresivo y de que sus impulsos y deseos no lo harán malo o cobarde ante los ojos de los otros, además descubrirá que, de modo eventual, puede ganar estatus dentro del grupo.

Muchas personas se benefician a través de los contactos sociales que entablan en dicho ambiente grupal, sobre todo cuando se encuentran a otras personas con quienes poder compartir experiencias. Las relaciones interpersonales establecidas en el grupo ayudan a mitigar las tensiones y a promover la autoconfianza.

Por lo general, la terapia grupal inspiracional utiliza como forma terapéutica la cura por la fe, aprovechando la sugestión por prestigio por parte del líder, quien se permite emplear cualquier técnica sugestiva disponible.

MUSICOTERAPIA

La música ha sido acreditada con potencial para liberar energía psíquica, para estimular sensaciones de placer, para provocar sueños diurnos y fantasías, para contrarrestar tensiones, para regresar al individuo de vuelta a la realidad y para disminuir la fatiga. Estos efectos todavía no han sido estudiados de manera sistemática por lo que requieren de investigación para validarse. La música posee, sin duda, algunos usos como tratamiento adjunto; sin embargo, es necesario un estudio amplio antes de que pueda considerarse como una herramienta terapéutica confiable. Existe la musi-coterapia de tipo participativo-pasivo, que es aquella en la cual el paciente escucha música que lo calma y en otros casos escucha música que por su contenido le ayuda a digerir y resolver problemas. Otro tipo de musicoterapia es la participativa-activa, que consiste en que el individuo a través de tocar un instrumento en forma disciplinada, toca música preestablecida o inventa sus propios sonidos terapéuticos.

Resulta relativamente sencillo hacer grupos de musicoterapia contemplativos, mientras que es más difícil constituir grupos de tipo activo, ya que el terapeuta requiere poseer conocimientos o habilidades en instrumentos musicales. ■

Parte III.

Psicoterapias reeducativas

Introducción a las psicoterapias reeducativas

La terapia de *insight* con metas reeducativas es aquélla cuyos objetivos consisten en promover el conocimiento de los conflictos más conscientes del individuo mediante un esfuerzo deliberado que lo conduzca a lograr un reajuste, una modificación de sus metas y un estilo de vida que satisfaga sus necesidades, permitiéndole de este modo descubrir y desarrollar sus potencialidades. Busca corregir patrones de conducta alterados y desordenados, con el objeto de ayudar al paciente a utilizar sus recursos para obtener mayores satisfacciones en el trabajo, en sus relaciones interpersonales y en su ajuste social, brindándole explicaciones de su conducta e indicándole cuáles son sus hábitos.

La relación terapeuta-paciente está enfocada al logro de una verdadera modificación de las actitudes y conducta del paciente, con el fin de promover en él una mayor adaptación a su medio y a la vida en general. El papel del terapeuta consiste en guiar al paciente a través del *insight* para mostrarle la manera en que participa en sus conflictos emocionales. Juntos analizan las actitudes del paciente, sus desórdenes conductuales y algunos de los conflictos que los originan, para determinar cómo y por qué se generaron y provocaron esa desadaptación en él. De esta manera, la persona se vuelve capaz de reorganizar sus valores y patrones de conducta; de promover cambios en sus relaciones interpersonales; de lograr una definición más exacta y racional de sus metas; de adquirir nuevos modelos de actuación, al suprimir las conductas indeseables; de conseguir un ajuste emocional en las situaciones que no pueden ser modificadas, así como de establecer y consolidar defensas adaptativas, al eliminar las menos adaptativas.

En general, la relación que hay entre paciente y terapeuta es positiva y aprovechable para el tratamiento. La transferencia positiva promueve la mejoría del individuo; cuando se produce una transferencia negativa, ésta es analizada e interpretada

como parte del desarrollo del paciente en términos de la situación real. La comunicación con la persona que acude a terapia se lleva a cabo con entrevistas enfocadas a los eventos diarios y a las relaciones interpersonales. La actividad general del terapeuta consiste en poner a prueba la existencia de defensas en el paciente. Este tipo de terapia opera sobre las actitudes y conflictos más conscientes, razón por la cual no logra la profundidad suficiente que permitiría la resolución de los conflictos inconscientes.

La duración de la terapia de grupo es de varios cientos de sesiones, y éstas de 1 a 2 veces por semana.

Existe una variedad considerable de terapias de corte reeducativo, algunas de ellas son:

- Terapia conductual y condicionada.
- Terapia de relación "Postura terapéutica".
- Terapia de actitudes.
- Entrevista psicoterapéutica.
- Terapia centrada en el cliente.
- Terapia directiva.
- Análisis distributivo y síntesis (Terapia psicobiológica)
- Asesoramiento terapéutico.
- Terapia racional emotiva.
- Terapia reeducativa grupal.
- Terapia matrimonial.
- Terapia familiar (estructural-sistémica).
- Terapia Gestalt.
- Psicodrama.
- Biblioterapia.
- Terapia semántica.
- Aproximaciones filosóficas (existencial, zen budista, etc.).

Cabe mencionar que las psicoterapias reeducativas pueden tener aplicaciones en grupo, solo que aquí el terapeuta requiere un entrenamiento especializado en el manejo de relaciones interpersonales para poder establecer, modificar o suprimir diferentes aspectos de la transferencia y las resistencias de cada uno de los pacientes.

La terapia de grupo con metas reeducativas puede emplearse en alteraciones de actitud y en problemas de patrones de conducta, ya que ofrece una espléndida oportunidad para observar la manera en la cual el individuo comunica sus relatos, beneficiándose este último al hacerlo consciente de la distorsión de los mismos y también por la experiencia real de su funcionamiento con otras personas en el ambiente de grupo.

Existe una serie de agrupaciones enfocadas a diversos aspectos, tales como: grupos T, que capacitan las habilidades para las relaciones humanas; grupos de encuentro, que hacen hincapié en el desarrollo personal, así como en el aumento y mejoramiento de la comunicación en las relaciones interpersonales basándose en la experiencia; grupos de sensibilización, que enfatizan las relaciones interpersonales; grupos centrados en la tarea, que se centran en la tarea del grupo, dentro de su contexto interpersonal; grupos de consciencia sensorial-corporal o grupos de movimiento corporal, que ponen en relieve la consciencia física y la expresión a través del

movimiento; laboratorios de expresión creativa, que realzan la expresión creativa con diversos medios artísticos, teniendo la finalidad de la espontaneidad y la libertad de la expresión individual; grupos de desarrollo organizacional, que mejoran la capacidad para dirigir personas; grupos de integración en equipos, que crean equipos de trabajo eficaces y ligados de forma más estrecha; grupos gestálticos, donde el terapeuta experto se dedica por entero a un individuo a la vez, con un enfoque diagnóstico y terapéutico; grupos Synanon, que atacan, de manera casi violenta, las defensas de los participantes; y otros más.

En la práctica, la terapia de grupo sostiene que estas agrupaciones pueden liberar y dar dirección a lo que es significativo, tanto en un sentido social como individual.

Los grupos terapéuticos de tipo reeducativo ofrecen una oportunidad para resolver algunos disturbios emocionales, en las relaciones interpersonales y otras, al acondicionar una atmósfera en la cual ninguna persona es rechazada ni ridiculizada por sus impulsos neuróticos, con lo cual el individuo llega a ser más tolerante y menos defensivo con los demás.

Para efectos de este estudio sólo se retomarán los conceptos y técnicas de seis teorías pertenecientes a las psicoterapias reeducativas, tratando de profundizar en sus respectivas aplicaciones al grupo, y éstas son: la terapia conductual, la terapia racional emotiva, la terapia Gestalt, la contextualización de Díaz Guerrero, la terapia estruc-tural-sistémica y la terapia centrada en el cliente. ■

Teoría y técnica de la terapia conductual aplicada al grupo

Existen dos grandes aproximaciones a la comprensión y el tratamiento de los trastornos de la conducta que han dominado a la psicología clínica desde los comienzos de este siglo, éstas son la psicodinámica, desarrollada como consecuencia de la obra de Freud, y la conductista, que surgió a partir de la obra de Pavlov. La aproximación psicodinámica se ha caracterizado por su énfasis clínico y porque la ponen en práctica personas entrenadas en medicina y psicólogos quienes no poseen una inclinación experimental. La aproximación conductista aplica métodos y controles de laboratorio, para el estudio y la modificación de formas anormales de comportamiento, con una base estrictamente experimental.

El desarrollo histórico de la terapia conductista puede considerarse como la confluencia de varias tendencias un tanto distintas, como la ejercida, en un inicio, por la psicología rusa, con los experimentos de condicionamiento clásico, realizados por Iván Pavlov y Bechterev (citados en Eysenck, 1967), y después con el condicionamiento instrumental. Ambos fueron importantes en los primeros 30 años del siglo XX, ya que sus procedimientos experimentales comenzaron a aplicarse (hasta donde fue posible) casi de inmediato al área del comportamiento anormal. Pavlov, además de publicar los resultados de sus experimentos de laboratorio con animales, hizo extensas publicaciones acerca de la aplicación de sus técnicas y teorías al comportamiento anormal, tales como la histeria (1933), la neurosis obsesiva y la paranoia (1934). De la misma manera, Bechterev editó sus estudios experimentales generales (1932), considerando su aplicación a la psiquiatría. El inicio de la aproximación objetiva (basada en experimentos) a las anormalidades del comportamiento, partió del conocimiento de los principios del condicionamiento.

En el decenio de los 30, en el siglo XX, se intentó explorar la naturaleza de la neurosis al inducir comportamientos neuróticos en animales como perros, ovejas,

ratas, cerdos y gatos; todo esto con la finalidad de saber si los principios básicos encontrados podían ser o no aplicados de manera eficaz a los seres humanos.

Tanto en la ex Unión Soviética como en Estados Unidos, surgió el interés por aplicar los principios del condicionamiento a la comprensión y el tratamiento de los trastornos de la conducta. No se limitaron a investigar fenómenos periféricos simples, sino que abarcaron formas más complejas de perturbaciones del comportamiento, tales como ansiedad, temores de la infancia, depresión, homosexualidad, histeria y otros. De manera posterior, se empezaron a desarrollar teorías del aprendizaje que también fueron importantes para la consolidación de la terapia conductual. De hecho, estos modelos teóricos abarcan una gama mucho más amplia de fenómenos que las situaciones de condicionamiento.

La obra de Hull, basada en gran parte en los hallazgos de los instrumentalistas estadounidenses como Thomdike, fue determinante pues los constructos teóricos definidos con rigor capacitaban a los psicólogos en el empleo tanto de la teoría como de los hechos empíricos, en el campo del comportamiento anormal, en donde el término "teoría del aprendizaje" se aplicó cada vez más.

Años después en Inglaterra, Eysenck (1967), en el entonces Instituto de Psiquiatría del que era director general de departamento, encontró que en la sección clínico-docente las actividades del psicólogo clínico se reducían casi de manera exclusiva a la labor del psicómetra; por lo que criticó la validez y confiabilidad de las técnicas proyectivas, y de la aproximación psicodinámica en general. Este autor ejerció una gran influencia en la delimitación del rol básico del psicólogo clínico, al concebirlo de modo fundamental como investigador, al mismo tiempo que rechazó el rol de pseudopsiquiatra que con frecuencia adoptaban. Por otro lado, definió las dimensiones de la personalidad en extroversión, introversión, neuroticismo y psicoticismo; concibiéndola con una estructura jerárquica dividida en cuatro niveles, a saber, de tipo, de rasgo, de respuesta y de respuesta específica.

Por su parte, Wolpe (1968), en Sudáfrica, rechazó la teoría y técnica psicoanalíticas, lo cual culminó en la aparición de su libro sobre psicoterapia por inhibición recíproca; la aplicación que hace de este principio es de naturaleza clínica. El hecho de que Wolpe haya formulado una teoría general neurofisiológica con miras a una aplicación clínica, hizo que algunos críticos se refirieran a una Escuela Eysenck-Wolpe, como si ésta fuera representativa de un tipo de terapia del comportamiento.

La teoría del condicionamiento operante fue desarrollada por Skinner (citado en Yates, 1973) en Estados Unidos, él se interesó en la observación de las áreas de la conducta más plásticas y maleables, donde fuera posible introducir cambios. Para Skinner, las leyes que rigen la conducta son científicas, una síntesis de ellas proporcionaría un cambio completo del organismo, pues éste se percibe como un sistema de conductas. Skinner concibe iguales a la conducta normal y anormal en cuanto a su desarrollo, pero para lograr la modificación de la segunda son necesarios la observación y el condicionamiento operante.

En la actualidad, se puede considerar que la terapia conductual consiste en la aplicación de principios experimentales establecidos para lograr la superación de los hábitos no adaptativos y persistentes, escudriñando, en caso de ser necesario, toda la gama de las ciencias de la conducta para así obtener los principios pertinentes. En los procedimientos de teorización e investigación de esta terapia se insiste en el rigor de las normas de comprobación y en el sometimiento de los procesos terapéuticos a un análisis experimental.

PRINCIPIOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA CONDUCTUAL

Para lograr una mejor comprensión del amplio panorama en que la terapia conductual se aplica, es necesario hacer un breve repaso de sus conceptos básicos, los cuales se clasifican en tres categorías:

1. Condicionamiento y aprendizaje.
2. Procesamiento de la información en el organismo humano.
3. La naturaleza de los seres humanos y sus problemas.

■ CONDICIONAMIENTO Y APRENDIZAJE

Al estudiar los fenómenos del condicionamiento y del aprendizaje, Spence señaló en 1956 (citado en Yates, 1973) que es importante hacer una distinción entre la adquisición de una respuesta que no está presente en el repertorio del individuo y la formación de un lazo que asocie un estímulo (o complejo de estímulos) a una respuesta ya presente en dicho repertorio. Un ejemplo del primer tipo de aprendizaje se encuentra en la adquisición del vocabulario del niño pequeño; por otro lado, el segundo tipo se refiere a los experimentos de condicionamiento y aprendizaje, donde el psicólogo experimental trata, en general, con respuestas que ya están presentes en el repertorio del organismo.

En la mayor parte de los experimentos de aprendizaje, lo que en esencia se está manipulando es la fuerza asociativa del hábito. Sin embargo, Spence señaló que es casi imposible construir una situación experimental donde la única variable que se manipule sea la adquisición de la fuerza asociativa del hábito. Aun en la situación más simple que se pueda construir, el organismo tendrá un repertorio ya adquirido de fuerzas asociativas de hábito, por lo que el aprendizaje casi siempre implica la extinción simultánea o anterior de respuestas competitivas. La mayoría de las curvas de "aprendizaje" son en realidad curvas de ejecución que pueden o no representar la verdadera tasa de crecimiento de la fuerza asociativa del hábito.

El condicionamiento cuenta con dos tipos de paradigmas: el clásico y el instrumental. Dentro del condicionamiento clásico se distinguen dos categorías básicas: la apetitiva y la aversiva. La apetitiva se refiere al famoso experimento de Pavlov donde el estímulo condicionado (EC), que con frecuencia es una campana o un zumbador, provoca salivación en el perro (respuesta incondicionada y condicionada), cuando se aparea con un estímulo incondicionado (EI) que por lo general es alimento; para, y de manera posterior presentarse solo. La aversiva consiste en el experimento un tanto menos famoso realizado por Bechterev en 1932 (Yates, 1973), donde un EC apareado a un EI (que por lo común es un choque eléctrico) genera una flexión involuntaria de la pata del perro, cuando se presenta solo. El punto crítico a destacar en este paradigma del condicionamiento clásico es que el EI está bajo el control del experimentador, por lo que el animal no puede escapar del EI ni evitarlo mediante una respuesta anticipatoria.

Por su parte, la situación básica del condicionamiento instrumental está representada por la conocida caja de Skinner, en la que la rata presiona una palanca y recibe alimento. Aquí, el reforzamiento es contingente a la emisión de una respuesta particular y, en esa medida, el comportamiento del animal que se desea reforzar no

se encuentra bajo el control del experimentador, he ahí la distinción entre comportamiento respondiente y operante. Existe una distinción básica entre el aprendizaje de recompensa y el de escape o evitación. El primero se relaciona con el fortalecimiento de una respuesta de aproximación, seguida de una recompensa. El segundo se podría observar en el experimento de Bechtereve descrito para el condicionamiento clásico, si se le permitiera al animal levantar una pata para escapar del choque, o evitarlo levantándola cuando tenga lugar el EC pero antes de que ocurra el El, es decir, se estaría transformando el condicionamiento clásico aversivo en condicionamiento instrumental aversivo.

Una vez realizada la distinción anterior, se puede afirmar que los principales constructos teóricos, para los parámetros del condicionamiento y del aprendizaje, son los siguientes:

Curva de adquisición

En la mayoría de los experimentos sobre aprendizaje y condicionamiento, la curva de adquisición de la respuesta en cuestión es negativamente acelerada, pero si el entrenamiento se continuara por un periodo suficientemente largo, al final alcanza un nivel asintótico.* La ejecución de la respuesta será asintótica siempre que las condiciones experimentales que intervienen cuando se alcanza dicho nivel permanezcan sin modificación.

Extinción

En el experimento común de condicionamiento, la fuerza de la respuesta condicionada (RC) aumenta y se mantiene mientras el EC aparezca con el El al menos de vez en vez, es decir, mientras esté presente el reforzador. Si se omitiera el El, la RC disminuiría de manera gradual hasta dejar de ocurrir.

Recuperación espontánea

Una vez extinguida la RC, si se introdujera un periodo de descanso seguido por el EC, la RC aparecerá de modo espontáneo.

Readquisición

Tras la recuperación espontánea, se suele encontrar que la RC adquiere su fuerza máxima de manera un tanto más rápida que durante la secuencia inicial de entrenamiento, y a su vez que la reextinción ocurre con mayor rapidez cuando se suprime de nuevo el El.

Generalización

La generalización tiene lugar ante estímulos condicionados (EC) que nunca se han apareado de manera directa con el El. Los estudios clásicos que demuestran la generalización del estímulo en humanos son, desde luego, los de Hovland (1979),

* Asíntota: Expresión matemática de algunos autores operantes. Se dice que una curva ha alcanzado su asíntota cuando llega a una altura determinada en la que permanece constante su valor. (Miyerson, 1967, citado en Campos, L., 1974. *Diccionario de Psicología del Aprendizaje*. México: CECSA.)

éstos tratan con la RDG (respuesta dermogalvánica) en relación con el tono y el volumen. Igual importancia posee, aunque haya sido menos investigado, el fenómeno que induce la aparición de una respuesta similar a la originalmente investigada.

Discriminación

También es posible extinguir las RC omitiendo el El, con ello se demuestra con facilidad que la generalización de las RC extinguidas ocurrirá de igual forma ante estímulos que se encuentren a lo largo de un continuo de generalización. Combinando estos dos principios, se llega al fenómeno de la discriminación. Los hechos empíricos de la generalización y la discriminación en relación con las RC, al estar bien establecidos, poseen un significado crucial para muchas técnicas de la terapia del comportamiento.

Condicionamiento de orden superior

Un estímulo antes neutral, que mediante el apareamiento con un El se ha convertido en EC, puede llegar a ser un estímulo reforzante para un segundo estímulo neutral, que a su vez se convertirá en un EC aunque nunca se haya asociado con un El verdadero. Sin embargo, este fenómeno, al resultar de difícil demostración y más aún de mantener una vez establecido, planteó graves dificultades a los teóricos del aprendizaje, ya que obviamente la mayor parte del comportamiento humano no se mantiene por reforzadores primarios.

Jerarquía de familias de hábitos

El organismo, en una situación dada, puede emitir más de una respuesta posible. Un estímulo complejo se puede ligar a un rango de respuestas probables, donde cada una refleje una fuerza de hábito diferencial. En circunstancias normales, se evoca primero la respuesta con mayor fuerza de hábito, pero si ésta es incorrecta (si no resuelve la situación), su potencial de reacción efectiva (EER) disminuirá en magnitud. Si el EER descendiera más abajo de la fuerza del potencial de la segunda respuesta en la jerarquía, a través del no-reforzamiento repetido, entonces ocurriría un cambio significativo en la jerarquía de familias de hábitos. En términos generales, una situación de aprendizaje es aquella en la que el problema del experimentador consiste en alterar los potenciales relativos de reacción que resulten efectivos, para elevar a la cima de la jerarquía a aquel EER que se desea evocar con el estímulo dado. La noción de jerarquía de familias de hábitos es de gran importancia para el terapeuta del comportamiento, puesto que refleja en esencia el problema de reemplazar una respuesta desadaptada (que, por cualquier razón, está en la cima de la jerarquía de familias de hábitos) por otra respuesta que al comienzo de la terapia se encuentre más abajo en dicha jerarquía.

Pulsión

En el sistema de Hull, la pulsión (P) es un constructo motivacional que interactúa de manera multiplicativa con la fuerza del hábito (EHR) para producir el potencial de reacción (EER). En otras palabras, el vigor o la velocidad con que se puede producir un hábito particular será una función del nivel de la pulsión. Hull no hizo ninguna

distinción entre pulsiones pertinentes y no pertinentes, sin embargo, postuló que todas las pulsiones presentes en un momento dado se suman para producir un estado total de pulsión. Por otro lado, clasificó las pulsiones en primarias y secundarias (o derivadas), caracterizando a estas últimas como pulsiones aprendidas por asociación a una primaria activa. Así por ejemplo, define al miedo como una pulsión aversiva primaria (El) y a la ansiedad como la forma aprendida o condicionada del miedo (EC).

Inhibición

Las variables inhibitorias jugaron un papel importante en el sistema de Hull, lo cual llevó a diversos terapeutas del comportamiento a utilizarlas con amplitud. Hull afirmaba que la evocación de una respuesta genera en el organismo un estado que milita contra la repetición de la misma, hasta que la inhibición así generada se disipa con el tiempo. Lo anterior supone que la inhibición reactiva se diluye sólo en función del periodo de descanso, por lo que si éste fuera continuo, se diluiría por completo. La inhibición reactiva es vista como un estado pulsional negativo (nocivo), cuya disolución resulta reforzante en la medida en que fortalece cualquier respuesta emitida durante el periodo de disipación. Sin embargo, en realidad la respuesta básica que se emite durante el periodo de descanso, es la de no responder; no se trata de una ausencia de respuesta sino de un estado activo incompatible que consiste en no responder, entendiendo la inhibición como un proceso activo. El significado que esto tiene para el terapeuta radica en que se pueda eliminar una respuesta desadaptada, sometiéndola a una práctica masiva extensa que produzca grandes cantidades de inhibición y dé lugar a pausas involuntarias de descanso, con la subsiguiente generación del hábito inhibitorio de no responder o de ejecutar una respuesta incompatible. Si con este método se pudiera aumentar la respuesta inhibitoria, de forma tal que su fuerza excediera a la EHR, entonces la última respuesta se eliminaría aunque en potencia pudiera aparecer en circunstancias apropiadas.

Reforzamiento

Hull (1943, citado en Hilgard y Bownier, 1977) definió al estímulo reforzante como aquel que reduce la pulsión que motiva el comportamiento, lo cual produce el reforzamiento. Skinner eliminó la parte conceptual de la definición anterior, al concebir al estímulo reforzante como aquel que aumenta la probabilidad de que ocurra la respuesta que precedió de inmediato al estímulo reforzante. Ahora se sabe que la fuerza del hábito no aumenta en función del número de ensayos reforzados, sino que la ejecución del hábito es una función del reforzamiento. Para hablar de reforzamiento es necesario distinguir entre:

Reforzadores positivos y negativos

Un reforzador positivo es un estímulo cuya presentación aumenta la probabilidad de evocación del comportamiento anterior, mientras que uno negativo es aquél cuya supresión aumenta la probabilidad de evocación del comportamiento anterior. No hay que confundir estos reforzadores con las contingencias positivas y negativas.

Castigo

Azrin y Holz en 1966 (citados en Yates, 1973) definieron de manera empírica al castigo como ... *una reducción de la probabilidad futura de una respuesta específica, como resultado de la aplicación inmediata de un estímulo ante esa respuesta.*

Ellos demostraron que una respuesta castigada puede suprimirse del todo y no volverse a recuperar más, siempre y cuando el castigo sea inmediato y lo suficientemente severo. El castigo es más efectivo para eliminar una respuesta cuando existe una respuesta alternativa reforzada.

Reforzamiento primario y secundario

Un estímulo reforzador secundario se puede definir como un estímulo neutral que adquiere propiedades reforzantes en virtud de su ocurrencia contigua con un estímulo reforzador primario. Esta distinción es importante, porque es obvio que el comportamiento humano no está controlado sólo por reforzamientos primarios; por otro lado, la inestabilidad de los efectos del reforzamiento secundario (a menos que se presente un reforzamiento primario a intervalos regulares) plantea un grave problema a los teóricos del reforzamiento.

Programas de reforzamiento

Un estímulo reforzador puede seguir a la respuesta apropiada cada vez que ésta se emita, en tal caso se dice que el reforzamiento es continuo; también puede ocurrir sólo en ciertas ocasiones y entonces se dice que es parcial o intermitente. Existen cuatro tipos fundamentales de programa; en un programa de razón fija (RF), el organismo recibe la contingencia de reforzamiento después de cada N (suma) de respuestas; en un programa de razón variable (RV), la razón del reforzamiento ante la respuesta varía con un promedio predeterminado; en un programa de intervalo fijo (IF), se refuerza la primera respuesta apropiada emitida después de un intervalo dado; y en el programa de intervalo variable (IV), el intervalo entre reforzamiento de las respuestas apropiadas variará con respecto de un intervalo promedio.

■ PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN EN EL ORGANISMO HUMANO

Con frecuencia, el organismo se ve bombardeado con un gran número de estímulos, de los cuales tiene que atender algunos segmentos apropiados e ignorar el resto (al menos de manera temporal), si ha de mantener una relación significativa con el medio. El problema de la atención selectiva tiene tanto un interés como una importancia considerables para la terapia del comportamiento, puesto que es posible conceptualizar ciertos trastornos en términos de una falla en la atención selectiva o como resultado de un procesamiento erróneo de la información suministrada. Por tal motivo, a continuación se presentan dos aspectos que tienen una importancia especial para la terapia del comportamiento.

Atención selectiva

Se ha realizado una serie de experimentos que ofrecen un sustento firme a la postura que considera que el organismo humano posee una capacidad muy limitada de canales para manejar la información suministrada y que, en muchas circunstancias, el organismo simplemente no puede hacer dos cosas a la vez.

Memoria a corto plazo

^

Cuando la estimulación suministrada sobrepasa la capacidad del canal del organismo, los estímulos relevantes pueden no percibirse. Sin embargo, algunos estudios han

indicado que además del almacenamiento normal de memoria a largo plazo, el organismo posee uno a corto plazo que, por definición, puede mantener la información por periodos muy breves. Una característica de este último es que la información perdida es irrecuperable, por ello, mantener el material para un procesamiento final requiere de recuperarlo e inspeccionarlo (ensayarlo) de manera periódica en el sistema de memoria a corto plazo. Si la inspección y el ensayo ocurrieran con la frecuencia suficiente, el material podría colocarse en un almacén de memoria a largo plazo. Puesto que el almacén de memoria a corto plazo tiene una capacidad limitada, sus elementos podrían desplazarse y perderse si se excediera demasiado su capacidad de procesamiento al aumentar el número de elementos que se le introducen.

■ NATURALEZA DE LOS SERES HUMANOS Y SUS PROBLEMAS

La terapia conductual depende de un conjunto de aseveraciones fundamentales acerca de la naturaleza de los seres humanos y de sus problemas, entre ellas tenemos, de acuerdo con Lazarus y Fay (1984, citados en Alonso y Swiler, 1995):

- Los trastornos psicológicos representan cierta combinación de determinantes biológicos y factores de aprendizaje.
- La conducta anormal, que es un producto de los factores de aprendizaje, se adquiere y mantiene de acuerdo con los mismos principios que la conducta normal.
- Las disfunciones atribuibles al aprendizaje deficiente o inadecuado, e incluso las muchas perturbaciones con fuertes entradas de información biológica, pueden aliviarse mediante la aplicación de técnicas derivadas de los principios del aprendizaje.
- Los problemas presentados se consideran como problemas reales y se investigan por mérito propio, más que ser considerados como síntomas de algún problema o proceso subyacente.
- El foco de atención se centra en el presente más que en los antecedentes remotos o en los procesos inconscientes. Se enfatizan los antecedentes inmediatos y los factores actuales que mantienen la conducta, sin embargo, esto no contradice, de ninguna manera, la importancia de las primeras experiencias vitales o la operación de los procesos mentales externos a la consciencia.
- No obstante lo anterior, la evaluación implica la investigación de todas las áreas de funcionamiento conductual, cognoscitivo e interpersonal para descubrir problemas o deficiencias que no se presentan de manera inmediata.
- Se prefieren las definiciones conductuales sencillas a las etiquetas diagnósticas, por lo que se hace una descripción precisa de las respuestas conductuales, cognoscitivas y afectivas del individuo y de los contextos en que tales respuestas se manifiestan.
- A pesar de que se reconoce que, en cierto grado, la terapia implica la transmisión de valores, los terapeutas conductuales tienden a minimizar las afirmaciones de valor; en lugar de etiquetar a la conducta como buena, mala, sana o enferma, especifican sus consecuencias.
- El terapeuta es activo e interactivo y con frecuencia asume el rol de un maestro, por lo cual sirve como modelo.

- Se considera que el *locus* de resistencia se encuentra de manera principal en la terapia y en el terapeuta, más que en el paciente. Esto no tiene la intención de ser una afirmación dogmática sino, tan sólo, una manera de colocar la responsabilidad de encontrar las intervenciones apropiadas en el terapeuta, en lugar de atribuir el fracaso al paciente y a su patología.
- El énfasis se coloca en el automanejo, se enseñan técnicas específicas a los pacientes para que aumenten al máximo la probabilidad de funcionamiento autónomo en las áreas problema, a efectos de reducir la dependencia hacia el terapeuta. La asignación de tareas es una parte esencial del enfoque conductual.
- Es deseable (y con frecuencia necesaria) la participación de la red social del paciente, pues esto permite que el terapeuta estructure un ambiente óptimo de reforzamiento y resuelva los conflictos interpersonales, a través de enfoques como el entrenamiento en comunicación y la formulación de contratos.

Como puede observarse, los clínicos conductuales atienden problemas sociales y[^] psiquiátricos dentro de un marco conceptual sometible a prueba; emplean tratamientos que están abiertos a la medición objetiva; aplican criterios de resultado que pueden validarse; y enfatizan la necesidad de evaluar la eficacia de métodos específicos aplicados a problemas particulares. Estos conceptos teóricos se aplican tanto a la terapia individual como grupal.

TECNICAS DE TERAPIA CONDUCTUAL GRUPAL

Una vez que se han abordado los conceptos básicos de la terapia conductual, es necesario dar una explicación de su vasto armamento técnico. Para tal efecto, muchas de las técnicas específicas se clasifican de acuerdo con el modelo de aprendizaje del cual derivan, como los que a continuación se exponen.

CONDICIONAMIENTO CLASICO

Desensibilización sistemática

Esta técnica de reducción de la ansiedad fue desarrollada por Salter en 1949 y Wolpe en 1958 (citados en Slaikeu, 1992). Se basa en la hipótesis de que la respuesta de angustia puede inhibirse al ser sustituida por una actividad antagónica. La desensibilización implica la exposición del paciente a una jerarquía de situaciones aversivas, mientras está desempeñando una actividad que sea incompatible con la ansiedad. Está claro que la mayoría de los pacientes puede superar un temor irracional, al ponerse en contacto de manera progresiva con los estímulos provocadores de angustia. En términos conductuales, dicha aproximación puede lograrse por la exposición real (en vivo) a los estímulos, o por la imaginación (utilizando la imaginación para visualizar que se está en una situación que se percibe como peligrosa). Por lo general, el procedimiento se inicia con una situación no amenazante pero cuando ésta se ha dominado y no evoca más ansiedad, el entrenamiento progresa a un nivel mayor de amenaza. Se alienta al paciente a practicar la respuesta recién aprendida en su

ambiente natural, para proporcionarle una exposición adicional y asegurar la generalización desde el consultorio del terapeuta hacia la vida diaria.

Implosión

En 1966, Stampfel (citado en Slaikeu, 1992), fue el primero en desarrollar esta técnica de reducción de ansiedad. Se basa en el supuesto de que la ansiedad puede extinguirse si se logra que el paciente experimente la no ocurrencia de aquello que, como resultado, espera sea muy angustiante. Por consiguiente, la labor fundamental del terapeuta es representar, reinstalar repetidas veces o reproducir de manera simbólica, aquellas situaciones a las que la respuesta de ansiedad se ha condicionado. Esta técnica consiste en crear una situación amenazante (en vivo o en la imaginación del paciente), donde el terapeuta intenta que alcance un nivel máximo. Cuando el paciente experimenta un alto nivel de ansiedad, debe sostenerse en ese nivel hasta que ocurra la disminución del valor que produjo la ansiedad de la situación. El mismo contexto se presenta una y otra vez hasta que cese de producirse la ansiedad. Se pueden introducir variaciones de la situación para lograr una generalización más amplia. A diferencia de la desensibilización sistemática, que consiste en la exposición en dosis incrementadas de manera progresiva, la implosión se refiere al contacto con dosis masivas de los estímulos provocadores de ansiedad.

Autovigilancia

Esta es una de las técnicas más importantes, debido a sus funciones tanto de evaluación como terapéuticas. La observación de la propia conducta (adaptativa y desadaptativa) y el registro de dichas observaciones, constituyen una de las piedras angulares del enfoque conductual. Este procedimiento proporciona información más precisa acerca de la frecuencia, intensidad y duración de un programa, que las impresiones subjetivas, pues utiliza una línea base contra la cual medir el progreso y, además, la sola vigilancia de un proceso influye con frecuencia en el mismo. Por ejemplo, el registro de cada ocasión en la que se tenga el impulso de fumar un cigarrillo, hace **que** el hábito sea menos automático, por lo que se reduce la frecuencia de su ocurrencia. En general, es más eficaz vigilar los esfuerzos terapéuticos que la conducta disfuncional.

CONDICIONAMIENTO OPERANTE

Programas de reforzamiento

Estos programas intentan la modificación de la conducta mediante la manipulación de sus consecuencias, pues el organismo actúa y el ambiente responde de una manera que influye sobre la conducta futura. Si las consecuencias incrementan la probabilidad de ocurrencia futura de la conducta, se les considera reforzantes. La aplicación sistemática de tales condiciones de consecuencia para modificar la conducta, se conoce como manejo de contingencias, es decir, cuando se aplican dichas consecuencias (contingentes con la ocurrencia de una conducta) el comportamiento se modificará en la dirección deseada. Dentro de estas técnicas se encuentran:

Reforzamiento

Existen dos tipos: el reforzamiento positivo, que es un acontecimiento que, al serle presentado a un individuo, incrementa la conducta en cuestión; y el negativo, que es un suceso que logra el mismo fin pero al ser retirado.

Castigo

Aquí una consecuencia aversiva sigue a la conducta particular, lo que conduce a la supresión de dicho comportamiento. Es importante diferenciar el concepto de castigo del de reforzamiento negativo, ya que en este último se elimina un acontecimiento negativo como consecuencia de una conducta, mientras que en el castigo se presenta un estado de cosas negativas sucedáneas a la aparición de una conducta desadaptativa. Las técnicas de castigo se utilizan con relativa frecuencia y sólo como herramienta de automanejo. Los terapeutas conductuales han recibido severas críticas por el uso de procedimientos de castigo, por lo cual sólo lo utilizan con el completo consentimiento del paciente y, en raros casos, del tutor legal.

Reforzamiento diferencial

Se refiere a la aplicación de consecuencias positivas para la conducta deseada y de falta de atención para la conducta desadaptativa o no deseada; es decir, es una combinación del reforzamiento positivo con el negativo.

Autorreforzamiento

Se utiliza por lo común al ocurrir mejorías en el funcionamiento adaptativo o para los pasos terapéuticos que se lleven a cabo, como por ejemplo resistir los impulsos destructivos.

Formulación de contratos

Es una de las técnicas derivadas del enfoque de manejo de contingencias, y se ha utilizado de manera extensa en varios contextos, de manera particular en ambientes institucionales, en relaciones progenitor-hijo y entre cónyuges. Las técnicas operantes se incorporan a un contrato formal en el que se asocia la realización de una conducta determinada a un cierto nivel, con una consecuencia particular positiva o negativa. Se utiliza, por ejemplo, en terapia de grupo con personas que pueden no tener una alta motivación, a quienes se les requiere un depósito reembolsable al inicio de la terapia y se les devuelve un porcentaje en cada ocasión en que asisten al grupo.

Economía de fichas

En general, se aplica en sistemas institucionales cerrados y en familias, a través de otorgar fichas a pacientes, niños o internos cuando realizan conductas adaptativas y retirar estas fichas (costo de respuesta) cuando manifiestan conductas desadaptativas. Las fichas se intercambian, en algún momento, por reforzadores de apoyo que pueden tomar la forma de recompensas materiales o de permisos para realizar actividades muy deseadas.

Modelamiento

El aprendizaje vicario u observacional o aprendizaje de ensayo cero, utiliza la técnica del modelamiento. La observación de otra persona que realiza o que evita una conducta conducirá, con frecuencia, a la imitación o inhibición de tal conducta en el paciente, dependiendo de si la conducta es deseada y si las consecuencias para el modelo son positivas o negativas (conducta blanco). Esta técnica se emplea para

enseñar conductas nuevas, aumentar la frecuencia en conductas deseables y disminuir los temores. En la forma más sencilla de modelamiento se expone al paciente a uno o más individuos que demuestran la conducta blanco. El modelo puede representarse en vivo, de manera simbólica (vídeo) o imaginando (modelamiento encubierto). Las variaciones de este procedimiento básico son el modelamiento participante (el paciente ejecuta el papel de la conducta blanco durante la secuencia de modelamiento), modelamiento guiado (el terapeuta le proporciona ayuda directa) y la combinación del modelamiento con el reforzamiento de esfuerzos exitosos.

Ensayo de conducta

Consiste en la simulación de situaciones reales en el consultorio, con el propósito de entrenar y enseñarle al paciente conductas nuevas más eficaces. El individuo debe superar toda inhibición inicial asociada con la representación de roles, pues tanto ésta como la imitación, la instrucción y la realimentación son procedimientos utilizados para modificar no sólo el contenido sino también el estilo de sus pautas de comportamiento. El ensayo conductual proporciona una etapa intermedia en el cambio de conducta, pues el cambio final ocurre cuando el paciente implementa el nuevo patrón. Los procedimientos de ensayo son apropiados para enfrentar los déficit conductuales y preparan a la persona para las situaciones nuevas. Por lo general, esta técnica involucra cuatro etapas: preparar al paciente (explicarle la necesidad de aprender un nuevo patrón de conducta, conseguir su consentimiento para usar el ensayo de conducta como método y ayudarlo a superar la inquietud inicial); seleccionar situaciones blanco; ensayo de conducta; y transferirlo a situaciones cotidianas. Con frecuencia el ensayo de conducta se construye como un proceso de moldeamiento gradual.

Resolución de problemas

El entrenamiento para la resolución de problemas es un procedimiento conductual que, por una parte, elabora una variedad de respuestas potencialmente eficaces en la situación problemática, que amplían el repertorio de enfrentamiento del paciente contribuyendo a su crecimiento y, por la otra, incrementa la probabilidad de dar con la respuesta más eficaz entre las diversas alternativas posibles, al brindar al paciente un papel activo en la terapia para contrarrestar las tendencias de dependencia. La relación de la resolución de problemas con la terapia se basa en dos supuestos:

- A menudo, la incapacidad para enfrentar situaciones problemáticas, con sus consecuencias personales y sociales, da por resultado desórdenes emocionales o conductuales que requieren de tratamiento psicológico.
- Es posible aumentar la eficacia general de una persona mediante el entrenamiento de las aptitudes que le permitan enfrentar por sí misma los desafíos de la vida cotidiana.

ETAPAS PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Orientación general

Se exploran las actitudes del paciente hacia los problemas y se le ayuda a reconocer que las situaciones problemáticas son un aspecto normal de la vida, que existen

muchas formas para enfrentarlas y que es importante que se abstenga de responder de manera impulsiva cuando se enfrente a una de ellas.

Definición del problema

Se delinear los diversos aspectos de una situación problema determinada, en términos concretos y específicos.

Creación de alternativas

Una vez que el problema se ha definido con claridad, se generan soluciones alternativas a partir de la confusión mental.

Decisión

Se evalúan las soluciones alternativas generadas en cuanto a su utilidad, sopesando los aspectos positivos (ganancias) contra los negativos (costos).

Verificación

Por último, se anima al paciente a actuar conforme a su decisión y a evaluar hasta dónde se resolvió la situación problema. En caso de que esta última no se haya solucionado de manera satisfactoria, se aconseja al paciente retomar a la etapa de definición del problema y a enfrentar todos los pasos otra vez.

APLICACIÓN DE LA TERAPIA CONDUCTUAL AL GRUPO TERAPÉUTICO

Una vez asentados los conceptos básicos y las técnicas propias de la terapia conductual, ya es posible hablar de sus aplicaciones a la terapia grupal.

En la terapia conductual de grupo, una persona o personas intentan modificar las conductas desadaptativas de dos o más individuos no relacionados, mediante la aplicación sistemática de procesos y procedimientos validados en términos empíricos, donde por lo general se reúnen datos para evaluar el impacto de dichos procedimientos sobre los miembros del grupo.

En un inicio, los principios y técnicas conductuales desarrollados en ambientes individuales se aplicaron a los grupos, pero después al grupo mismo se le consideró como un contexto útil para la modificación de conductas que podían no ocurrir o que serían difíciles de modificar en una relación uno a uno.

Se ha hecho una distinción entre la terapia "en" el grupo y la terapia "a través" del grupo. En la primera, el líder aplica al grupo la misma terapia que proporciona a los pacientes individuales, ya sea de manera simultánea o en serie. En el segundo caso, los miembros representan un papel crítico en la terapia a través de modelar y reforzar procedimientos y otros elementos de la dinámica grupal. La terapia conductual de grupo se desarrolló debido a que puede hacer un uso más eficiente del tiempo y esfuerzo del clínico, además de promover el contrato terapéutico con un gran número de personas que necesitan ayuda.

Los terapeutas conductuales están interesados tanto en los mecanismos mediante los cuales se adquieren y mantienen los patrones disfuncionales, como en las maneras más facilitadoras de desaprender respuestas desadaptativas y adquirir unas más adaptativas, por lo que postulan diversas hipótesis para explicar la conducta aprendida. En los grupos conductuales, se proporciona a los miembros un conjunto de aprendizajes apropiado a un modelo diádico de cambio conductual, usando al contexto grupal para aumentar al máximo el desarrollo de habilidades interpersonales adaptativas.

En el grupo se expresan las conductas de manera más verídica que en la situación uno a uno, además los miembros del grupo aprenden y practican nuevas conductas en un contexto de apoyo que le proporciona la realimentación y el reforzamiento apropiados. Muchos grupos conductuales han hecho énfasis en la adquisición de habilidades sociales y en la asertividad por considerarlas importantes para una vida exitosa, de tal manera que diversos procedimientos de entrenamiento en habilidades se han convertido en parte integral de la terapia.

A pesar de que las técnicas conductuales utilizadas en la terapia individual y grupal son las mismas en esencia, existen ventajas importantes en el trabajo conductual con grupos. Una de ellas se refiere a los efectos poderosos del modelamiento como un mecanismo de cambio conductual; con frecuencia el terapeuta puede no ser un modelo adecuado para la adquisición, aumento, disminución o eliminación de respuestas específicas, lo cual puede deberse a su limitada experiencia vital o a diferencias en edad, sexo, raza, antecedentes educativos o nivel económico. Los terapeutas quienes revelan menos acerca de sí mismos, tienen mayores probabilidades de ser considerados como modelos de dominio más que como modelos de enfrentamiento, por lo que pueden resultar intimidantes e inhibir la adquisición de nuevas habilidades. La variedad de niveles de competencia, estilos cognoscitivos, respuestas afectivas, habilidades conductuales y experiencias vitales de los pacientes en el grupo, ofrecen oportunidades cada vez mayores para efectuar el cambio.

De hecho, otra ventaja de la terapia conductual grupal es que el grupo proporciona mayores oportunidades para practicar el aprendizaje y desaprendizaje de diversas respuestas; por ejemplo, los ejercicios de modelamiento dentro del grupo tienen ventajas sobre ejercicios similares en la terapia individual, debido a que se aproximan de manera más realista a las experiencias sociales de cada uno de los miembros. Con frecuencia, el aliento para modificar los patrones conductuales y el reforzamiento del cambio tienen un mayor efecto al provenir de diferentes individuos que cuando parten de un terapeuta individual. Además, en muchas personas se facilita en gran medida la desensibilización ante situaciones sociales temidas mediante la exposición ante los miembros del grupo y se incrementa la probabilidad de generalización de las respuestas adaptativas al contexto externo a la terapia.

A medida que se ha ampliado el marco conceptual de la terapia conductual y se ha expandido el armamento técnico, un número cada vez mayor de problemas se han vuelto susceptibles de ser tratados con estos métodos. Poco después del desarrollo moderno de la terapia conductual, comenzaron a aparecer informes acerca de su aplicación en los contextos de grupo, pareja y familia, al igual que en ambientes diversos, como hospitales para internos y externos y otras instituciones de salud mental, salones de clase, ambientes laborales, prisiones y hogares de los pacientes.

La aplicación de la terapia conductual a los grupos de pacientes se ha vuelto casi un área separada de especialización. El programa de grupo ha tenido importancia y

pertinencia particulares para la terapia conductual debido al papel central de la influencia social en la generación y mantenimiento de respuestas desadaptativas y en el uso del modelamiento y reforzamiento para su corrección. Los métodos conductuales se han aplicado a grupos con constelaciones de conductas problema y con deficiencias en habilidades incluidas en diversas categorías diagnósticas, como la amplia variedad de trastornos por ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias, manejo de estrés, problemas de comunicación en parejas y familia, perturbaciones de personalidad que incluyen personalidades límite y antisociales, trastornos de hábitos, disfunciones sexuales, parafilias y una variedad de problemas incluidos bajo la rúbrica de la medicina conductual, como la prevención de ataques cardíacos y manejo del dolor.

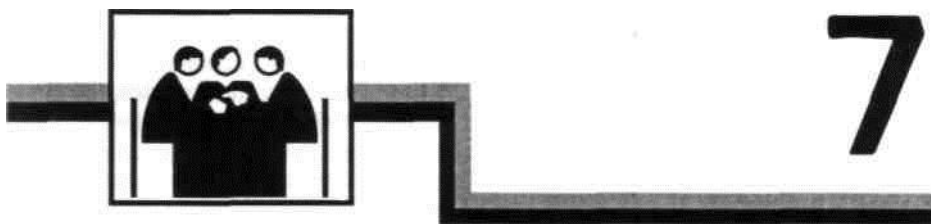
Tanto en los grupos de terapia conductual como en otras orientaciones, existen ciertos aspectos a considerar, como el tamaño de los grupos, la equiparación con respecto a la naturaleza y gravedad del problema (heterogéneos u homogéneos), edad de los pacientes, abiertos o por tiempo limitado, con uno o varios líderes, tratamiento individual concurrente para los miembros del grupo, criterios de confidencialidad y reglas de conducta para dentro y fuera del grupo. Debido al alcance a corto plazo de la terapia conductual enfocada en el problema, la mayoría de los grupos se conducen a intervalos semanales, de 8 a 12 sesiones de 1^{1/2} a 2 horas de duración. También se utilizan grupos con sesión fija o grupos abiertos para pacientes con problemas múltiples o complejos que requieren de un trabajo más extenso, pero la práctica varía de manera amplia.

En todo grupo conductual tradicional que dirija un líder profesional, existe la discusión inicial acerca del propósito del grupo, ésta consiste en promover el alivio de la angustia, aumentar la satisfacción, compartir la experiencia e información y realimentarse unos con otros a fin de lograr dichas metas para todos los miembros del grupo. En la medida en que existan reglas y otras restricciones, éstas se especifican y pueden tomar la forma de prohibir que se fume, desalentar las interrupciones o expresar la expectativa de asistencia regular. Sin embargo, los terapeutas conductuales afirman que es mejor que existan pocas reglas; así, por ejemplo, no prohíben la socialización fuera del grupo pues sostienen que la mayor parte de la experiencia es provechosa para la terapia, además de ser más fácil para los pacientes, con frecuencia, llevar a cabo tareas conductuales en vivo, en parejas o en grandes grupos, que de manera individual. Es cierto que con tal flexibilidad existe el riesgo de que las personas que buscan compañía, afecto o amor lo encuentren dentro del grupo y desertan sin haber aprendido las habilidades requeridas para satisfacer tales necesidades de manera independiente; no obstante, los terapeutas sostienen que los beneficios de no ser restrictivos superan en términos relativos a los riesgos. Es claro que, como en otras orientaciones, no se tolera la violencia física ni se considera como candidatos adecuados para terapia de grupo a individuos psicóticos o a pacientes que mantienen una conducta destructiva en extremo o con grave inestabilidad de afectos. Se destaca la cuestión de la confidencialidad, en el sentido de que se espera que los pacientes concuerden en que no habrá revelaciones acerca de otros miembros del grupo sin su explícito consentimiento, aunque de manera usual se recomienda la apertura, siempre y cuando ésta sirva para promover la facilidad social y no sea compulsiva ni abrumadora para el receptor.

Como en cualquier otra forma de terapia, existe un proceso de evaluación, otro de intervención y uno o más de valoración. A la mayoría de los pacientes se les

entrevista antes de la primera sesión de grupo. En algunos casos, después de una discusión del terapeuta con el colega que hace la referencia y de una breve comunicación telefónica con el paciente, se arregla la admisión de este último al grupo. En la primera reunión grupal se pide a los pacientes que mencionen el problema que presentan y sus metas con respecto a éste. Asimismo, se exploran las áreas vitales de los pacientes, al igual que sus patrones desadaptativos o deficiencias en habilidades que puedan interferir con su satisfacción o realización; además, se revisan las medidas que utilizaron antes para enfrentar el problema (dentro o fuera de terapia, exitosas o no) para identificar las conductas blanco y caracterizarlas de acuerdo a su frecuencia, intensidad, duración y contexto. Una parte esencial del proceso de evaluación conductual es la determinación de los estímulos provocadores (como eventos ambientales externos o experiencias internas cognoscitivas o sensoriales), de las respuestas conductuales (afectivas o cognoscitivas) y de las consecuencias de tales respuestas.

A los miembros del grupo se les pide que relaten incidentes en sus vidas que puedan ser relevantes para el problema bajo discusión. A pesar de que es posible dedicar la mayor parte de una sesión a los problemas de un paciente, es de particular importancia que al inicio cada persona pueda exponer tanto su problema como sus metas. En cualquier caso, para el enfoque conductual es muy relevante brindar a los pacientes una gran cantidad de apoyo, lo mismo que reacciones espontáneas y realimentación correctiva. La trascendencia de practicar las técnicas y habilidades dentro del grupo, es algo que no puede estimarse en exceso; de hecho, el elemento más esencial en el aprendizaje de una habilidad es la práctica de las respuestas adaptativas y facilitadoras. El grupo es un laboratorio para someter a prueba nuevas conductas en un contexto de apoyo, es decir, los otros miembros proporcionan el reforzamiento para alentar la práctica en sí, al apoyar las aproximaciones sucesivas hasta obtener el nivel de destreza deseado. Aun en los grupos homogéneos (donde todos los pacientes tienen un problema similar) existen diferencias individuales significativas que requieren de atención especial. Para lo anterior, se desarrollan y se llevan a cabo estrategias que promuevan la generalización de resultados en contextos externos a la terapia y el mantenimiento de la mejoría terapéutica a través del tiempo (Lazarus y Fay, 1984, citados en Alonso y Swiller, 1995); además se integran estrategias de prevención de recaídas. Implicar a otras personas significativas en el ambiente del paciente, tener comunicación telefónica intermitente con el terapeuta y las sesiones grupales de seguimiento (en el primer y sexto mes después de la terminación), pueden contribuir a tal fin. Más que nada, se procura evitar una de las mayores trampas de la terapia de grupo, que consiste en desarrollar una agrupación de individuos que sólo funcionen en el contexto de la terapia grupal. ■



Teoría y técnica de la terapia racional emotiva aplicada al grupo

A manera de introducción a la terapia racional emotiva, se presentarán algunos datos biográficos de su fundador, así como algunos antecedentes de esta terapia.

Albert Ellis nació en Pittsburgh, Pennsylvania, en 1913. Hizo su doctorado en Psicología Clínica en la Universidad de Columbia; y es conocido en el ámbito sobre todo por su Modelo de Terapia Racional Emotiva, pero también como consejero matrimonial y familiar. Se consideró a sí mismo como sexólogo, escribió diversos libros sobre familia, matrimonio, sexo y psicoterapia racional emotiva; editó más de 50 libros y 600 artículos profesionales; y grabó más de 100 cintas de audio, así como cintas de vídeo de divulgación. Fundó dos institutos: el Instituto para la Vida Racional y el Instituto para el estudio avanzado de la Psicoterapia Racional.

La terapia racional emotiva parte de la teoría del aprendizaje cognoscitivo y social, hace hincapié en las variables de la personalidad que intervienen en la conducta, pero de manera especial en sus determinantes cognoscitivos. Esta línea teórica subraya el papel del aprendizaje en los seres humanos, afirmando que éste ocurre primero en escenarios sociales para luego ser matizado por los procesos cognoscitivos. A nivel individual, los factores cognoscitivos pueden jugar un papel demasiado importante en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad; Ellis (1958) relacionó las estructuras cognoscitivas con los procesos emocionales y de motivación.

Este método postula que se puede ayudar a las personas a llevar una vida más satisfactoria, enseñándoles a organizar y a disciplinar su mente, es decir, enseñándoles a pensar de manera racional.

Ellis considera que en el ser humano se dan cuatro procesos básicos: percepción, movimiento, pensamiento y emoción; los cuales están interrelacionados en forma

integral, de manera tal que cada uno de ellos influye en el otro. La premisa fundamental de la psicoterapia racional emotiva es que el pensamiento y la emoción no difieren sino que se complementan en muchos aspectos; por tanto, las emociones desordenadas mejorarán al cambiar la propia forma de pensar (Ellis, 1958, citado en Garfield, 1979).

A través del proceso de la vida y de la culturización social, el pensamiento y la emoción llegan a entrelazarse, de tal suerte que la forma de pensar se transforma en emoción y la emoción se convierte en un modo de pensar. Sin embargo, pensar es también una manera de discriminar o de distinguir, aunque en general más tranquila, con menos manifestaciones somáticas y menos activa que la emoción.

La conducta perturbada o la neurosis del individuo está relacionada de manera directa con su pensamiento ilógico e irracional. Para la terapia racional emotiva, el solo hecho de explorar y conocer los orígenes de este pensar defectuoso no es suficiente para poder ayudar al individuo a modificar su conducta, por lo que es necesario fijarse más en cómo éste perpetúa su pensamiento irracional y de qué modo puede modificarse. Hay que demostrar a las personas que las verbalizaciones que se hacen a sí mismas son la fuente principal de sus dificultades emocionales; hay que enseñarles a reorganizar su pensamiento y a reformular sus expresiones defectuosas, de una forma lógica.

Ellis afirma que es importante demostrar al paciente cuáles son, en general, las principales creencias irracionales que suele seguir y qué pensamientos más racionales pueden sustituirlas, pues en caso contrario el individuo acabaría adoptando otro conjunto de ideas ilógicas.

En la terapia racional emotiva, el terapeuta suele actuar de dos formas, la primera es hacerle ver al individuo en forma constante las ideas ilógicas y supersticiones que están en la base de sus temores; la segunda consiste en animar y persuadir al cliente a emprender aquellas actividades que contrarresten las ideas que mantiene. Para lograrlo, en la terapia se utilizan las asignaciones y las tareas prácticas, así como auxiliares para superar de manera exitosa las creencias y temores ilógicos del cliente. Una vez alcanzado lo anterior, se abre el camino para la solución de todas las dificultades.

Ellis admite que la terapia no es eficaz en personas con insuficiente capacidad intelectual como para emprender análisis racionales, ni con los que tienen una gran perturbación emocional, o los muy inflexibles o predispuestos en contra de la lógica y de la razón. Sin embargo, sostiene que su método de terapia puede abarcar una gama mucho mayor de pacientes.

CONCEPTOS BÁSICOS

IMAGEN HUMANA

El punto de vista racional emotivo sostiene que los seres humanos nacen con predisposiciones biológicas, como la tendencia a tener relaciones sexo-amor y a vivir en un grupo familiar; también con una predisposición a aprender con facilidad las costumbres y tradiciones de las personas con quienes viven. Además postula que los seres humanos son falibles por naturaleza, es decir, que son proclives a cometer errores y a derrotarse a sí mismos en la persecución de sus metas y objetivos básicos.

Los seres humanos son vistos como organismos complejos que se hallan en procesos de cambio constantes; a pesar de estar influidos por condiciones hereditarias y ambientales, poseen un grado de autodeterminación potencial. A medida que avanza su edad, desarrollan una mayor capacidad para decidir acerca de su modo de actuar.

La terapia racional emotiva propone la idea de que el conocimiento se ve influido en gran parte por las valoraciones personales que los hombres imponen a sus propias percepciones, de manera tal, que el conocimiento no existe en forma absoluta o final.

■ IMPORTANCIA DE LOS VALORES

La terapia racional emotiva subraya la importancia de los valores, al afirmar que la personalidad está constituida en gran parte por creencias, fundamentos o actitudes. Plantea que los hombres y las mujeres tienden a actuar de manera saludable cuando sus valores están basados en la razón y en la experiencia; pero cuando presentan metas y propósitos absolutistas y perfeccionistas tienden a trastornos emocionales. Gran parte de la evidencia obtenida por psicólogos investigadores muestra que los valores influyen de modo significativo en el comportamiento de las personas, por lo que intentar modificarlos produce un cambio directo en la personalidad.

■ CREENCIAS RACIONALES E IRRACIONALES

Las creencias racionales son evaluadas tanto por su adaptabilidad como por ser manifestaciones personales no absolutas (Ellis y Dryden, 1989). Cuando los seres humanos valoran algo de forma relativa y lo aprecian como adaptable, experimentan emociones que indican placer y a veces también disgusto, tristeza, fastidio, preocupación y demás. Estas últimas no son emociones necesariamente deseables, pero se consideran respuestas apropiadas con respecto a los sucesos negativos activadores, siempre y cuando no interfieran de modo significativo en la obtención de los objetivos personales.

Las creencias irracionales son cuestiones de significación personal que se afirman en términos no adaptables en absoluto con respecto al acontecimiento activador; las emociones que acompañan a este tipo de creencias pueden expresarse como depresión, cólera y culpabilidad. Estas expresiones de emociones perjudiciales que se presentan con valoraciones exageradas, son inadecuadas incluso para un suceso activador negativo, en la medida en que dificultan el logro de los objetivos personales. Las creencias irracionales contribuyen a la aparición de comportamientos perjudiciales que mantienen o intensifican los problemas, mientras que las racionales promueven conductas útiles para la solución de problemas.

Algunas de las creencias irracionales que producen consecuencias emocionales y conductuales, tanto perturbadoras como perjudiciales en las personas, suelen derivar de una exigencia u obligatoriedad fásica. Algunas de las creencias irracionales más frecuentes, de acuerdo con Ellis y Harper (1975, citado en Dicaprio, 1989) son las siguientes:

Las personas deben ser amadas y aprobadas (por todo lo que hacen y no por logros verdaderos) por casi todos los individuos que conocen y encuentran. No caerle bien a los demás implica tener una debilidad o un defecto.

Cuadro 7-1. Principales formas de pensamiento irracional

1. Creencias de desolación tremendistas, que ocurren cuando un suceso se valora como malo al percibirse, dando a la mayoría de las cosas una conclusión exagerada y de carácter mágico que se deriva de la creencia *esto no puede ser tan malo como parece*.
 2. Creencias de inquietud e incomodidad por la *sensación de no poder soportar algo*; lo cual significa creer que nunca se podrá experimentar felicidad alguna, bajo ningún tipo de condiciones, cuando un acontecimiento que no *debe* pasar ocurre en realidad o amenaza con ocurrir.
 3. Creencias de denigración, que representan la tendencia humana de clasificarse a uno mismo o a otros como inútiles, si no hacen algo que *debieran* hacer; como *condena* puede considerarse que el mundo provee unas condiciones de vida miserables para dar a la persona lo que se merece.
- Hay justificaciones para creer que se es víctima de las circunstancias externas y que no se puede hacer mucho frente a la suerte de la vida. Muchas de las dificultades humanas tienen su origen en el exterior, y la causa y soporte de la infelicidad está en las cosas mismas y no en el modo de percibirlas.
 - Todos los problemas tienen una solución. Son debilidades el comprometerse a aceptar menos de lo que se desea. Si no se da solución a todos los problemas, se es culpable.
 - Los individuos tienen muy poco control sobre sus propias emociones y sentimientos.

De estos debeísmos* emanan tres formas principales de pensamiento irracional (Ellis y Abrahms, 1980), mismas que se ilustran en el cuadro 7-1.

Ellis sustenta que la causa de que el pensamiento falle se encuentra en las creencias y falsas suposiciones no reconocidas, pues cada persona, dentro de su época y cultura, las posee. El enfoque racional de la vida requiere estar consciente de esos constructos cognoscitivos ocultos y contrarrestarlos.

■ COMPORTAMIENTOS RACIONAL E IRRACIONAL

Según Ellis y Abrahms (1980), las emociones siguen a los conocimientos. Una actividad cognoscitiva disfuncional desencadenará reacciones emocionales desadaptativas que ocasionarán una conducta fallida. En la terapia racional emotiva (TRE) se define a los pensamientos racionales, a los sentimientos apropiados y a los comportamientos afectivos, como aquellos que ayudan a la sobrevivencia y felicidad de los seres humanos. Las metas que todas las personas eligen a través de su existencia son continuar su vida con una felicidad razonable y en forma relativamente libre de dolor o molestias. Cuando se dice que una persona es "racional", se quiere señalar que ésta

*N. del Ed. Término acuñado por el autor.

ha decidido o elegido vivir con felicidad por aceptar lo que en verdad existe en el mundo "real", por tratar de vivir en forma amigable en un grupo social, por relacionarse de manera íntima con unos cuantos miembros de su grupo social o comunidad, por comprometerse en un trabajo productivo y agradable, y por participar en clubes recreativos seleccionados que van desde los deportes hasta las artes y las ciencias.

El comportamiento irracional o el sentir y actuar de modo inapropiado consiste en interferir sin justificación en la vida de alguien o en causarse daño sin necesidad alguna.

■ ORACIONES NO EXPRESADAS

Ellis y Harper (1975) introducen este concepto para designar aquellas suposiciones, valores o expectativas de las que la persona no se percata, las sostiene pero no se las dice a sí misma ni al grupo ni al terapeuta.

Las verbalizaciones internas, al no estar en la consciencia inmediata de la persona se encuentran incompletas por carecer de la parte no expresada; lo anterior impide el manejo de la persona por sí misma debido a que reacciona y actúa basándose sólo en información parcial o distorsionada, respondiendo con frecuencia a situaciones de manera automática, sin percibirlas.

Otra consecuencia de esta premisa, de suposiciones y creencias no reconocidas, es que las verbalizaciones internas no reflejan en modo alguno el estado o problema real que se está describiendo. Las personas con problemas emocionales graves o incluso los individuos relativamente normales que están bajo tensión, pueden encontrar difícil revelar los problemas y sentimientos verdaderos que están experimentando.

■ TEORÍA A-B-C DE LA TRE

Albert Ellis (1980) utilizó una estructura muy sencilla para conceptualizar los problemas psicológicos de sus pacientes: el A-B-C. El punto "A" (experiencia activante) simboliza los acontecimientos desencadenantes o activadores, "B" (creencia irracional absolutista) representa la creencia de la persona con respecto de esos acontecimientos, y "C" (consecuencia emocional) denota las respuestas emocionales y conductas que son consecuencias derivadas de las creencias y valoraciones propias de "B".

Este esquema es útil para proporcionar una explicación de la interrelación existente entre sucesos, creencias y consecuencias. También ofrece una base fácil de comprender para subrayar la contribución de las creencias, que son consideradas dentro de la TRE como un tipo específico de conocimientos, vale decir, una valoración. Es importante señalar que cada terapeuta racional emotivo utiliza una versión distinta del A-B-C original, por tanto no existe una forma correcta en absoluto de conceptualizar los problemas de las personas, ceñida a un esquema tan general, sobre todo en grupo.

■ NATURALEZA DE LA SALUD Y ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Alteraciones psicológicas

La teoría racional emotiva afirma que en el fondo de una alteración psicológica existe la tendencia en los humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre

los hechos que se van percibiendo a lo largo de la vida, las cuales se verbalizan en forma de debeísmos. La TRE sostiene que estas cogniciones absolutistas son el alma de una filosofía religiosa y el rasgo principal de las aheraciones emocionales y conductuales. Estas creencias son consideradas irracionales ya que suelen impedir y obstaculizar a las personas en la prosecución de sus metas y propósitos más importantes. Para la TRE, es común que una filosofía absolutista conduzca a una alteración, por ello esta terapia adopta una posición antiabsolutista, incluso respecto de la concepción de la naturaleza de una alteración humana. De acuerdo a lo anterior, si las personas se adhieren a una filosofía de obligaciones tenderán a arribar a conclusiones irracionales, derivadas de los *debo* y *tengo que*.

La TRE ha podido constatar que los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados y que tales errores comunes del pensamiento son una manifestación de alteraciones psicológicas que, conforme a esta teoría, casi siempre proceden de los *debo* y *tengo que*. Ellis menciona que si la percepción e interpretación que hace una persona de un acontecimiento es incorrecta, la experiencia emocional puede resultar del todo inapropiada. Las más comunes son:

Sobregeneralización

Se refiere a extraer una conclusión injustificable de una cosa sencilla. Las denominaciones verbales fallidas pueden ser la fuente de ésta, ya que al nombrar o calificar un acontecimiento de manera incorrecta se reacciona a la situación conforme al dictado de la denominación inicial. Ellis opina que los símbolos lingüísticos favorecen las discriminaciones apropiadas, al asignar un valor a un acontecimiento según la personalidad, mérito o responsabilidad individual, pero no protege a la persona de la tendencia a sobregeneralizar o exagerar su gravedad.

Pensamiento "Todo o Nada"

Otro error común del pensamiento es separar los acontecimientos en clases de "todo o nada". Hay grados de verdad, de deseo, de justicia, y otros, por lo que no de manera obligada debe ser "todo o nada". Los procesos de evaluación necesitan reflejar la dimensión de las cosas, y utilizar símbolos verbales apropiados facilita mucho las categorizaciones, al hacerlas más claras en su jerarquización.

Descripción e interpretación en vez de descripción

Ya que los estímulos perceptivos activan asociaciones previas, el proceso de percepción incluye la interpretación; sin embargo los elementos cognoscitivos que se agregan pueden distorsionarla al grado de convertirla en una interpretación más que una percepción. Ellis distingue entre interpretar y manifestar; al describir la persona es más objetiva pues está libre de valores, experiencias previas o expectativas, que sí intervienen en la interpretación. Cuando un individuo se describe dando un juicio de valor, en realidad se está interpretando al no manifestar su yo de manera objetiva. La anomalía consiste en dejarse influir por interpretaciones distorsionadas, más que por descripciones objetivas y racionales.

Correlación confundida con causalidad

Consiste en que dos cosas que ocurrieron juntas o una después de la otra, se relacionen como causa y efecto. Una forma común del pensamiento correlacionado es culparse a sí mismo por no tener suficiente control de las circunstancias para prevenir o evitar problemas. Al experimentar un estado emocional desagradable como resultado de un problema no resuelto, la persona puede culparse aunque en realidad no tenga

control sobre la situación; quizá suponga (sin reconocerlo) que siempre está controlando sus circunstancias y por tanto se culpe de modo innecesario cuando las cosas van mal.

Salud psicológica

La TRE considera que las personas sanas en el aspecto psicológico poseen el rasgo principal de una filosofía relativista que reconoce que los seres humanos tienen una gran variedad de deseos, preferencias, anhelos, etc.; pero si estos valores se convirtieran en dogmas e imposiciones, sería probable que adquirieran una alteración psicológica. Una persona sana puede experimentar emociones negativas apropiadas, como tristeza, desilusión y dolor cuando no ve cumplidos sus deseos; sin embargo, estas emociones tienen una motivación constructiva ya que ayudan a superar los obstáculos para conseguir metas y a adaptarse de manera positiva.

La filosofía del deseo tiene tres derivaciones, consideradas racionales por ayudar a la persona a alcanzar sus metas o a crear nuevas, cuando las anteriores no pudieron alcanzarse. Esas derivaciones son las siguientes:

1. **Evaluar o analizar lo negativo**, que es lo contrario a las creencias de desolación o tremendistas. Aquí, cuando una persona no consigue lo que quiere, reconoce la parte mala al evaluarla en un continuo que va del 0 a 100%, pero sin caer en una valoración irreal. No todas las consecuencias de nuestra conducta son de cero.
2. **Tolerancia**, la cual es la alternativa racional a las creencias de inquietud debidas a la incomodidad o a la sensación de no poder soportar algo. En este caso la persona reconoce que ha sucedido un acontecimiento no deseable, sabiendo que era posible que ocurriera. Sitúa al acontecimiento en un continuo de valoración para determinar qué tan malo fue y procura cambiar el suceso indeseable o aceptar la realidad si no la puede modificar, para empezar a perseguir otra.
3. **Aceptación**, que es la alternativa racional a las creencias de denigración. Aquí la persona acepta que tanto ella misma como los demás pueden fallar, que los seres humanos tienen limitaciones; se aceptan las condiciones de vida tal y como son. La gente sigue una filosofía de aceptación al reconocer que el mundo es complejo y funciona de acuerdo con leyes que a menudo escapan a su control, sin embargo la aceptación no implica resignación. Para la filosofía racional, una persona debe asumir que todo lo que existe debe existir pero con el conocimiento de que no tiene por qué existir para siempre; se incita a la persona a hacer intentos para cambiar la realidad puesto que quien se resigna a una situación, no suele intentar modificarla.

Un intento por sintetizar los parámetros que definen la salud psicológica de las personas, es el que muestra el cuadro 7-2.

■ ENFOQUE AMPLIO DEL CAMBIO DE PERSONALIDAD

En la TRE, la cognición, la emoción y el comportamiento humanos son vistos como interrelacionados. Al pensar también se siente y actúa; cuando se actúa, de manera concomitante se piensa y siente; y cuando se siente de modo simultáneo se piensa y actúa.

Cuadro 7-2. Doce criterios de salud psicológica, según la TRE

1. Interés en sí mismo.
2. Interés social.
3. Autodirección.
4. Alta tolerancia a la frustración.
5. Flexibilidad.
6. Aceptación de la incertidumbre.
7. Comprometerse en ocupaciones creativas.
8. Pensamiento científico.
9. Arriesgarse.
10. Hedonismo de larga duración.
11. Antiutopía.
12. La propia responsabilidad de sus alteraciones emocionales.

Fuente: Ellis y Dryden (1989)

Debido a que los seres humanos son seres cognoscitivos en particular, con capacidad para reflexionar sobre sus pensamientos, la TRE adopta la terapia cognoscitivo persuasiva o la educación emocional como uno de sus métodos esenciales, utilizando procedimientos emotivos y conductuales.

Ellis afirma que el pensar de manera correcta es un medio excelente para adquirir un control emocional, es decir, es posible controlar las reacciones emocionales no deseadas pensando con claridad, ya que esto conduce a emociones sanas. La ignorancia y los errores de apreciación bloquean el pensamiento recto y producen estados graves en la vida emocional ya sea de hiperemocionalidad o hipoemocionalidad (excitación y apatía).

A diferencia de otros muchos psicoterapeutas, los profesionales de grupo de la TRE no se oponen al empleo apropiado de medicamentos, ya que éstos suelen ser bastante eficaces en estados de depresión severa, ansiedad y en estados psicóticos.

■ TEORÍA DEL CAMBIO TERAPÉUTICO

Para medir el cambio de la personalidad, la TRE adopta un método estricto y práctico, enfatiza que la meta de su terapia es ayudar a las personas a estar mejor y no sólo a sentirse mejor. Existen varios niveles de cambio, y la teoría racional emotiva afirma que los cambios más duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que incluyen una reestructuración filosófica de las creencias irracionales. El cambio a este

nivel puede ser específico o general: el específico significa que los individuos modifican sus exigencias absolutistas irracionales (los *debo* y *tengo que*) por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta; el cambio filosófico general, supone que la persona adopta una actitud no devota hacia los acontecimientos vitales en general.

Para lograr un cambio filosófico a cualquier nivel, es necesario que las personas se den cuenta de que ellas mismas crean sus propias perturbaciones psicológicas y que por tanto tienen la capacidad de cambiarlas de manera significativa; que comprendan que sus alteraciones emocionales y conductuales, por lo general, provienen de creencias irracionales y absolutistas, volviéndose entonces necesario detectarlas y refutarlas usando métodos lógico-empíricos; que trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos de cambio cognoscitivos, emotivos y conductuales, y así de manera sucesiva por el resto de sus vidas.

TECNICA9 UTILIZADA9 POR LA TRE

Además de los conceptos básicos, la terapia racional emotiva cuenta con una serie de técnicas que, según Ellis y Harper (1975), posibilitan un control eficaz del propio destino y vida, de las emociones y pensamientos acerca de las cosas que el individuo se dice a sí mismo. Hay ciertas ideas irracionales que no sólo se deben desafiar, sino trabajar para contrarrestarlas. Estas técnicas pueden clasificarse en tres grandes rubros, cognoscitivas, conductuales y emotivas. A continuación se explica cada una de ellas:

■ COGNOSCITIVAS

Los humanos, a no ser que sean deficientes en un grado superior, no pueden dejar de pensar. Por tal motivo, el psicoterapeuta debe estar muy consciente del enorme papel que la cognición o el filosofar desempeñan en los asuntos humanos, ya que así como pueden trastornar de manera emocional a una persona, también la pueden ayudar a superar dicho trastorno.

Refutación de creencias irracionales

Hay tres categorías de refutación:

- a) Detección, la cual consiste en buscar creencias irracionales, sobre todo debeísmos que conducen a conductas y emociones autocastigadoras.
- b) Refutación, donde el terapeuta hace una serie de preguntas que sirven para ayudar al paciente a abandonar las creencias irracionales. El terapeuta procede con este tipo de preguntas hasta que el paciente descubre la falsedad de estas creencias, a la vez que reconoce la verdad de la alternativa racional.
- c) Discriminación, aquí el terapeuta ayuda al paciente a distinguir con claridad sus valores no absolutos, preferencias, gustos y deseos, de sus valores absolutistas, necesidades, demandas e imperativos.

Los terapeutas racionales emotivos suelen sugerir a sus pacientes tres métodos cognoscitivos para reforzar la nueva filosofía racional, a la vez que van adquiriendo práctica en el uso de argumentos racionales:

- Biblioterapia, donde se les proporcionan libros de autoayuda y material para leer.
- Escuchar casetes sobre varios temas (autoayuda, música, arte, filosofía, novela, etc).
- Utilizar la TRE con otros, donde los pacientes se valen de los conocimientos de la terapia grupal para ayudar a sus familiares y amigos con problemas.

Sugestión y autosugestión

La psicoterapia tiende a contener una gran dosis de sugestión ya que en gran medida los humanos creen lo que desean creer, en lugar de confiar en la "verdad" apoyada de manera empírica. Así por ejemplo, los pacientes dan una fuerza enorme (y a menudo mágica) al terapeuta.

Una vez que el paciente toma en serio las sugerencias del terapeuta, suele adoptarlas autosugestivamente, aun cuando éstas sean erróneas o dolorosas. Hippolyte Bemheim y Emile Cové (1979, citados en Ellis y Dryden, 1989) comprobaron que casi toda sugestión es eficaz en gran parte, porque las personas la convierten en autosugestión al aceptar en forma activa lo que alguna autoridad les ha dicho que es verdad. Así, el terapeuta puede, de manera autoritaria y a veces casi dogmática, utilizar la sugestión para hacer que sus pacientes cambien de modo radical su pensamiento negativo, una vez que se les haya mostrado cómo reemplazarlo por un pensamiento positivo.

Es recomendable utilizar esta técnica con personas cuya capacidad se vea limitada para responder a formas más apropiadas de TRE, como los niños y los individuos de ideas flexibles. Sin embargo, por lo general esta técnica no provoca cambios fundamentales o de forma en las filosofías de automenosprecio y de autocompasión.

Los propios pacientes se transforman debido a una fuerte convicción de que las cosas no deben ser tan malas (véase página 71, punto A), después de percibir sus propios defectos o las imperfecciones del mundo exterior. Como resultado de alguna clase de proceso de sugestión o de conversión, por lo general se convencen a sí mismos de que lo que perciben en "A" no es en realidad esa verdad o ese mal y de que las cosas son mejores de lo que creían. Con estas autosugestiones nuevas en su totalidad, se sienten mucho mejor al llegar a comprobar que pueden existir con felicidad, ya sea que fracasen o no.

Interpretación de defensas

Según los psicoanalistas y el análisis transaccional de Eric Beme (1961 y 1974), los humanos tienden a ponerse a la defensiva y a recurrir a diversos mecanismos de escape, tales como: la racionalización, la proyección, la evitación, el olvido y la mentira; esto les impide reconocer algunos de sus síntomas (como la hostilidad y la ansiedad) dándose, por consecuencia, pocas oportunidades para librarse de ellos. En la terapia racional emotiva, la alternativa para sobreponerse a los síntomas comienza con un proceso en contra de los debeísmos, para mostrarle al paciente que cometió muchos errores y que se frustró en varias ocasiones por la misma razón.

También se le indica que siempre puede aceptarse a sí mismo con su conducta para que éste haga todo lo posible por eliminar su comportamiento desadaptado. En general, la TRE explica al cliente que a pesar de lo inadecuado, incompetente o vergonzoso que sea su comportamiento, él no es una persona mala por conducirse de esa manera.

Presentación de elecciones y acciones alternativas

La terapia racional emotiva considera que el trastorno humano tiene sólidos elementos biológicos, pues las personas, al ser llevadas a sus tempranas y últimas experiencias, presentaron fuertes predisposiciones a alterarse sin importar en qué condiciones (buenas o malas) se hubieron educado. Además, establece que el ser humano posee un amplio grado de elección o albedrío y que puede determinar, en parte, aunque con mucha práctica, cómo siente y actúa.

El terapeuta puede utilizar este punto de vista en la psicoterapia de grupo para intentar convencer a sus pacientes de que tienen muchas más alternativas de las que creen. Éstos tienden a pensar que sus elecciones son limitadas, que deben o no deben hacer esto o aquello, por lo cual en general no pueden hacer lo que les gustaría, sobre todo con respecto a cambiar ellos mismos.

Es posible que algunos pacientes tengan muchas más potencialidades y capacidades de las que están utilizando, pero al encontrarse atrapados en el seno del conflicto o la indecisión sólo se dedican a pensar en pocas soluciones o ninguna. En tales casos, el terapeuta, junto con los compañeros del grupo, debe mostrarles una o más alternativas, haciéndoles comprender que los humanos normales deciden su propio destino, gracias a que tienen capacidades para reconsiderar y elegir de nuevo; debe ayudarlos a abandonar su inflexibilidad, proporcionándoles varias opciones y caminos a seguir, o mejor aún, estimulándolos a encontrarlos por sí mismos. La elección (Ellis y Abrahms, 1980) ampliada y flexible constituye una de las esencias de la salud emocional.

Precisión semántica

Según la TRE, el pensamiento humano se ve distorsionado parcialmente a causa de las imprecisiones del lenguaje, esto es, del empleo de un lenguaje inexacto. A este proceso se le conoce como Semántica General. Los terapeutas pueden ayudar a sus pacientes a adquirir precisión semántica y a cambiar de manera radical sus creencias irracionales, mediante la corrección de su lenguaje.

En la TRE se siguen de cerca las formas de expresión del pensamiento imprecisas, exageradas y demasiado generalizadas de los pacientes, tanto cuando hablan consigo mismos como cuando conversan con el terapeuta o con otras personas. El terapeuta, sin condenar y con amabilidad, sigue corrigiéndolos y estimulándolos, para que se rectifiquen ellos mismos y aprendan a pensar de manera más clara y racional.

Enseñando afirmaciones dialécticas y filosofías racionales

Al aplicar las técnicas activas de la TRE, se pretende que el paciente sea más dueño de sí mismo, ya que al discutir sus creencias irracionales sabrá por qué éstas son así y cómo distinguir las ideas racionales de las irracionales.

Si el terapeuta de grupo no desea utilizar con sus pacientes una reestructuración cognoscitiva de naturaleza discutible, la técnica alternativa es enseñarles afirmacio-

nes dialécticas o filosofías racionales, para que las utilicen en lugar de sus habituales creencias irracionales. Las afirmaciones dialécticas consisten en proponer una afirmación (tesis), luego una negación (antítesis) y finalmente una conclusión (síntesis). Tales afirmaciones no son precisamente la clase de pensamiento positivo que mencionamos con anterioridad, ya que incluyen las nociones de que muchas cosas pueden ser malas o inconvenientes y de que los pacientes quizá fallen con facilidad y actúen en forma inadecuada.

Terapia de re-atribución

Las personas a menudo tienden a atribuir motivos, razones o causas, a los demás y a los acontecimientos. Dicha atribución, en ocasiones falsa, influye de manera significativa en sus propias emociones y conductas, contribuyendo a sus propios trastornos. Por ejemplo, los individuos paranoides observan que otros los tratan mal y les atribuyen hostilidad, cuando en realidad ésta puede no existir.

La TRE propone que cuando los pacientes se quejen de que alguien les hace algo o de que las condiciones están dispuestas para que sufran sin merecerlo, el terapeuta debe revisar el asunto. Si las suposiciones del paciente fuesen infundadas, se debería trabajar con él para acabar con esas atribuciones y tratar de que haga algo práctico por solucionar sus quejas.

Una vez que las personas dejan de atribuir intenciones desagradables a otros y cesan de pensar que el mundo se confabula contra ellas, se sentirán mucho mejor y pasarán momentos más gratos en la vida.

Métodos de distracción

Se dice que una buena parte de la psicoterapia consiste en distraerse. Joseph Wolpe (1977) opina que cuando las personas se inquietan por algo, utilizan diferentes modos de distracción (a lo que él llama inhibición recíproca) para apartarse de sus ansiedades y sentirse mejor. Además, si hacen esto un suficiente número de veces, comienzan a comprobar que cuentan con una técnica eficaz de control de la ansiedad, incluso es posible que pierdan por completo algunos temores.

Aunque muchos métodos de distracción, como la relajación, el yoga y los deportes, parecen físicos, en realidad son muy cognoscitivos, pues de acuerdo con la teoría de la TRE la gente se angustia y deprime al enfocarse o concentrarse en alguna idea irracional. Una solución excelente y duradera sería discutir la lógica y desde el punto de vista empírico estas ideas para reemplazarlas con una nueva filosofía.

En general, estas técnicas funcionan, ya que mientras el individuo las practica, se concentra en lo que hace y no en lo angustiante de las cosas (debido a la forma limitada en que trabaja la mente). No obstante, el paciente puede tener aún ansiedades básicas considerables y en ocasiones abrumadores ratos de ira y depresión.

El terapeuta de grupo puede recomendar a sus pacientes varias clases de distracciones cognoscitivas, con la finalidad primordial de usarlas como respiros temporales ante una ansiedad abrumadora; son mejores las actividades de largo alcance y en gran escala que aquellas que duran poco y son efímeras.

Cuando el terapeuta incita a sus pacientes a que se entreguen o continúen manteniendo un alto nivel de interés en uno o varios de estos campos, ellos tenderán a permanecer alejados de sus peores preocupaciones y a llevar una vida mucho más feliz.

Métodos de imaginar

Son aquellos que permiten a los pacientes, al menos en su imaginación, encarar a personas y a acontecimientos por los que sienten verdadero temor; al inducirlos apreciarán que tales experiencias activantes no son en realidad tan terribles como ellos piensan. Según la TRE, las personas que imaginan sucesos terribles, comienzan con miedo a una cosa o acontecimiento y terminan con temor a su propio miedo o a los sentimientos "horribles" que experimentan cuando están temerosos. Por consiguiente, se mantienen apartados no sólo del acontecimiento original, sino también de cualquier símbolo, idea o representación del mismo. Ante esta situación, el terapeuta puede combinar las explicaciones de la TRE y la discusión con los pacientes sobre la condición de ansiedad con cualquier técnica, hasta lograr que se enfrenten (en su imaginación) a los objetos originalmente temidos, a fin de ayudarlos a superar la ansiedad incómoda y el miedo acerca de sus temores.

Existen varios procedimientos de imágenes, entre los cuales se encuentran:

Sensibilización y desensibilización ocultas

Con este procedimiento, el terapeuta puede, por ejemplo, hacer que los pacientes con miedo a la cirugía, imaginen que tendrán experiencias y resultados agradables al someterse a una intervención quirúrgica.

Implosión o inundación imaginaria

Conocido como método de Stampfl (1958, citado en Wolpe, 1977), consiste en hacer que los pacientes quienes tienen un gran miedo a los procedimientos médicos, imaginen una y otra vez estar siendo sometidos a dichos procedimientos, hasta lograr que ellos mismos se insensibilicen a tales imágenes.

Inhibición recíproca

También llamada técnica de Wolpe (1977), por la cual, los pacientes imaginan ser sometidos a los procedimientos médicos que tanto temen, permitiéndoles avanzar mentalmente cada vez más en la experimentación de dichos procedimientos, pero interrumpiendo sus sentimientos de ansiedad con técnicas de relajamiento, como la relajación progresiva de Jacobson.

Venciendo sentimientos de inutilidad

En general, los problemas emocionales que el terapeuta encuentra en sus pacientes, están relacionados con la molesta ansiedad o con la poca tolerancia a la frustración. Esta última crea graves sentimientos de nerviosismo, ansiedad, angustia y depresión. El paciente puede llegar a sentirse tan molesto por tales síntomas que con frecuencia se altera más por los mismos que por los problemas médicos originales; a veces, es casi imposible precisar dónde terminan los síntomas primarios y dónde comienzan los secundarios.

La ansiedad del yo procede de manera particular de tres premisas irracionales que los individuos establecen sobre los acontecimientos de sus vidas y que pueden resumirse en la siguiente frase: *Tengo que actuar bien y obtener la aprobación de las personas importantes, y si no logro lo que debo a este respecto, será terrible, no podré soportarlo y seré un ser despreciable*. Lo anterior da por resultado, en el punto C (véase página 71, punto C), sentimientos muy arraigados de depresión, angustia, inadaptación e inutilidad.

El terapeuta puede mostrar o enseñar a sus pacientes algunas técnicas para contrarrestar la fuerza del síntoma, como las siguientes:

"Usted está evaluando sus atributos en forma parcial y definitivamente no .. es lo que piensa. Sus características no son iguales a esos puntos negativos que piensa que tiene; usted es un ser humano cabal." En cambio, decirte "Usted es malo o inútil", debido a una determinada característica que constituye una generalización de algo parcial, no es lógico, ni demostrable.

"Usted, como ser humano, es tan complejo que es probable que no pueda ser objeto legítimo de una clasificación única. En verdad tiene miles de rasgos y modos de proceder, bastante distintos en su mayoría. Por tanto, ¿cómo pueden, usted o cualquier otro, sumarlos o multiplicarlos, dividir por el número total de características involucradas y obtener una ; clasificación general de su ser?"

"Usted constituye un proceso en marcha, en cambio constante. Tiene un pasado, un presente y un futuro hasta el día de su muerte. ¿Cómo va a saber o a predecir con exactitud, en qué forma se conducirá en el futuro?"

"Cuando usted se clasifica a sí mismo en su individualidad o en su totalidad, puede parecer que está intentando ayudarse a vivir y a disfrutar, pero en realidad está persiguiendo metas mágicas. Está tratando de probar que es mejor o peor que otros seres humanos y que es en verdad ' especial, lo cual significa que está preocupado por ser superhumano o subhumano, pero es una tarea inútil, ya que es muy improbable que la consiga."

"Cuando usted se siente inadaptado, menospreciado o inútil, está suponiendo (de manera consciente o inconsciente) que hay alguna clase de fuerza especial o de destino en el universo que lo vigila para ver si sus características y sus actos son lo bastante buenos, en caso contrario lo condenaría y lo castigaría durante toda su vida en la tierra y tal vez en la eternidad. Esta fuerza que todo lo ve, que le da merecimientos o desmerecimientos no puede ser probada y tiene pocas posibilidades de existir, por lo que al creer en ella tenderá a sentirse sin méritos y no tratará de mejorar sus rasgos o sus realizaciones."

"El hecho de clasificarse a sí mismo y a sus diversos actos, sería de utilidad sólo si lo hiciera con el fin de sobrevivir y disfrutar, puesto que introduciría un importante elemento correctivo con el cual tendería a mejorar sus formas de pensar, sentir y comportarse. Sin embargo, al iniciar esta clasificación, por lo general acaba haciéndose un daño inmenso."

Siguiendo con la misma línea, Ellis y Abrahms (1980), mencionan algunas formas de clasificarse a sí mismo:

"Usted se aparta de su meta (cambia sus características) y se concentra en lo que otros piensan de usted, en la condenación, en cosas que absorben su tiempo y energía, y que hacen menos eficaz el cambio."

"Usted elabora sus sentimientos abrumadores de ansiedad, desesperanza, depresión e inutilidad, pues éstos obstaculizan su capacidad de concentrarse en cambiar sus actos para mejorar"

"Si usted, en lo personal, aspira a cualquier clase de bondad, total o universal, fracasará de manera inevitable porque es humano y falible, y tendrá como consecuencia sentimientos de inferioridad."

"Usted se siente malo o culpable aun cuando se autclasifica como buena persona, pues ésta es tan sólo una victoria temporal, ya que entonces tendrá que mantener su bondad y en consecuencia cuidar de su comportamiento de manera incesante para asegurarse de que no fallará. Así, en el fondo seguirá angustiado aunque por algún tiempo se sienta idóneo."

El terapeuta puede además, de manera justificada, advertirle a los pacientes que por ser humanos y haber sido criados en una sociedad humana, poseen fuertes tendencias biológicas y sociológicas, por lo que es muy poco probable que lleguen a ser perfectos no clasificadores. Si bien es deseable clasificar los actos para mejorarlos, hay que mantener el ideal de no clasificar en absoluto su yo, su totalidad.

Empleo del humor e intención paradójica

La TRE siempre ha subrayado el empleo del humor y de la intención paradójica en la psicoterapia. Según Ellis (1980) el trastorno emocional consiste, en buena parte, en tomar la vida demasiado en serio y en exagerar el significado de las cosas. Cuando las personas tienden a ser muy serias sobre sus deseos y frustraciones, un método para ayudarlas a superar esto es reducir al absurdo, de un modo humorístico, sus creencias irracionales.

En su trabajo titulado "La diversión como psicoterapia" Ellis y Grieger (1977, citados en Ellis y Abrahms, 1980) dan pautas para emplear este tipo de terapia. Los autores sugieren que el terapeuta debe, primero, ayudar al paciente a asumir la responsabilidad de sus propios trastornos y a no eludirla; segundo, auxiliarlo a aceptarse a sí mismo de manera incondicional, señalando en forma humorística y paradójica la horrible persona que es en realidad por cometer errores o por no cumplir con sus propósitos; tercero, bromear acerca del perfeccionismo del paciente; cuarto, utilizar el humorismo para apoyarlo en la aceptación de muchos aspectos de la realidad que no le gustan; y quinto, atacar con sentido del humor las exigencias y demandas de absoluta certidumbre de su paciente.

El uso de canciones humorísticas racionales es la técnica más reciente de la TRE. Tales canciones son cognoscitivas porque comprenden una filosofía racional de alguna creencia irracional; son emotivas por lo musicales y porque a menudo se adaptan a canciones que ya tienen una cualidad evocativa y dramática; además, son conductuales porque han sido ideadas para ser repetidas de manera mental por los pacientes.

Mediante estos métodos el terapeuta ayudará al paciente a sonreír y, por consiguiente, a aceptarse a sí mismo con sus puntos vulnerables y sus fallas; también podrá esclarecer algunos de sus comportamientos contraproducentes, de manera que no resulte amenazador el aliviar la monotonía y la excesiva seriedad. Dichos métodos ayudan, de modo paradójico, a pensar y a actuar en forma opuesta a algunos de los modos no efectivos usuales y muestran al paciente lo irracional, lo realista, lo irrisorio y lo divertido de la vida.

■ CONDUCTUALES

La TRE es sinónimo de lo que con frecuencia se llamó Terapia de Comportamiento Cognoscitivo (TCC), pero a diferencia de ésta posee un componente emotivo carac-

terístico, que la hace más completa. La TRE es un método de terapia muy amplio, ya que contiene tácticas cognoscitivas, emotivas y conductuales; de estas últimas una de las más importantes es el Condicionamiento Operante y Procedimientos de Autocontrol. Una forma de condicionamiento operante es lo que se llama control de contingencias (Premack, Lloyd y Home, citados en Bilis y Abrahms, 1980), donde las personas elaboran uno de sus comportamientos difíciles (como la autodisciplina) dependiente de una de sus conductas fáciles y satisfactorias.

El terapeuta de grupo puede enseñar a sus pacientes a establecer programas de autoayuda de modo que los induzca a llevar a cabo actividades difíciles o disciplinadas que tendían a evitar, es decir, el paciente deberá definir qué es lo que le agrada (conducta satisfactoria) para después establecer un control sobre dicha conducta incluyendo la difícil.

Esta técnica puede emplearse para seguir dietas, dejar de fumar, y otros; ayuda a las personas a realizar tareas que consideran molestas y que por lo general evitan. En realidad, en cuanto se privan de alguna gran satisfacción y hacen que su compromiso con esa actividad sea contingente con su autodisciplina, esta última aumenta en gran medida, obteniéndose con frecuencia sorprendentes resultados. Por supuesto, no todas las personas pueden trabajar con esta técnica pues muchas de ellas no logran adoptar ese régimen y por tanto no permiten que funcione.

Entre las principales formas de autocontrol se encuentran la asignación de tareas, los métodos de relajación, el entrenamiento en destrezas, el control de estímulo, y la práctica y refuerzo de las cogniciones racionales.

■ EMOTIVAS

La terapia racional emotiva utiliza palabras y frases muy fuertes, sumamente expresivas e impregnadas de emoción, incluyendo groserías como "pinche". Tales palabras tienen un significado y un sentido más intenso que sus sinónimos menos emocionales. Si un paciente aprende a utilizar las palabras y frases emocionales correctas consigo mismo, podrá superar los problemas psicológicos o al menos contenderá con ellos. Algunas de las técnicas emotivas utilizadas son las siguientes:

Imágenes racional emotivas

Hippolyte Bernheim, psiquiatra e hipnotizador francés, implantó en la década de 1870 los métodos de imaginación, en especial aquéllos que incluyen imágenes o pensamientos positivos. Emile Cové subrayó los aspectos de la autosugestión durante la primera década del siglo XX y fue pionero en la técnica de "día tras día, en cualquier aspecto, me estoy haciendo cada vez mejor". Algunos otros autores extendieron la técnica del pensamiento positivo al introducir en ella a la imaginación.

Desde el punto de vista de la terapia racional emotiva, el pensamiento y las imágenes positivas proporcionan buenos resultados debido a que también abarcan elementos filosóficos. Sin embargo, las imágenes del mismo signo (o el pensamiento positivo) tienen algunas limitaciones, como por ejemplo las que señala el cuadro 7-3.

Debido en parte a esas limitaciones intrínsecas, las formas usuales, superficiales y paliativas del pensamiento positivo y de las imágenes positivas, han sido reempla-

Cuadro 7-3. Algunas limitaciones de las imágenes usadas en la TRE

Tienden a disimular más que a reemplazar los conceptos de fracaso de los pacientes.

Subrayan el éxito como medida de valía humana; por tanto, si el paciente fracasa, vuelve a menospreciarse a sí mismo y tal vez con mayor intensidad.

Desde el punto de vista filosófico, no constituyen una técnica profundamente centrada o de reestructuración cognoscitiva.

Son paliativas más que curativas, ya que cuando se utiliza el pensamiento o las imágenes positivas, se posee la filosofía fundamental de que se carecerá de mérito alguno si se fracasa.

zadas. Los terapeutas de grupo en terapia racional emotiva hacen particular énfasis en el empleo de las imágenes racional emotivas, pues éstas llegan mucho más allá del pensamiento positivo y pueden ser enseñadas con facilidad a casi todos los individuos que tienen problemas. Dichas imágenes pueden utilizarse para ayudar a superar los trastornos potenciales o reales acerca de los problemas de salud.

En la TRE se intenta convencer a los pacientes mediante las imágenes racional emotivas de que pueden hacer muchas cosas que piensan no podrían hacer y tener sentimientos apropiados que creen están fuera de su alcance; sin embargo, también debe mostrárseles que aun cuando fracasen no son gente fracasada sino sólo personas que hasta ahora no han tenido éxito.

Una vez que los pacientes hayan trabajado para considerarse a sí mismos con ecuanimidad (aunque fracasen), serán más capaces de practicar, de nuevo, las tareas en las que fallaron y podrán aumentar sus posibilidades de éxito futuro, pero este último nunca es indispensable sino sólo importante. Hay que asegurarse de que sí puedan alcanzar la meta en la que antes fracasaron.

Aceptación incondicional

Esta técnica apoya en cierto sentido el concepto de aceptación incondicional de Carl Rogers, donde el terapeuta muestra a sus clientes que los acepta plenamente. Sin embargo, Albert Ellis señala una importante semejanza entre ambos, pues aunque para Rogers usar la palabra concepto implica algún tipo de clasificación del individuo; tanto él como Ellis prefieren estimular a las personas a no clasificarse a sí mismas (sólo a sus rasgos, logros y actos) con el propósito de obtener un mayor disfrute.

En la TRE se hace todo lo posible para aceptar por completo a los clientes, al mismo tiempo que se les enseña de manera activa y directa a autoaceptarse. Antes que nada, el terapeuta debe haber experimentado la aceptación incondicional consigo mismo, con sus parientes, con sus amigos y ahora con sus pacientes. A estos últimos, el terapeuta pondrá su mejor esfuerzo para mostrarles que algunas de sus ejecuciones son deficientes; discutirles sus fallas, entendidas como problemas a resolver, para su propio bien; repetirles con paciencia las instrucciones, con un tono que les manifieste la confianza en que ellos serán capaces de cumplirlas de manera apropiada; abstenerse de regañarlos cuando fracasen de manera significativa; mostrarles cómo centrarse en

sus puntos buenos así como en los malos, pues aunque es benéfico tener características favorables esto no los convierte en buenas personas; demostrarles que está seguro de que ellos tienen más capacidad de la que creen tener (si es que la tienen) y, enseñarles algunos de los principios generales de la TRE y los puntos de vista de ésta, sobre la aceptación propia y la de los demás.

Ejercicios contra la vergüenza

La TRE se especializa en ejercicios contra la vergüenza, éstos constituyen un método tanto emotivo como conductual. Ellis (1986) afirma que uno de los componentes de todo trastorno emocional es la vergüenza, sentimiento donde las personas se afectan a sí mismas, al pensar que han hecho algo tonto, ridículo o estúpido y que otros pueden despreciarlas por proceder de ese modo.

En la TRE se trata de inducir a los pacientes cuando se sientan avergonzados de algo, a hacer un A-B-C-D, a discutir de manera activa sus ideas creadoras de humillación.

- A. Se refiere al inicio del momento desencadenante de la vergüenza.
- B. A quién está referido.
- C. Afecto experimentado.
- D. Hacia qué otras personas se siente vergüenza, etc.

Lo anterior los lleva a entender que su comportamiento "tonto" sólo los convierte en personas que han cometido errores y que de ningún modo hace de ellos individuos verdaderamente tontos.

El terapeuta racional emotivo debe asegurarse que sus pacientes pasen por esta clase de proceso de discusión. Se sugiere que éstos experimenten primero un intenso sentimiento de vergüenza para que luego sean capaces de vivir con él hasta lograr desearlo. Este sentimiento puede provocarse impulsándolos a realizar aquello que los humilla, como por ejemplo, usar ropa extravagante, gritar en público, y demás.

Según la TRE, cuando el paciente realiza dichas tareas, tiende a descubrir que las otras personas no están tan interesadas en sus actos como él cree. Cuanto más a menudo las ejecute en el trabajo terapéutico sin sentirse avergonzado, más se aproxima a dejar de preocuparse acerca de las cosas tontas y a veces humillantes que ha hecho, dejando de experimentar menosprecio de sí mismo. Sin embargo, estos ejercicios contra la vergüenza no deben recomendarse cuando es posible que los pacientes sufran un castigo real por llevarlos a cabo.

Revelación de uno mismo

Al igual que la anterior, esta técnica sirve para ayudar a los pacientes a renunciar a sus sentimientos de inutilidad e inadecuación, ya que la mayoría de las personas en realidad desean hablar de sí mismas y expresar sus sentimientos, sobre todo a aquéllos con quienes desean tener relaciones estrechas; sin embargo, en general no se atreven a hacerlo por temor a lo que otros puedan pensar de ellos, ya sea porque fue "tonto" a la revelación o por la forma vacilante e inadecuada en que la llevaron a cabo. Estos

individuos se vigilan a sí mismos de manera constante para sólo exteriorizar cosas en las que no corran riesgos.

A veces, la psicoterapia funciona mejor si el terapeuta hace que sus pacientes manifiesten cosas íntimas, sobre todo vergonzosas, acerca de sí mismos. La primera vez que lo hagan les será difícil, pero conforme lo repitan a otras personas parecerá menos vergonzoso y atemorizante, llegando incluso (alrededor de la cuarta o quinta revelación) a no provocar ansiedad y resultar placentero.

El terapeuta, además, debe hacer sentir al paciente la seguridad de que no se involucrará en dificultades prácticas serias, sino sólo en problemas en que los demás quizá lo consideren tonto o loco, pero sin sancionarlo con severidad.

Desempeño del papel

El desempeño del papel es realizado, por lo general, de un modo abreactivo, con el fin de hacer revivir experiencias emocionales tempranas para su liberación catártica. La TRE utiliza esta técnica, primero, para descubrir cosas en las personas, y segundo, para hacer que utilicen tales sentimientos en el intento por comprenderse a sí mismas y abrirse paso a través de sus ideas irracionales para poder cambiarlas. También se lleva a cabo como forma dramática de prueba de comportamiento; por ejemplo, si algunos pacientes se encuentran bloqueados en su facultad de hablar con otros, y de manera particular en una entrevista, es conveniente que desempeñen ese papel en una terapia de grupo; al hacerlo, los pacientes bloqueados poco a poco se irán descubriendo verbalmente, al sentir la misma clase de vergüenza o de turbación que por lo común sentirían, y al trabajar estos sentimientos en el ambiente seguro que se ha creado con la representación dramática.

Cualquier bloqueo que se produzca en la representación puede ser rastreado hasta sus orígenes en las creencias y frases irracionales que los pacientes se dicen a sí mismos. Los bloqueos pueden abandonarse en virtud de los procedimientos filosóficos y conductuales de la TRE, donde se muestra a los pacientes la forma en que pueden tratar sus premisas negativas o sentimientos destructivos, que los hacen estar bloqueados, sobreexaltados, ansiosos o molestos.

FORMAS DE PSICOTERAPIA DE GRUPO SEGÚN LA TRE

Para abordar la terapia de grupo, la TRE se apoya en un modelo más educacional que médico o psicodinámico, por lo cual está a favor tanto de las sesiones de grupo como de las individuales. Por trabajar con grupos que van desde 20 o 30 personas hasta más de 200, hace pensar que esta terapia está mucho más orientada al grupo que otras técnicas psicoterapéuticas.

El grupo es como una especie de laboratorio donde se puede observar de manera directa la conducta motriz, cognoscitiva y emotiva, lo cual es más eficaz que conseguir información indirecta. Los individuos ansiosos o irritables, que sentirían confianza con un terapeuta individual y escondieran sus sentimientos, son desenmascarados con facilidad en grupo porque se les pide que interactúen con sus compañeros. Escuchar los problemas que tienen otros miembros del grupo y la forma en que los manejan, ayuda a los pacientes a emplear estas comunicaciones en su beneficio, pues

les ofrece una amplia gama de posibles soluciones a sus problemas prácticos y neuróticos.

Los miembros de un grupo de TRE se realimentan entre ellos sobre su funcionamiento y sobre lo que se dicen a sí mismos, con lo cual adquieren práctica en contar a los compañeros sus creencias irracionales y empezar a decirse a sí mismos sus propias irracionalidades. El solo hecho de revelar problemas íntimos a un grupo de personas es terapéutico para el paciente. Las personas en los grupos manifiestan sucesos y sentimientos ocultos a una docena o más compañeros, este tipo de apertura puede servir como una experiencia útil de ataque a la vergüenza o al temor al riesgo, en particular si los clientes son tímidos e inhibidos.

Para poder entender los alcances y limitaciones de la TRE en sus aplicaciones a los grupos, es preciso profundizar en algunos aspectos que se presentan a continuación.

■ FORMAS DE PSICOTERAPIA

Aunque en la actualidad prevalece la terapia de grupo a pequeña escala, la TRE incluye tres formas importantes de psicoterapia:

1. Grupos a pequeña escala, con capacidad aproximada de 10 a 13 personas.
2. Grupos a gran escala, de 50 a 100 o más personas.
3. Entrenamientos intensivos racional emotivos, con varios cientos de participantes.

■ ASPECTOS ESPECIALES DE LA TRE EN TERAPIA DE GRUPO

Los objetivos más importantes que deben considerar los asistentes a los grupos a pequeña escala son:

- Comprender las raíces de sus síntomas y funcionar mejor en sus relaciones intra e interpersonales.
- Entender las dificultades de otros miembros del grupo y servirles de ayuda.
- Minimizar sus perturbaciones básicas para que se sientan bien emocionalmente y se trastornen mucho menos que cuando se unieron al grupo.
- Alcanzar un camino conductual y filosófico para aceptar la realidad desagradable, renunciar a los pensamientos mágicos y sabotadores, tomar la responsabilidad total de sus propias dificultades emocionales y abandonar cualquier forma de autoevaluación; todo esto para aprender a aceptarse por completo a sí mismos y a otros como seres humanos que pueden fallar y cometer errores.

Los terapeutas racional emotivos cuestionan, enfrentan y ayudan a los pacientes a abandonar su perfeccionismo y dictatorialismo, al animar y empujar a todo el grupo a buscar y a refutar los "debiera", "debo" y "estoy obligado a". Tanto el terapeuta como el grupo pueden proponer tareas activas a los participantes, como hablar en voz alta, que serán supervisadas durante las sesiones regulares. Algunas otras tareas, como mantener contactos sociales, se realizan fuera del grupo pero se discuten durante las sesiones, pues se ha encontrado que éstas resultan más eficaces cuando las propone y corrige un grupo que cuando sólo lo hace el terapeuta.

SELECCIÓN DE LOS MIEMBROS DE UN GRUPO

Los grupos de terapia racional emotiva pueden incluir individuos muy diferentes, como por ejemplo, aquellas personas con una perturbación moderada, con neurosis severa, con trastorno antisocial de la personalidad, con trastorno *borderline* y con psicosis. Los clientes deben pasar primero por una o varias entrevistas individuales, y algunos pueden ser rechazados por presentar rasgos de indisciplina, por ser personas verborreicas o maniacas incapaces de escuchar lo que ocurre en el grupo y responder a los demás, por ser demasiado autistas o esquizoides de tal modo que no puedan participar y por ser en extremo hostiles o disruptivos como para ser controladas con facilidad por el psicoterapeuta del grupo o para enseñarles a cooperar con los demás.

■ ESTABLECIMIENTO Y COMPOSICIÓN DE UN GRUPO

El número ideal de participantes de un grupo de TRE, va de 10 a 13 personas, procurando abarcar diversas categorías diagnósticas (neuróticos severos, *borderline*, psicóticos y otros) y de equilibrar el número de hombres y mujeres, considerando todas las edades, desde 18 a 60 años. Hay que animar a los clientes, en especial a los tímidos o con problemas interpersonales, a unirse al grupo, puesto que es más terapéutico trabajar sus problemas con los compañeros que de manera individual, sin que el diagnosticar sea lo esencial.

Las sesiones de grupo se desarrollan de manera organizada, encabezadas por un psicoterapeuta quien se ocupa de que sólo una persona hable a la vez; motiva la espontaneidad sin perder el orden; anima a cada miembro para que hable sobre sus problemas, en particular a los más silenciosos; asigna tareas específicas para realizar en casa, a los miembros que exponen un problema, y después esas tareas son revisadas. El terapeuta establece turnos para hablar con el fin de que nadie monopolice el tiempo del grupo y que nadie se retraiga ni evite participar. Al igual que en otras teorías, también existen normas internas para el grupo. ■ • ^

■ FRECUENCIA, EXTENSIÓN Y DURACIÓN

, , ■ , DE LAS SESIONES DE GRUPO

Los grupos de TRE suelen tener una duración de 2 hrs 15 min, con una frecuencia de una vez a la semana. Como estos grupos también tienen la función de entrenar a futuros psicoterapeutas, incluyen a un terapeuta y a su ayudante en las prácticas. Primero, el grupo está con ambas personas durante 1 hr 30 min; después, en otra habitación, sólo con el ayudante por los 45 minutos restantes. Sin embargo, los grupos de TRE no siempre requieren de dos líderes, puesto que pueden funcionar en grado óptimo con una sola persona preparada y sin ninguna otra ayuda. Además de las sesiones semanales, estos grupos tienen un maratón de diez horas, una vez al año.

Cuando un nuevo miembro se une al grupo, debe asistir por lo menos cinco semanas, después podrá dejarlo cuando quiera; aunque es preferible que permanezca un mínimo de seis meses, pues lleva algún tiempo aprender los principios de la TRE. Los que abandonan al grupo son reemplazados con rapidez por miembros nuevos.

■ MÉTODOS EMPLEADOS

La técnica más importante en la terapia de grupo de la TRE, consiste en que cada miembro exponga un problema común y corriente, como depresión, inferioridad, hostilidad, adicciones y otros. El terapeuta y algunos miembros del grupo le hablan a la persona que manifiesta el problema e intentan descubrir, en primer lugar, su experiencia activadora (A) y su consecuencia conductual-emocional autoderrotista (C). Una vez logrado este paso, le intentan ayudar para que se centre en las creencias importantes e irracionales absolutistas, es decir, en el punto (B), que están creando o causando las consecuencias disfuncionales (C). Luego, estas creencias irracionales son refutadas (D) de manera directa y con fuerza por el terapeuta y el grupo, quienes intentan ayudar a la persona para que aprenda una refutación efectiva y la extrapole a su vida diaria. Los miembros del grupo también le sugieren algunas tareas cognoscitivas y conductuales para refutar las creencias irracionales, las cuales se revisan en la siguiente sesión con el objetivo de comprobar si las ha realizado, si debe continuar tal y como está o si es necesario hacer algún cambio. Durante la terapia de grupo también se emplean los siguientes métodos especiales:

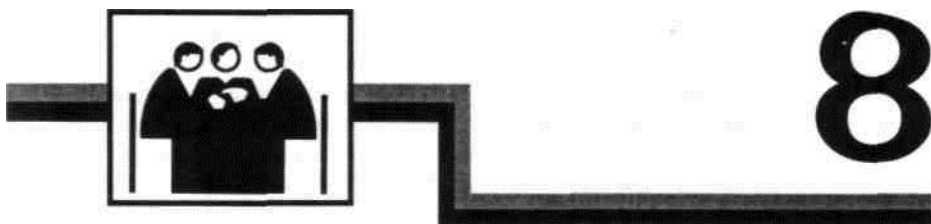
- Ejercicios estructurados, como los de enfrentamiento al riesgo, autorrevelaciones y ejercicios de ataque a la vergüenza, para poder sacar a la luz y manejar los sentimientos que algunos de los miembros no pueden experimentar de manera normal o en caso de experimentarlos no hablan de ellos.
- Se anima a todos los miembros del grupo a que lean libros básicos de la TRE, i ; y cuando inician la terapia se les entrega algunas publicaciones de fácil entendimiento y otros materiales de ayuda que incluyen los elementos teóricos y prácticos más importantes de la TRE.
- Existe a disposición de los miembros una gran cantidad de charlas, talleres, seminarios y grupos especializados de entrenamiento en habilidades, además de su terapia grupal.
- Todas aquellas técnicas individuales ya descritas que sea posible utilizar según el caso.

■ ROL DEL TERAPEUTA

Como ya se ha mencionado, el terapeuta mantiene el orden al asegurar que las personas más calladas intervengan y las demás no hablen demasiado, procurando que la gente exponga sus problemas más importantes. En sí, el papel del terapeuta es activo-directivo a la hora de conducir y dirigir al grupo.

Cuando se trata de refutar creencias irracionales de alguien y de ayudarlo con soluciones prácticas a resolver sus problemas, el terapeuta es quizá el miembro más activo del grupo. Los integrantes hacen preguntas, prueban, enseñan, animan, dan tareas para llevar a casa, presentan ejercicios estructurados, etc.

Los psicoterapeutas de grupo intentan que el proceso activo-directivo de terapia racional emotiva se realice con firmeza y que el proceso del grupo no se deteriore ni genere desánimo, apatía, desorganización, presentación desenfrenada de sentimientos, anarquía u otras formas de comportamiento que en otras terapias se tolera, e incluso se provoca. ■



Teoría y técnica de la terapia gestalt aplicada al grupo

la Gestalt, como terapia, se practica en diferentes contextos y con objetivos muy variados; por ejemplo, con un individuo, parejas, familias, grupos reguladores, grupos de desarrollo personal e incluso en empresas (Ginger, 1993).

Fritz (1968, citado en Perls, 1994) creó un proceso de terapia que en su forma evita conceptos tales como las propias conjeturas o las de otros, dejando el paso al estudio de los datos de la conducta observable que constituye directamente el fenómeno.

La terapia gestalt sugiere la noción de completo o íntegro (gestalt). Esta orientación se refiere a la gestalt como la unidad definitiva de experiencias, donde éstas incluyen la parte física que depende de la percepción de nuestro cuerpo.

El propósito de la psicoterapia es restaurar las partes perdidas de la personalidad, por lo que el terapeuta se dedica, junto con el cliente, al proceso de recuperar sensaciones y conductas que este último ha desechado y que ahora considera que no le pertenecen. También se ocupa de los límites del yo, ya que al rechazar y arrojar allá de éstos los sentimientos y manera natural de ser, la persona se vuelve estructurada y artificial, mostrando formas de comportamiento que tienen poca relación con el verdadero ser. Fritz afirmaba que no podía haber renunciado a algunas de esas partes que conforman la propia personalidad ni de maneras de ser o de obrar, que dan la sensación de ser uno mismo.

Como el concepto del enfoque gestalt implica el estudio del comportamiento y sus relaciones dentro de un contexto único, se concluye que teniendo un buen entrenamiento en esta disciplina, es posible vivenciar el aquí y el ahora de cada situación que se presente, también una amplia gama de alternativas capaces por sí de satisfacer algunas necesidades tanto biológicas como psicológicas que conjunten la maravilla de vivir en el presente (Salama y Villarreal, 1992).

En la terapia gestalt, la experiencia es lo que permite al individuo entrar de nuevo en contacto con su ser rechazado y no "el hablar acerca de...". No basta saber en

el sentido de explicar. Para que la persona conozca su propio poder, para que llegue a confiar en sí misma, para que conduzca a lo que realmente es, para que se enfrente de manera eficaz al mundo sin renunciar a lo que le es valioso, hay que ofrecerle experiencias. Aquí se intenta descubrir y utilizar los papeles sociales fingidos del paciente y llenar los huecos que existen en su personalidad. Su propósito es ocuparse de estos dos problemas, para lo cual utiliza el método de vigilar de continuo la consciencia, usando la voz como instrumento para los papeles y, para los huecos, la evasión y las demandas realizadas por el paciente en la situación terapéutica.

La teoría gestalt asume que el organismo humano y su medio ambiente, que incluye a otras personas, forman una sola unidad indivisible, lo uno no ocurre sin lo otro.

CONCEPTOS BÁSICOS

En la terapia de la gestalt existen una serie de conceptos básicos que es necesario revisar y que se presentan a continuación:

■ HOMEOSTASIS

I ;
lí ;
iv ;

Es un proceso que está en busca de equilibrio de manera permanente, pues intenta satisfacer las diferentes y continuas necesidades del organismo, tanto físicas como psicológicas. También se le ha llamado **proceso de la autorregulación**, ya que mediante éste el organismo interactúa con su ambiente. Si el desequilibrio se prolonga el organismo será incapaz de satisfacer la necesidad apremiante, se enfermará; si falla, sin duda alguna éste morirá.

Un organismo sano es capaz de organizar, de manera consciente, una jerarquía de necesidades aun cuando varias de ellas se presenten al mismo tiempo, atendiendo así a la de sobrevivencia dominante.

■ DOCTRINA HOLÍSTICA

Perls (1976) afirma que lo importante no es proponer una concepción holística universal que considere al individuo como un todo global, sino más bien concebir que el hombre es un organismo unificado. Esta concepción es una de las premisas más trascendentales en la terapia gestalt, no dar prioridad al pensar o a la racionalización, sino, por el contrario, equilibrar la importancia de los mensajes emitidos por el resto del organismo, es decir la comunicación no verbal. De igual manera, este concepto fundamenta una de las funciones preponderantes, según la teoría gestáltica, del organismo: el contacto.

■ MECANISMOS DE DEFENSA i

La gestalt considera la existencia de mecanismos neuróticos como barreras que bloquean la consciencia de la conducta actual, o bien como antiguos residuos de tendencias para evitar la toma de consciencia.

En 1974, Polster y Polster llamaron a estos mecanismos transacciones de la resistencia ya que la persona encauza su energía de modo tal que logra un contacto; si sus esfuerzos no rinden el fruto deseado, se queda con una larga lista de sentimientos molestos, como ira, confusión, fastidio, resentimiento, impotencia, decepción y otros; entonces debe desviar su energía hacia un determinado número de alternativas que reducen la probabilidad de una interacción plena con el ambiente.

Existen cinco canales de interacción resistencial que a continuación se explican:

Introyección

Para la gestalt, es el mecanismo de defensa a través del cual la persona incorpora dentro de sí misma patrones, actitudes, modos de actuar y de pensar que no son en realidad propios; cuando el introyector dice *yo pienso*, por lo general quiere decir *ellos piensan*.

Así como el niño pequeño, antes de su dentición, traga con confianza cualquier alimento que se le ofrece, también traga impresiones sobre la naturaleza de sí mismo. El niño sólo crecerá mediante su capacidad de discriminar, de poder limitar lo propio de lo ajeno.

Proyección

El uso de este mecanismo de defensa implica que el individuo no acepte sus propios actos o sentimientos, pues *no debería* actuar o sentir así (este no debería proviene de alguna introyección), por lo que reconoce su culpa y la atribuye a cualquier otra persona; en cambio posee una aguda consciencia de las características de los demás, que él niega como suyas.

Quien introyecta renuncia a su sentido de identidad y quien proyecta, lo desperdiga; por tanto, devolver los fragmentos de su identidad dispersa es la piedra angular de la elaboración (Polster y Polster, 1974, citados en Salama y Villarreal, 1992).

Confluencia

Se dice que cuando un individuo se siente uno con su ambiente, cuando no siente ningún límite entre él mismo y el medio que lo rodea, entonces está en confluencia con su entorno. Ésta es la ilusión que desean quienes prefieren suavizar y eliminar diferencias, a fin de regular la experiencia desquiciadora de la novedad y la diferencia entre el yo y no yo (Polster y Polster, 1974, citados en Salama y Villarreal, 1992).

Retroflexión

Según Polster y Polster (1974, citados en Salama y Villarreal, 1992), es la función mediante la cual el individuo vuelve contra sí mismo lo que querría hacerle a otro; es decir, hacerse a sí mismo; como cuando una madre aprieta con fuerza sus puños para no golpear de manera brutal a su hijo. Este mecanismo se convierte en neurótico cuando produce una paralización crónica de las energías que se contraponen dentro del individuo. De acuerdo con Perls (1976), es obvio que ninguna persona puede pasar su vida dejándole rienda suelta a cada uno de sus impulsos; al menos tiene que controlarlos. Pero soportar de manera voluntaria impulsos destructivos, en forma deliberada, en mucho es bastante diferente a volverlos contra sí mismo.

Para Polster y Polster (1974, citados en Salama y Villarreal, 1992) existen dos niveles dentro de la retroflexión:

- Cuando el sujeto se da a sí mismo lo que necesitaría de otro (se toca, se compra cosas, etc.) que es el nivel menos dañino.
- Cuando la atención a sus necesidades es mínima, se siente a sí mismo como intocable y ni siquiera puede autogratificarse.

1

Deflexión

Es un medio para enfriar el contacto real, una maniobra tendiente a eludir el contacto con otra persona. No permite que la acción dirigida hacia algo logre su objetivo, con la consecuente pérdida de la fuerza y efectividad; por ejemplo, evitar mirar al interlocutor.

La persona que responde con una deflexión ante los demás o hace como si tuviera un escudo y suele sentirse a sí misma como indiferente, confundida, cínica, vacía y fuera de lugar. Aunque la deflexión es por lo general autolimitadora, también puede resultar útil, el problema empieza cuando la persona se habitúa a ésta.

■ NEUROSIS

La gestalt concibe al ser humano como integrante de un contexto donde las partes están en interacción constante, dentro de un campo que también está en cambio continuo. Perls (1976) señala que lo que compete a los psicólogos y psicoterapeutas en este campo, son las constelaciones versátiles de un individuo también siempre cambiante; porque si ha de sobrevivir, tiene que cambiar de manera constante. Cuando la persona se vuelve incapaz de alterar sus técnicas de manipulación y de interacción, surge la neurosis. Así, las conductas neuróticas son autorreguladoras. La neurosis es una maniobra defensiva para protegerse a sí mismo de la amenaza de ser aplastado por un mundo avasallador.

Entonces, a ciertos impulsos y sus objetos, se les impide ser figura (represión); el sí mismo no puede salir de una situación a otra de modo flexible (rigidez y compulsión); la energía está atada a una tarea (concebida de manera arcaica) que no podrá ser completada.

Perls (1976) menciona que existen capas en la neurosis que es necesario atravesar y romper para lograr un desarrollo óptimo, éstas se presentan en el cuadro 8-1.

■ ASIMILACIÓN

En la terapia gestáltica, el proceso de ingestión y digestión de la comida en el ser vivo sirve como metáfora para entender la asimilación. Un individuo cree que por tomar (morder) una idea, la relación, etc., y considerarla (mastigarla), descubrirá si es nutriente o tóxica. Si es nutriente, al tomarla y considerarla, el organismo la asimila para luego formar parte de sí mismo; pero si por el contrario es nociva, la rechaza. Es posible crecer únicamente si en el proceso de tomar se digiere y asimila de manera plena, después de lo cual, lo que en efecto se ha asimilado, pasa a ser propio.

Cuadro 8-1. Capas de la neurosis, según Perls (1976)

El lugar común o señales	Incluye señales de contacto (como decir "Buenos días" y otras), un intercambio de formalidades y palabras sin contenido afectivo.
Representación de un papel o un como si	Consiste en desempeñar un rol donde la persona pretende ser como le gustaría ser (la víctima, la importante y demás), con el fin de asumir lo que verdaderamente siente ser.
Callejón sin salida o estrato fóbico	Es cuando la persona ya no representa roles y se mete en un callejón sin salida, a un espacio vacío en donde siente que ya no tiene a donde ir, por lo que experimenta sentimientos de pánico y presenta resistencias a ser lo que es.
Implosión o estado de impasse	Aparece como el temor a la muerte o a la nada y consiste en una parálisis de fuerzas opuestas; al experimentarla, la persona se contrae, hace implosión para alcanzar su sí mismo auténtico.
Explosión	Constituye el surgimiento hacia la persona auténtica, el verdadero sí mismo; la persona es capaz de experimentar y expresar sus propias emociones; existen cuatro tipos: estallidos de ira, alegría, aflicción y orgasmos.
Vida	Aquí se poseen ya sentimientos de confianza y afirmación de la creatividad; se es auténtico.

■ AUTORREGULACIÓN ORGANISMICA

Es el proceso que se lleva a cabo para lograr el equilibrio homeostático, el cual se origina a un nivel no consciente. Ya que sucede con frecuencia, puede suponerse que no es una tarea desconocida para el organismo, pues se hace consciente al necesitar un nuevo material del ambiente para completar el proceso.

■ CONTACTO

Este concepto abarca por igual un darse cuenta sensorial junto con una conducta motora; incluye un límite o frontera, que es aquello que enmarca lo que ocurre; es decir, dentro de éste se llevará a cabo la interacción entre el individuo y su ambiente.

Lo importante es que la experiencia ocurre en la frontera entre el organismo y su mente, básicamente en la superficie de la piel y los otros órganos de respuesta sensorial o motora; en tal sentido, la experiencia es una de las funciones de la frontera de contacto. Cabe mencionar que los términos frontera y límite no se refieren a algo que separa al organismo de su ambiente, más bien lo limita, contiene y protege, y al mismo tiempo lo toca.

Perls (1976) menciona que se necesita del contacto tanto como del comer o del dormir y propone que es posible interactuar con tres zonas: la externa, que es todo lo que existe de la piel hacia afuera; la interna, que es todo cuanto hay de la piel hacia adentro; y la fantasía, que son los pensamientos, conceptos, abstracciones, sueños y demás.

Es recomendable no concluir que todo contacto es sano ni que todo retraerse es enfermizo, cada uno tiene su tiempo y lugar, según el individuo y su contexto; para la personalidad integral ambas funciones son fundamentales, además constituyen aspectos diferentes de la misma cosa: la capacidad de discriminar.

Una característica inherente del contacto es la novedad, ya que lo que permanece siempre igual es indiferente para el organismo, por tanto este proceso es creativo y dinámico.

■ CONSCIENTE E INCONSCIENTE

En la práctica de la terapia gestalt, los términos consciente e inconsciente no se utilizan, debido a que la meta de la psicoterapia consiste en que el propio paciente se dé cuenta de sí mismo; aunque no se niega su existencia. En esta orientación lo importante es prestar atención a cualquier aspecto de lo que el paciente sí se da cuenta, de tal manera que la figura borrosa se aclare y logre resaltar sobre el fondo. En este tipo de psicoterapia siempre se trabaja con la conducta consciente.

■ NORMALIDAD

Desde este enfoque, el concepto de hombre normal comprende un individuo bien integrado capaz de vivir en interacción significativa con su sociedad, sin ser tragado ni retirarse por completo de ella. Es el hombre que reconoce el límite de contacto entre sí mismo y su ambiente, quien da "al César lo que es del César" y deja para sí lo que le es propio, lo cual es la finalidad de la psicoterapia. ^ - ,
»

■ POLARIDADES

Este concepto adquirió importancia a partir de que Perls (1976) lo retomara, sin embargo, los opuestos existen como polaridades desde los tiempos bíblicos: el bien y el mal, Dios y el Demonio, o el ying y el yang de la filosofía oriental.

Se sintetiza el principio de diferenciación de opuestos y su inteligencia en una sola unidad. La diferenciación conduce por sí misma a las polaridades, como dualidades que luchan entre sí y se paralizan unas a otras. La concepción de las polaridades sienta las bases para una explicación de la neurosis y psicosis, y facilita la resolución de problemas por medio de la integración de los rasgos opuestos, logrando que la persona se complete de nuevo.

■ SUEÑOS

Respecto de los estudios que Freud realizó sobre los sueños, Perls (1994) afirmaba que los sueños son en realidad un camino privilegiado para lograr la integración de la personalidad enferma. Para este enfoque los diferentes componentes del sueño son fragmentos rechazados de la personalidad.

Revivir los sueños en el presente propicia la integración de lo que permanecía enfermo, lo que era rechazado, esto permite utilizar la energía liberada en un proceso de adaptación creativa, que se refleja en una mayor habilidad para vivir de un modo más auténtico (Salama y Villarreal, 1992).

■ VACÍO

Baumgardner (1978) propuso que el vacío es un bloqueo que el paciente opone al darse cuenta. Literalmente la persona siente un hueco, se percibe afligida y carente de algo. El terapeuta invita al paciente a penetrar en su vacío y a describir lo que suceda, encuentre o vea. Al ver, oír y tocar (todavía en su viaje por el vacío) empieza a responder de manera emocional a lo que percibe, para luego transformarlo en vitalidad y fluidez.

■ DARSE CUENTA

El darse cuenta está caracterizado por el contacto, el sentir, la excitación y la formación de una gestalt. El esfuerzo fundamental en esta terapia es que el paciente advierta cómo está funcionando ahora en su totalidad, como organismo y como persona. Lo que uno puede hacer es ir expandiendo poco a poco esta función, al descubrir y disolver las resistencias que le han obstruido su desarrollo, pero uno no puede ordenar algo de lo que no se percata por lo que debe dirigirse hacia el darse cuenta. Para lograrlo, el paciente debe concentrarse en cada síntoma, en cada área; con ello aprende mucho sobre sí mismo y sobre su neurosis, se enseña a discernir lo que ha vivenciado, lo que hace, cómo sus sentimientos y comportamientos de un aspecto de vida se relacionan con otros.

En los conceptos anteriores concuerdan Salama y Castañedo (1991), además existen otros, propios de Salama y Villarreal (1992) que se exponen a continuación.

■ CICLO DE LA EXPERIENCIA

Este ciclo es común en toda persona y se relaciona con la satisfacción de necesidades; también se le conoce como **Ciclo de Autorregulación Organísmica**. Se trata de un proceso dirigido a lograr el objetivo final de la necesidad de ese momento, remite al contacto, implica vivencia y resolución total de algún asunto inconcluso y consta de varias etapas, mismas que se exponen en el cuadro 8-2.

■ FIGURA-FONDO

En el individuo normal se desarrolla una configuración o gestalt, siendo la figura que le da orden, la necesidad dominante. Cuando una necesidad es satisfecha, la gestalt

Cuadro 8-2. Etapas del Ciclo de Autorregulación Organísmica

Reposo o retraimiento	En esta etapa la conducta del individuo puede ser de total relajación o concentración ya que ha resuelto su necesidad anterior o una gestait; el extremo patológico de este estado lo representa el autismo.
Sensación	La persona pierde su estado de reposo al sentir físicamente algo que aún no logra diferenciar o definir.
Darse cuenta	El individuo hace consciencia del estímulo que desencadenó la sensación de la etapa anterior; por tanto, ya la puede diferenciar y darle un nombre (hambre, tristeza, enojo u otros).
Energetización o movilización de la energía	La persona reúne la fuerza o la concentración requeridas para llevar a cabo lo que su necesidad le demanda.
Acción	El individuo moviliza su cuerpo y hace lo que se requiera para satisfacer su necesidad; por tanto la acción es lo más importante.
Contacto	La culminación del ciclo se logra al llegar a esta etapa, donde la persona experimenta satisfacción y disfruta haber alcanzado lo que se proponía.

organizada se completa o cierra y no ejerce más influencia, quedando libre el organismo para formar nuevas gestait. La psicopatología aparece cuando la toma de consciencia no tiene lugar (la figura-fondo no conforma una unidad clara), o cuando los impulsos no pueden ser expresados.

El proceso de formación figura-fondo es dinámico y ocurre cuando las necesidades, urgencias y recursos que se hallan en el campo otorgan, de manera progresiva, sus poderes de interés, brillantez y fuerza a las figuras dominantes.

Una figura débil en ocasiones se presenta por la existencia de alguna necesidad orgánsmica no expresada o tomada en cuenta. La persona no está del todo ahí, lo cual provoca que su campo total no pueda prestar de manera urgente los recursos para lograr una figura dominante.

Cuando una nueva configuración llega, la manera previa de contacto y el estado con el cual se estaba interactuando son destruidos en pro del nuevo contacto.

IMPASSE

Se presenta cuando no se está obteniendo el apoyo del ambiente y la persona cree que no se puede dar soporte a sí misma, esto ocurre en parte porque la propia fuerza está dividida entre el impulso y la resistencia. El método utilizado con más frecuencia para resolver esto es manipular de manera neurótica a los demás.

La persona que conoce su propia regulación orgánica y se apoya en ésta es una persona sana que intercambia energía con el ambiente y cuyo soporte básico proviene de sí mismo.

■ RESISTENCIA

Es el resultado del continuo, es decir, producto de la pugna entre estabilidad y cambio. La resistencia es un concepto que connota la observación del ambiente, de la renuencia al cambio que experimenta la persona. Aunque se observa alguna conducta o actitud como resistencia, en realidad se está actuando para preservar y mantener la integridad, sin por ello negar el cambio.

■ SELF

Se trata del complejo sistema de contactos necesarios para la adaptación del organismo. Puede ser visto como la frontera del organismo, que lo contacta con el ambiente y por la cual es dinámico.

El *íe*/"posee un potencial de actualización ya que considera que el pasado no cambia y en esencia no se puede cambiar, por lo que es en el presente cuando se presentan una infinidad de opciones posibles de ser reformadas en una nueva figura que emerge del fondo. El *el* que se identifica con alguna de estas alternativas y aleja a las otras; por tal motivo, queda inhibido en la neurosis, donde existe una incapacidad para concebir la situación como cambiante. El *self* espontáneo es la base de la pasión y la acción, promueve la interconexión del organismo con su ambiente.

■ PERRO DE ARRIBA Y PERRO DE ABAJO

Perls (1976) clasifica los opuestos polares y universales (que aparecen en forma de innumerables papeles específicos) con el nombre de **perro de arriba y perro de abajo**, los que más tarde Baumgardner (1978) nombraría como **persona superior y persona inferior**, cuyos papeles se juegan, en general, para obtener control mediante la manipulación de sí mismo y de los demás.

Los papeles del perro de arriba emplean básicamente las palabras y se distinguen por ser directivos: controlan, abruman, sermonean, intimidan, amenazan, saben todo e imponen sus propias reglas a los demás y a sí mismos. El perro de abajo trata de controlar de manera indirecta mediante la pasividad: sabotea, olvida, llega tarde y no puede evitarlo, se esfuerza mucho y fracasa, se confunde y no se compromete.

TECNICAS DE LA TERAPIA GESTALT APLICADA AL GRUPO

Las técnicas gestálticas son flexibles en tanto que permiten al terapeuta de grupo desarrollar su propia personalidad y acoplarla a cada encuentro existencial con su paciente.

Cabe señalar que entre los autores no sólo existen diferencias en cuanto a conceptos básicos sino también en lo que a técnicas se refiere; por ello a continuación se explicarán las propuestas de Salama y Villarreal (1992), las cuales pueden dividirse en tres grandes áreas: supresivas, expresivas e integrativas.

■ TÉCNICAS SUPRESIVAS

Consisten en dejar de hacer todo cuanto sea necesario para descubrir la experiencia que está detrás de una determinada actividad, y pueden tomar la forma de:

Nada

Es importante experimentar la nada ya que es el puente entre la evitación y el contacto. Según Perls (1976) la terapia gestalt es la transformación de un vacío estéril en uno fértil. Cuando se tiene la compulsión de que la nada tiene que ser algo, ésta deja de ser tal. Una vez que la nada es aceptada todo lo demás vendrá por añadidura, ésta se convertirá en una pantalla en la que es posible ver las cosas, un fondo en el que surge libremente una figura y donde el darse cuenta tiene lugar.

Hablar "acerca de"

Por lo general, se aplica la regla de no hablar acerca de durante la terapia para evitar la deflexión. Esta regla implica evitar dar explicaciones a la conducta para justificarla, un diagnóstico personal no científico, o recoger información dudosa para dar una interpretación. Al reducir la deflexión el paciente tendrá mayor disponibilidad para vivenciar lo que le esté sucediendo en el presente.

M

Manipulación

La manipulación de la que otras personas son objeto, es más bien la manipulación de uno mismo dirigida hacia el otro. Perls (1976) la llamó **juegos** que implican la esperanza de lograr la meta, o de aventajar; conllevan competencia y dejan de ser un acto natural de expresión.

Algunos de los elementos relacionados con el tema de la manipulación son muy comunes en los pacientes, entre ellos figuran los que se muestran en el cuadro 8-3.

En la terapia gestalt, siempre se pide el cumplimiento de la regla de oro: expresar vivencias o experiencias, más que imperativos o juicios. También se cuenta con diversas técnicas expresivas que apoyan esa regla de oro, como las que se describen a continuación.

TÉCNICAS EXPRESIVAS

Al invitar al paciente a expresarse, el terapeuta estimula en éste lo que sí es; cuando la persona sea capaz de expresar lo que hasta ese momento no se había atrevido, no sólo estará revelando su ser a otro sino también a sí mismo. Las técnicas expresivas pueden resumirse en tres principios:

Cuadro 8-3. Elementos de manipulación más comunes en los pacientes

Preguntas	Interrogaciones que se hacen como una forma de manipulación dirigidas a obtener una contestación que no expresa la experiencia de quien pregunta; el paciente necesita obtener una respuesta para lograr una mayor evasión y deflexión del asunto del cual se le está cuestionando; también sirven para satisfacer la necesidad del manipulador de desviar la interacción a lo que no es funcional terapéuticamente.
Respuestas	Una vez que se ha hecho una pregunta con el propósito de manipular es importante poner atención en la respuesta que se dé, ya que muchas veces ésta constituye una forma de acceder, de manera pasiva, a la manipulación y no es útil ni para quien pregunta ni para la persona que contesta.
Pedir permiso	Al pedir aprobación, el individuo manipula la situación para delegar a otros la responsabilidad de su manera de actuar; por ser una conducta que va en contra de enfrentar el riesgo y tomar la responsabilidad, la mayoría de los gestaltistas señalan al paciente cuando esto ocurre para confrontarlo con su propia libertad y miedo.
Demandas	La necesidad que tiene un individuo de que otros hagan o dejen de hacer algo, es proporcional a su balance o equilibrio interior; de esta manera, la persona sólo se siente cómoda cuando el ambiente es correcto y en tanto nadie presione los botones que le causan dolor; para ella, otros tienen que coincidir con sus Ideales, pues de lo contrario se enoja; quien demanda no acepta que otros sean, en la misma medida en que no se permite reaccionar ante los otros tal y como es.

Expresar lo no expresado O iniciación de la acción

Este principio es aplicado en distintas modalidades, que a continuación se explican.

Maximizar la expresión

Consiste en provocar situaciones no estructuradas o no previstas por el paciente, el cual se hará responsable de sus acciones en tanto no existan reglas de interacción o alguna conducta específica esperada. En la medida en que una situación no esté estructurada, el individuo se confrontará con sus propias elecciones.

Expresar lo que se siente

En todas las personas existe la necesidad de expresarse para lograr una participación más activa, por lo cual se le pide al paciente que manifieste lo que está sintiendo.

Hacer la ronda

Aquí se le pide al paciente que exteriorice lo que quiera a cada miembro del grupo, o se le brinda una frase determinada según el contexto y dependiendo de lo que esté intentando solucionar en ese momento.

Terminar o completar la expresión

Se dice que existe una situación en la que la gestalt no se ha cerrado o completado, cuando el paciente presenta el sentimiento de no haber terminado; las palabras que nunca se dijeron, las cosas que no se hicieron y que alguna vez se quiso realizar o decir, dejan una huella amarga que enlaza el pasado con el presente de la persona; son asuntos inconclusos. El terapeuta implementa, como técnica, el invitar al paciente a actuar sus fantasías sin descuidar el aquí y el ahora.

Buscar la dirección y hacer la expresión directa

Repetición

El propósito es intensificar el darse cuenta de una acción o una frase determinada del paciente.

Exageración y desarrollo

Va más allá de la repetición, puesto que la mayoría de las veces se da de manera automática después de ésta, un gesto se volverá más claro y preciso, algo dicho se gritará o se susurrará, con un incremento del tono emocional inicial.

Traducir

Consiste en expresar con palabras alguna conducta no verbal, así el paciente logra hacer explícito lo que antes era implícito y además integrar una sensación de totalidad.

Actuación e identificación

La conducta de pensar es una acción simbólica e incompleta hasta que se actúa, lo cual es entendido como completar la expresión total. Cuando el paciente pueda identificarse con todo lo que él es, ya sea bueno o malo, estará asumiendo la responsabilidad de sí mismo y empezará a sentirse integrado.

■ TÉCNICAS INTEGRATIVAS

El objetivo de estas técnicas es integrar las partes desorganizadas del paciente, y son las que se describen enseguida.

Encuentro intrapersonal

Se trata de poner en contacto los diferentes sub-yos intrapsíquicos al pedirle al paciente que haga hablar sus distintos caracteres. Para este tipo de diálogos puede utilizarse la **silla vacía** y la **silla caliente**, sobre las que el paciente se sentará de manera alterna cuando cambie de papel. De los encuentros, quizá los más significativos son el *yo debería* y el *yo quiero*. La integración sólo puede alcanzarse cuando cesa la necesidad de control entre estas dos fuerzas.

Asimilación de proyecciones

Su objetivo es que el paciente incorpore lo que ha disociado, reconociendo como parte de su experiencia aquello que ha rechazado. Esta técnica ha sido utilizada en el trabajo con sueños y pesadillas, ya que gestálticamente los sueños también se ven como proyecciones que hay que asimilar.

TÉCNICAS DE PERLS

Además de las técnicas supresivas, expresivas e integrativas, descritas con anterioridad, Perls (1976) propone, por su parte, las siguientes técnicas gestálticas:

Descorfezando la cebolla

Esta técnica intenta que las personas profundicen en sus conflictos para poder superarlos. Aquí el terapeuta centra su atención en un hecho determinado y trata de profundizar como en capas o cortezas, para lo cual se vale de preguntas y señala al paciente cuándo sus respuestas no son auténticas.

Silla caliente

Aquí se sienta al paciente en una silla frente a los demás y se le invita a expresar o revelar sus conflictos más íntimos. Esta técnica se emplea para llevar a cabo una terapia individual en un ambiente de grupo, donde se asigna a un paciente que esté listo para trabajar sobre un problema. El autor supone que la presencia de otros aumentará la eficacia de las autorrevelaciones del paciente, por lo que induce la presión social para continuar con los compromisos que llevan al cambio.

Silla vacía

Se utiliza para ayudar a los pacientes a aclarar sus sentimientos, actitudes o creencias y a reconciliar (logro cerrado) polaridades en conflicto. Se sienta al paciente sobre una silla vacía y se le alienta a iniciar el diálogo, expresando pensamientos y sentimientos en conflicto, cambiando de silla por cada parte que tome. Al hacerlo, el paciente imagina a otra persona en la silla vacía y se estimula el diálogo con ella, primero hablando para sí mismo y luego cambiando de silla para responder a la persona imaginada. Esta técnica puede emplearse para aclarar la relación con otras personas.

Psicodrama

El objetivo a seguir en el psicodrama gestáltico es desarrollar en el individuo la capacidad para construir un espacio transicional, donde pueda jugar tanto con sus patologías como con las partes sanas de su personalidad.

Esta técnica se puede utilizar a nivel preventivo o terapéutico. La tarea se centra tanto en la integración de los aspectos físicos, emocionales y racionales del individuo (a partir del desarrollo de su capacidad creadora), como en la reestructuración de la situación conflictiva total, para que nuevas alternativas de interacción que antes no eran posibles (debido a la organización que tenía el campo individuo-ambiente) puedan surgir recreando la relación de esa persona consigo misma y con el mundo que le rodea.

Desde la perspectiva gestáltica, la creatividad se enfoca desde el proceso a través del cual se estructura la interacción con la realidad; es el *cómo* de una determinada actitud más que el *por qué* o las causas latentes.

El individuo se comporta con patrones fijos de interacción que le permiten una mayor economía y rapidez de respuestas, pero que a la vez actúan como un impedí-

mentó en la reordenación y búsqueda de la nueva información enriquecedora de su mundo interior. Este modo creativo de enfrentamiento con la realidad puede ser aprendido proporcionándole al individuo formas alternativas de procesar la información, para que su conducta sea menos fija, rígida y estereotipada, y por tanto menos predecible.

El psicodrama gestáltico se lleva a cabo en cinco etapas; conforme se ilustra en el cuadro 8-4.

GRUP09 DE ENCUENTRO GE8TALT

La gestalt se ha practicado principalmente en grupo ya que la interacción social es necesaria para que ésta surja. Los grupos de encuentro se convierten en un espacio.

Cuadro 8-4. Etapas del psicodrama gestáltico

Caldeamiento	Se divide en específico e inespecífico y su objetivo es preparar a los miembros del grupo para la acción, a través de una primera forma de contacto con el equipo terapéutico y los miembros restantes.
Dramatización	Es la puesta en escena del material aportado por el protagonista, transformando el relato en un material vivencial en el aquí y ahora de la situación grupal.
Multiplicación dramática	A través de las múltiples escenas importantes que dramatizan la escena del protagonista, éste se desestructura posibilitando la liberación de una parte de la información que antes permanecía encubierta y excluida de los datos manejados por él.
Escena complementaria	Elaboración terapéutica que busca el cierre de la gestalt, representada esta última por el protagonista y multiplicada por el grupo; se basa en que la figura está en relación dinámica con el fondo, éste le da forma a la figura, de modo que lo que no está aquí como figura está allá como complemento (como fondo); este método de inversión toma su fuerza y el impulso necesarios de los modelos existentes, para alejarse en la dirección contraria; en la escena complementaria se respetan el tema, los papeles y los personajes propuestos por el protagonista, pero invirtiendo algunos de los contenidos emocionales.
Elaboración verbal	Dado que el efecto de una dramatización es momentáneo, la catarsis que produce no puede ni debe considerarse como elemento terapéutico por sí mismo, puesto que hace falta la elaboración verbal; las palabras no son meros significantes que describen una situación determinada, sino que por medio de ellas se posibilita el revivir las emociones que las marca, pues les brinda un significado propio.

en un laboratorio o en un campo de ensayo, para que los integrantes se exploren a sí mismos tal como son en su totalidad. Se busca promover un encuentro, un proceso de crecimiento, un acontecimiento de resolución de problemas, una forma especial de aprendizaje y una exploración de toda la gama de aspiraciones al cambio.

El objetivo primordial es que las personas se desenmascaren frente a los demás participantes, pero para ello tienen que arriesgarse a compartir algo sobre sí mismos. También se pretende revivir dentro del grupo las sensaciones que experimentaron ante un evento, pues sólo reviviéndolas pueden modificarse los patrones de respuesta y proponerse el cambio.

Los grupos de encuentro no tienen orden del día, continúan en cualquier dirección según los deseos de los miembros, parten de la exploración de los sentimientos dentro del grupo.

Para lograr los objetivos de la terapia, se utilizan dos tipos de lineamientos técnicos: las reglas y los juegos. Las reglas pretenden unificar el sentimiento y el pensamiento, esclarecer las motivaciones, eliminar las resistencias y promover el desarrollo personal de los miembros del grupo. No son imposiciones sino parámetros o pautas que garantizan el adecuado curso de la terapia. Las reglas básicas son las que presenta el cuadro 8-5.

Cuadro 8-5. Reglas de los grupos de encuentro gestalt

Asumir la responsabilidad de lo que se dice y se hace.

Dar prioridad a lo que se experimenta aquí y ahora, manifestar las sensaciones, pensamientos y sentimientos en el momento en que ocurren.

Prestar atención al modo en que se atiende a los demás.

Plantear las preguntas en forma de afirmación (a menos que interese un dato en concreto).

Hablar a los demás miembros del grupo de manera directa.

No interpretar el significado real de lo que dice el otro.

Prestar atención a la propia experiencia física, así como a los cambios de postura de los demás, compartir su experiencia.

Considerar que todo lo expresado durante el proceso grupal es estrictamente confidencial.

Aceptar el experimento en turno y correr riesgos al participar en la discusión.

Aprender a posponer y excluir aquellos sentimientos o expresiones que interrumpan, en forma evidente, algún acontecimiento importante en marcha dentro del grupo.

Respetar el espacio psíquico de los demás.

Los juegos, que también forman parte de esta técnica, se pueden trabajar de diversas formas en el grupo. El terapeuta los pone en práctica de acuerdo con las necesidades de los miembros, las características de los grupos y los fines que se persiguen. Existe un número ilimitado de juegos, de entre los cuales se pueden citar:

■ DIÁLOGO

Consiste en escenificar una conversación entre las partes involucradas en el conflicto, ya sea que se trate de personas, animales, cosas, o bien de partes del cuerpo. Se utiliza cuando el terapeuta detecta fragmentación u omisión en el relato del paciente o cualquier tipo de escisión.

HACER LA RONDA

Al realizar el terapeuta un trabajo individual con alguien del grupo, a menudo surge un tema que implica también a otras personas del mismo; por ejemplo, la persona puede estar imaginando lo que los otros piensan de ella. En esta situación el terapeuta puede sugerirle que haga la ronda, es decir, que les diga o comunique en forma individual a cada uno de los miembros del grupo, sus fantasías o imaginaciones, o bien de manera inversa.

■ ASUNTOS INCONCLUSOS

Cualquier gestalt incompleta es un asunto inconcluso que requiere de cierre o resolución. En general, éstos tienen la forma de sentimientos o emociones no resueltos o inexpressados; cuando esto ocurre, se pide al miembro del grupo que tiene algo inconcluso que lo manifieste en forma directa.

■ YO ASUMO LA RESPONSABILIDAD *

La terapia gestalt considera la conducta de la persona, sus sensaciones, sus sentimientos o emociones y su pensamiento, como algo que le pertenece y, por tanto, como su única responsabilidad. Es frecuente que ciertas personas disocien estos actos utilizando la voz pasiva, por tal razón en esta técnica se pide al integrante que después de cada oración añada: *y yo me hago responsable*. Con lo anterior se pretende que éste tome consciencia de que es él quien decide su propia conducta.

■ PROYECCIÓN

Cuando una persona se imagina que otra tiene hacia ella un determinado prejuicio o sentimiento, se le pide que compruebe si eso no es una proyección, imaginando tener ella misma ese sentimiento o prejuicio. A menudo, la persona descubre que tiene el mismo sentimiento que ve en los otros y que además tiene y rechaza el mismo prejuicio que desaprueba en los demás.

INVERTIR ROLES

Cuando el terapeuta considera que la conducta de una persona indica la evitación de un impulso latente, puede pedirle que ejecute el rol opuesto al que ha realizado hasta este momento.

■ CONTACTO/SEPARACIÓN :

Se le pide a la persona que escape de la realidad pero que esté consciente de cuándo y cómo escapa o se ausenta, de cuándo y cómo mantiene el contacto. A menudo, se le pide al grupo que cierre los ojos y se ausente para que después, en el continuo del darse cuenta, cada persona relate su experiencia. El trabajo continúa hasta que el grupo se vuelve al aquí y ahora, una vez cumplida su necesidad de ausentarse.

■ ENSAYO

Se pide a la persona que imagine lo que ocurriría si revelara al grupo lo que siente, y se utiliza cuando un miembro del grupo teme manifestar sus emociones. Esta técnica consiste en ensayar, de manera interna, un rol social futuro. La escena que asusta con anticipación, revela el temor a no ejecutar el nuevo rol del modo correcto.

■ EXAGERACIÓN

Los movimientos pequeños y gestos ligeros pueden sustituir y bloquear la verdadera toma de consciencia de los procesos afectivos; para evitarlo, se pide a la persona que repita y exagere un movimiento determinado. El terapeuta, al observar los movimientos corporales del individuo, los reporta para que éste se dé cuenta de ellos. En otras palabras, al pedirle a la persona que repita y exagere un movimiento determinado, se incrementa la percepción del terapeuta del medio que el paciente utiliza para bloquear la toma de consciencia.

PUEDO OFRECERTE UNA FRASE

Cuando el terapeuta estima que existe un mensaje equívoco y poco claro, puede construir una oración con el mismo mensaje y preguntar al paciente si desea decírla en voz alta, con el fin de que se percate de cómo le suena.

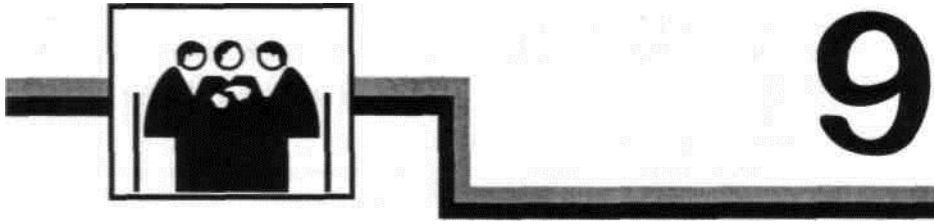
NATURALMENTE Y ES OBVIO QUE

Con frecuencia las personas fracasan al tener que usar sus sentidos y confiar en ellos, pierden o se les escapa lo obvio al buscar en los otros el soporte de sus comunicaciones. La primera de estas situaciones se enfrenta haciendo que el sujeto construya una

frase que comience con *es obvio que*. La búsqueda del soporte de la comunicación verbal puede realizarse de modo experimental, haciendo que la persona añada al final de cada oración *naturalmente*.

■ PUEDE USTED QUEDARSE CON SUS EMOCIONES

Al reportar el darse cuenta, las personas vuelan o se escapan con rapidez de los sentimientos de frustración. A menudo, el terapeuta pide al paciente que se quede con esa emoción, que mantenga el continuo del darse cuenta. Enfrentar ese dolor o placer psíquico es necesario para poder salir del callejón sin salida. ■



Díaz Guerrero: La contextualización

D'urante la psicoterapia el paciente expresa al terapeuta sus problemas; la labor de este último consiste en darle distintos y mayor número de atributos a los que el paciente había usado con anterioridad. Este proceso es al que Díaz Guerrero (1954) dio el nombre de contextualización. El sentido de una palabra depende de las palabras que la rodean, a su vez, una frase puede adquirir diferentes sentidos si hay variaciones en el conjunto de palabras o frases que la demarcan. La contextualización es el conjunto de palabras o frases que rodean y modifican una palabra o concepto y se compone de dos características fundamentales que otorgan validez a los contextos terapéuticos: información y comunicación.

Todas las escuelas o corrientes de la psicoterapia cuentan con diferentes contextos pero tienen en común la dinámica, ésta se refiere a las fuerzas operantes que están detrás de las expresiones verbales del paciente. Para confirmar lo anterior, Díaz Guerrero (1954) dice que la dinámica de una situación o causas del síntoma son más importantes que las palabras con las que el individuo verbaliza. Es claro que las verbalizaciones del paciente difieren de una psicoterapia a otra, pero no el contenido dinámico de dichas verbalizaciones. Esto se confirma al saber que todos los pacientes buscan un ideal, una meta o anhelo y que existen obstáculos o barreras que les impiden llegar libremente a lo que desean; por tanto, la dinámica fundamental está sujeta a dichas metas y obstáculos.

Para encontrar la dinámica de las verbalizaciones que están detrás de los problemas del paciente se pueden usar diferentes tipos de psicoterapias. Para lograr este objetivo es importante tomar en cuenta tres categorías de fenómenos:

1. Forma y técnica terapéutica para manejar los contextos o interacción con el paciente.

2. Validez de los contextos psicoterapéuticos.
3. Explicación que da el terapeuta a la naturaleza de los fenómenos psicodinámicos y psicopatológicos.

Dentro de la psicoterapia, un contexto es válido cuando ayuda a cumplir la finalidad terapéutica, es decir, cuando colabora a que los síntomas desaparezcan de forma permanente. Díaz Guerrero (1954) propuso el siguiente corolario: *Un contexto es más válido entre más rápidamente produzca el cambio en la psicoterapia.*

Para que un contexto tenga validez, es decir, para que produzca la cura o desaparición prolongada de los síntomas, se deben considerar los siguientes puntos:

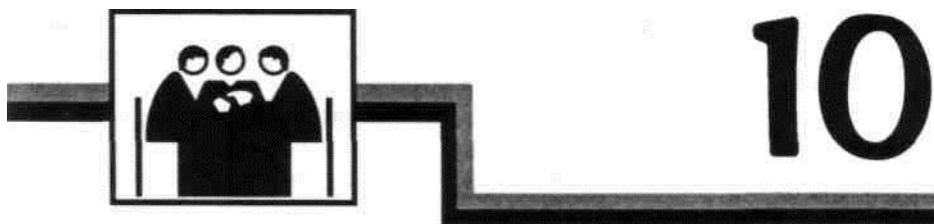
- El grado de enfermedad con que llegan los pacientes.
- El objetivo que pretenda la psicoterapia, ya sea la desaparición prolongada de los síntomas o la mejoría de la personalidad.
- La correlación existente entre el contexto y la evolución del paciente.
- En tanto los pacientes son distintos uno del otro, la validez es individualizada.
- Existen factores externos a la psicoterapia.

Se debe señalar, en atención a lo anterior, que los contextos usados por distintas escuelas tienen aproximadamente la misma validez, la cual se confirma y aumenta cuando hay conexiones lógicas con la(s) premisa(s) emotiva(s) del paciente, se reduce la intensidad emotiva de las mismas y las contextualizaciones representan de manera adecuada la realidad de los pacientes. El terapeuta puede lograr esto al escuchar con atención y objetividad a sus pacientes.

La validez de los contextos es muy importante en el proceso psicoanalítico pero también se deben tomar en cuenta otros aspectos, como una buena y fluida relación paciente-terapeuta, y la atmósfera emotiva de la interacción entre ambos; en cuanto a esta última, cabe mencionar que no debe tener ciertas características (ansiedad, angustia, depresión u otras), por el contrario, debe estar llena de un ambiente positivo con rasgos como el interés, entusiasmo, alegría, etc.

En la dinámica de cualquier paciente se encuentran premisas emotivas. Es importante que el terapeuta, aun sin tenerlo consciente, pueda reconocerlas y encontrarlas. La tarea del terapeuta consiste en identificar la premisa emotiva central, en esforzarse por colocarlas en contextos que tengan una relación lógica con la premisa usando interpretaciones, clarificaciones, afirmaciones y demás, para ayudar al paciente a disminuir la intensidad de sus emociones y de su sintomatología. La premisa emotiva permite reconocer las relaciones entre el contenido de los contextos y las curas terapéuticas, así como los fenómenos de la motivación humana. Cuando el terapeuta logra hacer su tarea, en efecto, se va reduciendo la fuerza o intensidad de las premisas que están conectadas con el síntoma central.

Freud fue un experto en la contextualización debido a su habilidad para encuadrar o colocar en el contexto correcto las premisas emotivas del paciente, lo que dio como resultado la desaparición de los síntomas por periodos largos. Cabe mencionar que Freud usó contextos de alta validez que cumplían con los criterios antes mencionados. Aunque Díaz Guerrero no habla de utilizar la contextualización en un escenario grupal, dada su naturaleza terapéutica es posible emplearla con eficacia en la psicoterapia de grupos. ■



Teoría y técnica de la terapia estructural-sistémica aplicada al grupo

TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

La idea de una teoría general de sistemas fue introducida primero por Ludwig von Bertalanffy (1976), antes de la cibernética, la ingeniería de sistemas y el surgimiento de otros campos afines. Como ocurre con toda noción nueva, el concepto de sistemas tiene una larga historia que incluye muchos nombres ilustres. En la *filosofía natural* se le puede remontar hasta Leibniz; Nicolás de Cusa, con su coincidencia de los opuestos; en la medicina mística de Paracelso; en la visión de la historia de Vico e Ibn-Kaldun, como sucesión de entidades o sistemas culturales; a la dialéctica de Marx y Hegel (Bertalanffy, 1976), por mencionar unos cuantos de la rica panoplia de pensadores.

Sin embargo, la necesidad y factibilidad de un enfoque de sistemas no fue evidente sino hasta hace poco. Fue producto de una necesidad, pues el esquema mecanicista de vías causales aislables y el tratamiento mecanicista resultaban insuficientes para enfrentarse a problemas teóricos (sobre todo en las ciencias biosociales) y a los problemas prácticos planteados por la tecnología moderna. Su factibilidad quedó en claro gracias a distintos adelantos (teóricos, epistemológicos, matemáticos, etc.) que, aún entre balbuceos, lo volvieron realizable de manera progresiva.

No obstante lo anterior, la propuesta de la teoría de sistemas fue recibida con incredulidad por considerarla fantástica o presuntuosa. Para unos era trivial, por resultar los llamados isomorfismos como meros ejemplos del hecho palmario de aplicar las matemáticas a toda suerte de cosas; o bien era falsa y equívoca, en vista de que las analogías superficiales disimulaban las diferencias genuinas y conducían a conclusiones erradas y hasta objetables en el aspecto moral. Para otros era filosófica

e inválida desde el punto de vista metodológico, porque la pretendida irreductibilidad de niveles superiores a inferiores tendía a impedir una indagación analítica cuyo éxito era evidente en varios campos.

Esta teoría comprende un conjunto de enfoques que difieren en estilo y propósito, por lo que hay modelos de sistemas más o menos adelantados y complicados. Algunos conceptos, modelos y principios de esta aproximación (como el orden jerárquico, la diferenciación progresiva, la realimentación, las características de sistemas definidas por las teorías de los conjuntos y las gráficas, entre otros) pueden aplicarse, a grandes rasgos, a sistemas materiales, psicológicos y socioculturales; mientras que otros se restringen a ciertas subclases.

El propósito de esta teoría es la formulación y derivación de aquellos principios válidos para los sistemas en general. Al definirse correctamente el sistema, se hallará que existen modelos, principios y leyes que se aplican a sistemas generalizados sin importar sus particularidades de género, elementos o fuerzas participantes. Una consecuencia de la existencia de propiedades generales de los sistemas es la aparición de similitudes estructurales o isomorfismos en diferentes campos, cuya correspondencia se debe a que las entidades consideradas pueden verse, en ciertos aspectos, como sistemas, o sea, como complejos de elementos en interacción. Esta teoría sería un instrumento útil al ofrecer, por una parte, modelos utilizables y transferibles entre diferentes áreas y, por la otra, al evitar vagas analogías que a menudo han perjudicado el progreso en dichos campos.

Es posible concebir a la presente teoría como una ciencia general de la totalidad, concepto considerado hasta hace poco como vago, nebuloso y semimetafísico. De forma elaborada sería una disciplina lógico-matemática puramente formal en sí misma, pero aplicable a varias ciencias empíricas, cuyas características principales son enumeradas en el cuadro 10-1.

Un sistema puede ser definido como un complejo de elementos interactuantes. Interacción significa que los elementos "p" están en relaciones "R", de suerte que el comportamiento de un elemento "p" en "R" es diferente de su comportamiento en otra relación "R".

Desde esta perspectiva, el organismo es un sistema abierto y no cerrado, pues este último se considera así si en él no entra ni sale la materia; y es abierto cuando hay importación y exportación de materia. Desde el punto de vista biológico, el

Cuadro 10-1. Características de la teoría general de sistemas

- a. Tendencia general hacia la integración en varias ciencias, tanto naturales como sociales.
- b. Integración que parece girar en torno a una teoría general de sistemas.
- c. Dicha teoría pudiera ser un recurso importante para buscar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia.
- d. Al elaborar los principios unificadores que corren de manera vertical por el universo de las ciencias, esta teoría nos aproxima a la meta de la unidad de la ciencia.
- e. Esto puede conducir a una integración en la instrucción científica.

organismo es un sistema abierto en estado (cuasi) uniforme que mantiene una constancia en sus relaciones de masa, en un intercambio continuo de su material componente y energías; de manera continua entra a su interior material del ambiente y sale hacia el exterior el material contenido en su parte interna.

La teoría general de sistemas propone un modelo del ser humano como un sistema activo de personalidad. Esto implica una orientación bolista en psicología, pues en general los acontecimientos mentales y el comportamiento suelen ser reducidos a un manojo de sensaciones, pulsiones, reacciones innatas y aprendidas, o cualesquiera elementos últimos que fuesen presupuestos de modo teórico. Bajo la lente del examen científico, el concepto de sistema procura colocar al organismo psicofisiológico como un todo. El hincapié en el lado creador de los seres humanos, en la importancia de las diferencias individuales, en aspectos que no son utilitarios y están más allá de los valores biológicos de subsistencia y supervivencia, todo esto está implícito en el modelo del organismo activo: "Aun sin estimulación externa, el organismo no es un sistema pasivo sino intrínsecamente activo" (Bertalanffy, 1937, citado en Bertalanffy 1976).

La teoría de los reflejos ha presupuesto que el elemento primario de la conducta es la respuesta a estímulos externos, cuando en realidad el estímulo (o sea un cambio en las condiciones externas) no causa un proceso en un sistema muerto, sólo modifica procesos en un sistema independientemente activo.

Pero este modelo se aplica no sólo a los aspectos de la conducta sino también a los de la cognición. El hombre no es un receptor pasivo de estímulos que le llegan del mundo externo sino que, en un sentido muy concreto, crea su universo. Al reemplazar el concepto de robot por el de sistema, subrayando la actividad immanente en lugar de la reactividad dirigida hacia afuera, se reconoce la especificidad de la cultura humana en comparación con la conducta animal.

La psicología, sobre todo la estadounidense, estuvo dominada por el concepto de organismo reactivo o el modelo del hombre como robot durante la primera mitad del siglo XX. Esta concepción era compartida por las principales escuelas: la clásica y la neoconductista, las teorías del aprendizaje y la motivación, el psicoanálisis, la cibemética, el concepto del cerebro como computadora y otras. Los postulados de la psicología del robot fueron muy criticados; sin embargo la teoría siguió preponderando por razones evidentes, pues era a la vez expresión y poderosa fuerza motriz de una sociedad de masas industrializada; servía de base a la ingeniería del comportamiento en la publicidad y la propaganda comercial, económica, política, etc.; la economía en expansión de la sociedad opulenta no podía subsistir sin tales manejos. Sólo manipulando cada vez más a los humanos como a ratas, como a robots, compradores autómatas, conformistas y oportunistas ajustados de manera homeostática, siguió esta gran sociedad progresando hacia productos nacionales brutos cada vez mayores. De hecho (Henry, 1963), los principios de la psicología académica eran idénticos a los de la concepción pecuniaria del hombre.

Esta incomodidad, así como la inclinación a una nueva orientación, se expresó desde distintos enfoques, como las varias escuelas neofreudianas, la psicología del yo, las teorías de la personalidad, la psicología europea del desarrollo y del niño (Piaget, 1971) aceptada de manera tardía, la nueva visión en percepción y autorrealización (Maslow, 1970), la terapia centrada en el cliente (Rogers, 1972), las actitudes fenomenológicas y existenciales, los conceptos sociológicos del hombre (Sorokin, 1963) y otros. En la variedad de las corrientes modernas hay un principio común: no considerar al hombre como autómata reactivo (o robot) sino como un sistema activo

de personalidad. Desde esta perspectiva los fenómenos psicológicos sólo se hallan en entidades individualizadas que en el hombre se denominan personalidades; por lo que la psicopatología muestra la disfunción mental como perturbación de un sistema, antes que como pérdida de funciones sueltas.

La teoría general de sistemas afirma que el organismo viviente mantiene un desequilibrio, llamado estado uniforme de un sistema abierto, que tiende a dedicar potenciales o tensiones existentes a la actividad espontánea o en respuesta a estímulos desencadenantes, incluso hacia un orden y organización mayores. Lo anterior se debe a que el comportamiento natural comprende innumerables actividades, más allá del esquema E-R; desde la exploración, el juego y los rituales en los animales (Schilder, 1957) hasta las vías económicas, intelectuales, estéticas, religiosas, entre otras, para la autorrealización en el hombre. Por tal motivo, el total relajamiento de tensiones no es un estado ideal puesto que propende a producir angustia insufrible, alucinaciones y otros síntomas de tipo psicótico.

También considera como síntoma de enfermedad mental a la perturbación de la espontaneidad, ya que el paciente se vuelve cada vez más un autómatas, una máquina de E-R, y se ve empujado por pulsiones biológicas, obsesionado por la necesidad de comida, excreción, satisfacción sexual u otros. El modelo del organismo pasivo es una descripción muy adecuada del comportamiento estereotipado de los individuos compulsivos, de los pacientes con lesiones cerebrales, y de la pérdida de actividad autónoma en la catatonía y estados psicopatológicos relacionados, lo cual, además, subraya el hecho de que el comportamiento normal es diferente.

Sostiene que en psicología los límites del yo son tan fundamentales como precarios, ya que éstos se establecen con lentitud en la evolución y el desarrollo y nunca quedan fijos por completo. Se originan en la experiencia propioceptiva y en la imagen corporal, pero la autoidentidad no se establece del todo hasta que se pueden nombrar el yo, el tú y el eso. La psicopatología exhibe la paradoja de que los límites del yo sean a la vez demasiado fluidos y demasiado rígidos.

En contraste con el limitado ambiente del animal, el hombre está abierto al mundo o dispone de un universo, su mundo trasciende con amplitud las ligas biológicas y aun las limitaciones de sus sentidos. Por la necesidad de satisfacción inmediata de motivaciones biológicas, el hombre vive en un mundo no de cosas sino de símbolos (Bertalanffy, 1976). Los varios universos simbólicos, materiales y no materiales, que distinguen las culturas humanas de las sociedades animales, son parte del sistema de conducta del hombre. Podrá dudarse que el hombre sea un animal racional, pero de fijo es de pies a cabeza (desde este enfoque) un ser creador de símbolos y dominado por los símbolos. La distinción entre valores biológicos y en específico humanos está en que los primeros atañen a la conservación del individuo y a la supervivencia de la especie, y los últimos siempre aluden a un universo simbólico.

En consecuencia, los trastornos mentales en el hombre comprenden, por regla general, perturbaciones de las funciones simbólicas. La conclusión que de esto se desprende es que la enfermedad mental es un fenómeno típico humano. Los animales, por experiencia empática pueden exhibir en la conducta, según se alcanza a comprender, todos los trastornos perceptivos, motores, alucinaciones, sueños o actos fallidos que se quiera, pero carecen de las perturbaciones de las funciones simbólicas que son ingredientes esenciales de la enfermedad mental. En los animales no puede haber perturbación de ideas, delirios de grandeza o de persecución, por la sencilla razón de que no hay ideas de las cuales partir. La neurosis animal es apenas un modelo parcial

de la entidad clínica. Esta teoría sostiene que lo anterior es la razón última de que tanto el comportamiento como la psicología humanos no sean reductibles a nociones biológicas, como la restauración de la homeostasis, el conflicto entre pulsiones biológicas, relaciones madre-hijo insatisfactorias y demás, pero sí, todo esto es parte del sistema de una persona.

Otra consecuencia es la dependencia de la enfermedad con respecto a la cultura, tanto en sintomatología como en epidemiología. Es decir, la respuesta a la falta o no de salud mental de un individuo depende, en última instancia, de que disfrute de un universo integrado congruente con su marco cultural. Este criterio comprende todos los fenómenos de la psicopatología en comparación con la normalidad y deja lugar a la dependencia de las normas mentales de la cultura. Lo que es normal en una cultura quizá sea patológico en otra, según han mostrado los antropólogos culturales.

La enfermedad mental es concebida, a fin de cuentas, como una perturbación de las funciones de sistema del organismo psicofísico. Por esta razón, síntomas o síndromes aislados no definen la entidad patológica.

Pero ahora se retomarán los aspectos más específicos de la teoría general de sistemas, que ha tenido sus principales aplicaciones a nivel grupal como terapia estructural-sistémica. Esta aproximación ha permitido la comprensión de muchos aspectos del funcionamiento del sistema humano y de los grupos humanos, ya que de acuerdo con lo antes expuesto, el ser humano, el grupo familiar y el grupo psicoterapéutico serían ejemplos de sistemas. Estos tienen en común el estar constituidos por elementos que se interrelacionan, produciendo reacciones y contrarreacciones entre si mismos; son sistemas que se autocontrolan por medio de leyes.

La mayor contribución de la presente teoría reside en la terapia familiar, la cual está regida por sus leyes y principios; a diferencia de la psicoterapia de grupo que está basada en teorías y técnicas, cuya metodología es la interpretación de procesos inconscientes (Grinberg, Langer y Rodríguez, 1957). Para entender con mayor claridad la distinción entre ambos conceptos, se da una definición más amplia de los grupos que contienen:

Grupo Familiar. Es un grupo primario natural; se le considera fundamental para proveer la gratificación de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su dependencia deben encontrar plena satisfacción a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo (Sánchez, 1984).

Grupo Psicoterapéutico. A diferencia del anterior, este es un grupo primario artificial. Puede ser definido como un conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, por ejemplo el consultorio médico, a una hora establecida de común acuerdo, y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común: la curación. Todas estas personas y cada una de ellas en particular, desempeñan, de manera inconsciente, determinadas funciones en estrecha relación de interdependencia. Estas funciones están sujetas a cambios continuos, en tanto que el terapeuta o psicólogo desempeña el papel de líder formal en el grupo.

con base en lo anterior, se expondrán ahora las aplicaciones de la terapia estructural-sistémica al grupo, de manera específica a la familia, partiendo del enfoque de la

escuela estructural dentro de la terapia familiar representada por Minuchin y colaboradores (1967, citado en Minuchin, 1974). Esta línea teórica, que conceptúa a la familia como un sistema, fundamenta su trabajo en la estructura familiar, que es en esencia el conjunto de funciones que organizan la manera en la que interactúan los miembros de la familia y su objetivo es la transformación de la estructura misma.

La escuela estructural sigue los postulados de la teoría general de sistemas de Bertalanffy (1976), en la que se deduce que la familia no debe de ser entendida sólo en función de las personalidades de sus integrantes, sino que también y en gran medida hay que tomar en cuenta las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen, es decir, la familia constituye un sistema abierto donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en él mismo. El sistema familiar desempeña sus funciones a través de subsistemas que pueden formarse por generación, sexo, interés o función; aparecen entonces, subsistemas organizados como el conyugal, el formado por padres e hijos y el de los hermanos.

La escuela estructural está enfocada a la organización de la familia y busca un cambio a este nivel. En la terapia familiar sistémica se usa el concepto del paciente identificado, o miembro familiar identificado; este miembro de la familia es el que más ha resentido, asimilado y se ha impregnado de la disfuncionalidad y la patología de la familia. También puede ser designado como chivo expiatorio, ya que en él se depositó toda la problemática predominante de uno o varios miembros, o de toda la familia.

iii

ASPECTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA ESTRUCTURAL-SISTÉMICA APLICADA AL GRUPO

Existen cinco parámetros dentro de la estructura que nos permiten percibir de lo funcional o disfuncional de un grupo familiar. Tales parámetros son los siguientes: jerarquía o autoridad, límites, alianzas, territorio y geografía o mapa.

■ AUTORIDAD

\ . .

Todo sistema está jerarquizado. En la familia, la autoridad se distribuye en varios niveles y se manifiesta de diversas formas en cada contexto. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas.

El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario; por ejemplo, el niño al interactuar con su padre prescinde del poder que ejerce al interactuar con su hermano menor.

Es muy importante que la autoridad quede bien definida en cada contexto familiar. Lo funcional consiste en que ésta sea compartida por los padres en forma flexible, pues si alguno de ellos la monopoliza en forma predominante es posible que el otro miembro de la pareja se sienta relegado. También es importante que ambos padres respeten entre sí las órdenes dadas a los hijos, ya que en caso contrario estarían descalificando su autoridad ante éstos.

En ciertas familias, alguno de los hijos es quien tiene todo el poder; otras veces lo tienen los abuelos o los tíos, aun por encima de los padres, lo cual es posible que genere conflictos.

■ LÍMITES

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Una familia bien organizada tiene sus límites definidos con claridad. Por ejemplo, los límites generacionales son aquellas líneas imaginarias que dividen los roles de padres e hijos y definen los derechos y obligaciones de los mismos; cuando los hijos interfieren demasiado en asuntos particulares de los padres se dice que no se están respetando los límites.

Es importante señalar que los límites de los subsistemas deben ser precisos para que se desarrollen las funciones sin interferencias, y lo bastante flexibles como para permitir el contacto entre los miembros de los subsistemas. Un sistema familiar que incluya a los abuelos puede funcionar de modo perfecto mientras que las líneas de responsabilidad y autoridad estén definidas con exactitud.

La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. En las familias amalgamadas (unidas en exceso), el individuo tiene una sensación exagerada de pertenencia a la familia que implica una mínima autonomía personal. En las familias desligadas (demasiado independientes), la autonomía personal es muy respetada aunque se pierde el sentido de pertenencia al grupo familiar. Las familias funcionales han encontrado un justo medio entre el extremo amalgamado y el desligado.

■ ALIANZAS

Se llama así a la liga abierta o encubierta entre dos o más personas de la familia. Las alianzas más funcionales son las que incluyen a miembros de la misma generación y del mismo sexo. Cuando estas ligas se establecen entre miembros de diferentes generaciones con el objeto de perjudicar a un tercero, se dice que se trata de una coalición; por ejemplo, cuando un hijo y su madre se asocian contra el padre.

■ TERRITORIO

Se refiere al espacio que cada cual ocupa en determinado contexto. Un caso de poca territorialidad es cuando el padre sólo se limita a traer dinero al hogar. Otro caso es cuando en una familia se da preferencia a los hijos varones por el simple hecho de serlo, mientras que las hijas, por ser mujeres, quedan un tanto marginadas y con menor territorio.

■ GEOGRAFÍA

Se refiere a la representación gráfica de la organización familiar, que proporciona al terapeuta datos para entender la dinámica familiar.

ASPECTOS TÉCNICOS DE LA TERAPIA ESTRUCTURAL-SISTÉMICA APLICADOS AL GRUPO

Dentro de los aspectos técnicos del enfoque estructural-sistémico cabe destacar que la actitud del terapeuta en las primeras sesiones con la familia o el grupo se encuentra bajo la siguiente premisa: *La familia se transforma sólo si el terapeuta puede ser capaz de unirse al sistema; es importante que se use a sí mismo para transformar, para modificar su funcionamiento y su organización. El debe adaptarse a la familia e intervenir de forma que ésta lo acepte. Sus metas, objetivos, tácticas y estrategias, todas dependen del proceso de aliarse, de unirse.*

Las técnicas que utiliza Minuchin (1974) en la terapia familiar se pueden clasificar en dos grandes áreas: técnicas de unión y acomodamiento y técnicas de reestructuración.

■ TÉCNICAS DE UNIÓN Y ACOMODAMIENTO

Estas técnicas constituyen la base de la terapia del enfoque estructural y se utilizan al inicio de la formación del sistema terapéutico. Los conceptos de unión y acomodamiento describen el mismo proceso al momento de llevarse a la práctica, pues por lo general van de la mano. En el primero, el terapeuta se utiliza a sí mismo para unirse al sistema familiar; en el segundo, el énfasis se hace en la adaptación del terapeuta a dicho sistema con el objeto de lograr alianzas. Para lograr aliarse al sistema, el terapeuta debe aceptar la organización, cultura y estilo de la familia y fundirse con ellos.

Para el terapeuta, el objetivo de unirse a la familia que estudia consiste en poder comprender la forma en que está estructurada. Para lograrlo, se acomoda a su distribución, experimenta las presiones que de ahí surgen y adopta sus formas de organización, pero al mismo tiempo es capaz de desligarse de la familia para poder analizarla y conservar su papel de liderazgo. Entre las técnicas de acomodamiento se encuentran las siguientes:

Mantenimiento

En esta técnica el terapeuta mantiene y respeta las pautas transaccionales ya existentes, y acepta las formas de relación de la familia. Por ejemplo, en una familia donde la madre es la máxima autoridad, el terapeuta inicia la sesión hablando con ella acerca de sus hijos, reconociendo así su jerarquía y liderazgo.

Rastreo

Consiste en hacer preguntas para clarificar cuestiones, realizar comentarios aprobatorios o estimular para la aclaración de un punto. Por ejemplo, el terapeuta puede rastrear la comunicación del padre con el hijo mayor: "¿Le dijo Pablo que había reprobado matemáticas?, ¿Cómo se enteró?"

Mimetismo

Radica en que el terapeuta se asemeje o imite a los miembros de la familia, para acomodarse a ella. Por ejemplo, el terapeuta puede utilizar los siguientes comentarios

con un adolescente de la familia: "Mi padre también era muy autoritario", "Sé lo que implica ser el hijo mayor", etc. Esto favorece la similitud pues tanto el terapeuta como los miembros de la familia son antes que nada seres humanos.

■ TÉCNICAS DE REESTRUCTURACIÓN

Las operaciones de reestructuración se distinguen de las de unión por el desafío que plantean. Éstas son interdependientes ya que la terapia no puede lograrse sin la unión, pero ésta no tendrá éxito sin la reestructuración.

Para modificar al sistema familiar, la intervención del terapeuta tiene que dirigirse hacia el desbalanceo del mismo. Con frecuencia, los terapeutas inducen crisis al crear confusión por medio de intervenciones dirigidas a provocar situaciones de inestabilidad, las cuales requieren que la organización familiar se modifique y reestructure. Existen por lo menos siete categorías de procedimientos de reestructuración (es pertinente recordar que el objetivo es la modificación de estructuras), y que a continuación se describen:

Analizar patrones de relaciones familiares

El terapeuta de grupo familiar favorece las relaciones familiares en su curso normal. Ayuda a que la familia actúe los modos de relación por medio de los cuales resuelve sus conflictos, para obtener información de cómo se relacionan; al mismo tiempo trata de que el propio grupo familiar tenga conocimiento de cómo se vinculan entre sí, subrayando la relación de los propios subsistemas y de los sistemas entre sí. Su propósito es lograr la integración familiar. Por ejemplo, el terapeuta puede pedir de manera directa a una joven adolescente que hable con su padre acerca de la falta de comunicación entre ellos. Esto puede proporcionarle indicios acerca de las alianzas, coaliciones, centralidad y otros. Si la madre interfiriera, el terapeuta podría realizar suposiciones acerca del papel de la madre y de las pautas de comunicación existentes en la familia.

Establecer límites

El objetivo primordial es obtener el grado correcto en el establecimiento de límites. Por ejemplo, en el caso de una familia donde la madre comparte con su hija mayor la problemática que tiene con el esposo, se observa que surge una coalición entre la hija y la madre contra éste. Si el terapeuta deseara bloquear esta secuencia, empezaría a establecer límites, al dirigir sus acciones de manera tal que la problemática la enfrenten los esposos sin intervención de la hija.

Escalonar tensiones o intensificar el estrés

Su objetivo consiste en producir estrés en diferentes partes del sistema familiar. Esto le proporciona al terapeuta, y en algunos casos a los propios miembros de la familia, un indicio sobre su capacidad para reestructurarse cuando las circunstancias cambian. Por ejemplo, una forma de incrementar el estrés consiste en que el terapeuta acentúe las diferencias de la familia. Puede dirigirse a la esposa: "Parece que usted no está de acuerdo con el tiempo que su esposo dedica a la convivencia familiar, ¿pueden discutirlo?"

Designar tareas

El terapeuta puede utilizar esta técnica para hacer conscientes las formas de funcionamiento y de relación. De esta manera, los miembros de la familia pueden observarse a sí mismos y a sus propias acciones. Por ejemplo, en el caso de una madre que sobreprotege a sus hijos adolescentes, dedicando todo su tiempo en cuidados y atenciones para con ellos, y que como consecuencia esto le sirve para evitar el contacto con su esposo, el terapeuta puede asignar a los hijos tareas específicas en el hogar para buscar disminuir el vínculo protector madre-hijos y aumentar la proximidad entre los cónyuges.

Utilizar síntomas

El terapeuta familiar considera al síntoma del paciente identificado (la farmacodependencia de un adolescente, problemas severos de conducta en uno de los niños y muchos otros) como manifestación de un conflicto en toda la familia. Puede usar varias técnicas: exagerar el síntoma, incrementar su intensidad, movilizar la atención central a nuevos síntomas o problemas en diferentes miembros de la familia. Un ejemplo de esta última estrategia consiste en enfrentar el conflicto identificado (la depresión de la esposa) al desplazar el terapeuta su atención hacia el problema de otro miembro de la familia (la timidez del hijo adolescente). Con esto se logra que la familia se dé cuenta de que el problema no es sólo la depresión de la mamá, sino que en toda la familia hay conflictos.

Manipulación del humor

Muchas familias presentan un afecto predominante; el objetivo en esta técnica es que el terapeuta manipule los estados de ánimo preponderantes en la familia, como una forma de reestructuración. El terapeuta necesitará muchas veces crear intensidad, para hacer que la familia responda de manera adecuada a una situación que debe vivir como crítica. Por ejemplo, el terapeuta hará una imitación exagerada del afecto predominante en el estilo familiar; así, en una familia donde predomina la agresividad en el subsistema de los hermanos como forma de relación, el terapeuta actúa de manera más agresiva con ellos y los obligará, como consecuencia, a moderar su estilo de contacto.

Apoyar, educar, guiar

Por lo general son operaciones para lograr aliarse al sistema familiar; sin embargo, también poseen funciones de reestructuración. Por ejemplo, el terapeuta puede funcionar como modelo en la forma de comunicación de los padres con los hijos, para luego abandonar esa posición y hacer que los padres asuman esa función.

El enfoque estructural ha hecho aportaciones importantes en el trabajo con familias y grupos donde alguno de los hijos sufre una enfermedad psicosomática (enfermedad originada por desajustes emocionales), como anorexia, asma, etc. En este tipo de familias se han encontrado patrones de relación con las siguientes características: amalgamiento, evasión del conflicto, sobreprotección, rigidez.

Las concepciones teóricas en las que se basa la terapia del grupo familiar pueden ser utilizadas en cualquier tipo de grupo terapéutico. Los grupos están compuestos por sujetos que son en sí mismos un sistema, por un conjunto de individuos que al formarse como grupo también forman un sistema y a su vez diferentes subsistemas; por tanto, es posible aplicar los conceptos teóricos y las técnicas de este enfoque a ellos. ■

Teoría y técnica de la terapia centrada en el cliente aplicada al grupo

la teoría y técnica de la terapia centrada en el cliente fue creada por Carl Rogers, quien nació en 1902, en Oak Park, Illinois; se recibió en la licenciatura en psicología y, en 1928, se doctoró en psicología; además de obtener un doctorado en filosofía, en 1931. En 1940 fue profesor de psicología en la Universidad Estatal de Ohio. Formuló muchos descubrimientos clínicos, que presentó en su libro *Counseling and Psycho-therapy* (1942). En 1945 se incorporó a la Universidad de Chicago, donde encabezó un centro de asesoramiento e impartió la materia de psicología; de esta experiencia salieron muchos proyectos importantes, tales como el desarrollo de una técnica para grabar las sesiones de consulta, así como la elaboración de métodos para el estudio de las respuestas de sus clientes. En su libro de 1951, *Client Centered Therapy: Its Current Practice Implications and Therapy*, Rogers introdujo sus ideas sobre asesoramiento y a la vez trató de formalizar una teoría de la personalidad. En 1957 se trasladó a la Universidad de Wisconsin para desempeñar dos puestos: profesor de psicología y de psiquiatría. En 1964 fue miembro residente del Western Behavioral Sciences Institute en La Jolla, California, en esa misma entidad ayudó a fundar el Centro de Estudios de la Persona. Durante muchos años participó de manera personal en asesorías individuales (1951, 1977, 1980); aplicó sus conceptos y métodos a la vida familiar (1961), a la educación y al aprendizaje (1969), así como a la tensión y conflictos en grupos. A partir de 1970 inició su trabajo con grupos de encuentro, lo cual lo llevó a convertirse en el líder de esta área.

CONCEPTOS BÁSICOS

Existe en todo organismo, incluyendo al hombre, una corriente subyacente que lo mueve hacia la realización plena y constructiva de sus posibilidades inherentes, una tendencia natural al crecimiento. Dicha corriente puede ser reprimida, pero no destruida.

Dicho poder constructivo puede ser liberado. Cuando las personas entran en contacto con esta fuerza interior, la hacen suya y la aceptan, entonces surgen nuevas y estimulantes formas de vida. Cuando se confía en ellas para hacer elecciones y encontrar valor para tomar decisiones responsables, empieza a cambiar su mundo. Cuando los grupos descubren su poder interior, se pone en marcha una revolución silenciosa.

A Carl Rogers se lo ha relacionado con el método fenomenológico, ya que éste se refiere al estudio de las experiencias subjetivas como la más importante de las determinantes del comportamiento. A pesar de que Rogers había desechado cualquier posibilidad del yo como concepto explicatorio, se vio forzado a volver a examinar su lugar en la propia vida y en la de sus clientes, pues en el trabajo como psicoterapeuta observó que quienes acudían a él en busca de ayuda para resolver sus problemas personales, en realidad iban en busca de sí mismos. Por tal motivo su teoría tomó un rumbo por completo nuevo y su nombre se asoció con la teoría del yo. Para entender esto con mayor precisión se explican a continuación sus principales conceptos básicos.

■ TENDENCIA A LA PROPIA ACTUALIZACIÓN Y EL PROCESO ORGÁNICO DE VALORACIÓN

Según Rogers los seres vivos tienden de manera innata a la actualización, ésta se expresa a través de varios motivos específicos que tienen el propósito común de mantener y hacer más atractivo al organismo. Esta tendencia inherente a todo ser viviente le permite desarrollar todas sus capacidades; cuando éste y el ambiente están a tono, ambos se enriquecen y satisfacen sus potencialidades, mientras que un medio de tensiones o un organismo poco saludable dificultan la tendencia a la actualización.

La tendencia de crecimiento y desarrollo también se manifiesta psicológicamente cuando el yo comienza a emerger. Rogers usa el término **actualización propia** para referirse al potencial de desarrollo del yo, el cual se ve reflejado en el deseo de establecer la propia identidad o de conservar el amor propio. La gente saludable lucha por ampliar su vida, por enriquecer y mejorar las condiciones para sí mismo; al satisfacer los requerimientos del yo se contribuye al bienestar de cada persona.

Por otra parte, el proceso orgánico de valoración es una tendencia por medio de la cual las experiencias y los cursos de acción se evalúan de manera positiva o negativa, dependiendo del tono afectivo. La personalidad saludable es aquella que hace y debe hacer elecciones acordes al tono del sentimiento; en teoría, el yo de la persona que la actualiza por completo es congruente con la experiencia del organismo o correspondiente a ella.

BONDAD BÁSICA DE LA NATURALEZA HUMANA

Rogers (1961) considera como uno de los más importantes principios básicos de la naturaleza humana el que sus motivaciones y tendencias sean positivas. Afirma que aun los impulsos primitivos no son ni animales ni egocéntricos ni antisociales, y

que los seres humanos van esencialmente hacia adelante y son sensibles y buenos. Coincide con Maslow (1970) en que las emociones negativas (el odio, la envidia, la destructividad, los celos y otras similares) son sólo productos secundarios de la frustración, de deseos vitales como la seguridad, la aceptación, el amor y autosatisfacción.

■ RESPETO DE LA INDIVIDUALIDAD

Aunque el individuo sea considerado irritable y detestable por los estándares sociales comunes, debe ser tratado con respeto y aceptado como un ser humano con dificultades y problemas que impiden su realización como persona; merece una consideración positiva, entendida como la aceptación incondicional de la persona, aun cuando en el sentido social no sea digno de ella. Algunas veces esta necesidad está tan distorsionada que el individuo privado de consideración positiva tal vez no sepa cómo manejarla cuando se la brindan; al principio puede verla como una amenaza, pero la relación cordial y de aceptación de una terapia no dirigida lo harán aceptar y dar la bienvenida, de manera gradual, a la cordialidad de otra persona.

■ NATURALEZA DUAL DEL YO

Se puede alcanzar el autoconocimiento, al igual que la formación de un concepto propio, como sucede con otros conceptos. El concepto del yo puede o no corresponder de manera adecuada al yo real, la persona tal vez se conozca a sí misma o no y el grado de correspondencia varía de persona a persona. Según Rogers, una gran discrepancia entre el concepto del yo y el yo real trae como consecuencia una personalidad y comportamiento en particular. A veces, tiene mayor peso el resultado del concepto del yo que el yo real, pero otras veces el resultado es directo del yo real sin importar la naturaleza del concepto propio.

Cuando el autoconcepto está distorsionado o mal conformado, como ocurre de manera frecuente con quienes buscan terapia, los potenciales plenos de la persona la conducen a trastornos psicológicos o físicos. Tanto la distorsión defensiva como la malinterpretación perceptiva son muy perjudiciales para el desarrollo y funcionamiento de la personalidad.

■ CONOCIMIENTO Y CONVERSIÓN AL YO REAL

Rogers (1951) informa que en las terapias exitosas, el concepto propio se modifica al utilizar los sentidos y las experiencias viscerales así como al confiar plenamente en sí mismo. Con este conocimiento, la gente sabe lo que está sucediendo en su ambiente y en ellos. Las experiencias ya no se seleccionan ni se transforman para encajar en un concepto propio distorsionado, la persona se da cuenta de su vida cotidiana, y al ser consciente de ésta puede convertirse en una persona funcional.

■ INCONGRUENCIA

Se refiere a la discrepancia entre el concepto del yo y las experiencias reales de éste, la cual conduce a una tensión y confusión internas, debido a que ambas influyen en

el comportamiento del individuo. Una persona con un concepto propio distorsionado tendrá una opinión incompleta de sí misma y fuera de tono con el resto de su personalidad; al ser este concepto incongruente con las verdaderas necesidades del yo, traerá por resultado frustración, emociones negativas y comportamiento antisocial.

Puede confirmarse que esta discrepancia halla su origen en la infancia; por un lado, debido a las evaluaciones negativas de los otros que desalientan los sentimientos positivos hacia el yo; y por otro, a causa de las valoraciones molestas, producto de la idea de que los halagos y reconocimientos deben venir de otros, jamás de uno mismo. Esto acarrea un proceso de evaluación en un solo sentido, donde la persona puede ser mala o en el mejor de los casos neutral, ya que se considera a sí misma inferior y filtra, interpreta e incluso distorsiona, lo que recibe de manera sensible para apoyar la propia concepción.

■ INTROYECCIÓN DE VALORES, CREENCIAS Y COMPORTAMIENTOS

Una forma común de autodistorsión es resultado de la introyección, que consiste en adoptar valores, creencias y comportamientos de otro (por lo general, de alguien con autoridad sobre la persona) y aceptarlas como si en realidad fueran las propias. Este proceso lleva a la incongruencia entre las verdaderas necesidades, sentimientos y deseos del individuo y el conocimiento de los mismos. De esta manera, tanto el crecimiento como el funcionamiento de la personalidad están muy limitados, ya que la gente no puede funcionar en su totalidad cuando su concepción del yo o su conocimiento propio son malas aproximaciones de lo que realmente son.

■ CONDICIONES DE VALÍA POR OTROS

Un niño es por completo dependiente de los otros para su cuidado, necesita del respeto positivo, que no es más que la aceptación de los demás. Según Rogers, lograr este aceptación por medio del apego a normas establecidas o condiciones de valía es un indicio de buen ajuste. En otras palabras, para amoldarse a las condiciones de valía la gente sacrifica su espontaneidad y deseos personales y se adapta a un patrón que puede corresponder o no a su verdadera naturaleza; esto ocasiona una distorsión de concepto del yo que contribuye a la incongruencia entre dicho concepto y el yo real. El concepto del yo se ve muy influido por las condiciones de valía, éstas pueden conducir a un respeto positivo condicional de sí mismo (autocrítica), en lugar de un respeto positivo incondicional de sí mismo (autoaceptación).

■ NECESIDAD DE UN RESPETO POSITIVO

Además de los poderes de recompensa y castigo que poseen en forma natural los padres y otras personas importantes, existe otro aspecto (parte de la naturaleza del niño) que promueve la formación de condiciones de valía, a saber, la necesidad del niño de un respeto positivo. El niño normal se comporta de una manera que revela una fuerte necesidad de aceptación, respeto y amor por parte de quienes lo cuidan.

Dar o recibir un respeto positivo puede tener efectos profundos en el comportamiento del niño; los padres pueden mimarlo, jugar con él y proporcionarle una cordial aceptación o pueden castigarlo, rechazarlo, maltratarlo y en general hacerle la vida muy difícil y desagradable.

El desarrollo de los niños se fomenta mejor con el respeto positivo, con éste llegarán a tener deferencia consigo mismos tanto como hayan sido respetados por otros. Imponer condiciones de valía al comportamiento del niño implica hacer del respeto positivo una condición. Rogers aconseja al padre que desee educar a su hijo de manera sana, desde el punto de vista psicológico, que le brinde respeto positivo incondicional, que lo acepte tal como es y que cuando muestre desaprobación le comunique que no es él a quien desaprueba sino sólo a su comportamiento objetable.

PUNTOS DE VISTA SOBRE ANORMALIDAD

Durante su práctica terapéutica, Rogers encontró que las personas que acudían a él con problemas de personalidad, en realidad estaban tratando de encontrarse a sí mismas. La queja más común era que la vida parecía artificial, sus pacientes aseguraban no ser nada sino una cascara vacía, en lugar de ser una persona genuina, capaz de promover y satisfacer las propias necesidades y deseos, sólo representaban papeles o expectativas culturales de aquello que tenía poder sobre sí mismos. El autor se percató de que las mejorías en el funcionamiento de la personalidad ocurrían cuando el cliente podía descubrir y expresar su yo real.

■ CONCEPTO DEFECTUOSO DE SÍ MISMO COMO CAUSA DE COMPORTAMIENTO ANORMAL

Rogers considera que la motivación más importante del comportamiento es el propio concepto, pues lo que la persona piensa de sí misma influye en todo lo que hace; se actúa como se cree ser; por tanto, tener una concepción defectuosa del yo conlleva anomalías, así por ejemplo, si alguien estuviera avergonzado de lo que considera su yo verdadero (que siempre está actuando), esto lo sumergiría tanto en sus papeles que no experimentaría su yo real.

Mantener los sentimientos y deseos bajo constante control o negarlos por completo (Branden, 1971), hace que la persona nunca se sienta a gusto en su interior, pues siempre se quedará insatisfecha al cumplir con las normas artificiales que ha aceptado como sus propios valores. En vez de tratar de manera directa los síntomas, Rogers asevera que lo mejor es ayudar a la persona a descubrir su yo real, ya que al hacerlo éstos desaparecen.

TRASTORNOS EMOCIONALES

Al parecer, cuando salen mal las cosas en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad, las emociones y los sentimientos son los más perjudicados, pues éstos son la parte que más sufre en un ambiente anormal. Cuando los intentos por expresar

emociones genuinas se enfrentan con castigos y frustraciones, el paciente empieza a negarlas o a reprimirlas, ello lo conduce a cortar aspectos vitales de su propia personalidad y ser una persona artificial. Las reacciones más leves que puede tener consisten en sensaciones de estar atrapado o de tener que estar en guardia y cautela constantes, mientras que las reacciones más serias incluyen sentimientos de ficción, de ser superficial y de no tener personalidad alguna.

■ COLAPSO PSICOLÓGICO

La persona con una concepción falsa del yo tiene que limitar las experiencias vitales, tanto las que vienen del interior como las que provienen del mundo exterior. Este sistema de defensa protector se forma con el fin de conservar el concepto del yo, pues si las impresiones correctas traspasaran las defensas, la persona podría sufrir un colapso psicológico o ansiedad.

■ DETRÁS DE LA MÁSCARA

C

Quando Rogers usa el término máscara se refiere a los papeles artificiales o no auténticos, impuestos por el exterior o por uno mismo. Si los aspectos principales de la personalidad entraran en conflicto, como resultado de expectativas opuestas del papel a desempeñar, no se concretará un sentido firme de identidad. La forma de desempeñar papeles puede variar desde una redefinición completa, pasando por un desempeño superficial y de mala gana, hasta una aceptación e identificación plena con el papel.

Un punto básico para el individuo que se desarrolla es descubrir y expresar su yo real dentro de los papeles que le imponen. Los individuos se adaptan a la cultura y no la cultura a ellos. El desarrollo unilateral es una fuente muy importante de psicopatología pues, por un lado, la gente que se sumerge en su cultura, de manera tal que no busca su yo real, sufrirá sensaciones de vacío y de falta de identidad; y por el otro, la gente que rechaza casi toda o toda su cultura, experimentará alienación, alejamiento y una sensación de no participar en la vida, además de no tener nada con qué reemplazar sus raíces culturales perdidas. Es obvio que ninguno de los dos extremos representa una forma deseable de vida.

PODER DEL PAPEL CULTURAL

Por lo general, en los jóvenes la concepción del yo encaja con un estereotipo cultural, ya que tales roles son o parecen ser muy provechosos. Los jóvenes se aferran a ellos con todo lo que tienen, trabajan con ahínco para estructurar su yo de tal forma que sea acorde y satisfaga estas metas. Sus defensas mantienen alejadas las experiencias que les puedan relatar una historia diferente sobre ellos mismos y logran mantener fuera de sí tal información, a menos que se topen con una situación del todo inesperada y más allá de sus medidas de defensa; entonces la verdad puede percibirse de la manera más dolorosa, pero aun esta aproximación a la verdad acerca del yo no produce cambios en la personalidad.

Descubrir emociones como el odio hacia los padres, cuando sólo es aceptable el amor, resulta en verdad una experiencia dolorosa, al igual que renunciar a los falsos ideales y papeles; sin embargo, el resultado del proceso es una nueva y mejor persona, un nuevo ser, más acorde con aquel que estuvo potencialmente ahí todo el tiempo.

TÉCNICAS DE LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE

■ SABER ESCUCHAR

Rogers (1951) encontró que lo que más deseaban sus clientes era tan sólo hablar acerca de sus problemas con alguien que los atendiera, y que lo más importante era escuchar, no criticar ni juzgar ni consolar, después de lo cual se sentían mucho mejor. Él afirmaba que la meta del terapeuta es percibir, con tanta sensibilidad y exactitud como sea posible, todo el campo perceptual según lo experimenta el cliente; y luego de captar su estructura interior, referir hasta lo que percibe a través de los ojos de su cliente.

El terapeuta grupal involucra y enseña a todos los miembros del grupo a saber escuchar, lo cual implica oír aquello que se comunica de manera verbal y preverbal. Saber escuchar es superior a aquello que se comunica entre líneas.

Escucharse a sí mismo

Un aspecto integral de la apertura a la existencia es escucharse a uno mismo (Rogers, 1972), lo cual constituye una manera en la que todos pueden descubrir su yo real. Mientras que en la cultura oriental se promueve a través de la meditación, en la occidental el enfoque se dirige hacia el exterior de la persona, como si existiera una renuencia a esa búsqueda interior, esto produce un desarrollo unilateral. Los individuos que se enfrentan a una decisión, se dan cuenta que no pueden tomarla ya que en realidad no se conocen a sí mismos y por tanto no saben lo que quieren. Saber escucharse dentro del grupo es darse cuenta de aquello que no se está comunicando a sí mismo pero sí a los demás. Saber escucharse a sí mismo es cobrar *insight* y promover el cambio.

■ TÉCNICAS DE REFLEJO

Rogers encontró otro procedimiento de gran valor para dar a entender a sus clientes que tenía un respeto positivo hacia ellos, al cual llamó **técnica de reflejo**. Ésta incluye un reconocimiento de los pensamientos y sentimientos del cliente a través de la repetición verbal e intentos de llamar su atención y de hablar de él por parte de otras personas. Ésta es una de las mayores aportaciones de Rogers a los métodos psicote-rapéuticos, y constituye una técnica utilizada con el propósito de generar un mayor sentimiento de comprensión durante el proceso terapéutico, y que también puede ser empleada en el manejo de grupos con el fin de mejorar e incrementar las relaciones entre todos los participantes.

Reflejo de sentimiento

Una vez que el individuo se ha integrado a su grupo, el conductor debe dar a todos y cada uno de los miembros la sensación de ser perfectamente comprendido y respetado. A esta situación Rogers la denomina **reflejo de reiteración** y se maneja de manera exclusiva sobre el contenido manifiesto de la comunicación. Pasada esta etapa, Rogers sugiere el reflejo de sentimientos propios a las palabras de la persona, reflejándoselos a cada miembro del grupo sin imponérselos (Rogers y Kinget, citados en González Núñez, 1978).

El propósito de esto es conducir a cada uno de los integrantes del grupo, a sentir todo aquello que expresa como parte de su propia personalidad y no de fuera de sí mismo, para lo cual el conductor, al igual que los demás participantes, utilizan en sus frases los pronombres *usted* o *tú*.

Reflejo de actitud

Rogers ha llamado a este tipo de reflejo **elucidación** y la define como la situación en la cual se ponen de manifiesto actitudes que derivan de manera directa de las palabras y posturas corporales del individuo, y que puede deducirse razonablemente su significado por medio de la comunicación y de la actitud (Rogers y Kinget, citados en González Núñez, 1978).

A diferencia del reflejo de sentimiento donde el conductor del grupo utiliza en sus frases los pronombres "usted piensa..." y "usted siente...", en el reflejo de actitud el conductor debe tener el cuidado necesario para no formular sus contenidos de una manera categórica, sino utilizando expresiones como: "Si no me equivoco usted trata de decir...", "si es eso lo que ha expresado, entonces...", "si cree usted que me equivoco, dígalo...", "parece ser que lo que usted trata de decir es...".

Reflejo de pensamiento

Esta técnica ayuda a los participantes del grupo a percibir mejor, no sólo sus sentimientos y actitudes, sino también a conocer y analizar sus propios pensamientos y expresarlos como parte de sí mismos. Para ello, el conductor del grupo permite a cada participante hablar de sus pensamientos en forma libre y sincera.

Reflejo de la experiencia

Se trata de una técnica utilizada sobre todo en las terapias de actualización, tiene como objetivo ayudar al individuo a descubrir y a utilizar de manera directa la energía que consumió en las proyecciones de su posición, movimiento y voz. El proceso es el siguiente: el conductor observa las posturas, los gestos, los diferentes tonos de voz y los ojos de los integrantes del grupo, pues reflejan tanto los sentimientos como sus conductas no verbales observadas. Esto se basa en la contradicción entre lo que los participantes dicen sentir y lo que el conductor ve u observa decir a su organismo total.

Se diferencia el reflejo de actitud en que ésta hace alusión a experiencias pasadas y observadas por el terapeuta.

Compartir experiencias

Con esta técnica el conductor se esfuerza por participar en las experiencias de los miembros de su grupo en el preciso momento del proceso grupal.

A diferencia del reflejo de la experiencia, al compartir esta última, el conductor se ve obligado a modelar ante los integrantes un tipo especial de conducta, es decir, ser una persona capaz de reflejar más allá de las palabras del individuo.

Identificación de sentimientos

La elaboración de sentimientos tiene un papel muy importante en cualquier tipo de relación interpersonal, incluso puede llegar a ser responsable de dicha relación. Por ello y con el fin de facilitar su estudio, Brammer y Shostrom (1978) dividen a los sentimientos en tres categorías: positivos, negativos y ambivalentes.

Mientras que los sentimientos positivos y los negativos se encargan de estimular y actualizar o de destruir el yo, los ambivalentes se ocupan de la presencia de dos o más sentimientos contrarios en pugna expresados al mismo objeto. Esta última situación se presenta muy a menudo en la formación de grupos, por lo que la tarea del conductor es localizar las aparentes contradicciones y reflejarlas a los integrantes, evitando así tensión y ansiedad entre los participantes.

■ TÁCTICAS DE ACEPTACIÓN

Estas tácticas son sencillas y fáciles de manejar, su objetivo primordial es que el conductor exprese actitudes de aceptación hacia los miembros del grupo, ya sea cuando éstos produzcan mucho material narrativo, o cuando este material resulte doloroso para los sujetos y se haga necesaria su intervención.

Para expresar la aceptación, es posible utilizar frases o palabras breves como "aja", "sí", "continúe", "mm...", "diga", "¿qué más?", "muy bien", y en general cualquier expresión que implique aprobación. Existen otros elementos importantes para demostrarla, como son la expresión facial y los movimientos de cabeza afirmativos, el tono emocional y la inflexión de la voz, o bien la distancia y postura del conductor en relación con los participantes.

■ TÁCTICAS DE ALENTAMIENTO

Brammer y Shostrom (1978) definen al **aliento** como un tipo de recompensa que produce un efecto de refuerzo en el comportamiento y promueve la espera de otras recompensas en el futuro. El aliento puede ser utilizado en la predicción de resultados o para obtener un efecto tranquilizador en la entrevista. Estos autores afirman que esta táctica se apoya en las siguientes premisas: animar a explorar las nuevas ideas de los participantes o probar diferentes modos de conducta, reducir la angustia y la inseguridad de manera directa, y reforzar las nuevas formas de comportamiento.

■ EXPLICAR

Al escuchar con atención y al utilizar la técnica del reflejo puede lograrse que la persona conciba una explicación de sus ideas y sentimientos. Las ideas específicas que se seleccionen para reflexionar pueden promover el proceso de explicación. Un factor importante es la perspicacia pues, fomentada mediante la explicación, es tan potente que promueve cambios en la personalidad.

■ RESPETO POSITIVO

En general, el respeto positivo de otro es bienvenido por cualquiera, sin importar la manera en que se exprese. Es posible usar la capacidad de brindar un respeto positivo a otro de manera incondicional, para ayudarlo a descubrirse a sí mismo y para promover unas relaciones sociales cordiales. Cuando Rogers habla del respeto positivo incondicional se refiere a la aceptación de la persona tal y como es, sin establecer condiciones.

CONOCIMIENTO DE SI MISMO

Para Rogers el conocimiento del yo real es de suma importancia, pues implica la comprensión de los propios valores, metas y cosas que dan significado a la vida. Cabe aclarar que éste no se adquiere simplemente meditando los hechos del día sino más bien mediante la observación del yo en acción, en particular en las relaciones sociales, puesto que es entonces cuando el yo se extema y puede observarse con claridad en lo ■que se ha convertido.

Rogers (1980) considera al propio conocimiento como un logro notable que proporciona varios beneficios: genera un mayor conocimiento de sí mismo, promueve una elección más ponderada, una introyección en cuanto a las opciones y elecciones más libre, una elección consciente de la persona. Un individuo que posee un mayor conocimiento de sí mismo es un ser que está más despierto no sólo a los estímulos del ambiente sino también a los del mundo interno, como son las ideas, los sueños, el flujo continuo de sentimientos y reacciones fisiológicas; es alguien que se encamina a realizarse como un ser total y con una vida unificada. Los miembros de un grupo y el terapeuta desean que cada uno de sus participantes posean un mayor conocimiento de sí mismos.

Un método que puede ayudar a obtener el conocimiento de sí mismo es la prueba de la **técnica Q**; ésta consiste en clasificar un grupo de cartas que contienen declaraciones descriptivas o nombres de características del yo, el cliente las coloca en montones que van de la más descriptiva a la menos descriptiva. Después se hace una nueva clasificación de los mismos temas, en montones que indiquen cuál sería la manera que más le agradaría que lo miraran, y de esta forma es posible obtener una medida objetiva de la discrepancia entre su yo y su ideal del yo.

TÁCTICAS DE TERMINACIÓN

Aunque parece ser que las tácticas de terminación son obvias y fáciles de manejar, resulta de suma importancia para el conductor y los participantes del grupo saber utilizarlas con habilidad y eficacia. Este método puede ser utilizado para concluir una unidad de trabajo, una determinada reunión o la labor realizada por el grupo.

Para poner fin a una unidad de trabajo, Brammer y Shostrom (1978) sugieren las tácticas de reflejo, en las que el conductor utiliza ideas expuestas de manera previa y elabora un breve resumen del material obtenido; y las **tácticas de obturación**, que consisten en hacer cambios al tema que sin ser demasiado intensos hagan avanzar la labor del grupo. (Un manejo correcto del acto de callar por parte del conductor, ayuda

a disminuir la frecuencia de los temas a los cuales se quiere poner fin.) Cuando alguno de los participantes insiste en algún asunto, se puede utilizar una **táctica de interpretación**, ésta permite al paciente entender que si bien es necesario abandonar ese rubro **por** ahora, habrá otro momento para retomarlo.

Para finalizar una sesión de trabajo, se cuenta con algunos métodos y tácticas que varían según el trabajo realizado, como por ejemplo:

Establecer límites de tiempo, que es la forma natural para avisar que la reunión ha llegado a su término. El lapso necesario para cada actividad, se establece de acuerdo con el tiempo de trabajo realizado por el grupo. Aquí, el conductor del grupo simplemente mira el reloj a la hora acordada, o se pone de pie para indicar que la sesión ha terminado.

Elaborar un resumen breve de las actividades realizadas, hecho por el conductor o cualquier participante.

Referir el futuro, lo cual sirve para indicar no sólo el fin de la reunión, sino también el deseo de seguir adelante con el trabajo. Esta táctica se usa con frecuencia en los encuentros grupales psicoterapéuticos, en especial si alguno de los participantes se sintiera ansioso y con la idea de prolongar la sesión.

Las actitudes y ademanes del conductor y de los participantes indican también el fin de la reunión. Por ejemplo, ponerse de pie, consultar el reloj, guardar el material que se ha utilizado, ponerse el abrigo, etc.

Dejar alguna tarea para hacer en casa, es un método de uso frecuente en los grupos escolares y laborales.

La disminución gradual de la entrevista grupal marca la llegada del último lapso y permite a los participantes reducir sentimientos de ansiedad o de agitación, sobre todo en grupos de psicoterapia, discusiones, grupos con fines políticos, entre otros.

Existen algunos grupos que una vez creados nadie se ocupa jamás de disolverlos, como los grupos familiares, clubes o instituciones. Otros grupos, como los escolares, se rigen por medio de un calendario elaborado de manera previa y de acuerdo con esto se planea el fin de la labor.

Cuando los grupos se forman con el objetivo de realizar una actividad determinada (grupos sociales, laborales, y cualquiera de tipo eventual), el fin del trabajo grupal debe coincidir con el momento del logro de dicha actividad y cuando las metas propuestas han sido alcanzadas.

En los casos anteriores, la terminación de los encuentros grupales parece venir de una manera natural y sin que los participantes o el conductor utilicen alguna táctica especial; pero existen otros, como por ejemplo los grupos terapéuticos, donde la terminación del tratamiento es marcada por el conductor del grupo o por alguno de los participantes, quien en un momento dado decide separarse.

El conductor puede poner término a las actividades en el instante en que considere que las metas de los participantes han sido alcanzadas y que cada persona es capaz de enfrentarse, por sí mismo, a sus propios problemas; también, que los cambios en el comportamiento de los integrantes, producidos por la terapia, han sido aceptados y el individuo es capaz de manejarse de manera adecuada.

Brammer y Shostrom (1978) brindan algunas sugerencias que pueden resultar útiles al conductor para la terminación de un grupo y son las siguientes:

- **Preparación verbal:** El conductor utiliza frases como: "Parece que ya hemos avanzado lo suficiente para seguir solos nuestro camino...", "considero que estas sesiones nos han servido mucho y a partir de ahora ya no serán necesarios más encuentros...".
- Elaborar un **resumen definitivo** de lo realizado por el grupo.
- Orientar a los participantes acerca de los refuerzos posteriores al tratamiento, como ejemplo: "Estaremos en contacto y podremos reunirnos de vez en cuando para tomarnos juntos una copa...", "si alguno de ustedes desea venir a visitarme alguna vez, yo estaré encantado...". Esta táctica produce aliento y confianza en los miembros que han establecido una fuerte relación de dependencia con el grupo y les angustia tener que abandonarlo.
- La despedida oficial debe ser cordial y en tono de confianza. Este punto no siempre resulta fácil de realizar, si se trata con personas que, a pesar de aceptar que el momento de la terminación ha llegado, hacen algunos intentos para no desprenderse del grupo.

PERSONALIDAD IDEAL

■ ALEJAMIENTO DE APARIENCIAS Y OBLIGACIONES

La persona funcional reconoce y evita adoptar comportamientos que no le parecen auténticos o llevar una conducta que no encaje con su yo real (Rogers, 1961). No obstante, nuestra cultura da una gran importancia a la apariencia pues se simula una personalidad en la misma manera en que una persona se cambiaría de ropa para diferentes ocasiones; muchos valores y metas simplemente se adoptan y aceptan como propios sin crítica alguna, aún cuando en realidad sean incongruentes con las verdaderas necesidades. Pero aunque se haga énfasis en la apariencia, al final el éxito está basado en las cualidades reales y no en las aparentes.

■ HACIA LA PROPIA DIRECCIÓN

Otra característica de la persona funcional es que toma la responsabilidad de las principales directrices de su vida, aun cuando el movimiento hacia su propia reglamentación y autonomía sea un proceso gradual y doloroso debido a la inevitabilidad de cometer errores. Rogers (1980) afirma que este proceso no es sencillo, sino que conlleva momentos de intranquilidad y esfuerzo; para ser uno mismo se requiere perseverancia y sacrificio. La propia dirección resulta muy gratificante, ya que la persona funciona con mayor plenitud cuando se satisface a sí misma en su propio modo. Sin embargo, hacerse cargo de la vida mediante un examen sobre lo pertinente de los propios valores, no implica que se deba rechazar la cultura o romper con las tradiciones y caer en movimientos poco convencionales; para Rogers el ser una persona plenamente funcional significa ser autónomo, al formular o escoger el propio estilo de vida dentro del contexto que a cada quien le tocó vivir.

PROCESO DE VIDA

Rogers plantea que el yo no es fijo ni estático, y considera al estado ideal de la persona como fluido, cambiante, no estructurado y de existencia momentánea. Al hablar de **proceso de vida** se refiere a espontaneidad, vida creativa, flexibilidad, así como a una orientación dinámica y cambiante; pero con una dirección valorativa.

La gente que cumple con este proceso acepta las experiencias internas y externas de la vida tal como son, sin imponer requisitos o normas. La buena vida no es un destino sino un proceso o dirección en el cual la persona está participando en su totalidad de acuerdo con su verdadera naturaleza. Unas características esenciales de este proceso son la libertad interior y la flexibilidad continua que permiten seleccionar las directrices de la vida según los propios principios éticos.

■ APERTURA A LA EXPERIENCIA

Estar abiertos a la experiencia es lo contrario a estar a la defensiva. Las personas con esta apertura pueden percibir sus emociones más profundas aun cuando sean muy negativas y al mismo tiempo no ignorar a las positivas; de hecho, esta cualidad excluye a las apariencias, dejando a la propia estructura móvil y fluida. Estas personas sienten malestar si son diferentes a sí mismas; no se aferran a expectativas ni atractivos culturalmente determinados; sus juicios, elecciones y decisiones son el resultado natural de su propia valoración respecto de su experiencia tanto interna como externa, y están dispuestas a vivir con sus experiencias tal **como** son, en lugar de imponerles un orden artificial a las mismas.

■ VIDA EXISTENCIAL

Rogers considera a la vida existencial como acentuar el presente y permitir a las experiencias revelar su significado en lugar de imponerles uno. La persona que vive de manera existencial evalúa en forma continua los constructos que afectan su estilo de vida, permitiéndole cambiar bajo el influjo de la experiencia.

■ CONFIAR EN EL PROPIO ORGANISMO

Cuando una actividad se percibe y se siente como valiosa o que vale la pena vivirla, entonces, en forma asertiva, hay que vivirla. En un contexto orgánico, el soma ha aprendido que sus procesos son confiables en términos generales; siendo mayor aquello con lo que el organismo se siente bien a aquello que le genera malestar. La valoración orgánica se revela a través de los sentimientos positivos o negativos, y funciona en forma óptima cuando la persona se encuentra en un estado de congruencia; pero en caso contrario no puede depender de ella como guía para vivir. El significado que Rogers desea darle a la **confianza en el propio organismo** se refiere a un actuar espontáneo, con libertad y sin demasiadas represiones, ya que para la persona, al estar abierta a todas las experiencias, se vuelven disponibles todos los componentes que tome en cuenta.

*

■ SENTIDO DE LIBERTAD

Las personas funcionales experimentan su autodeterminación con un verdadero sentido de libertad. Los seres humanos pueden elegir entre el desarrollo o el estancamiento, entre ser ellos mismos o una fachada, y entre estar abiertos a sí mismos en la experiencia o cerrar la puerta.

Las personas que mantienen normas culturales rígidas o expectativas que no son suyas, creen que su comportamiento está determinado por fuerzas sobre las cuales no tienen control. Sin embargo, para cuando llegan a la edad de hacer elecciones por sí mismas, pueden haber ya interiorizado las normas de conducta que les fueron impuestas, teniendo por consecuencia el que no puedan violarlas sin experimentar un profundo sentido de culpa, atándose a sí mismas y bloqueando sus canales de expresión.

■ LIBERTAD Y CONSCIENCIA

La persona saludable tiene tendencias y conjuntos guía tales como valores, normas y otros, que en su mayoría son conscientes. Estos principios son propios, a pesar de provenir de los padres o amigos, y son parte integral del yo real; pero no se mantienen de manera compulsiva ni son inmutables, ya que la persona, al estar abierta a experiencias, puede modificar sus conjuntos y de este modo adaptarse a un mundo cambiante y a las modificaciones en sí misma. Por ejemplo, los individuos pueden trabajar en forma constante y gustosa en una tarea, no porque se vean incitadas a hacerlo por una compulsión interna de tener éxito, sino porque conscientemente desean un fin en particular y al saber lo que quieren toman medidas para lograrlo.

■ LIBERTAD VS. DETERMINISMO

La persona madura posee un alto grado de libertad interna (siendo éste un atributo de gran valor); sin embargo, su comportamiento también está sujeto a las leyes de causalidad, incluyendo su sentido de libertad subjetiva que está determinado por las condiciones antecedentes. Cuando el individuo funciona a plenitud está satisfaciendo sus necesidades con efectividad. Rogers afirma que uno de los atributos que definen a la naturaleza humana es la libertad, es decir, el funcionamiento autónomo.

CREATIVIDAD Y ESPONTANEIDAD

Una persona creativa y espontánea está abierta a las experiencias tanto internas como externas, no teme ser ella misma, renuncia a las apariencias y sus bases son flexibles ya que pueden cambiar con la experiencia. Al no tener que mantener en forma compulsiva un estilo de vida fijo, las personas maduras son más flexibles psicológicamente, cualidad que se convierte en creatividad. Ésta requiere de libertad, de carencia de restricciones, por lo que al individuo que deba hacer las cosas de cierta manera o cumplir con ciertas normas, le será difícil ejercerla pues sus deberes estorbarían sus fuerzas creativas.

■ LA MAYOR RIQUEZA DE LA VIDA

Cuando los seres humanos funcionan de manera apropiada, su comportamiento no es temible, ni antisocial, ni autodestructivo. Cuando un hombre aparenta que es un hombre, cuando niega o desconoce su experiencia o aspectos de su vida, entonces se le debe temer con gran frecuencia, a él y a su comportamiento. Cuando es un hombre, cuando está consciente de su organismo completo, cuando aprovecha el conocimiento de la experiencia, ese sí es un atributo humano en funcionamiento, y entonces se puede confiar en él pues su comportamiento es constructivo (Rogers, 1961).

Rogers opina que la buena vida propia no se describe con términos como felicidad, dicha, complacencia o disfrute (aun cuando una persona que esté funcionando en su totalidad pueda poseer dichas características) sino más bien con conceptos tales como enriquecimiento, emoción, remuneración, retos, significado, etc.

GRUPOS DE ENCUENTRO

A mediados de la década de 1940, Kurt Lewin, famoso psicólogo quien trabajaba en el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), junto con un equipo de expertos y estudiosos, propuso que una formación para las relaciones humanas constituía un tipo importante de educación.

Hacia 1946 y 1947 se desarrolló en la Universidad de Chicago una fase del movimiento de la experiencia grupal intensiva, a cargo de Carl Rogers y de sus colaboradores en el Centro de Asesoramiento Psicológico de dicha universidad. Como tenían la tarea de capacitar personas para la dirección de veteranos de guerra, prepararon individuos con un curso intensivo breve para convertirlos en consejeros psicológicos eficaces que supieran encarar los problemas de los soldados que regresaban del campo de batalla. Este cuerpo de expertos se percató de que ninguna formación de tipo exclusivamente cognoscitivo bastaría, por lo que se ensayó una experiencia grupal en la cual todos los días los integrantes trataban de comprenderse mejor, de tomar consciencia de las actitudes de asesoramiento psicológico y de establecer entre sí un vínculo productivo que pudiera luego transferirse a su labor de consejeros.

En 1947, poco después de la muerte de Lewin (12 de febrero de 1947), surgió el primer grupo "T" (denominado así por *Training*: Capacitación) en Bethel, Maine. Estos grupos de verano llegaron a ser muy conocidos y fundaron la organización de los *National Training Laboratories* (NTL, Laboratorios Nacionales de Capacitación), con sede principal en Washington. Al concentrar sus esfuerzos en el campo de la industria, los grupos de los NTL llegaron hasta los administradores y ejecutivos. Al principio los grupos "T" se ajustaron a su denominación, eran grupos de capacitación de habilidades vinculadas con las relaciones humanas, donde se les enseñaba a los individuos a observar la índole del proceso grupal así como sus interacciones con otras personas. Se creía que a partir de esto estarían mejor preparados para comprender cómo funcionaban ellos mismos dentro de un grupo y durante el desempeño de sus tareas, al igual que la influencia que ejercían sobre otros, adquiriendo entonces una mayor competencia para encarar situaciones interpersonales difíciles.

Los grupos de encuentro se enfocan sobre todo al desarrollo personal, así como al incremento y mejoramiento tanto de la comunicación como de las relaciones

interpersonales, pues no las consideran finalidades secundarias. En la actualidad, estos grupos tienen aplicación en ámbitos tales como la industria, la iglesia, las esferas gubernamentales, las relaciones raciales, la familia, la psicoterapia y otros.

Al hablar del proceso grupal es necesario mencionar que los grupos de encuentro se inician sin una estructura específica; pero que ésta se establece de manera rápida en el transcurso del tiempo durante el cual se da el encuentro entre sus integrantes, constituyendo lo anterior una experiencia emocional intensiva. Su naturaleza perentoria facilita que sus miembros, en un lapso que va de algunas horas hasta semanas, muestren afectos y actitudes de cordialidad, simpatía, ternura e incluso atracción sexual o de seducción, que en un principio se presentaron como ansiedad, irritación, inseguridad y evasión. Este rápido giro se debe a que en el grupo no se exige el compromiso de continuar la relación grupal a largo plazo, con lo que las barreras impuestas por la moral se flexibilizan, de la misma manera que las reglas de buena compostura social. Sin embargo, existen grupos de encuentro a largo plazo que tienen el mismo objetivo: el mejoramiento de sí mismo y de sus relaciones interpersonales.

En los grupos de encuentro se utiliza la siguiente metodología técnica:

■ COMIENZO: CREACIÓN DEL CLIMA

Se suele promover la interacción en el grupo de manera informal y poco estructurada, con comentarios tales como: "Espero que al finalizar estas sesiones grupales nos conozcamos unos a otros mucho más que ahora", o "Me siento inquieto, pero de alguna manera me tranquilizo cuando los veo a ustedes igual que yo y entiendo que todos nos hemos embarcado en lo mismo, ¿por dónde empezamos?" (Rogers, 1972).

La confianza real en el grupo es muy importante puesto que permite actuar en él con libertad y tranquilidad, y aunque al inicio la interacción llegue a experimentarse con cierta ansiedad, esto será superado con la ayuda del facilitador, liberándose de tensiones al resto del grupo. Cuando habla cada participante se le escucha con suma atención, sensibilidad y respeto, sin importar si lo expresado es superficial, muy personal, absurdo, hostil o cínico; se le atiende por atreverse a manifestar algo auténtico de sí mismo y no por lo que en ese momento diga de manera externa. Por tal motivo se intenta descifrar no sólo el significado, sino sobre todo los sentimientos que los sucesos que relata despiertan en el individuo.

El objetivo de los grupos de encuentro es crear un clima que brinde al individuo seguridad emocional; es decir, el facilitador le hará sentir que pase lo que pase estará a su lado en los momentos de dolor, coraje o alegría. Si percibe, gracias a su intuición, el sufrimiento o temor de algún participante, le dará alguna señal verbal o preverbal para indicarle que ha percibido su estado de ánimo y que lo acompaña en su dolor o miedo.

ACEPTACIÓN DEL GRUPO



Es necesario aceptar al grupo como es y a sus integrantes como son, al igual que dejar que éste siga el curso que desee, adoptando incluso una modalidad de intelectualización o de cerrarse a la expresión emocional. Es mejor no presionar al grupo para intentar que éste alcance un nivel que no tiene, puesto que no daría buenos resultados.

En general, el paso a niveles profundos sucede en forma paulatina, por lo que el facilitador requiere de mucha paciencia para no interferir con el proceso natural del grupo.

■ ACEPTACIÓN DEL INDIVIDUO ::

Es válido que el participante se comprometa o no con el grupo, ya que la experiencia ha mostrado que un individuo puede beneficiarse del encuentro grupal pese a su aparente falta de participación, siempre y cuando el silencio o mutismo de éste no encierre un dolor o una resistencia no expresada.

Se aceptan las comunicaciones tal cual se manifiestan, es preferible creer a expresar una sospecha sistemática sobre la persona. El individuo debe tener libertad para exponer, de manera completa, parcial, deformada o evitativa, sus experiencias y emociones; e invariablemente tendrá razón, a sabiendas de que no siempre es objetiva, porque ésa es su verdad. La verdad está en el contenido o en el proceso que utilizan para comunicarse. Aunque se responde más a los sentimientos actuales que a las declaraciones referentes al pasado, se busca que ambas estén presentes en la comunicación.

■ COMPRENSIÓN EMPÁTICA

La acción más importante del facilitador es intentar comprender el significado exacto de lo que cada integrante comunica, es decir, el sentido que tiene para la persona que se atreve a comunicarlo.

Cuando la conversación gira en torno a una intelectualización, se eligen los elementos propios de la persona y se responde a ellos refiriéndose al individuo mismo. De la misma manera, si un integrante interroga con insistencia a otros sobre algún comentario expuesto con anterioridad, se explora lo que le hace sentir al que pregunta, para que verbalice sus propias inquietudes removidas por los demás y que no se atreve a expresar con libertad.

Al formularse una pregunta al facilitador, éste debe determinar si es real (en cuyo caso podría contestarla) o contiene algún otro mensaje mucho más importante que la necesidad de dar una respuesta directa a la misma. El facilitador, dentro de los grupos de encuentro, promueve que las personas que forman el grupo "se pongan en los zapatos del otro" y él mismo lo hace, en tal forma que pueda sentir lo que el otro siente.

ACTUACIÓN ACORDE CON LOS SENTIMIENTOS

En los grupos de encuentro el facilitador aprende a expresar de manera libre sus sentimientos persistentes, tal y como surgen en un momento dado. Aunque esta expresión no se dé al inicio, puesto que sus sentimientos aún no se han esclarecido, en general, el facilitador llega a sentir una genuina preocupación por el grupo en su conjunto y por cada miembro en particular; y a pesar que ello no garantice una relación permanente, éste es un sentimiento surgido en el aquí y ahora.

■ ENFRENTAMIENTO Y REALIMENTACIÓN

El facilitador confronta de manera abierta a los individuos con respecto a determinadas facetas de su conducta, pero sólo aquellas relacionadas con los sentimientos que éstos reconocen como propios. Para esta labor el facilitador confía en sus propios sentimientos, palabras, impulsos y fantasías, y emplea además de elementos conscientes, ciertas facultades intuitivas e inconscientes. Cuando confronta a alguien es importante que utilice material muy concreto, ofrecido antes por el propio paciente y si éste se mostrara contrariado ante esa confrontación o la de otros, se le ayudaría a salir de ese aprieto.

EXPRESIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL FACILITADOR

Cuando el facilitador se siente inquieto por algo relacionado con su vida privada, puede manifestarlo en el grupo si ello contribuye a promover la expresividad grupal, sin descuidar su labor profesional. La falta de libertad de expresión de los problemas personales susceptibles puede acarrear dos consecuencias, la primera, no escuchar a los demás de manera adecuada; la segunda, que los miembros del grupo perciban su tranquilidad, sintiéndose responsables de la situación. En casos más graves es mejor que el facilitador busque solución a sus problemas mediante la consulta con sus colaboradores o con un terapeuta.

?r-

I EVITACIÓN DE U PLANEACION PREVIA

] Y DE LOS EJERCICIOS

|

En los grupos de encuentro lo más importante es la espontaneidad, todo procedimiento planeado de antemano resultaría ineficaz para propiciar un encuentro interpersonal genuino. Nada es truco si surge con auténtica espontaneidad y si permite expresar lo que se siente en realidad en un momento determinado.

EVITACIÓN DE INTERPRETACIONES O COMENTARIOS

Los comentarios referentes al proceso grupal en su conjunto, o relativos a un integrante en particular, tienden a acarrear algunas desventajas puesto que los miembros del grupo se sienten molestos, observados e incluso enjuiciados, por lo que disminuyen su movilidad y se viven como una especie de masa y no como individuos. Es preferible que los comentarios de esa índole surjan con espontaneidad por parte de alguno de los integrantes.

En este enfoque se consideran innecesarias las interpretaciones de las causas del comportamiento individual, puesto que son tomadas como meras conjeturas de alto nivel que sólo valen cuando están sustentadas por la experiencia de alguien que goce de autoridad.

Cuadro 11-1. Características del facilitador

Confianza en que el grupo puede desarrollar su propio potencial y el de sus miembros, lo que deriva en confianza en el proceso grupal.

Esperar que cada grupo siga su propio curso, pues aunque es posible predecir alguna K direcciones generales, no existe una específica.

Ser al mismo tiempo participante y facilitador, redundando esto en un crecimiento propio y en el **apoyo para el crecimiento de otros.**

Tener presente a la persona en su totalidad y propiciar que ésta se muestre plenamente, con sus sentimientos y afectos genuinos.

^brísiderar que si bien su función, a través de sus declaraciones y conductas, es significativa para el grupo, es más importante el proceso grupal en sí.

■ POTENCIALIDAD TERAPÉUTICA DEL GRUPO

La experiencia rogeriana indica que los grupos pueden ser tanto o más terapéuticos que el propio facilitador ante una actuación muy grave, como lo es el caso de individuos con conductas psicóticas o extrañas. Las personas que no son profesionales de la salud mental poseen un nivel terapéutico propio que puede manifestarse en condiciones propicias como los grupos de encuentro.

■ MOVIMIENTOS Y CONTACTOS FÍSICOS

Al igual que el respeto de las actitudes y conductas esperadas del facilitador, sus movimientos físicos deben expresarse de manera espontánea, es decir puede desesperanzarse, levantarse, moverse, etc. Puede responder al contacto físico siempre y cuando su respuesta sea espontánea, auténtica y no promueva esta forma de conducta de manera consciente.

Por otra parte, de las características del facilitador se tendría que decir que éste debe ser experimentado y poseer actitudes y convicciones inherentes a su labor, tales como las que se muestran en el cuadro 11-1.

ETAPAS DE LOS GRUPOS DE ENCUENTRO

Además de las técnicas a implementar y de las características del facilitador, es importante tomar en cuenta las distintas etapas del proceso grupal aunque éstas se superpongan al no seguir un orden fijo. Rogers (1972) asevera que los grupos de encuentro pasan por las siguientes etapas:

■ ETAPA DE RODEOS

Al comienzo, el facilitador expresa a los integrantes que en la experiencia grupal tendrán una libertad desacostumbrada y que todos (junto con él) dirigirán el encuentro. Esto provoca un periodo de confusión inicial, de silencio embarazoso, de una interacción superficialmente cortés, de frustración y de gran discontinuidad, al tener una serie de preguntas que nadie responde.

■ RESISTENCIA A LA EXPRESIÓN O EXPLORACIÓN PERSONAL

Es probable que en el transcurso del periodo anterior, algunos integrantes revelen actitudes muy personales, lo cual tiende a provocar reacciones ambivalentes en los demás miembros. Cada quien puede mostrar a los otros su aparente manera de actuar, con temor y ambivalencia, y sólo dispone, en forma gradual, de una parte de su propio yo privado.

■ DESCRIPCIÓN DE SENTIMIENTOS DEL PASADO

Se describen en el pasado, *en allá y entonces*, sentimientos que en cierto sentido son actuales y corresponden al *aquí y ahora*.

■ EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS

La primera expresión de un sentimiento genuino significativo, que surge en el *aquí y ahora*, suele darse en actitudes negativas dirigidas hacia otros miembros o hacia el coordinador del grupo, debido quizás a que ésta es una de las mejores formas de poner a prueba la libertad y la confianza que merece el grupo. Además, los sentimientos profundamente positivos son mucho más difíciles y peligrosos de expresar que los negativos.

■ EXPRESIÓN Y EXPLORACIÓN DE MATERIAL PERSONALMENTE SIGNIFICATIVO

A pesar de que un miembro del grupo haya tenido experiencias negativas, si llega a comprender que ése es su grupo y que allí existe cierta libertad (aunque riesgosa), entonces este individuo se mostrará y se revelará a sí mismo en forma significativa. Todo esto provoca un clima de confianza, donde la persona se juega la seguridad afectiva de permitirse que el grupo conozca facetas más recónditas de su persona.

■ EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS INTERPERSONALES INMEDIATOS DENTRO DEL GRUPO

Tarde o temprano, en el proceso interviene la manifestación explícita de los sentimientos inmediatos de alguno de los integrantes, dirigidos hacia otro, los cuales pueden ser positivos o negativos y se exploran en un clima de creciente confianza.

■ **DESARROLLO EN EL GRUPO DE LA CAPACIDAD DE ALIVIAR EL DOLOR AJENO**

Esta capacidad se hace evidente cuando las condiciones del grupo facilitan el ejercicio de la facultad para percibir, comprender y aceptar el sufrimiento de los otros. Cada miembro del grupo posee estas actitudes facilitadoras de la interacción, en diferente grado.

■ **ACEPTACIÓN DE SÍ MISMO Y COMIENZO DEL CAMBIO**

La aceptación de sí mismo constituye o representa el comienzo y las bases del cambio. Se refleja en los miembros del grupo al experimentar una sensación de mayor realidad y autenticidad, lo cual implica un vínculo más profundo con sus propios sentimientos, cualidades y defectos. De ahí que dichas personas ya no se encuentren organizadas de manera tan rígida y que por consiguiente sean más susceptibles al cambio.

■ **RESQUEBRAJAMIENTO DE LAS FACHADAS**

Con el correr del tiempo, al grupo le resulta intolerable que algún miembro viva detrás de una máscara o apariencia. Las palabras corteses, el entendimiento intelectual, la comprensión de las relaciones mutuas, el tacto y el disimulo, forjados con habilidad y que en las interacciones externas resultan muy satisfactorios, no bastan para este caso.

El hecho de que algunos miembros hayan expresado su sí-mismo, prueba de manera fehaciente que es posible un encuentro más básico y que el grupo parece esforzarse en forma intuitiva e inconsciente para alcanzar esa meta. Exige a veces de manera amable y otras casi con brutalidad que el individuo sea él mismo, que no oculte sus sentimientos actuales, que se quite la máscara del trato social común.

■ **REALIMENTACIÓN**

En el proceso de la interacción libremente expresiva, el individuo recibe muy pronto una gran cantidad de datos acerca de cómo lo perciben los demás.

■ **ENFRENTAMIENTO**

A veces el término realimentación no es suficiente para describir las interacciones que ocurren, por lo que es más conveniente decir que un individuo se enfrenta a otro, poniéndose directamente en el nivel de éste. Las confrontaciones pueden ser positivas o negativas, en el sentido de estar a favor o en contra del otro, pero en general redundan en resultados favorables para la interacción.

■ **RELACIÓN ASISTENCIAL FUERA DE LAS SESIONES DEL GRUPO**

Se puede observar el modo en que los demás miembros del grupo ayudan a aquel que se esfuerza por expresarse, que lucha con un problema personal o que quizá

padece a raíz de algún descubrimiento doloroso respecto de sí mismo. Todo esto puede producirse dentro del grupo, pero ocurre aun con mayor frecuencia en contactos que se establecen fuera del mismo.

■ ENCUENTRO BÁSICO

Los miembros del grupo establecen entre sí un contacto más intenso, íntimo y directo que en la vida diaria. Cuando un sentimiento negativo se expresa en forma cabal, la relación se afirma y la antipatía se convierte en simpatía. Al parecer éste es uno de los aspectos más centrales, intensos y generadores de cambio en la experiencia grupal.

■ EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS Y ACERCAMIENTO MUTUO

Una vez liberados los sentimientos negativos y fortalecida la relación, se da un acercamiento seguido de sentimientos positivos, tales como: cordialidad, confianza y simpatía, además de un espíritu de grupo que surge de una autenticidad y que incluye tanto sentimientos positivos como negativos.

■ CAMBIOS DE CONDUCTA EN EL GRUPO

Se observan múltiples cambios en gestos, tono de voz y posturas, y se incrementa la ayuda mutua durante la experiencia grupal, pero sobre todo, se producen cambios después de la misma.

Por último se tratarán ciertos aspectos en los que el facilitador debe estar muy alerta cuando trabaja con grupos de encuentro:

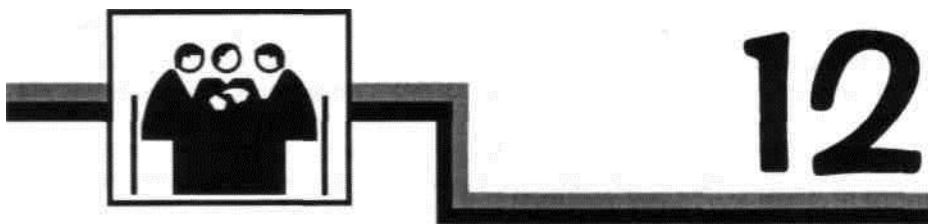
- La deficiencia más obvia de la experiencia grupal intensa es que, con frecuencia, los cambios de conducta no son perdurables.
- En un grupo de encuentro, el individuo puede enfrascarse en la revelación de sí mismo y quedarse con problemas, al no elaborar por completo el material movilizado, lo cual puede solventarse retomando dicho material en terapia a largo plazo.
- En el caso de parejas que participan en los grupos de encuentro, existe el riesgo de que alguno de los dos tenga un mayor cambio que el otro o que esto sea en un sentido opuesto, con lo que se pueden poner de manifiesto tensiones conyugales latentes. Este riesgo se acentúa si participa sólo uno de los integrantes de la pareja.
- En los grupos de encuentro mixtos pueden desarrollarse sentimientos muy positivos, cálidos y afectuosos, algunos de los cuales poseen un inevitable componente sexual. Esto puede crear graves preocupaciones en los participantes y constituir una seria amenaza para sus cónyuges, de no ser aclarados de manera satisfactoria en la experiencia grupal.
- Por lo general, los individuos que han participado en este tipo de grupos ejercen una influencia anuladora sobre las nuevas experiencias grupales en las que participan. ■

Parte IV.

Psicoterapias reconstructivas

ncia,

"j-i-vf-



Introducción a las psicoterapias reconstructivas

Este tipo de terapia se emplea en pacientes que poseen mejores recursos de personalidad y pronóstico más favorable de cambio. Es recomendable para problemas resultantes de distorsiones severas en las relaciones individuales con los padres y otras personas significativas; podrían incluirse aquí las reacciones de ansiedad, las reacciones fóbicas, las conversiones histéricas, las reacciones obsesivo-compulsivas, los desórdenes de personalidad y algunas reacciones psicofisiológicas.

El elemento más importante de esta terapia es el énfasis que se pone en la interacción personal y en la relación paciente-terapeuta, ya que en este contexto se acentúan y utilizan con mayor frecuencia. Cabe mencionar que durante la terapia se interpretan los sentimientos y comportamientos del paciente hacia el terapeuta, para que éste conozca sus motivaciones.

Una forma de definir a la psicoterapia reconstructiva es señalando sus objetivos:

- a. Que el paciente logre una autocrítica de sus problemas junto con la reorganización de su personalidad.
- b. La modificación de la personalidad supone descubrir o explorar el material reprimido; el paciente, al ahondar en los factores causantes de sus síntomas obtiene cambios en su comportamiento que se traducen en una mejoría terapéutica significativa.
- c. Trascender la sola mejoría de los síntomas, al descubrir las causas o raíces de las dificultades de la personalidad del individuo, logrando de esta forma el autoconocimiento.
- d. Suscitar un cambio profundo en la personalidad, mediante el conocimiento de las motivaciones y conflictos inconscientes.

Es necesario realizar una evaluación diagnóstica de los recursos de la personalidad del paciente para determinar su disponibilidad para una terapia larga e intensa, su

nivel de motivación, su relativa integración, su habilidad intelectual y verbal, así como su capacidad para cubrir el costo del tratamiento. A esta terapia se le asocia con el término intensivo ya que al paciente se le cita dos o más veces por semana y porque es a largo plazo.

Existen diversos enfoques dentro de la psicoterapia reconstructiva, éstos suelen centrarse en la aplicación que hacen de conflictos y motivaciones inconscientes del paciente, atendiendo a los acontecimientos pasados y a las experiencias de la niñez; entre ellos encontramos:

- Psicoanálisis clásico (freudiano).
- Psicoterapia de orientación psicoanalítica.
- Análisis kleiniano.
- Psicoanálisis neo-freudiano (Fromm, Reich, Adler, Jung, Rank, Stekel, SuUi-van, Homey, Rado, y otros).
- Análisis existencial.
- Terapia analítica de grupo.

En la psicoterapia de grupo con metas reconstructivas se implementa y fomenta una serie de etapas consecutivas, siendo la primera el diagnóstico. La segunda etapa es inducida en el ambiente de grupo y consiste en asociaciones libres organizadas alrededor de la problemática de cada miembro del grupo. Una vez que se ha desarrollado un buen *rapport* se prosigue con la tercera etapa, donde de manera espontánea cada paciente realiza interacciones libres acerca de lo que siente, esto redundando en un bombardeo de las estructuras de carácter y en un desenmascaramiento de los conflictos de los pacientes, quienes además aprenden cuáles de sus características son aceptadas por el grupo y cuáles lo perturban. En la cuarta etapa de tratamiento, a causa de la asociación libre e interacciones de los miembros del grupo, se movilizan las resistencias mediante su análisis. La quinta etapa se caracteriza por un análisis de la transferencia que implique identificación y resolución, los cuales son procesos más rápidos en la psicoterapia grupal; esta etapa pretende que los pacientes comprendan cómo ellos mismos proyectan figuras e imágenes parentales dentro del grupo y hacia el terapeuta. La sexta y última etapa de tratamiento incluye respuestas conscientes que muestran interés por el grupo y por sí mismo, ellas reemplazan las luchas irracionales y de naturaleza compulsiva engendradas por la estructura del carácter.

PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

La psicoterapia psicoanalítica se podría definir como el proceso en el cual los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se hacen conscientes, a través de las diferentes técnicas que el terapeuta emplea en el comportamiento del paciente.

Los métodos empleados para llevar el material inconsciente a la conciencia fueron originalmente desarrollados por Sigmund Freud. Éstos incluyen técnicas tales como la asociación libre, la interpretación de sueños y el análisis de transferencia; así como el uso de la interpretación de las resistencias y de las relaciones con el terapeuta para obtener contenidos de material inconsciente; además de una comprensión de los determinantes epigenéticos de la personalidad individual y de la relación de éstos con su actual personalidad.

En la psicoterapia de grupo de tipo reconstructivo, de manera específica en la terapia psicoanalítica grupal, se trabaja con diversas modalidades: el análisis de cada individuo en el grupo; el análisis del grupo como un todo; y una tercera modalidad que es la mixta, en donde los problemas se encaran tanto en forma individual como grupal.

El proceso transferencial se vuelve en este tipo de grupos el módulo de la cura. La transferencia puede ser vertical, hacia el terapeuta, como horizontal, que es la transferencia hacia los compañeros del grupo. En la psicoterapia grupal analítica se cuida mucho de que las resistencias transferenciales no detengan el análisis individual ni el grupal; cuando el terapeuta detecta esta situación resistencial y no se puede resolver en el grupo, cita al paciente a sesiones individuales o le prescribe, junto con la terapia de grupo, una psicoterapia adicional.

El proceso contratransferencial es también vertical, hacia cada uno de los miembros del grupo y otro hacia el grupo como un todo. El terapeuta cuida de que no existan contratransferencias negativas y atrogénicas en uno o en otro sentido.

Con respecto a la traducción del inconsciente, su herramienta básica es la asociación libre, es decir, la comunicación sin censura, hasta donde sea posible de cualquier cosa que esté en la mente del paciente. En la psicoterapia de grupo, la técnica que predomina es la interacción libre. Dentro de la estructura del grupo psicoanalítico no se permiten las actuaciones ni de la agresión física dentro o fuera del grupo ni las actuaciones sexuales. Cuando dos miembros del grupo tienen relaciones sexuales, debe salir del grupo uno de los dos, o ambos.

A más de 100 años, las técnicas utilizadas por Freud han aumentado y las creadas por él se han perfeccionado. La contratransferencia se utiliza de manera amplia como instrumento diagnóstico (González Núñez, 1992) y como herramienta para la cura, posibilidades que Freud le negaba. Se han incrementado técnicas como la confrontación y la clarificación y han aparecido nuevas, como la alianza de trabajo y en particular la psicoterapia de grupo. El psicoanálisis ha enseñado a tomar en consideración a esa parte de la psique llamada el inconsciente, que se manifiesta, de una manera disfrazada, en forma de síntomas y también de otros productos que se hacen accesibles por el descubrimiento e interpretación de las resistencias y por el análisis de los mecanismos de defensa.

Los propósitos de hacer consciente lo inconsciente, analizar las resistencias, fortalecer al yo, modificar al superyó, etc., exigen al terapeuta convertirse en un agente activo e ingresar como tal en la interacción dinámica entre el ello y el yo. El psicoanalista participa en el proceso dinámico interpersonal e intrapsíquico y se convierte en una figura de transferencia, por consiguiente, la situación psicoanalítica se vuelve una situación transferencial que debe ser sometida a análisis; del psicoanalista se requiere una actitud de aceptación a cualquier rol que le atribuya el paciente.

La principal actividad del analista es la interpretación (sobre todo de las defensas del paciente) y su participación en los procesos interpersonales e intrapsíquicos depende de su particular actitud que lo capacita para establecer una situación terapéutica. El analista focaliza su atención e interpretación en la relación entre la situación presente (el aquí y ahora) y el pasado del paciente, al hacerlo así es capaz de investigar las causas genéticas de la enfermedad del paciente (Foulkes y Anthony, 1964).

Ahora bien, el contenido de la terapia de grupo se conduce de manera estricta dentro de la línea analítica grupal, pero el terapeuta debe, preferiblemente, tener experiencia en psicoanálisis personal, y haber atendido a un número considerable de pacientes bajo la supervisión de un psicoanalista experimentado.

Cuadro 12-1. Características de la psicoterapia analítica de grupo, según Bion, Ezriel y Foulkes

Siete u ocho integrantes se reúnen durante una hora y media, y se sientan en forma circular con el analista.

Al no brindárseles un programa a desarrollar ni indicaciones precisas, todas las contribuciones surgen espontáneamente de los pacientes.

Las comunicaciones del grupo son consideradas como equivalentes a las asociaciones libres del paciente individual en la situación psicoanalítica.

El terapeuta mantiene una actitud similar a la que asume el psicoanalista individual, al interpretar los contenidos, procesos, actitudes y relaciones..

Todas las comunicaciones son de importancia central, tanto para la curación como para la actividad terapéutica del analista, y se consideran como partes de un campo de interacciones.

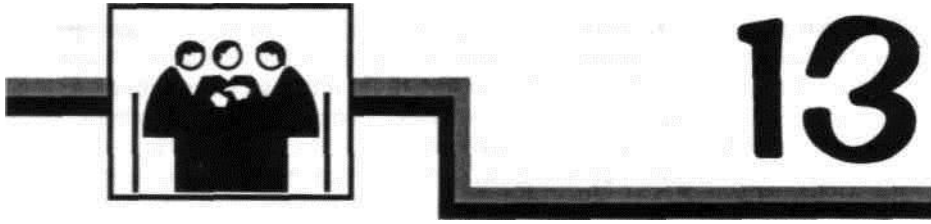
Todos los miembros deben tomar parte activa en el proceso terapéutico.

12:

Slavson (1976) considera que en la psicoterapia grupal analítica, como en todas las psicoterapias de orientación psicoanalítica, los objetivos que se persiguen, además de los ya mencionados, son: la redistribución de la libido, cuando se ha producido una concentración catéctica excesiva, bien en uno mismo o bien en un objeto; el fortalecimiento del yo, de modo que pueda manejarse con las demandas y presiones tanto internas como externas; la regulación de la censura, que proviene del superyó; y la corrección de la autoimagen.

Ezriel (1952) listó tres hipótesis relativas a la aplicación de los métodos de la terapia psicoanalítica en grupo: la primera hace referencia a que los sentimientos inconscientes, pertenecientes al pasado y dirigidos hacia personas autoritarias, son proyectados sobre figuras del ambiente social; la segunda afirma que al desarrollarse una tensión general en el grupo, ésta involucrará a todos sus miembros al promover en cada uno de ellos la salida de fantasías inconscientes con un común denominador, donde cada miembro asumirá un rol en un drama decretado en la sesión por el grupo, utilizando mecanismos defensivos; y la última se relaciona con la interpretación realizada a IOL- miembros del grupo, la cual hace referencia a los contenidos inconscientes del área de tensión común y a las defensas específicas empleadas por el participante en relación con lo anterior. Según Bion (1989), Ezriel (1952) y Foulkes (1981), el psicoanálisis grupal posee ciertas características, mismas que se presentan en el cuadro 12-1.

Si bien existen muchas similitudes y concordancias entre diversos representantes de la terapia psicoanalítica, también es cierto que la postura teórica de cada uno de ellos posee rasgos muy característicos. Por tal razón, en los siguientes capítulos se explicarán las afirmaciones y postulados de algunos de los autores más representativos en el campo de la terapia psicoanalítica grupal, como son, Bion, Slavson, Foulkes y Anthony, Ezriel y Moreno. ■



Wilfred Bion

■ psicoanalista inglés que se formó y analizó con Melanie Klein. Reconoce influencias de John Rickman, su primer analista, y fue presidente de la Sociedad Psicoanalítica Británica. Su pensamiento sintetiza las bases filosóficas, matemáticas y humanísticas, así como las observaciones de su práctica clínica. Trabajó con grupos terapéuticos y se interesó por el análisis de pacientes psicóticos (Bleichmar, 1989). En la Clínica Tavistock, durante 1947 y 1948 dirigió pequeños grupos, al igual que grupos de capacitación e investigaciones en torno al grupo terapéutico (Kissen, 1989). Su interés por los grupos comenzó cuando trabajó como oficial del ejército británico durante la Segunda Guerra Mundial y se le encargó la selección de hombres capacitados para asumir puestos de líder y además establecer una unidad de rehabilitación para pacientes psiquiátricos.

CONCEPTOS BÁSICOS

■ TEORÍA DEL PENSAMIENTO

La **teoría del pensamiento** propuesta por Bion comienza por plantear la existencia de pensamientos y de un **aparato para pensar**. La actividad del pensar fue, en su origen, un procedimiento destinado a librar al psiquismo del exceso de estímulos que lo abruman. En la conceptualización de Bion, los pensamientos son considerados como genética y epistemológicamente previos a la capacidad para pensar. En las etapas más tempranas del desarrollo, éstos no son más que impresiones sensoriales y experiencias emocionales muy primitivas (protopensamientos) relacionadas con la experiencia concreta de una *cosa-en-sí-misma* (tal como Kant define lo incognoscible del objeto).

Las teorías de Bion, extraídas de su experiencia clínica, deben ser usadas por los psicoanalistas y experimentadas en un número significativo de casos. Él clasifica los pensamientos desde el punto de vista de su evolución, en **preconcepciones** —modelo de la expectativa innata de un pecho—y **concepciones** —^resultantes de la conjunción de las percepciones y una realización que se aproxime a ellas— (Granel 1979, citado en Grinberg, Sor y Tabak, 1979); y denomina pensamientos a las conjunciones de **preconcepciones** con frustraciones (vividas como "no pecho" o "pecho malo interno"). Bajo el término **pensamiento**, Bion incluye las preconcepciones, las concepciones, los conceptos y los pensamientos propiamente dichos.

De acuerdo con este autor, si se toleran las frustraciones y se dan experiencias satisfactorias, entonces este pensamiento primitivo, asociado a un objeto malo y que es en sí una cosa mala, evoluciona y se transforma en pensamiento. De este modo se desarrolla el aparato psíquico para pensar, que posibilita esta evolución y en consecuencia la frustración tolerada se hace más tolerable.

Si no se tolera la frustración y suceden experiencias negativas en la realidad, se originan **concepciones** de un pecho malo o inexistente. Estos pensamientos quedan detenidos en su evolución, permanecen indiferenciados de la cosa en sí misma, son sentidos como algo dañino que debe ser evacuado y son vividos como objetos concretos malos, por lo que no asumen la función que Freud les dio: controlar la tensión y postergar la descarga.

Es así como se perturban el desarrollo y la función del aparato para pensar y se hipertrofia el mecanismo de identificación proyectiva. Este aparato debe funcionar para liberarse de los pensamientos-objetos malos. Es este aparato el que logra que el pensamiento primitivo (asociado a la cosa en sí) evolucione y obtenga las características del **pensamiento abstracto**.

Bion considera que no basta con tener pensamientos, sino que éstos deben ser concebidos para utilizarse como tales, pues son resultado del buen funcionamiento del aparato destinado a manipularlos. El aparato para pensar es una de las ideas más avanzadas de Bion, donde expone que la función alfa opera sobre los datos de la experiencia sensorial que se obtienen y transforman por el órgano de la consciencia. Con los elementos alfa, el psiquismo adquiere la capacidad de soñar y de estar consciente o inconsciente.

Por otra parte, este autor hace resaltar la importancia patológica de la ruptura (en el interjuego de la identificación proyectiva) entre la consciencia rudimentaria del lactante y la *reverte* (ensueño) de la madre; es decir, si la madre no puede tolerar las proyecciones del niño, éste quedará identificado con un objeto desprovisto de la capacidad de comprensión.

Los pensamientos originados en el aparato, al ser traducidos en acciones, fungen como vehículos de comunicación. Las concepciones, pensamientos y verbalizaciones constituyen la función de correlación que facilita la conjunción de las diferentes series de datos. Dicha conjunción debe ser armónica, pues si fracasara la comunicación interna de un sujeto, éste sufrirá de inanición mental.

Para el bebé, incorporar leche, calor y amor, equivale a incorporar el pecho bueno. Presionado por su hambre, experimenta la necesidad no satisfecha (pecho malo), de la cual intenta deshacerse. Para Bion, todos los objetos que se necesitan son objetos malos; se los necesita porque no se los posee, si no no habría carencia. De este modo, los pensamientos primitivos o protopensamientos son objetos malos de los que el bebé necesita liberarse. (Grinberg, Sor y Tabak, 1979). La experiencia real con el pecho presente provee al bebé de una oportunidad para deshacerse de este pecho malo.

La madre no sólo suministra el alimento, sino que sirve de continente para todos los sentimientos displacenteros (pecho malo) del bebé. La eliminación del pecho malo dentro de la madre constituye la evacuación de un elemento-beta a través del mecanismo de identificación proyectiva.

Es necesario destacar que Bion considera la tolerancia a la frustración como un factor innato de la personalidad del bebé y, por tanto, de gran importancia en el proceso de formación de pensamientos y de la capacidad de pensar.

En la formación del aparato para pensar participan dos mecanismos principales: el primero está representado por la relación dinámica entre algo que se proyecta (contenido) y un objeto que lo contiene (continente); el segundo es el representado por la relación dinámica entre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva. La madre funciona como un continente efectivo de las sensaciones del lactante, con su madurez logra transformar con éxito el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, el miedo a estar muriendo en tranquilidad. Esta capacidad de la madre de estar abierta a las proyecciones-necesidades del bebé es lo que se denomina capacidad de *réverie* o ensoñación (Grinberg, Sor y Tabak, 1979).

Klein (1983) describió la posición esquizo-paranoide como la situación del bebé que, expuesto al impacto de la realidad externa y a la ansiedad provocada por su instinto de muerte, utiliza los mecanismos de disociación, negación, omnipotencia, idealización e identificación proyectiva, para defenderse. El resultado es la disociación de los objetos en idealizados y perseguidores. También puede suceder que estos mecanismos, por ser extremos, lleven a situaciones de dispersión y fragmentación del yo y de los objetos.

La posición depresiva constituye el proceso de integración de la disociación, con la aparición de sentimientos de ambivalencia. En la formación y utilización de pensamientos, así como en la integración del objeto, ambos procesos operan en conjunción sin que pueda adjudicárseles mayor importancia a uno o a otro.

El área de investigación en la que se aplica el concepto de **función-alfa** (intencionalmente desprovisto de significado) incluye los procesos de pensamiento tal como se manifiestan en sus productos finales, sean gestos, palabras o formulaciones más complejas. La **teoría de la función-alfa** incluye las hipótesis (factores) que explican cómo se producen estos procesos, y es aplicada al estudio y comprensión de la capacidad de pensar y de los trastornos del pensamiento. Durante la práctica clínica, el terapeuta puede observar las diferentes funciones que están en juego en la conducta verbal y no verbal de su paciente y deducir los factores que participan en cada una de ellas, y que son elementos que forman parte de una función; las teorías e hipótesis que aparecen como factores deben ser expresadas y aplicadas con una precisión rigurosa.

La teoría de la función-alfa postula la existencia de una función en la personalidad, denominada función-alfa, que opera sobre las impresiones sensoriales y las experiencias emocionales percibidas, transformándolas en **elementos-alfa**. Éstos, a diferencia de las impresiones percibidas, pueden ser utilizados en nuevos procesos de transformación, almacenados, reprimidos, etc. Los elementos-alfa son, pues, aquellas impresiones sensoriales y experiencias emocionales transformadas en imágenes visuales, o imágenes que responden a modelos auditivos, olfativos, y otros, en el dominio de lo mental; son utilizados para la formación de pensamientos oníricos, el pensar inconsciente de vigilia, sueños y recuerdos. Las impresiones sensoriales y las experiencias emocionales no transformadas son denominadas por Bion **elementos-beta**, y no resultan apropiados para pensar, soñar, recordar, o ejercer funciones

intelectuales, en general adscritas al aparato psíquico; sino que son vividos como *cosas-en-sí-mismas* (de acuerdo con la denominación de Kant) y por lo regular son evacuados a través de la identificación proyectiva. Los elementos alfa y beta son términos teóricos que permiten explicar ciertos hechos clínicos y, por tanto, no son elementos observables en la práctica analítica.

Bion propone además el término **barrera de contacto** para el conjunto formado por la proliferación de elementos-alfa que se adhieren entre sí para marcar el contacto y la separación entre consciente e inconsciente, con un pasaje selectivo de elementos de uno a otro. Esta barrera de contacto, en continuo proceso de formación, cumple la función de una membrana semipermeable que separa los fenómenos mentales en dos grupos. De este modo, otorga la capacidad de estar dormido o despierto, consciente o inconsciente y tener noción de pasado y de futuro. La barrera de contacto puede compararse con algo que se parece al acto de soñar, como protector del dormir; impide que las fantasías y los estímulos endopsíquicos sean interferidos por la visión realista. De modo recíproco, protege el contacto con la realidad evitando que sea distorsionada por las emociones de origen interno. Se la puede considerar como una estructura, tal como lo sugiere Bion, y sería entonces una parte del aparato mental producida por la función-alfa.

Bion introduce otro concepto, el de **pantalla de elementos-beta**, que utiliza para explicar aquellos estados mentales en los que no existe diferenciación entre consciente e inconsciente, estar dormido o despierto. Por analogía con la barrera de contacto, la pantalla-beta está formada por elementos-beta. Los elementos-beta, considerados *cosas-en-sí-mismas*, no tienen capacidad de establecer vínculos entre sí. Por tanto, la pantalla-beta es producto de la aglomeración de elementos-beta, más parecida a una aglutinación que a una integración. Sin embargo, pueden alcanzar una cierta coherencia entre sí, que se manifiesta por la cualidad de provocar en el objeto determinadas respuestas emocionales, siendo esto último un hecho de observación clínica (esto guarda muchos puntos en común con el concepto de **contraidentificación proyectiva** que se refiere a aquellas identificaciones del terapeuta con el paciente).

La barrera de contacto es la base de la relación normal con la realidad y el mundo interno y externo, mientras que la pantalla-beta constituye la característica del vínculo psicótico. La barrera de contacto puede llegar a destruirse, en cuyo caso los elementos-alfa quedan despojados de sus características y se convierten en elementos-beta, a los que se agregan vestigios del yo y del superyó, configurando los **objetos bizarros**. Elementos-alfa, barrera de contacto, elementos-beta y pantalla-beta serán el resultado de las distintas vicisitudes seguidas por las sensaciones y emociones provenientes de la experiencia inmediata, de acuerdo con el grado y forma de operatividad de la función-alfa. Los pacientes que presentan serios trastornos en la capacidad de pensar son considerados, a la luz de este modelo, como poseyendo una función-alfa deteriorada o cuyo desarrollo no es suficiente, que fracasa en la producción de elementos-alfa. En su lugar, predominarán los elementos-beta que subyacen a la tendencia a las actuaciones y a usar el pensamiento concreto, debido a la incapacidad de simbolizar y de hacer abstracciones (Grinberg, Sor y Tabak, 1979).

■ ELEMENTO Q DE PSICOANÁLISIS

Bion propone el ordenamiento del material que el analista recoge en distintas categorías denominadas **elementos de psicoanálisis** y que representa por dos coordenadas

mediante dos ejes, uno vertical y otro horizontal. El eje vertical representa el grado de complejidad creciente del pensamiento, y el eje horizontal, los distintos usos que puede tener el mismo.

El concepto continente-contenido es un símbolo que utiliza para caracterizar a la identificación proyectiva, ya que la considera un elemento del psicoanálisis. Otro elemento es la oscilación entre la posición paranoide-esquizoide de fragmentación y dispersión (PS) y la de integración, característica de la posición depresiva (D). Bion esclarece estos conceptos al mencionar que el vínculo que existe entre el bebé y la madre se equipara al del paciente y el analista; señala que los pensamientos y el pensar pueden considerarse como parte de la situación edípica.

También enfatiza en la perspectiva reversible, relacionándola con el *insight* y con el punto de vista del observador. Cuando el paciente puede modificar su punto de vista ha logrado un *insight*, el cual se manifiesta al tener varias perspectivas de lo que dice (como en el ejemplo de figura-fondo, donde, si se ve como figura lo negro se percibe un florero, mientras que si se ve como figura lo blanco se perciben dos perfiles). Bion habla de revertir la perspectiva cuando el paciente realiza un rechazo silencioso y constante de las ideas implícitas en la interpretación que hace el terapeuta, aunque aparente un total acuerdo con éste.

GRUPOS

El gran descubrimiento de Bion es haber encontrado que el grupo forma una totalidad psicológica que tiene expresión propia, y que esta totalidad puede ser interpretada y modificada por la intervención del terapeuta. El grupo puede ser descrito como un interjuego entre necesidades individuales que llegan a formar una sola mentalidad grupal, y que no es otra cosa que la expresión anónima de tales necesidades individuales de cada miembro, que a su vez forman una cultura propia del grupo. Cuando este último está constituido en su organización y tarea (Kissen, 1989), esa estructura formada es momentánea y dinámica, pero con ciertas directrices estables.

Al mismo tiempo, el grupo es definido como una colección de individuos con una o varias funciones específicas. Desde este punto de vista, el grupo no está conceptuado en términos del número de miembros que lo integran, ni tampoco se considera como un conjunto de individuos sin función individual o grupal.

Bion entiende a la enfermedad como la incapacidad del paciente para funcionar como miembro de un grupo y de la sociedad. No cree que exista un instinto gregario o mente colectiva, pero considera que sí puede formar parte del grupo como síntoma de regresión, por lo que es posible entender mejor al grupo si se han tenido experiencias con fenómenos psicóticos y neuróticos. Así pues, la mente colectiva es producto de una ficción imaginaria distorsionada que se da cuando una persona se siente amenazada en su identidad individual.

Bion parte de la concepción aristotélica de que el hombre es un animal social y deduce que para su supervivencia es esencial la vida en grupo. A pesar de esto los grupos siempre frustran las aspiraciones individuales de sus miembros, los cuales a su vez necesitan del apoyo del grupo; satisfacen algunos deseos individuales y niegan otros, he aquí la tragedia humana. El individuo, al formar parte de una agrupación, obtiene ciertas satisfacciones a la vez que presenta sentimientos de frustración; de cualquier manera, el grupo es esencial para que un hombre pueda llevar una vida plena, para que desarrolle su vida mental.

Define a la **mentalidad del grupo** como la expresión unánime de la voluntad grupal que a su vez es la resultante de la voluntad individual de cada miembro. Los integrantes del grupo contribuyen de manera anónima, sin saberlo, al establecimiento de la citada mentalidad del grupo y en la medida que se desvíen de ella se sentirán desdichados. Aquí lo individual puede chocar con lo colectivo y viceversa.

Los distintos elementos que integran al grupo como totalidad producen lo que Bion denomina **cultura de grupo**. Ésta incluye la estructura que el grupo logra en un momento dado, las tareas que se propone y la organización que adopta. Para entender estos conceptos no debe olvidarse que el proceso grupal es, en la mayoría de los casos, sorprendente y confuso a nivel emocional; son comunes los sentimientos de frustración, el aburrimiento agudo y los arranques de exasperación entre los miembros. Es decir, la cultura del grupo deviene, en definitiva, del conflicto creado entre los deseos individuales y la mentalidad del grupo.

Por otro lado, la estructura del grupo puede considerarse a la vez como el resultado del intercambio entre los deseos y necesidades individuales, la mentalidad del grupo y la cultura del mismo. Cabe señalar que los medios de comunicación del grupo son débiles en extremo y muy inciertos en su acción. Por ello, resulta necesario considerarlo como una estructura dinámica en constante fluctuación entre los factores expuestos; el grupo debe concebirse como una *gestalt* viva y cambiante.

■ SUBGRUPOS

Bion considera que en todo grupo existen dos subgrupos, el **grupo de trabajo** y el **grupo de suposición básica**; y que subsisten dos aspectos o modos diferentes de comportamiento, los cuales crean la metáfora de que en un grupo de 10 personas, hay 20 sentadas en dos círculos separados y hablando con dos voces. Entonces el grupo tiene dos actividades: la primera racional y consciente, que expresa la voluntad de los miembros y su deseo de llevar a cabo la tarea; y la segunda irracional e inconsciente, que resulta emocionalmente intensa, instantánea e involuntaria.

El grupo de trabajo es el aspecto del funcionamiento general que se relaciona con la verdadera tarea del grupo. Éste se reúne para examinar su propia conducta, adquiriendo así consciencia del propósito de su función y definiendo su trabajo. La estructura del grupo es la ejecución de la tarea. En el grupo de trabajo los miembros colaboran de manera separada y discreta, el líder no es el único que conduce al grupo y los miembros se integran y trabajan voluntariamente para lograr la meta común con la que están de acuerdo y se identifican. El grupo busca conocimientos (Kissen, 1989), aprende de su propia experiencia, mejora la manera de lograr sus objetivos, pone a prueba sus conclusiones con espíritu científico y está consciente del tiempo así como de los procesos de aprendizaje y desarrollo.

No obstante lo anterior, los grupos de trabajo que actúan como se describe son escasos o no existen en un contexto cultural determinado. Bion cree que los grupos no se comportan en forma racional pues considera al hombre como un animal gregario que entra en conflicto con los otros, por lo que se vuelve ineficaz y autocontradictorio en los grupos.

Por otro lado, la suposición básica es una expresión condicional *como si* (uno se comporta como si fuera de una forma u otra), y una postura táctica del grupo; pero al ser inconsciente se deduce por el estado emocional del grupo. Bion describe los

fenómenos grupales de acuerdo con tres categorías que no son más que bosquejos de la suposición básica, que es la base de la conducta. Los tres supuestos básicos son:

Grupos de dependencia. La suposición básica de **dependencia** tiene como meta esencial obtener seguridad y protección a través de la dependencia depositada en un individuo considerado como líder, todopoderoso y omnisciente. Los miembros de una agrupación con estas características, se comportan como inmaduros, no informan cómo se sienten, son incapaces de entender sutilezas, piden explicaciones sencillas y no hacen nada fácil. Un ejemplo podría ser los grupos formados por pacientes psiquiátricos y un terapeuta idealizado, quien se convierte en una especie de dios que cuida de sus criaturas, que es poderoso, sabio, receptivo y generoso, características que no se ponen en tela de juicio, pues los curará por acto de magia. Como no es posible cumplir con las expectativas del grupo, éste acaba por generar sentimientos de hostilidad y decepción hacia el terapeuta. Los miembros, al sentirse indefensos tratarán por todos los medios que el terapeuta todopoderoso los salve y cure. Uno de estos intentos consiste en presentar a uno de los integrantes como muy enfermo e inusualmente angustiado, para tratar de que se le reblandezca el corazón al terapeuta y alivie entonces los sentimientos de insuficiencia e inseguridad del paciente; la persona que asume este rol puede verse incluso abandonada por el grupo. Cuando el líder no responde a estas demandas, el grupo se busca uno nuevo (lo cual resulta una tentación para los miembros más ambiciosos del grupo), pero éste acaba corriendo la misma suerte que el líder original. Los miembros de un grupo de dependencia se perpetúan en la dependencia infantil desde su egoísmo, al mostrarse muy demandantes hacia la figura paterna; sin embargo, desean al mismo tiempo salir de y continuar esta dependencia; sienten celos, ira y temor a la vez que expresan sus deseos de ser maduros y de prever consecuencias.

El grupo de suposición básica de dependencia no existe en un contexto cultural determinado, y percibe al mundo externo como frío y hostil. La relación de esta agrupación con el líder adquiere características de culto religioso, por lo que sus palabras se convierten en una especie de Biblia: si el líder falta, sus palabras sustituyen su presencia y si se sienten abandonados, olvidan sus rencillas, cierran filas y se acurman entre sí como polluelos en el nido, para lograr una atmósfera de bienestar y seguridad.

Grupos de ataque-fuga. El segundo grupo de suposición básica es el de ataque-fuga, y junto con el anterior forman las dos caras de una moneda. Su suposición básica es que se formó para preservarse a sí mismo (Kissen, 1989) y esto sólo puede lograrse atacando a alguien o a algo, o huyendo de una persona o de algo. De hecho, la preservación del grupo es más importante que la de los individuos, a quienes puede abandonarse en la fuga o en el ataque, ya que la debilidad de los miembros no se tolera y puede causar baja. El líder es muy importante pues la acción exige su presencia y su capacidad de mover al grupo a la huida o al ataque cuando detecte peligro, al fomentar el valor y autosacrificio. Para alcanzar el éxito, debe poseer características paranoides en su personalidad que le permitan detectar y descubrir al enemigo y preservar al grupo.

Este grupo es antintelectual (no se autoestudia), pues considera que el autoconocimiento es una introspección insensata.

Bion sostiene que el pánico, la huida y el ataque están muy relacionados. El pánico surge de sentimientos de rabia que al no desahogarse producen una frustración intolerable para el grupo. La huida o fuga y el ataque permiten al grupo expresar sus emociones y con ello lograr una satisfacción instantánea. Considera además que un buen líder puede llevar al grupo que huye al ataque y al grupo que ataca al pánico.

Grupos de apareamiento. El tercer grupo es el de apareamiento. Aquí la suposición básica es que el grupo se formó para propósitos de reproducción, para engendrar al *Mesías Redentor*. A nombre del grupo dos personas se aparean y crean; no necesitan ser hombre y mujer, pues se supone que no lo hacen con fines sexuales. Los miembros no se aburren sino que se escuchan. Reina una atmósfera de optimismo ya que el grupo espera ver la creación de un nuevo líder, de una nueva filosofía, de una nueva vida que traerá consigo la utopía, el paraíso y la resolución de todos los problemas pasados. Pero al igual que en la historia del mundo, cuando surge un nuevo líder, se le rechaza en poco tiempo.

Por otra parte, Bion hace notar la esperanza (expectativa) que prevalece en el grupo, como *mañana será otro día*, como la panacea de que el matrimonio o la terapia de grupo resolverán cualquier problema neurótico.

El grupo de apareamiento existe incluso cuando no hay pruebas de ello; disfruta su optimismo, sus emociones son dulces y agradables, y el líder los salva de sentimientos de odio, destrucción y desesperación.

Los grupos evolucionan y oscilan de un supuesto básico a otro de modo irregular, pero aun así cada agrupación mantiene ciertos matices. También puede presentarse la regresión en los distintos grupos de suposición básica. La exigencia de desarrollo dentro de un grupo crea resistencias que pueden llevarlo a un cisma, el cual puede darse entre dos subgrupos, uno que apela a la tradición opuesta al avance y el otro que apoya el progreso.

Estos grupos tienen diferencias obvias con los de trabajo, y se caracterizan principalmente porque: su vida no se proyecta a una realidad externa sino a fantasías internas que se expresan de manera impulsiva e indiscriminada; consideran poco las consecuencias; presentan escasa paciencia ante una actitud inquisitiva y mucha insistencia en sus sentimientos; sus miembros están confundidos, tienen mala memoria y orientación temporal; no aprenden de la experiencia ni se adaptan pues se resisten al cambio, aun cuando pasan de una suposición básica a otra y gustan de recordar **los** viejos tiempos; su lenguaje está lleno de clichés, frases repetitivas y generalizaciones ambiguas; buscan el anonimato, nadie quiere ser autor, etc. Las suposiciones básicas son partes repudiadas de los individuos, quienes les temen puesto que funcionan en forma despiadada (ya que el utilitarismo es muy grande), además de imponer papeles y pervertir a los líderes para alejarlos de su función.

Ni los grupos de trabajo ni los de suposición básica existen mucho tiempo como tales en un contexto cultural determinado; por otro lado, se observan muchos grupos de trabajo invadidos por los grupos de suposición básica. Así como el yo consciente es invadido por aspectos irracionales de la personalidad, mediante impulsos nefastos y primitivas que intervienen en el sensato obrar de una persona madura, de igual manera las suposiciones básicas interfieren en la tarea del grupo de trabajo. Sin embargo, éstas también pueden tener aspectos positivos, como el que la dependencia se utilice para brindar un mejor cuidado a pacientes enfermos.

Bion compara a la suposición básica de dependencia con la Iglesia (ya que ésta la utiliza de manera preponderante), a la suposición básica de ataque-fuga con el ejército, y a la suposición básica de apareamiento con la aristocracia.

El autor considera al grupo de trabajo y a las suposiciones básicas como abstracciones útiles para observar el comportamiento de los grupos, puesto que ambos se presentan en grados variables. Con la fantasía inconsciente, el líder del grupo de dependencia debe ser omnipotente; el del grupo de ataque, invencible; el de huida, inalcanzable, y el líder del grupo de apareamiento debe ser maravilloso (aun sin haber nacido). Desde la óptica del grupo maduro de trabajo, que aprovecha las suposiciones básicas apropiadas, los líderes deben ser: responsable para el grupo de dependencia; valiente para el de huida-ataque y creativo para el de apareamiento.

Haciendo analogías, las suposiciones básicas son buenas sirvientas y malas amas del grupo de trabajo, mientras que éste es un padre responsable que supervisa una planificación inteligente. Las suposiciones básicas son niños juguetones y asustadizos que quieren una satisfacción inmediata de sus deseos. Bion insiste en que ambas partes son reales y necesarias, y sostiene que un grupo puede ser estúpido y cruel, o inteligente y bondadoso.

■ 819TEMA PROTO-MENTAL

Se refiere a aquel estado donde lo físico y lo psicológico se hallan indiferenciados. Es la matriz de la que surgen todos los fenómenos, incluyendo las emociones de los distintos supuestos básicos. Si en determinado momento de la vida de un grupo predominara un supuesto básico específico, los dos restantes estarían confinados en el sistema o estado proto-mental. Dadas las características de este sistema y de que existe una etapa en la que lo físico y lo mental están indiferenciados, Bion deduce que cuando una enfermedad se manifiesta en el plano físico (por ejemplo, la tuberculosis), ésta posee una contraparte psicológica aún desconocida.

Debe considerarse al sistema proto-mental como referido al grupo y como la base de los citados supuestos básicos. El estado proto-mental de un individuo no es sino una parte del sistema proto-mental del grupo, pues es en función de este último como un todo, como mejor podemos estudiar estos fenómenos.

■ VALENCIA

Bion considera como valencia a la disposición en que se encuentra el individuo para entrar en combinación con el grupo, con el propósito de definir y llevar a cabo las suposiciones básicas; es una función de la naturaleza gregaria del hombre.

Una persona tiene, de manera ineludible, valencia alta o baja, puesto que es imposible que carezca, en algún grado de ella. Por otro lado, la gente tiende a integrarse a la vida de un grupo, sobre todo en los aspectos inconscientes. Esta tendencia es psicológica, pero además biológica, ya que la valencia posee aspectos instantáneos e involuntarios de conducta instintiva. La valencia en un grupo de suposición básica corresponde a la cooperación en un grupo de trabajo.

Los individuos varían en el grado de sus valencias y en la dirección de sus tendencias: unos, hacia la dependencia; otros, hacia la fuga o el ataque y otros, hacia

el apareamiento. Es decir, cada persona tiene tres valencias, pero por lo general predomina una de ellas. Una sociedad efectiva aprovecha la valencia de sus miembros para lograr sus propósitos. Así, por ejemplo, el educador puede utilizar muy bien la suposición básica de dependencia; el comandante de guerra, la de huida o la de ataque y la familia, la de apareamiento.

Los individuos temen que los domine su valencia hacia la vida dentro de un grupo. Bion cree que en los grupos reunidos con el fin de estudiar su propia conducta, la interpretación firme de las tendencias determinadas por sus posiciones básicas le quita lo amenazante, al hacerlas conscientes, con lo cual se hace más efectiva la función de trabajo en el grupo. Para él, el valor de una experiencia colectiva reside en la experimentación consciente de las posibilidades de un grupo de trabajo. La labor de grupo depende de la capacidad creciente de cada individuo para poner, con responsabilidad, sus destrezas al servicio de la labor común.

La ansiedad que se experimenta en un grupo, surge del peligro de quedar aislado. Según Bion, cuando la ansiedad es muy intensa, el grupo puede asemejarse a la esfinge misteriosa, terrible y destructora. La esfinge es la figura mitológica que pregunta cuál es el animal que por la mañana anda en cuatro pies, por la tarde en dos y por la noche en tres, y a la que Edipo contestó: el Hombre. Este personaje representa la amenazante complejidad y la incierta conducta del mundo que espera con un nuevo enigma a que se presente otro Edipo. Así pues, si la esfinge preguntara: ¿cuál es (ser que el lunes es agresivo, cruel y mezquino; el martes indiferente y perezoso, y (miércoles inteligente, acomodado y eficiente?, se le podría contestar *es el hombre también los diez hombres que forman un grupo.*

■ DILEMA DEL INDIVIDUO

Dentro del grupo se presenta el dilema del individuo, ya que éste al tratar de contribuir en función de su valencia, obliga al grupo a refugiarse en contenidos superficiales finalmente en el silencio. Las interpretaciones de su comportamiento son en realidad expresiones de desaprobación, lo cual propicia en el individuo un temor ante los supuestos básicos y la función de conservación de éstos dentro del grupo.

El dilema del individuo se muestra a través de todo el curso de la existencia en una agrupación. Un resultado de la creciente familiaridad de este dilema es la demostración de que no existe ninguna posibilidad de que el individuo no haga nada en el grupo, ni siquiera cuando no hace nada, con lo cual se confirma que todos los miembros son responsables del comportamiento grupal. Como contraparte, el grupo se empeña en sostener, calmar, suavizar, halagar y mostrarse diferente con el miembro enfermo de sus miembros, quien ahora es el líder. Esto se presenta cuando todos los miembros de un grupo consideran al terapeuta como una persona con la que cada uno tiene una relación exclusiva.

■ TERAPIA DE GRUPO

El término terapia de grupo tiene dos significados: puede referirse al tratamiento de un número de individuos reunidos para realizar sesiones terapéuticas especiales, o a un esfuerzo planeado para descubrir las fuerzas que en un grupo llevan a una efectiva actividad cooperativa.

Cuadro 13-1. Características del buen espíritu del grupo

Está asociado a un propósito común, que puede ser el de vencer al enemigo o defender y promover un ideal o construcción creativa en el campo de las relaciones sociales o de los entretenimientos físicos.

Reconocimiento común de los límites del grupo, al igual que de sus posiciones, funciones con relación a las de grupos o unidades más extensas.

Capacidad para adquirir nuevos miembros y perder otros sin temer por la integración del grupo, es decir, el carácter del grupo debe ser flexible.

Libertad entre los subgrupos internos de límites rígidos; si se formara un subgrupo, éste no deberá estar centrado en ninguno de sus miembros ni tampoco en sí mismo, por contrario, tratará a los otros miembros del grupo principal como si no hubiera barreras ni límites dentro de dicho grupo.

Cada miembro será valorado de manera individual por su contribución al grupo y tendrá libertad de movimiento dentro de éste.

El grupo tiene la capacidad y los medios para enfrentar el descontento dentro del mismo.

El grupo debe constar de tres personas como mínimo.

La terapia de grupo es en sí misma una explicación del trastorno neurótico, explicación que depende del efecto catártico de la confesión pública. Esta terapia depende de la adquisición de conocimientos y de experiencia, factores que condicionan un buen espíritu grupal. Dado que en el tratamiento individual, la neurosis se presenta como un problema del individuo, entonces en el tratamiento grupal debe presentarse como un problema del grupo.

El buen espíritu de grupo, que constituye el objetivo del grupo terapéutico, se relaciona con las características que se exponen en el cuadro 13-1.

TÉCNICA

Existen ciertas consideraciones teóricas que determinan las técnicas para la psicoterapia de grupo, y que se pueden resumir en cinco:

- El terapeuta no dirige al grupo ni especifica su propia función.
- Interpreta los fenómenos que observa como un acontecimiento global del grupo o de sus partes en función de un todo.
- Da contenido a los conflictos inconscientes de sus miembros convirtiéndose en un buen continente.
- Trata de que los elementos beta se vuelvan alfa.
- Utiliza todas las técnicas psicoanalíticas existentes, según las necesidades del paciente.

Los pacientes que se incorporan a un grupo llegan con una idea preconcebida, que forma parte de la estructura que mantiene a dicho grupo en un nivel sofisticado.

Este preconceito se refiere a que el grupo está compuesto de terapeuta y paciente. En virtud de esta posición, el terapeuta puede establecer reglas de procedimientos y programas a seguir. Sin embargo, Bion aprovecha esta posición para no establecer ninguna regla y no adelantar ningún programa, así el grupo acepta sus omisiones de manera paulatina y con ello se demuestra que hay algo más en juego que el gusto por la estructura y la eficiencia.

El terapeuta procura que sus interpretaciones sean simples, precisas y dirigidas al grupo, pues considera que hacer interpretaciones individuales lo llevará al fracaso al no usar al grupo en forma terapéutica y ceder a la influencia del supuesto básico de dependencia en vez de interpretarlo; cuando un terapeuta hace interpretaciones aparentemente psicoanalíticas a un individuo, refuerza la suposición de que el grupo se compone de pacientes dependientes del terapeuta.

Bion realiza sus interpretaciones en los siguientes tres niveles:

1. Interpreta lo que él supone que es la actitud del grupo hacia el terapeuta.
2. Interpreta la actitud que el paciente cree que el grupo tiene hacia él (hacia el propio individuo).
3. Interpreta la actitud que el grupo adopta hacia la persona. ■ ;



samuel Richard slavson

slavson, reconocido psicoterapeuta, fue un precursor y el más activo impulsor de la psicoterapia analítica de grupo estadounidense; trabajó esta especialidad en gran escala por lo que se erigió como el representante de toda una escuela. Puede ser considerado como el más prolífico contribuyente a la literatura profesional, en vista de que creó y desarrolló la actividad terapéutica de grupo. Él parte de tratar al individuo en el grupo y se opone al concepto organísmico de este último. Las contribuciones originales de Slavson a esta teoría sistemática (Kadis, 1982) residen, en gran parte, en el campo de los grupos infantiles donde ha hecho un buen uso de técnicas no verbales, tales como el juego y la actividad.

Si bien Slavson toma y acepta los elementos básicos del psicoanálisis, su concepción de éste es estática y no vivencial; por ejemplo, al hablar de una neurosis edípica, aunque no niega la existencia del complejo de Edipo, sí lo plantea en forma esquemática al no haberlo experimentado a través de la transferencia, en sus múltiples facetas y matices. Es decir, distingue entre aquellos enfermos que sufren de odio edípico y quienes padecen de amor edípico hacia sus padres, integrándolos según estos síndromes en grupos distintos. Slavson considera que, en el grupo, el terapeuta representa al padre, el grupo o algún paciente representan a la madre, y el resto de los pacientes a los hermanos; también pudiera ser que el terapeuta represente a la madre, el grupo o algún paciente representen al padre y el resto de los pacientes a los hermanos. Es cierto que para algunos, el terapeuta será el padre odiado y para otros, el padre amado; pero no tiene en cuenta que el odio contra los padres, así como el amor por ellos, son dos facetas del mismo proceso que coexisten en el individuo y que, al manifestarse de manera simultánea en el grupo, permiten a cada integrante adquirir conciencia de su problema.

Otro ejemplo radica en su explicación de la diferencia entre el psicoanálisis individual y la terapia de grupo, ya que afirma que la psicoterapia individual sólo

incluye los elementos de transferencia, catarsis e *imight*, poniendo especial énfasis en el primero; mientras que toda psicoterapia analítica de grupo comprende, además de los tres elementos anteriores, la prueba de la realidad y la sublimación. Sostiene que en el análisis individual, el paciente siempre proyecta sobre el analista una figura parental, por lo general, la paterna; excluyendo así la posibilidad de otras proyecciones. En cambio, el grupo ofrece al paciente perspectivas más amplias, ya que éste puede representar a la madre; el psicoterapeuta, al padre, y los compañeros, a los hermanos. Aquí se observa la misma esquematización y fragmentación que en el ejemplo anterior, puesto que en el análisis individual el terapeuta representará, según el momento y el material, y de manera sucesiva o simultánea, la imagen buena o mala del padre, de la madre o de los hermanos; objetos parciales; partes del yo; impulsos rechazados, etc. Lo mismo sucede en el análisis grupal, pues el proceso que se desarrolla dentro del grupo proporciona la posibilidad de concretar al mismo tiempo esos aspectos distintos; por ejemplo, mientras que en determinado momento el terapeuta será para "A" el padre odiado, representará para "B" al padre amado, etc.

No obstante lo anterior, Slavson ha hecho una serie de aportaciones al psicoanálisis, sobre todo a la psicoterapia analítica grupal, que merecen ser rescatadas. El autor define al grupo como una reunión voluntaria de tres o más personas, en una relación libre cara a cara, sujeta a un liderazgo, que tiene una meta común y que, en relación con la misma, genera una relación recíproca entre sus miembros, de lo cual puede resultar el desarrollo de la personalidad (Slavson, 1976). El grupo se caracteriza por; consistir en un número reducido de personas, de tal modo que pueda tener lugar una relación significativa cara a cara; contar con un liderazgo; tener un propósito común a todos (o a la mayoría) de sus miembros; hallarse los miembros en una interacción dinámica recíproca, y favorecer el desarrollo de la personalidad.

CONCEPTO BÁSICO ACERCA DE LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS

Slavson señala que el hombre sólo puede lograr su desarrollo y plenitud a través de los grupos, ya que en ellos se repiten los vínculos que se establecieron en las relaciones tempranas, no sólo con otro individuo sino en general con otras personas. A lo largo del proceso de crecimiento normal, el ser humano cae bajo la influencia de ocho tipos de grupos básicos y, aunque todos contribuyen de modo semejante a la construcción del yo y a la adaptación social, cada uno de ellos hace aportes específicos a la formación de la personalidad. Esos grupos básicos se presentan en el cuadro 14-1.

El autor considera que los grupos pueden dividirse de acuerdo con sus orígenes, lo cual les impone tipos, caracteres y funciones especiales. Según este criterio, es posible clasificar a los grupos en siete categorías, como se explica en el cuadro 14-2.

Slavson define a la psicoterapia individual como el proceso mediante el cual un paciente se hace accesible a las influencias educativas totales de su mundo; esto se logra mediante la corrección de la naturaleza, las funciones y las relaciones de la libido con el yo, el superyó y la autoimagen. Para él, la psicoterapia grupal analítica es el proceso de regresión emocional, de revivir los sentimientos y recuerdos traumáticos del pasado, a la vez que es la corrección de las deformaciones del yo, del superyó y del autoconcepto; este último se origina en las propias experiencias y en

Cuadro 14-1. Grupos básicos

Orden	Grupo	Principal contribución
1	Familia de origen	Aceptación, amor incondicional.
2	Grupo de juego	Experimentación social, socialización.
3	Escuela	Expresión creadora y dinámica.
4	Del mismo sexo	Identificación, socialización, afirmación sexual.
5	Heterosexual	Adaptación heterosexual.
6	Ocupacional	Adecuación social, seguridad económica.
7	Voluntario adulto	Aceptación social, socialización.
8	Familia actual	Apareamiento, paternidad o maternidad, autoperpetuación.

Cuadro 14-2. Clasificación de los grupos según sus orígenes

1. De libre asociación	Son los que surgen de manera espontánea, en respuesta a un interés social u ocupacional común, y son los más adecuados para el tratamiento psicoterapéutico.
2. Motivados	Son promovidos por personas o instituciones quienes reúnen a sus integrantes mediante recursos, como premios, reconocimiento social y elevación del <i>status</i> .
3. Forzados	Son aquéllos en los que se impone la permanencia.
4. Deliberativos	Tienen un objetivo común y específico, así que se reúnen con el propósito de considerar y clarificar la naturaleza y la finalidad de esa meta, los medios y posibilidades de alcanzarla, así como para implementar una acción mediante comisiones u otros medios adecuados.
5. De planificación	Este grupo es considerablemente menor que una asamblea deliberativa y también más cohesivo, de modo que entre sus integrantes hay mayor consenso sobre sus objetivos y procedimientos; su función consiste en formular planes y estrategias que permitan ejecutar las decisiones tomadas.
6. De acción	Son elegidos, en general por los grupos de planificación y sirven como comisiones encargadas de poner en práctica los planes que formularon y aprobaron los dos grupos anteriores.
7. De estructura	Al crear estos grupos se tiene en cuenta que no sólo es preciso que sus miembros satisfagan (como individuos) ciertos requerimientos específicos, sino que se anticipen también ciertas interrelaciones.

las actitudes de las personas importantes durante la niñez. Según él, una terapia de grupo es analítica sólo cuando su contenido y su método son similares a los que se derivan del psicoanálisis.

Considera que el objetivo fundamental de la verdadera psicoterapia grupal es lograr un cambio intrapsíquico relativamente permanente, más que aliviar los síntomas o mejorar la conducta; en el grupo, ese proceso sólo se da cuando se elaboran las transferencias y se analizan las resistencias, mediante una reorganización intrapsíquica de las funciones y relaciones del ello, yo y superyó, en cada uno de los integrantes del grupo. Además de ésta, se pueden señalar otras metas específicas en la psicoterapia analítica grupal. La primera es la redistribución de la libido, y consiste en liberarla o desencajarla de los focos con sobrecatexia, ya se hallen éstos dentro de la persona o en un objeto; de modo que pueda establecerse un equilibrio entre la relación del yo y el objeto. La segunda se refiere a la necesidad del fortalecimiento del yo y al establecimiento de defensas adecuadas a él, donde las fuerzas del yo se establecen mediante correcciones de las identificaciones, la individualización y la superación de los bloqueos que obstaculizan las tendencias autónomas; ya que en los psiconeuróticos, el superyó es por lo general muy estricto y se convierte en una fuente de •conflictos, culpa y ansiedad; aunque en algunos desórdenes de carácter, el superyó es demasiado laxo, de modo que el individuo no se adapta bien a la vida social ni a las relaciones interpersonales. La tercera meta es corregir el superyó. La cuarta consiste en mejorar la autoimagen. La quinta pretende corregir las dificultades en las relaciones interpersonales, producto de tensiones intrapsíquicas, mediante el desplazamiento de la catexia, el cual consiste en liberar la libido de sus anclajes con sobrecatexia, tanto en el yo como en otras personas. La sexta y última es la eliminación o reducción de las ansiedades excesivas, manifiestas o encubiertas, tales como la prueba defectuosa de realidad, la ambivalencia, la impulsividad y las relaciones conflictivas con los objetos.

Por las características que atribuye a los grupos terapéuticos, resulta evidente que éstos operan según un sistema cerrado, que es una configuración de fuerzas que se alimentan a sí mismas y que por su propia naturaleza no permite (o lo hace en grado mínimo) la intrusión o incidencia de fuerzas exteriores; su existencia misma depende de esta autoalimentación y exclusividad. El principio del sistema cerrado tiene una importancia primordial para los grupos terapéuticos y constituye una consideración cardinal para su éxito. Un grupo terapéutico tiene un objetivo específico que sólo puede alcanzarse con interacciones profundamente íntimas, inducción mutua y catarsis recíproca de sus miembros, es decir, cuando permanece centrado en sí y no es afectado por la intrusión o presión de influencias exteriores. La naturaleza de las transferencias, catexias y catarsis mutuas en estos grupos es tal, que su eficacia se ve intensificada cuando los pacientes tienen una íntima libertad para expresarse y descargar sus sentimientos de hostilidad y antagonismo, así como para la expresión de sus afinidades y atracciones hacia los demás miembros. Por tanto, la admisión de un nuevo integrante detiene o desacelera la agitada actividad terapéutica del grupo, que sólo reaparece cuando el paciente se convierte en parte del mismo; lo mismo ocurre cuando los pacientes introducen ideas, pensamientos e informaciones ajenas a la emoción e interacción comunes del grupo, o a las fantasías y preocupaciones de los pacientes.

El terapeuta debe poseer una información adecuada sobre la psicodinamia y psicopatología de cada uno de los miembros del grupo, así como conocer el problema central. Su función ha de ser direccional, estimuladora, extensiva, explicativa e

interpretativa. En lo que respecta a los pacientes, éstos son personas que necesitan psicoterapia pues sus experiencias vitales las han vuelto incapaces de asimilar e integrar de manera adecuada todas las influencias educativas, por lo que están fijadas (o regresan) a un patrón de adaptación que es más propio de una fase de desarrollo anterior a sus edades cronológicas reales.

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE SLAVSON

A continuación se analizarán algunos conceptos básicos que desempeñan un papel importante en esta psicoterapia.

■ ESTRUCTURAS BÁSICAS DE RELACIONES INTERPERSONALES

Slavson (1976) parte del hecho de que el individuo se desarrolla en medio de estructuras básicas de relaciones interpersonales que, cuando no se atienden de modo adecuado, resultan en patología; dichas estructuras básicas son la crianza, el entrenamiento y la institución escolar. La primera se refiere a estados de dependencia del infante, por lo que la satisfacción es simbólica. La segunda se vincula con el entrenamiento y las relaciones subyacentes a procesos como la alimentación y la excreción, cuando al menor se le imponen límites externos, normas y regulaciones, para las llamadas relaciones interpersonales. Por último, la tercera se relaciona con las destrezas y la conducta social aceptable.

■ PSICONEUROSIS

Con frecuencia, la psiconeurosis se manifiesta en formas de desadaptación social, pues aunque tiene base en la propia psique del individuo, se origina en las relaciones intragrupales. Como es necesario superar las desventajas individuales, el grupo es empleado como instrumento de desarrollo y para corregir aquello que se dio de manera patógena, con lo cual el trabajo con grupos adquiere un carácter reeducativo.

■ POLARIDAD

La polaridad de los grupos es el centro en torno del cual un grupo se reúne (ya sea una persona, una idea, un ideal o un problema) y siempre está más o menos definida. Casi todos los grupos están polarizados; los grupos más estables y vitales tienen polos o centros tan marcados que suscitan emociones. La polaridad tiende a producir rigidez e inmovilidad, pero a diferencia de los grupos comunes que presentan una polaridad fija, la de los grupos terapéuticos es múltiple y variable. Esta última es importante debido a que la interacción ha de ser espontánea y el rol de cada paciente debe alterarse a medida que se produce la integración de su personalidad y el desarrollo de las fuerzas de su yo; para asegurar el cambio de la personalidad son esenciales la libertad

y la flexibilidad en las relaciones interpersonales, como experiencias a través de las cuales el paciente puede realizar una prueba de realidad y de sí mismo. Esta multiplicidad de polos afectivos se sintetiza en tres momentos:

- Al comienzo, el terapeuta puede servir como polo central a causa de la importancia transferencial que tiene para cada uno de los pacientes, en virtud de su condición de objeto cargado de catexia y de objeto de dependencia.
- A medida que los sentimientos surgen de manera gradual en un grupo terapéutico, también los pacientes se convierten en objeto de diferentes sentimientos de los miembros restantes (segundo polo).
- Al unirse el individuo al grupo, este último (como totalidad) se constituye como un tercer polo de catexia, lo cual hace que técnicamente sea importante ver el funcionamiento del individuo a ese nivel.

■ IDENTIFICACIÓN

Es el proceso por el cual un individuo se siente similar a otros. Las identificaciones pueden ser positivas o negativas, de acuerdo con los prototipos emocionales de cada participante, y ocurren como resultado de semejanzas de constitución, de antecedentes y de experiencias. Debido a que está basada en la resonancia emocional, la identificación es muy importante en los grupos terapéuticos porque posibilita la catarsis vicaria y lo que se ha denominado la terapia del espectador. Esta es la razón por la cual los pacientes reunidos en el mismo grupo deben, en la medida de lo posible, tener problemas centrales o nucleares comunes, aunque sus síntomas y diagnósticos clínicos sean diferentes. A partir del concepto de identificación se desarrolla todo el fenómeno grupal. Para Slavson las formas de identificación son las siguientes:

- La forma original de vínculo emocional con un objeto.
- La introyección del objeto en el yo.
- La percepción de una cualidad común que se comparte con alguna persona.

■ FUNCIONAMIENTO DEL YO Y EL SUPERYÓ EN LOS GRUPOS

En la psicoterapia de grupo se fomenta el fortalecimiento yoico a través de la identificación. Esto debido a que el grupo, sobre todo en las etapas iniciales, es fuente de ansiedad generada por un cúmulo de temores y vergüenzas, como el miedo a exponerse, deseos de poder y temores al rechazo, a la aceptación o al reconocimiento. Lo anterior surge a causa de las relaciones tempranas del individuo que replican, en el grupo, las experiencias familiares que en su momento fueron formas adaptativas de las fuerzas psíquicas. El grupo tiene una función correctiva del yo, al permitir que las múltiples identificaciones y transferencias actúen como catalizadores entre sí, además de poner a prueba al propio yo y permitir un mejoramiento de la autoimagen. Es notorio que el funcionamiento del yo en los individuos se altera por la pertenencia al grupo. La conducta de una persona cuyas reacciones son bien conocidas, difiere con frecuencia cuando se halla integrada a un grupo, ya que se intensifica la ansiedad y la seguridad, aumenta la agresión y la hostilidad y tiende a surgir el

miedo y el retraimiento. Se pone en marcha una estructura de ansiedad y temores inducidos de manera mutua, donde los controles yoicos de cada uno de los miembros se reducen y se transfieren al grupo a través de su líder, quien los asume.

Ya que una de las condiciones de la pertenencia al grupo es la *desyoización* parcial del individuo, esto es, el requerimiento de que una parte de su yo sea entregada al grupo (en especial al líder como su representante), es posible hablar de un yo **de grupo** o **yo grupal**. Los grupos sólo llegan a ser y sobreviven debido a que el yo del grupo se constituye sobre la base de estas porciones descartadas (por llamarlo así) de los yoes individuales. Toda su acción grupal, tanto deliberativa como incontrolada, es el resultado del funcionamiento del yo grupal que está personificado o representado por el símbolo idealizado y cargado de catexia, es decir, por el líder.

Lo que se ha dicho del yo es también válido para el superyó. Los juicios del superyó se ven debilitados en todos los miembros del grupo, debido a que las usuales constricciones del superyó internalizado de cada individuo disminuyen, dado que al grupo como entidad (por la vigencia del código primario) se le confiere la atribución de aprobar o sancionar, o prohibir, o todas ellas. La libido que de esta manera queda libre en los individuos, se coloca en el líder, lo cual lo convierte en el representante del **superyó del grupo**.

La psicoterapia utiliza el funcionamiento del yo y del superyó de un modo muy diferente, dada su naturaleza. Aunque la psicoterapia es permisiva y se basa en la libertad de acción y de expresión, no aparta al paciente de la responsabilidad individual; más bien, favorece el ejercicio irrestricto del ello, el yo y el superyó, pues sólo mediante su manifestación es posible corregirlos. Uno de los principios más importantes de la psicoterapia, afirma que debe otorgarse al paciente la libertad para actuar de acuerdo con los dictados de su superyó y las fuerzas de su yo, siempre y cuando conserve la responsabilidad de su propia conducta en lugar de delegarla al grupo o al líder; el paciente debe conservar el derecho de ejercitar su juicio. Es precisamente a través de la expresión del yo y superyó reales del paciente, y no a través del carácter aparente de estas instancias, como el individuo descubre la realidad de su propio autoenfrenamiento que ha de ser corregida en el interior y adecuada a la realidad exterior.

INTERACCIÓN

Es inevitable que donde hay acción en grupo, haya también interacción entre sus miembros. Ésta es mayor en los grupos de actividad libre, autodirigidos y voluntarios, que en los grupos con un líder autoritario, directivo o dogmático, donde la interacción de los miembros es menor tanto en frecuencia como en intensidad. La interacción de un cierto número de personas sin líder puede resultar en violencia multitudinaria y ruptura del grupo, a causa de la estimulación excesiva. Si las tensiones impiden el movimiento que lleva hacia el objetivo grupal, por lo general pueden hallarse medios que permitan resolverlas. La conciliación es el mecanismo más común y esencial en los grupos sociales, políticos y en todos aquellos orientados hacia un propósito y es además el resultado de otro proceso que puede denominarse **neutralización**.

Cuando se contrarrestan los impulsos emocionales o se tranquiliza al individuo que los experimenta mediante el apaciguamiento o alguna otra estrategia de gratificación del yo, se produce la neutralización de sus sentimientos. Entre los principales agentes neutralizadores de los grupos se encuentra el líder, quien representa (en el incons-

ciente de los miembros) una figura paterna; cuando éste asume el rol de progenitor bueno, los miembros del grupo aceptan sus expectativas. En los grupos terapéuticos es precisamente el terapeuta quien ejerce este afecto neutralizador de líder.

La interacción se ubica en el núcleo de la sesión terapéutica de grupo, lo que no ocurre con la conciliación ni con la neutralización, ya que a través de las diversas formas de impacto recíproco de los pacientes, los sentimientos transferenciales se toman manifiestos y se los elabora. Es esencial que el terapeuta no estimule ni force la interacción, más bien ésta debe surgir de las sesiones mismas y de la significación de las reacciones de los diversos miembros del grupo.

1

■ INTERESTIMULACIÓN

Es producto de la interacción y consiste en la activación recíproca que se produce entre las personas que se encuentran comprometidas en un esfuerzo y objetivo comunes, a través de sus actitudes, su conducta, sus acciones específicas, sus emociones y sus ideas. Cuando se trata de esfuerzos constructivos, la interestimulación puede producir los resultados más deseables, pero puede ser devastadora cuando se la practica de manera destructiva, como en el caso de los desórdenes multitudinarios. Al igual que la interacción, la interestimulación debe ser el resultado natural de las comunicaciones verbales y no verbales que se producen entre los pacientes en los grupos y de los estímulos emocionales e intelectuales que dichas comunicaciones engendran. En ciertas ocasiones, esta dinámica puede elevar las emociones de un grupo terapéutico por encima del nivel permisible y entonces se requiere la intervención del terapeuta, ya sea mediante la desviación, la exploración o la interpretación. Este procedimiento constituye el núcleo del método de tratamiento del aquí y ahora para relacionarlo con el ayer y el entonces.

■ INDUCCIÓN MUTUA

Se halla confinada al área de los sentimientos y las emociones, a diferencia de la interestimulación que ocurre en el dominio de la acción y las ideas. Las personas se inducen de manera mutua actitudes y sentimientos, sin formas de comunicación observables, verbales o de otro género. Los procesos inductivos se intensifican mediante la asociación estrecha y la intimidad, cuanto más estrecha y prolongada es la asociación emocional y física, en mayor grado responden los individuos al efecto inductivo de los demás y se intensifica la empatía.

A causa de su fragilidad emocional y de la debilidad de sus defensas yóicas, los pacientes grupales son particularmente susceptibles a la inducción emocional; este proceso debe ser vigilado en los grupos terapéuticos. También la inducción puede requerir, a veces, exploración e interpretación, pero a diferencia de otras dinámicas, es intangible y exige una resonancia emocional y una sutileza mayores.

■ INTENSIFICACIÓN

La intensificación de los sentimientos y el *acting out* son dos de los subproductos indeseables de la interacción y de la interestimulación. Cuando un cierto número de personas comparte una emoción común, en especial la hostilidad y la agresión, el tono

de estas personas se eleva a medida que se produce la eliminación de las restricciones del yo y del superyó, como consecuencia del consentimiento de la agrupación y de la necesidad provocada por el apetito social de unificarse con el grupo. De modo semejante, las emociones, así como los actos constructivos y benévolos, pueden intensificarse mediante el ejemplo, la presión y la demanda del grupo; en este caso el superyó del grupo refuerza el de cada uno de los individuos.

A causa de la naturaleza y contenido de los grupos terapéuticos y de la susceptibilidad de los pacientes al contagio emocional, la dinámica de la intensificación puede alcanzar niveles altos y, a menos que el terapeuta la maneje con destreza, puede conducir a la desintegración del grupo.

■ ASIMILACIÓN

Es una tendencia que se presenta en los grupos no terapéuticos, la cual favorece los procesos de socialización y cohesión y se produce por una disminución de la auto-afirmación. La sociedad estima en alto grado la asimilación, pues gracias a ella el individuo se funde con la sociedad, misma que puede controlarlo y utilizarlo en su beneficio. El propósito de todos los grupos es mantener su estabilidad y seguridad a costa y en beneficio del individuo. Ya que la asimilación pretende lograr uniformidad, control, estabilidad y pérdida de la línea del progreso, es considerada antiterapéutica y en consecuencia debe evitarse en los grupos de terapia analítica.

■ INTEGRACIÓN

Es el proceso mediante el cual el individuo llega a ser una parte indivisible del grupo al renunciar, en grados variables, a su individualidad y autodeterminación. La tendencia integradora propia de los organismos, se presenta en los grupos del mismo modo que en el dominio orgánico. La absorción completa en una situación total o en una gestalt grupal, despoja al individuo de su autonomía, al mismo tiempo que promueve el vigor del grupo. Si bien los grupos y las asociaciones son medios para lograr la expansión de la personalidad, ellos también limitan y restringen. El desarrollo sólo se logra cuando el equilibrio entre la individuación y la integración grupal se mantiene y cuando se producen desplazamientos de un grupo a otro. La capacidad de apartarse de un grupo y adaptarse a otro constituye un indicador de una dependencia saludable y de un carácter fuerte y estable. A la luz de esta definición, para que un grupo terapéutico siga considerándose como tal, debe impedir que sus miembros lleguen a integrarse por completo al grupo.

COHESIÓN GRUPAL

Se desarrolla a partir de la unión de individuos en torno a un objetivo o interés común que hace que participen en un esfuerzo compartido. Esta comunidad de propósito y este carácter central de la catexia del objetivo, desdibujan o subordinan los intereses individuales. A diferencia de la integración, en la cohesión predominan las consideraciones emocionales, pues sólo es cohesivo aquel grupo que funciona como unidad y posee

un grado mínimo de fricción o de percepción de las diferencias individuales. Para que esto sea posible, el sentimiento básico común subyacente debe ser de aceptación y afecto recíprocos e incondicionales.

En diversos grados, todos los grupos que funcionan derivan su comunidad y su armonía de los sentimientos (de afecto o de hostilidad) conscientes o inconscientes que dirigen hacia el líder; esta tendencia es aún más pronunciada en el caso de grupos cohesivos. Cuando los sentimientos son de afecto, el grupo es productivo y sobrevive, mientras que cuando hay hostilidad está condenado a la desintegración. En un sentido muy sutil, la cohesión surge del reconocimiento inconsciente de los deseos del líder y de la aceptación a los mismos por parte de los miembros del grupo. Dicha aceptación resulta del sentimiento de gratificación que experimentan los miembros del grupo cuando el líder reconoce, además de las necesidades comunes manifiestas, las necesidades encubiertas de sus seguidores y responde a ellas. Debido a las implicaciones emocionales y psicológicas de este proceso, la cohesión en los grupos terapéuticos está contraindicada.

En los grupos terapéuticos no debe promoverse ni la asimilación, ni la integración, ni la cohesión. Si bien el propósito de la terapia consiste en lograr que el individuo sea capaz de cooperar, esto debe lograrse a través de la elaboración de los temores, las reservas y la aceptación, en el caso de algunos pacientes; o de las hostilidades, las agresiones y la dominación, en el caso de otros. El objetivo final es librar al individuo de los estados internos nocivos, para lograr que le sea posible su fusión en los grupos, de un modo tal que favorezca tanto a su propio desarrollo y satisfacción como a los del grupo.

■ CONDUCTA NODAL Y ANTINODAL

En todas las interacciones humanas, cuando se hallan juntas tres o más personas, se produce el fenómeno de la conducta nodal y antinodal. Cuanto mayor sea el número y cuanto más libres los individuos, más intensos serán los periodos de *acting out* nodales y más prolongados los periodos de silencio e inactividad antinodales. Los periodos de conducta nodal de los grupos se caracterizan por una creciente animación y comunicación, por un ruido cada vez mayor, una atmósfera general de interacción y jovialidad; sin embargo, cuando el ruido y el caos alcanzan un alto nivel de intensidad, suele aparecer un repentino silencio.

El aumento de la conducta nodal tiene su origen en la interestimulación. No obstante, a medida que progresa y se va intensificando, engendra en los participantes un estado de tensión debido al esfuerzo físico y al desgaste emocional. La estimulación en exceso y el estado caótico en que caen las reuniones activan la ansiedad orgánica y generan una reacción en cada uno de los participantes. Como resultado de todo ello, se producen el silencio y la inactividad.

La alternancia entre conducta nodal y antinodal ocurre también en los grupos de psicoterapia, en donde el punto de transición de la conducta nodal a la antinodal debe considerarse desde la perspectiva de la integración de la personalidad y el fortalecimiento del yo, pues al intervenir factores autónomos, el grupo puede pasar a una condición de esfuerzo constructivo o a un estado de tranquilidad mediante controles que emanen de cada uno de los participantes. El resultado es la capacidad de dominar impulsos que van surgiendo en cada uno de los miembros, que en un inicio ocurre de

modo inconsciente, pero a medida que la terapia progresa puede convertirse en un esfuerzo consciente que se traslada a la vida cotidiana. En el punto en que surge la conducta antinodal se producen efectos intrapsíquicos como la aparición de los controles del yo y la integración de la personalidad.

TÉCNICAS DE SLAVSON

A continuación se expondrán las técnicas de la psicoterapia grupal analítica de Slavson.

■ TRANSFERENCIA

En el psicoanálisis es, en su forma más pura, unilateral, se dirige del paciente hacia el analista. En la psicoterapia grupal, las transferencias paciente-terapeuta se ven modificadas por la presencia de otros. Existen, por tanto, diversos tipos de transferencia: **transferencia libidinal**, en la que los sentimientos se derivan de los progenitores y con ellos se vinculan; **transferencia fraternal**, en la que los sentimientos emanan de las relaciones con los hermanos; y **transferencia de identificación**, en la que el paciente al identificarse con el terapeuta y otros miembros del grupo, desea imitarlos y ser como ellos, esto es, fungen como ideales del yo, como modelos de identificación, aunque hay que resaltar que el elemento de identificación se halla en todas las actitudes transferenciales. Un fenómeno especial de los grupos psicoterapéuticos es que proporcionan un cierto número de modelos de identificación, en vez de uno solo (el terapeuta), como ocurre en el tratamiento individual.

La naturaleza y las manifestaciones de la transferencia difieren según se trate de grupos terapéuticos o no terapéuticos; en los últimos es casi siempre positiva y en gran medida no sexual; mientras que en los primeros está cargada de libido y es bipolar.

Una de las modificaciones de los fenómenos transferenciales en los grupos es la distribución de la transferencia. Es decir que mientras en la terapia individual el terapeuta es el único objeto transferencial, en los grupos, al existir numerosos objetos, aparece una multiplicidad de blancos; dicha multiplicidad, representada por los pacientes miembros del grupo, disminuye la intensidad de la transferencia individual, aunque la cantidad de afectividad total puede multiplicarse varias veces.

Si bien hay una alternancia de transferencias hacia el terapeuta, es esencial que la transferencia básica sea positiva. La transferencia negativa, aunque esencial e inevitable, debiera ser breve y temporal. Esta regla vale tanto para la psicoterapia grupal como para el tratamiento individual, aunque la situación es más complicada en los grupos ya que la transferencia básica debe ser positiva no sólo hacia el terapeuta sino también hacia los miembros del grupo y hacia el grupo en su conjunto.

■ CATARSIS

Es el proceso mediante el cual un paciente comunica sus problemas y preocupaciones; es el modo a través del cual los sentimientos, recuerdos e ideas perturbadoras se desprenden y, por decirlo así, se expulsan del preconsciente e inconsciente para surgir a la superficie. La catarsis es en su esencia una purificación de la mente y de los afectos.

El esfuerzo que se requiere para producir esta fisura **es, por** lo general, muy grande y difícil; ello se debe a varios factores: la tensión que genera la amenaza de perturbar el equilibrio de la psique; la incomodidad que produce la revelación de pensamientos, acciones, recuerdos y sentimientos, vividos como ajenos al superyó y que en consecuencia, producen culpa; y finalmente la disminución de la autoestima del individuo. Todos estos impedimentos y restricciones, entre otros, constituyen la resistencia, la más universal e intransigente de todas las dinámicas de la psicoterapia.

La catarsis puede dividirse en dos categorías principales: **la catarsis verbal**, que se emplea con adultos y adolescentes, no psicóticos; y la **catarsis de actividad**, utilizada en el tratamiento de niños y en algunos tipos o fases de pacientes psicóticos adultos. Ambas pueden adoptar cualquiera de las formas que aparecen en el cuadro 14-3.

■ INSIGHT

El grado de *insight* que se alcanza mediante la psicoterapia, está condicionado por la flexibilidad emocional, la reducción de las defensas yoicas, la comprensión intelectual y la concepción personal. Para lograr el *insight* de los propios mecanismos y motivaciones, es preciso librarse de las fijaciones y deseos infantiles y superar en grado considerable el narcisismo.

Sus principales impedimentos son las defensas yoicas compulsivas y la rigidez del carácter; no es posible lograrlo a través de la aceptación intelectual o la comprensión, mientras estén presentes las resistencias. La disolución de estas últimas constituye una condición previa al *insight*, ya que éste exige autoconfrontación y enfrentamiento intrapsíquico, mediante la catarsis regresiva que una relación de transferencia hace posible.

Existen dos tipos de *insight*: el que se deriva de la interpretación verbal y el que surge de manera automática como resultado del desarrollo emocional; para diferenciarlos se sugieren las expresiones de ***insight directo*** e ***insight derivado***, respectivamente. Los pacientes pueden adquirir diferentes niveles de *insight*; entre lo que determina su profundidad, se encuentran las necesidades de cada persona, el tipo de terapia empleado, las circunstancias en que se lo adquiere y la capacidad de cada individuo para lograrlo.

La estimulación recíproca de pensamientos, ideas y comprensión que se produce en un grupo favorece la adquisición de un *insight* derivado; sin embargo, el *insight* directo puede lograrse también (aunque a un nivel más bajo, debido a que las transferencias libidinales hacia el terapeuta están menos cargadas y son frecuentes las interferencias de los demás pacientes). Hay una unidad orgánica entre transferencia, catarsis, resistencia e *insight*; pues cuando cualquiera de estos elementos se ve afectado, la influencia se refleja sobre los demás.

PRUEBA DE REALIDAD

Es una capacidad considerada de mayor importancia pues al mismo tiempo que contribuye a la madurez de la personalidad (Bellak, 1993) constituye un índice de ella.

Cuadro 14-3. Formas de catarsis

1

De asociación libre	Proceso por el cual el paciente en su comunicación, mientras nada se lo innpida, sigue secuencias conca-tenadas de pensamientos, recuerdos y sentimientos, tal y como surgen al activarse el inconsciente y el preconscious; a través de este laberinto de ideas aparentemente ilógicas, inconexas y confusas, se traen a la consciencia experiencias traumáticas del pasado que produjeron sentimientos perturbadores dirigidos tanto al paciente mismo como a otras personas, objetos y situaciones, y que han producido un desequilibrio a nivel emocional y conductual.
De pensamiento asociativo o acción asociativa	Se refiere a los materiales aportados por el paciente que se vinculan primariamente con su vida, sus experiencias y sus preocupaciones comunes, cuyos contenidos implican una inmediatez temporal.
Dirigida	Procedimiento por el cual el terapeuta o el resto de los pacientes formulan preguntas orientadoras, en un intento por descubrir hechos o recuerdos específicos que en un momento dado parecen ser particularmente pertinentes o importantes.
Inducida	En los grupos es un resultado inevitable de los efectos catárticos de la identificación, empatía y transferencias mutuas que tienen lugar entre los pacientes y a menudo también hacia el terapeuta; la expresión facial, los amaneramientos, las tensiones corporales y otros tipos de expresión no verbal, pero sobre todo las expresiones verbales cargadas de afecto, provocan respuestas gracias al proceso de inducción que activa a los pacientes y los impulsa a comunicar sentimientos y recuerdos que en muchos casos no habrían comunicado por iniciativa propia.
Forzada	Constituye, en principio, una expresión paradójica, puesto que nada que sea forzado puede ser al mismo tiempo verdaderamente catártico; esta expresión describe el proceso por el cual se requiere a los pacientes que proporcionen información específica, en un acto de aceptación de la autoridad del terapeuta o como parte de ciertos requisitos disciplinarios, como los que pueden encontrarse en instituciones punitivas o en el ejército.
Vicaria	En la psicoterapia grupal es de sumo valor para algunos pacientes; la autoconfrontación y la liberación de material se producen cuando un paciente se identifica con otro ante una comunicación o un sentimiento que de manera fortuita refleja sus propios sentimientos y problemas.

La prueba de realidad es un proceso automático, a medida que el individuo funciona en el mundo, registra sus propias reacciones y dificultades, pudiéndose afectar < autoestima o su autoimagen. Si logra manejarse con éxito en la realidad, el resultado es la reparación de la autoimagen; pero en caso contrario, toma conciencia de sus ineficiencias y de la necesidad de corregirlas. El paciente llega entonces a la situación de tratamiento, en la cual puede examinar la realidad y sus propias reacciones, con ayuda del psicoterapeuta y del grupo. La prueba de realidad constituye una parte principal e integral de la madurez emocional y se halla siempre presente en el proceso terapéutico.

El grupo terapéutico presta a los pacientes una realidad tangible ya que les plantea ciertas demandas que cada uno debe responder si desea seguir formando parte del grupo. Una ventaja de verse expuesto a demandas en el marco terapéutico, es que los afectos generados por los enfrentamientos interpersonales pueden expresarse y elaborarse, esto es, es posible analizarlos, interpretarlos y comprenderlos. En un grupo es más difícil disfrazar las reacciones; además, la cercanía de los acontecimientos hace que el factor de realidad sea más manifiesto y terapéuticamente más eficaz.

En los grupos se trabaja con la prueba de realidad al momento y en vivo, diferencia de la prueba de realidad pasada y del recuerdo que se produce fuera del escenario terapéutico. La prueba de realidad y el *acting out* que ocurren en una situación grupal, pueden ser compatibles o antagónicas con la corriente terapéutica que se maneje. Cuando las catarsis, la prueba de realidad, o el *acting out* permiten que la terapia se proteja con fluidez, se puede caracterizar a dichos elementos como sintónicos al grupo; cuando por el contrario, obstaculizan o perturban el tratamiento pueden considerarse como discordantes con el grupo.

9. SUBLIMACIÓN

La adquisición de sublimaciones aceptables de impulsos instintivos incompatibles con las normas sociales, es uno de los principales objetivos de la educación, de tal modo que cuando ésta no se logra se vuelve necesaria la psicoterapia.

Debe reconocerse, sin embargo, que las sublimaciones adquiridas con excesiva facilidad pueden obstaculizar el esfuerzo psicoterapéutico o borrar sus efectos, ya que en la psicoterapia es necesario revelar, tal como son, los remanentes de los impulsos instintivos presentes en la psique, para elaborarlos. Primero es preciso que se liberen las presiones y tensiones psíquicas, para buscar que el yo adquiera y asimile nuevas fuerzas, porque en caso contrario las tenues sublimaciones logradas cederían muy pronto bajo la fuerza de las presiones externas o de los conflictos internos. Las sublimaciones son más eficaces y permanentes cuando los impulsos primitivos se canalizan en destrezas y talentos adecuados que se adaptan a las disposiciones y predilecciones innatas del paciente.

Formar parte de un grupo y ser aceptado por él es algo benéfico en sí mismo. La ayuda mutua y los sentimientos cálidos y amistosos que surgen de manera gradual, hasta convertirse después en la atmósfera predominante en el grupo, produce en mayoría de los pacientes una profunda gratificación y una sublimación o reorientación de sus tendencias hostiles y libidinales que modifica sus respuestas habitualmente negativas.

■ REGRESIÓN

?

En el proceso grupal las relaciones, la comprensión y el *acting out* no son los procedimientos adecuados para lograr la curación o cambios duraderos en pacientes emocionalmente perturbados. La explicación no es interpretación, de la misma forma que la comprensión no es *insight*. En la verdadera psicoterapia, la acción (producto del *insight* y que no sea *acting out*) y la reflexión van juntas, aunque esta última puede darse sola a diferencia de la primera. Para los fines de una psicoterapia con pacientes adultos no es suficiente favorecer el establecimiento de relaciones. Todos los tipos de asociaciones amistosas y constructivas (individuales o grupales) casi siempre producen el mejoramiento de la conducta y de las actitudes, pero nadie que comprenda realmente tanto la estructura como la dinámica del carácter y de las neurosis, podrá pretender que sea posible modificarlas mediante recursos tan superficiales como las relaciones grupales. La psicoterapia grupal analítica con adolescentes y adultos no psicóticos se apoya en la comunicación verbal de las asociaciones libres de cada paciente, en la interpretación de las resistencias individuales y grupales, en la interpretación de las transferencias tanto individuales como múltiples y colectivas del grupo y, en el logro de *insight* por parte de cada uno de los miembros del grupo, en cuanto individuo. Es difícil esperar que se lleve a cabo una verdadera psicoterapia si no se hallan implicadas en el proceso la libido sexual y no sexual, si no se elaboran las hostilidades y agresiones primarias y secundarias. Dicha elaboración sólo puede alcanzarse mediante recuerdos y sentimientos infantiles regresivos, en una relación transferencial con un sustituto paterno.

■ CATASTRÓFICO VERBAL LIBRE

La acción sin reflexión es insuficiente. Lo que la psicoterapia reconstructiva requiere no es la reactuación sino la revivencia de los acontecimientos traumáticos del pasado, cargados de afecto, con todas las distorsiones y fantasías que los acompañen. Lo anterior debe producirse en un medio libre de las amenazas originales y de reacciones o situaciones que induzcan ansiedad. Una verdadera psicoterapia grupal con pacientes no psicóticos radica en lograr una catarsis verbal libre que conduzca a los sujetos hasta los primeros recuerdos de los traumas, con sus respectivas ansiedades que pueden conllevar al *acting out* no represivo.

■ INTERACCIÓN GRUPAL

Una psicoterapia grupal consiste en la participación y en la respuesta libre y espontánea de todos sus miembros, ya que los sentimientos, recuerdos e ideas se catalizan por los pacientes restantes. Debe permitirse que fluya en libertad la concatenación establecida en el inconsciente de los individuos y a veces del grupo como totalidad. El libre fluir de los recuerdos y sentimientos acumulados es lo que conduce a cada paciente al núcleo de su problema, ayuda a descargar sus tensiones y ansiedades psíquicas y permite hacer *insight* de sus mecanismos y reacciones, mediante la interacción de cada uno de los miembros del grupo con el terapeuta y entre sí. Se recordará que cada paciente simboliza y tiene elementos que promueven y provocan acciones inconscientes de los demás.

SELECCIÓN DE PACIENTES

La psicoterapia grupal eficaz implica la selección correcta y el debido agrupamiento de los pacientes. En un inicio, es preciso establecer diagnósticos de cada paciente para determinar en qué medida se adapta cada uno de ellos a cualquiera de los diversos tipos de tratamiento. Sobre este punto, Slavson afirma que para obtener la unificación del grupo es necesario integrarlo con pacientes que posean las mismas características, no sólo en cuanto a la enfermedad sino también en lo referente al sexo, edad, nivel socioeconómico, etc.; a estos grupos los denomina homogéneos. Por su parte, Grinberg (1957) opina que al planificar la composición del grupo e intentar conocer en lo posible a sus futuros miembros, se obtiene un grupo que no es representativo de los mundos interno y externo, sino de algo previsible: una suma de personas equivalente a una sola dominada por un síndrome específico.

TAMAÑO DEL GRUPO

Todo grupo terapéutico auténtico debe ser pequeño para que realmente puedan tener lugar las reacciones e interacciones interpersonales. El número de personas no debe ser mayor de ocho, ni menor de tres integrantes, pues esto originaría círculos viciosos en las catexias emocionales. La inducción mutua tiene lugar en una proporción geométrica inversa al tamaño del grupo, debido a que los elementos neutralizadores y diluyentes surgen de las variaciones de personalidad y funcionamiento y como que se presentan entre los miembros del grupo.

Los grupos pequeños proporcionan un campo más estrecho para la actuación emocional y por tanto, una mayor concentración de afecto. Impiden la pérdida de la autoidentidad e incitan a los individuos a enfrentarse de manera recíproca con mayor mordacidad y de modo más directo de lo que sería posible en los grupos mayores. Sólo en los grupos pequeños puede lograrse una relación cara a cara que implique una interpenetración íntima cargada de afectividad. Otra ventaja de los grupos pequeños es que, al ser réplicas cercanas a la familia, propician la repetición de actitudes y conductas condicionadas por el medio familiar, además permiten ver con claridad las transferencias que se hacen con cada una de las figuras.

En conclusión, puede decirse que la psicoterapia grupal encontró su origen con la introducción del pequeño grupo, ya que sólo en éste pueden representarse la catarsis de asociación libre, las interpretaciones válidas y los *insights* oportunos.

UTILIZACIÓN DE LA CONTRATRANSFERENCIA

Es muy importante para el grupo que la actitud sea positiva; un grupo que posee un terapeuta capaz de sublimar y reparar, que puede empalmar positivamente con cada uno de los miembros del grupo y con el grupo como tal, posee un terapeuta que podrá gratificar y resolver los problemas por los que el paciente asiste a psicoterapia. El psicoterapeuta grupal debe poner mucha atención en formar un grupo que le produzca una contratransferencia positiva.

■ DISOLUCIÓN DE LA TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA

El proceso de transferencia-contratransferencia tiene lugar debido a la interacción que ocurre entre todos los miembros del grupo (González Núñez, 1992); pero al final, este proceso debe disolverse y solucionarse, así la relación cotidiana del paciente se ve libre de ataduras.

PSICODINAMISMOS PARTICULARES DEL GRUPO

Por otra parte, Slavson opina que existen psicodinamismos particulares del grupo, esos son:

■ DISOLUCIÓN DE LA TRANSFERENCIA

Ésta tiene lugar en los grupos debido a las relaciones transferenciales que ocurren entre todos sus miembros, pero que hacen que disminuya (o se diluya) la ansiedad, al mismo tiempo que aminoran los sentimientos agresivos hacia el psicoterapeuta.

■ MULTIPLICIDAD DE OBJETIVOS

El grupo puede tener una gran variedad de objetivos:

- Individuales: La hostilidad hacia la figura paterna de un individuo se reparte entre todos los miembros del grupo.
- Grupales: Cuando ya se ha conformado el grupo y éste funciona como unidad, un individuo absorbe, en su propia hostilidad, la de varios o todos los miembros, y se puede expresar grupalmente, elaborándose así, de manera grupal, los sentimientos de culpa que dicha hostilidad genera.

Aunque aquí se usó a la hostilidad hacia el padre como ejemplo, puede funcionar cualquier sentimiento o acción, tanto individual como grupal; en este sentido, el grupo tiene múltiples objetivos.

■ APOYO MUTUO

Estrechamente relacionado con la multiplicidad de objetivos, este fenómeno no es más que el apoyo moral y emocional que se dan unos miembros a otros, con ello las exigencias del superyó se reducen de manera considerable y se produce un gran alivio moral y emocional.

■ DESPLAZAMIENTO

Mecanismo que sirve para que las emociones individuales no necesiten ser dirigidas hacia el terapeuta sino que puedan vertirse de forma menos traumática sobre otros

miembros del grupo, simbolizados como hermanos, padres y demás. El terapeuta detestar atento a estos desplazamientos pues pueden convertirse con facilidad en resistencias al progreso del grupo.

■ E8CAPE

Es otro elemento de resistencia que se manifiesta por medio de un silencio selectivo (frente a determinados temas y situaciones) o por el cambio brusco e inexplicable del tema o asunto que se esté discutiendo.

■ DEFLEXIÓN

Es un fenómeno muy útil en los grupos pues sirve para aumentar la introspección del individuo. Consiste en que un paciente discuta de manera amplia y profunda un problema relativo a otro miembro del grupo, haciendo notar con claridad la importancia que le concede a dicho asunto, en contraste con la indiferencia que en alguna otra ocasión había mostrado ante una temática idéntica al ser él mismo el eje de la discusión. En síntesis, la deflexión es el fenómeno mediante el cual se desvía la atención puesta en uno mismo sobre otro miembro del grupo; proceso que es empleado por los pacientes para escapar de la angustia.

■ CATÁLISIS

Es la aceleración de la catarsis producida por la influencia que un miembro del grupo ejerce sobre otro. Por lo regular, los menos inhibidos poseen un mayor poder de catálisis. Los efectos catalíticos de todo sujeto se encuentran intensamente cargados de tendencias libidinales.

■ IDENTIFICACIÓN

Es otro fenómeno importante en los grupos, pues gracias a él se recrean las relaciones infantiles; es la fuente donde dimanar, en gran parte, el desarrollo del yo del superyó. Al identificarse unos con otros, los miembros comprenden mejor sus respectivos problemas, por lo que establecen mejores vínculos de comprensión emocional.

UNIVERSALIZACIÓN

Por medio de ella, la persona se percata, de manera consciente y objetiva, de que sus sentimientos de culpa y problemas afectivos en general son comunes a toda la humanidad; al observarlos en otros miembros del grupo, disminuye su preocupación al respecto. Slavson considera a la universalización como uno de los factores terapéuticos más efectivos de la psicoterapia de grupo.

FACTORES DE U DINÁMICA DE LA TERAPIA GRUPAL ANALÍTICA

Dentro de la dinámica de las sesiones de la psicoterapia grupal analítica intervienen varios factores, entre ellos los siguientes:

■ FIGURAS DE REALIDAD Y FIGURAS INTERNALIZADAS

Durante toda la sesión el terapeuta debe tener siempre presente que cada uno de sus pacientes actúa haciendo referencia a imágenes internalizadas (fantasmas) de personas significativas de su pasado, más que a figuras reales. Estas imágenes están cargadas de afecto y ya que se han introyectado a la estructura misma del inconsciente, forman parte del aparato psíquico. El terapeuta debe movilizar todos los recursos disponibles para ayudar a que el paciente aleje de sí los fantasmas patógenos, mediante la transición de las imágenes internalizadas a la realidad presente, en la transferencia positiva hacia sí mismo; pero puede sentirse satisfecho con eliminar la parte patológica de dichas figuras internalizadas que se hayan tomado o se vuelvan ajenas al yo.

■ INTELECTO Y AFECTO

Si bien el intelecto y la comprensión no bastan para producir una terapia, desempeñan un papel importante con respecto al cambio de las imágenes y recuerdos cargados de afecto y de las actitudes que con ellos se asocian en el inconsciente. La conceptualización no puede, por sí misma, producir tales efectos; pero ciertamente contribuye al logro de la claridad emocional. Es erróneo suponer que una vez que el paciente logra un descubrimiento revelador, esto tendrá un efecto terapéutico *ipso facto*; por tanto, es preciso distinguir entre los enunciados lógicos apropiados y los emocionalmente significativos. Lo importante es revivir el afecto, soportar su impacto emocional y generar transformaciones permanentes o duraderas del mismo.

■ TENSIONES COMUNES GRUPALES

Una reacción en bloque del grupo o una tensión experimentada en común por el grupo pueden fundirse de manera momentánea en una sola entidad psicológica con respecto de la emoción de la que participan todos los pacientes; pero no hay que olvidar que a pesar de lo común del sentimiento, la calidad y la intensidad son subjetivas en cada uno de los pacientes. Sin embargo, cuando ocurre puede tratarse al grupo como si fuese una persona, para explorar el sentimiento común.

■ ANSIEDAD ENDÓGENA Y ANSIEDAD INDUCIDA

La ansiedad endógena emana de los conflictos pertenecientes a la psique del paciente o de la confrontación entre él y su medio ambiente; el paciente desea liberarse de ella

mediante el tratamiento. Por otro lado, la ansiedad inducida es el estado adicional de la tensión que se genera en un grupo terapéutico. Es importante que el terapeuta pueda determinar el tipo de ansiedad que un paciente presente en un momento dado. Una tensión experimentada por todo el grupo sólo es terapéuticamente válida cuando surge de un problema común, pero no cuando existe sólo como reacción de los participantes a la ansiedad exógena o a la inducida por uno de sus miembros.

■ ARTIFICIOS Y RECURSOS

Reagrupamientos, tópicos y temas

Los pacientes que integran grupos se centran de vez en vez en temas específicos o en emociones determinadas que originan "reagrupamientos", éstos pueden extenderse en periodos de duración diversa durante una sesión grupal. Los reagrupamientos se producen cuando un tópico provoca una resonancia psicológica común, esto es, cuando aparece una reacción en bloque, el grupo se halla en estado de resistencia en común. Un reagrupamiento es entonces un instrumento social que atrae a todos los miembros y en el cual depositan su libido. Por otro lado, la diferencia entre un tópico y un tema puede ilustrarse con el continuo de las sesiones grupales: los diferentes intereses que produce la asociación libre, con frecuencia inconexos y que suelen aparecer en las primeras sesiones, constituyen los denominados "tópicos" que irán disminuyendo de manera inevitable para dar paso a los "temas" que expresan reacciones muy personalizadas.

Temas manifiestos y temas latentes

En la sesión terapéutica grupal, el tema no siempre se define con claridad, pues en ocasiones se ve oscurecido por su contenido latente. No obstante, la mayor parte de las veces el tema es manifiesto y coincide con los asuntos que ocupan la tensión de los integrantes del grupo. Cuando el motivo o impulso básico que el tema refleja aparece opacado por la inmediatez del material aportado, el psicoterapeuta deberá discernir la emoción subyacente.

■ SEÑALES E INDICIOS

El terapeuta debe aprovechar los productos manifiestos y latentes de los pacientes para estimular, orientar o activar las sesiones en una dirección terapéuticamente válida. Dicha actividad se basa tanto en las comunicaciones manifiestas que emiten los pacientes, como en sus preocupaciones encubiertas. El psicoterapeuta necesita reconocer y seguir las señales e indicios que proporcionan los estados de ánimo, los enfrentamientos, los conflictos y las necesidades transitorias de los pacientes. Los "indicios" hacen su aparición durante la verbalización, como conceptos o ideas psicológicamente significativos, que tienen relación no sólo con el paciente mismo sino con el grupo en su conjunto. La "señal", en cambio, al tener por lo general una naturaleza no verbal, muestra el estado y las necesidades de un individuo a través de expresiones físicas tales como posturas, gestos, tensiones corporales y otras manifestaciones semejantes.

■ ZONAS PELIGROSAS Y FOCOS DE TOLERANCIA

Las reacciones intensas a los estímulos interpersonales tienen su origen en las respuestas defensivas que emiten los individuos cuando se tocan sus "zonas peligrosas" (asuntos cargados de un significado emocional intenso que producen culpa o ansiedad). Por otro lado, los temas o áreas que provocan respuestas de desaprobación violenta, diferencias de opinión, ira y disgusto, son denominados "focos de tolerancia" ya que son genética y cualitativamente diferentes de las zonas peligrosas pues no amenazan al ideal del yo o a las censuras de una persona, sino que más bien recuerdan experiencias o personas desagradables e irritantes del pasado.

■ ENCUENTRO PSICOLÓGICO

v

La esencia de una sesión grupal analítica es el conjunto de reacciones a los estímulos que se producen en un grupo, pues a través de ellas se ponen de manifiesto elementos patognomónicos, tomándose accesibles a los procedimientos correctivos denominados con el término genérico de "psicoterapia". Se denomina "encuentro psicológico" al impacto de dichas experiencias, el cual puede producirse en tres niveles: interpersonal, intrapersonal e intragrupal.

■ FASES

5

• ^

Cuando se secciona el *continuum* terapéutico en las llamadas fases inicial, media y terminal, se recurre a un artificio que puede provocar un alto grado de confusión y error. Los supuestos de que el grupo como unidad alcanza niveles uniformes en la terapia, son verdaderos sólo en una medida muy limitada. Por tanto, es importante que el terapeuta de grupos analíticos interprete las sesiones grupales como un proceso flexible en expansión progresiva, pero que en los distintos grupos y estadios se da según secuencias fluctuantes con ritmos y frecuencias diferentes. Las descripciones de los pacientes durante las primeras sesiones tienen cierto grado de veracidad, condicionada por muchos factores; dudas aún mayores se plantean con respecto a la fase terminal, pues no todos los pacientes alcanzan un nivel idéntico de mejoría ni están listos para su alta al mismo tiempo. El progreso se logra según los ritmos variados de cada uno de los miembros del grupo.

■ ESTEREOTIPIA

En el curso de las sesiones, el grupo se vuelve hacia un tema una y otra vez, cuando éste tiene gran importancia; en consecuencia, el grupo exige que se elabore. No obstante, al prolongarse esto durante un tiempo muy largo y repetirse con gran frecuencia, se presenta el fenómeno de la estereotipia que produce una situación de estancamiento, monótona y fustrante tanto para los pacientes como para el terapeuta. Es frecuente que el estereotipo sea un tema y un sentimiento sobre los que no se hizo suficiente luz cuando surgieron por primera vez, por lo que puede considerársele como una forma de queja ante el descuido del terapeuta y una demanda de clarificación emocional e intelectual; también puede actuar como medio de resistencia al tratamiento, al terapeuta o a ambos.

■ SILENCIOS ; í ; - t ' .

Los silencios que se producen en los grupos adquieren sentidos más significativos a la luz del proceso terapéutico total. Éstos pueden ser individuales o grupales, generales o selectivos. Al igual que los individuos, los grupos pueden recurrir a los silencios durante largos periodos o sólo en ciertas ocasiones y de manera breve. En estos fenómenos, los factores emocionales e intelectuales desempeñan un papel importante. En el cuadro 14-4 se presentan los diversos tipos de silencio.

Cuadro 14-4. Tipos de silencios	
Silencios individuales generales	Tienen sus raíces en el temor, la ansiedad, fuentes psiconeuróticas o en determinantes caracte-rológicos; las experiencias familiares tempranas y con los grupos de pares de carácter represivo, inhibidor o retrógrado, tienen el efecto de volver cautelosa y vacilante a la persona, de modo tal que ésta anticipa que sus compañeros de grupo la tratarán en forma negativa.
Silencios individuales selectivos	Entre sus causas se encuentran los temas de discusión que carecen de interés para el individuo y los que le provocan ansiedad excesiva, temor a la autorrevelación, resentimiento o ira contra otro paciente o hacia el terapeuta y la resistencia general a la terapia.
Silencios grupales generales	Son más frecuentes en los estadios tempranos del tratamiento y, con algunas excepciones, son manifestaciones de resistencia; en las primeras sesiones, la ansiedad presente en el grupo actúa como factor disuasivo de la comunicación, pero a medida que ésta se facilita, disminuye la incidencia del silencio; los silencios generales del grupo que persisten largo tiempo después de iniciado el tratamiento, pueden atribuirse a dos causas: al tipo de agrupamiento o a la personalidad y funciones del terapeuta.
Silencios grupales selectivos	Son respuestas a situaciones grupales específicas; al igual que los generalizados, pueden ser el resultado de reacciones transferenciales pasajeras dirigidas al terapeuta (que provocan una respuesta negativa del grupo en bloque), consecuencia de emociones fuertes que afectan a todos los integrantes o una forma de resistencia y de <i>acting out</i> ; hay silencios temporales que resultan benéficos, como son los que se producen ante una interpretación oportuna.

CARACTERÍSTICAS DE LAS SESIONES DE TERAPIA GRUPAL ANALÍTICA

Por último, se revisarán las características básicas de las sesiones de terapia grupal analítica, en sus tres tipos:

■ INCONEXAS

Se presentan cuando los temas que traen los integrantes al grupo van cambiando con fugacidad y rapidez, bajo el influjo de la impulsividad, las resistencias y los propios mecanismos de defensa. En éstas, las direcciones y los intereses no se mantienen ni siguen una secuencia relacional y carecen de unidad orgánica. En todos los estadios del tratamiento grupal aparecen momentos de inconexión (inclusive en situaciones de comunicación válida y seria) como parte de los fenómenos de resistencia o debido a la fatiga emocional y a las tensiones crecientes, por lo que se los puede considerar como periodos de descanso.

■ DISPERSAS

Este carácter de las sesiones se manifiesta cuando las comunicaciones de los integrantes del grupo se hallan centradas y tienen un hilo en común, pero las contribuciones individuales aparecen muy diversificadas, desarticuladas y no apuntan hacia la clarificación de la cuestión o el sentimiento planteado. Por lo general, esta conducta es una reacción a la ansiedad y a las resistencias, los pacientes sienten temor y no desean penetrar a fondo en una cuestión que podría exponerlos o causarles daño narcisista.

FOCALIZADAS

Son aquellas en las que el grupo en su conjunto (o una parte importante del mismo) lucha contra un sentimiento, un problema o un tema determinado, a la vez que dirige su atención y su comunicación al mismo. Suele ocurrir que este tipo de sesión provoque considerable agotamiento y fatiga emocional, pero terapéuticamente es el más constructivo. Los elementos que constituyen una sesión focalizada son: un tema definido, reagrupamientos frecuentes en torno al tema y encuentros interpersonales significativos entre los pacientes.

Cabe mencionar que en el transcurso de una sola sesión por lo general se manifiestan, aunque con frecuencia y duración variadas, los tres tipos básicos de sesión, pero las sesiones que resultan terapéuticamente valiosas son aquellas durante las cuales se dedica un tiempo considerable a un tema común. ■

Sigmund Heinrich Foulkes y James Anthony

La formación del grupo analítico se debe en gran parte al pensamiento y al trabajo del doctor Foulkes, renombrado psicoanalista germano educado dentro de la tradición psicoanalítica clásica. En 1933 emigró a Inglaterra donde fundó *The Group Analytic Society* y redactó un programa de psicoterapia de grupo en el hospital Maudsley de Londres. En 1940, se convirtió en la primera persona (en las Islas Británicas) que practicó la psicoterapia de grupo con fundamento psicoanalítico, al conducir su primer grupo terapéutico en forma privada. Después trabajó para la Armada Real, pero ha continuado en la exploración y el perfeccionamiento de la psicoterapia de grupo dentro del marco de la teoría psicoanalítica clásica.

En el presente capítulo se revisarán las principales ideas de Foulkes y su fundamento teórico; se incluye a E. J. Anthony, psicoterapeuta reconocido quien ha trabajado al lado de Foulkes en diversos ámbitos, como investigaciones, publicaciones y otros. Ambos coinciden en los conceptos esenciales sobre psicoterapia grupal analítica.

BA8E9 TEÓRICAS SEGÚN FOULKES Y ANTHONY

Foulkes integra el psicoanálisis, la psicología de la Gestalt y la sociología como base teórica de su trabajo clínico, pero también toma elementos de la teoría de Goldstein (1965, citado en Hilgard y Bownier, 1977), en el sentido de considerar al grupo como un todo y comprender que cada proceso individual tiene un significado para el grupo e influye en él. Goldstein consideraba al sistema nervioso, no como una gran cantidad

de neuronas individuales, sino como un conjunto que reacciona de manera coherente y responde a estímulos de manera total; a este conjunto lo denominó **red** y a la neurona, **punto nodal**.

De igual manera Foulkes y Anthony, en su libro *Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo*, exponen las aportaciones que, según su punto de vista, ha hecho el psicólogo social Kurt Lewin (1951) a la psicoterapia de grupo. Lewin, con su psicología topológica, fue el primero en considerar al grupo como un todo dinámico funcionando en un campo social, cuya descripción topográfica proporciona información acerca de la estructura de fuerzas o **rectores** que están interviniendo en el campo, donde dichos rectores pueden presentar valencias positivas (que indican atracción, unión, apoyo, etc.) o negativas (repulsión, rechazo, separación y demás); con lo cual se puede conocer, de manera general, el comportamiento del grupo en cuanto a integración o destrucción.

Algunos de los conceptos de Lewin que estos autores incorporaron a su terminología grupal analítica, se relacionan con los aspectos técnicos de la psicoterapia grupal que proponen; tanto Foulkes como Anthony insisten en la necesidad de delimitar el alcance y campo de acción del psicoanálisis individual y del análisis de grupo, diferenciando con nitidez las posibilidades de cada uno. Sostienen que la transferencia no se desarrolla con la misma intensidad en el grupo que en el análisis individual, por lo que este último resulta, para las **neurosis de transferencia**, el tratamiento más indicado. Afirman que en el psicoanálisis individual la transferencia tiene un carácter regresivo, *vertical* por referirse al pasado; mientras que en la psicoterapia de grupo, la transferencia es *horizontal* al desarrollarse en el plano actual y multipersonal.

Estos autores hablan de factores específicos de grupo que no aparecen en la psicoterapia individual, éstos son los siguientes:

■ SOCIALIZACIÓN A TRAVÉS DEL GRUPO

El grupo terapéutico aprende esencialmente de la convivencia social, ya que existe la necesidad de entender y ser entendido. Los integrantes escuchan con paciencia al compañero que se siente inadaptado, ayudándolo para que realice una formulación más clara de su problema, esto conduce a la sensación de no estar solo, con lo cual se aligeran los sentimientos de ansiedad y culpa. En el grupo terapéutico la palabra clave es **aceptación**, se busca que las comunicaciones sean plásticas, relativas y modificables. Lo que era egocéntrico y centrado en un líder, se vuelve altruista y focalizado en el grupo, se parte del 70 para llegar a *nosotros*. En síntesis, la aceptación por los miembros restantes del grupo y el intento de ayudarse unos a otros produce una disminución del egocentrismo y un aumento de la capacidad de cofraternidad en el grupo.

■ FENÓMENOS DE ESPEJO

La situación de grupo ha sido comparada a un corrector de espejos, donde un individuo es confrontado con varios aspectos de su imagen social, psicológica y corporal. Al ver sus problemas en otros, al notar nuevas soluciones, al percibir diferentes imágenes sobre su persona dadas por los demás miembros del grupo, etc., el individuo, de manera gradual, mediante imitaciones, identificaciones, *insight* y

otros, va adquiriendo una visión más sensata de sí mismo y del medio que lo rodea, todo lo cual lo ayudará a un desarrollo más armonioso de su personalidad. El fundamento del espejo descansa en el desarrollo de un niflo, donde existen las denominadas **reacciones de espejo** (el niño se ve a sí mismo en la propia madre, en la mirada de ella), las cuales le ayudan en la diferenciación del yo con respecto al no-yo. Los reflejos que provienen del exterior llevan a una mayor consciencia de sí mismo y a una imagen mejor adaptada a la vida real.

■ FENÓMENOS CONDENSADOS

Es el término que se utiliza para describir la descarga súbita del material profundo y primitivo (contenido en el inconsciente), que sigue a la fusión de las ideas asociadas por los diferentes integrantes del grupo. El material inconsciente emerge a través del flujo asociativo del grupo y esta descarga puede tomar la forma de temores, fantasías u otros.

■ FACTORES EN CADENA

La asociación libre es un aspecto importante del psicoanálisis individual para penetrar en los estratos inconscientes de la mente; pero ésta no puede realizarse en el grupo. Sin embargo, éste logra a veces producir una especie de **discusión libre-flotante**, la cual se asemeja a la citada asociación libre. A través de esta discusión libre-flotante puede producirse una sucesión de hechos, comentarios y actitudes, contribuyendo cada miembro como un eslabón de la cadena total. Este fenómeno suele aparecer en ciertos momentos de tensión grupal, sobre todo cuando se libera y se trabaja algún material profundo que causa angustia (fenómeno condensador), como el temor de que se rían de ellos o que se los abandone; por ejemplo, los contenidos inconscientes de tipo parricida pueden asociarse en cadena con contenidos inconscientes de tipo filicida, genocida, abortivo o todo lo que representa aspectos de muerte. En una situación de reacción en cadena, el terapeuta debe unirse al fenómeno en cadena.

■ RESONANCIA

Consiste en que cada quien se hará eco y reaccionará frente a un hecho según su grado de desarrollo emocional y características personales. Por ejemplo, una misma circunstancia ocurrida en un grupo puede activar en uno de sus miembros preocupaciones anales y agresivas, en otro sentimientos de culpa y en otro temor a no ser querido. Se asemeja a los fenómenos en cadena pues son reacciones semejantes en cada uno de los miembros del grupo. Se puede observar que el psicoterapeuta es sujeto y a la vez objeto del paciente. En este interjuego entran a funcionar ambas personalidades, ambos cuerpos y ambas psiques, en un contexto profesional y en un espacio concreto que es el lugar de la consulta (González Núñez, 1989).

■ Tensión

Es la resultante de los conflictos humanos entre las necesidades individuales y los requerimientos colectivos. La tensión es un fenómeno normal de los grupos; en cada

grupo se presenta un equilibrio (homeostasis) entre las fuerzas cohesivas y las destructivas, en general un aumento en la tensión del grupo lleva a una disminución de la coerción social (barreras interpersonales), a un debilitamiento de las barreras y a un aumento de la comunicación.

■ CLIMA

Es la atmósfera que el grupo va creando por el propio proceso de interacción entre sus miembros; éste se hace evidente cuando los integrantes, a través del tiempo, muestran una consistencia en actitudes y sentimientos. Existe una necesidad de pertenencia e identificación con el grupo, por lo que las actitudes del líder se encuentran entre los principales determinantes de la atmósfera: líderes autoritarios generan climas autoritarios que a su vez producen miembros que tienden a reaccionar en forma extremosa (agresivos o sumisos); en cambio, un grupo democrático presenta menor tensión y una mayor productividad.

■ ROLES

Son los papeles o funciones que cada cual desempeña en el grupo, que guardan mucha relación con el anterior estilo de vida y con la situación en la que el grupo como totalidad lo coloca. Cuanto más moderna es la cultura, más plásticos son los requerimientos de la comunidad con respecto a los roles. En el grupo terapéutico, por ejemplo, los integrantes solicitan al terapeuta el desempeño del rol de experto omnisciente, en tanto le exigen una infinidad de actividades, tales como controlar sus reacciones internas, cargar con la culpa de sus fracasos, asumir el papel de padre de los integrantes, servir de ideal y modelo de rectitud y, en general, soportar la responsabilidad de la vida presente y futura del grupo. Por su parte, Foulkes (1987) afirma que en el grupo existen tareas específicas a desarrollar, como lo es alcanzar el máximo grado de comunicación y aprendizaje interpersonal compartido, lo cual conlleva a una movilización activa de todos los integrantes.

■ GRUPO A-HISTÓRICO

Se refiere a la situación presente, al aquí y ahora del grupo. De acuerdo con este concepto, no se toma en cuenta el pasado individual de cada miembro. El grupo no tiene pasado, él irá creando su propia historia a partir del aquí y ahora, de su situación psicológica presente.

El uso de estos términos y de otros tales como situación, estructura, proceso y contenido, junto con los vocablos propiamente psicoanalíticos, denotan la doble procedencia del análisis de grupo, que emana del psicoanálisis individual y de la sociología moderna.

Tanto Foulkes como Anthony, aunque consideran al grupo como un todo, no adoptan un enfoque extremista ni usan términos como mente del grupo, temperamento del grupo, etc. Tampoco ven en el grupo a un nuevo organismo, pero sí a un todo social, que es más que la suma de sus partes. De acuerdo a Foulkes existen dos tipos de grupo: grupos con un cometido y grupos estrictamente terapéuticos; ambos se describen a continuación.

■ GRUPOS CON UN COMETIDO

Éstos, a su vez, pueden ser divididos en dos subgrupos: El primero consta de agrupaciones cuyo cometido se considera importante en sí, por ejemplo, un equipo deportivo o médico. En este caso, en realidad, el grupo es tratado por el grupo mismo; estar en él tiene una función terapéutica que está relacionada con los aspectos saludables de pertenecer a un grupo en la vida ordinaria: la moral del grupo, el sentimiento de hacer algo en compañía de otros, el sumergirse en una obra común, todo ello tiene un efecto constructivo y terapéutico sobre sus miembros, quienes se benefician de manera indirecta; no obstante, el funcionamiento del grupo es la verdadera meta.

En el segundo subgrupo la labor no se considera importante, esto puede o no ser evidente a los individuos; por consiguiente, aquí la persona es la que cuenta. El mejoramiento o el cambio benéfico individual es el verdadero interés, la labor del grupo no es más que la de un cuerpo provisional adecuado.

■ GRUPOS ERICTAMENTE TERAPÉUTICOS

Por otro lado, el prototipo del segundo grupo es el grupo analítico. Éste, a veces, es considerado por doctores y pacientes como si tuviese un cometido, ya sea el de aliviarse o el de discutir sus problemas; pero esto es más implícito que explícito pues el terapeuta, como cualquier buen dirigente, debe guiarse por la definición que el grupo da a la situación, a la luz de lo que hacen y dicen, así como de lo que no hacen y callan. El grupo analítico tiene existencia sólo como instrumento terapéutico. Con relación a esto se debe recordar que muchos de los grupos del primer tipo, en la vida ordinaria, a menudo usan su ocupación manifiesta como una especie de pantalla que en realidad refleja los problemas interpersonales subyacentes, a veces proporcionando ayuda, a veces ocultando las dificultades. Una de las características de la situación de análisis grupal es que se elimina esta función de pantalla, de manera que los pacientes miembros del grupo puedan llegar a éste mostrando sus problemas.

Según afirman Foulkes y Anthony (1964), existen tres pre-condiciones esenciales para la psicoterapia de grupo: que el grupo se apoye en la comunicación verbal, que el miembro individual sea el objeto de tratamiento y que el **grupo** mismo sea el principal instrumento terapéutico.

Pero para que esta psicoterapia de grupo pueda convertirse en una psicoterapia analítica de grupo, de modo particular en una psicoterapia de análisis grupal, deben cubrirse los pasos siguientes:

- **Que** la comunicación verbal cambie a comunicación grupal. Esto implica que la discusión en el grupo no deberá ser discusión en el sentido usual de la palabra, sino algo descrito como **libre discusión flotante**, el equivalente analítico de grupo que se conoce como asociación libre en el psicoanálisis.
- Que el material producido en el grupo y las acciones e interpretaciones de sus miembros sean analizados, es decir comentados, interpretados y estudiados por el grupo. Esto significa que, no sólo los procesos dinámicos grupales, sino también el análisis de esos procesos, forman parte integral de la operación terapéutica.
- Que el tema que sea materia de análisis, se trate no sólo con respecto a su contenido manifiesto, sino también en relación con su contenido inconsciente en su significado latente.

Una vez considerado lo anterior, Foulkes plantea que los objetivos de la psicoterapia grupal analítica son:

1. Análisis de las inhibiciones inconscientes, de las censuras que forman parte del yo y del superyó del paciente, de aquello que le impide cambiar, por lo que en consecuencia es un proceso de desaprendizaje.
2. Incremento del autoconocimiento, que va paralelo a una mejor comprensión de los demás y que redundará en una ampliación de los niveles de comunicación, con lo cual la matriz del grupo evoluciona y como resultado el grupo tiende a cambiar terapéuticamente. Cuando se habla de hacer consciente lo inconsciente, esto no tiene un sentido literal, sino que se refiere a toda interacción intrapsíquica entre las diferentes estructuras de la mente (yo, ello y superyó), que pueda acceder a la expresión explícita en el grupo para que sus integrantes puedan tomar consciencia, tanto por semejanza como por contraste, de la lucha dinámica que tiene lugar en cada uno de ellos y así lograr que todos participen en el cambio terapéutico.

Por otra parte, cuando Foulkes habla sobre la variedad de grupos analíticos, se refiere sobre todo a tres tipos:

Grupo cerrado. Comienza y termina al mismo tiempo para todos los integrantes. Tiene una duración mínima de dos años.

Grupo combinado. Está formado por miembros que reciben tratamiento individual y grupal de manera simultánea. Las reuniones son semanales para cada tratamiento.

Grupo abierto-lento. Los integrantes de estos grupos se rotan en la medida en que resuelven su problemática, por lo que el grupo no tiene una duración determinada. Las dificultades comienzan cuando entra un nuevo integrante o cuando se va alguno, siendo entonces importante preparar al grupo. Como su nombre lo dice, los cambios son lentos, lo cual hace que estos grupos tengan un carácter tan fuerte como un grupo cerrado. La decisión de la salida de un miembro la toman en conjunto el terapeuta y el paciente en cuestión. Los grupos van madurando a lo largo del tiempo; cuando ingresa un nuevo integrante los demás suelen darle una nueva connotación al grupo; pero no un cambio total, con lo que afloran diferentes circunstancias y se promueven novedosos conocimientos de los integrantes para consigo mismos.

■ ENFERMEDAD

Foulkes considera que el ser humano está inmerso en una sociedad donde recibe influencias de las que no puede escapar, dependiendo de la rigidez de la sociedad ésta puede formar individuos adaptados o desadaptados. Lo anterior adquiere relevancia en la medida en que, según el autor, la enfermedad mental tiene un fundamento social que surge a partir de las experiencias tempranas del individuo en la familia, inserta en la matriz de la sociedad. Se parte de la suposición básica de que un síntoma es sólo un síntoma y no el verdadero trastorno que lleva al paciente al consultorio, además, el trastorno no es una enfermedad, en el sentido de ser un proceso que ha arribado sobre el paciente desde el exterior; más bien, de acuerdo con la experiencia de cada

caso individual, la persona posee una predisposición interna para adquirir del exterior su problema, en muchos casos el conflicto se desencadena por factores internos que adquieren fuerza y relevancia para ella. Se advierte la posibilidad de que un factor externo sea tan impactante que logre desencadenar el problema del paciente. De esto se desprende que la idea de terapia de Foulkes sea que el paciente deba cambiar él mismo y no algo fuera de él, ni tampoco que algo deba ser cambiado en favor de él. Por tanto, concibe como la meta esencial y general de toda psicoterapia, que el paciente abandone su idea original acerca del mal y su curación, y retome el punto de vista del psicoterapeuta.

■ RESISTENCIA AL CAMBIO

Las resistencias al cambio, al aprendizaje y al desaprendizaje existen aun en los pacientes motivados, tanto a nivel consciente como inconsciente. Foulkes las describe como fuerzas muy poderosas luchando contra el cambio, el cual sería favorable para el individuo; estas fuerzas en su mayoría son inconscientes y, en última instancia, autodestructivas, aunque tal carácter no siempre se manifiesta de manera clara.

Además de las resistencias al cambio, hay aún otro grupo de resistencias que van más allá del individuo conceptualizado como persona aislada. Esto conduce al autor a la necesidad de desarrollar un punto de vista grupo-terapéutico y considerarlo como el único apropiado. Sustenta que el ser humano nunca existe aislado y mucho menos en un profundo sentido psicológico, como si tuviese que mantener para su bienestar no sólo un equilibrio dentro de su propio sistema sino también dentro de un sistema que comprende a cierto número de personas significativas. Estas personas son típicas de la comunidad y la cultura donde vive, pueden pertenecer al pasado o al presente, o pueden parecer estar dentro o fuera de él. Desde esta perspectiva los individuos no son más que puntos nodales en un juego de fuerzas, donde el equilibrio de cada uno depende del equilibrio de los demás. Foulkes llama a esto una red de acción recíproca, ya que es inevitable que cualquier cambio en alguno de sus miembros ocasione cambios en mayor o menor grado en los demás, quienes de manera consecuente se resisten a ellos.

■ CONTROL DE IMPULSOS

Si bien es importante que las capacidades de acción y respuesta recién obtenidas y liberadas sean practicadas por los miembros del grupo, es necesario vigilar que tal traslación a la vida no sea muy impulsiva. En verdad, es de importancia terapéutica aprender a no actuar de manera súbita sino mantener tales impulsos en suspenso para permitir el reconocimiento, la reflexión y corrección.

■ SITUACIÓN

Otro de los aspectos que conforman el grupo es la denominada situación, que es el conjunto de relaciones que se establecen entre los integrantes, las cuales van modificándose a través del tiempo en la medida en que el grupo evoluciona, es decir, que se

trabajan los contenidos conflictivos. La situación es el total acontecer grupal, fenómeno que está en constante movimiento y cambio, y se centra en un punto básico: las interrelaciones de los miembros del grupo. Las modificaciones de estas relaciones se ven influidas de manera indirecta por cada uno de los familiares, compañeros, amigos, aspectos económicos y materiales, entre otros. La situación del grupo es analizada e interpretada en tres aspectos: estructura, proceso y contenido.

Estructura

Concierne a las relaciones, relativamente estables, basadas en los roles de los miembros del grupo. El terapeuta observa dentro de la estructura cómo se van formando y configurando dichos roles, los cuales pueden no parecerse a los que desempeñan los integrantes en su ambiente usual. Es importante considerar estas configuraciones de relación para la localización de alteraciones preexistentes en el grupo.

Proceso

Es el elemento dinámico (Portuondo, 1982) de la situación y puede definirse como la interacción de los componentes de la situación en sus relaciones y comunicaciones recíprocas, verbales y no verbales.

Contenido

Se transmite a través de dos canales: la estructura y el proceso. El análisis del contenido se refiere a la suma de ideas, valoraciones, sentimientos, sensaciones y demás, pero sobre todo a aquellas de contenido anormal, pues esto es lo que se conoce comúnmente como psicopatología.

Tanto la estructura, como el proceso y el contenido son tres aspectos inseparables de una descripción completa de los sucesos del grupo, los cuales constituyen el objeto de estudio. Por todo lo dicho, los autores afirman que la situación es un acontecimiento totalista, algo más que el simple aspecto ambiental.

■ MATRIZ GRUPAL

Para Foulkes, otro de los conceptos fundamentales acerca de los grupos psicoanalíticos es la **red de grupo** o **matriz grupal**. Éste se refiere al conjunto de relaciones interpersonales y a los acontecimientos que tienen lugar en el grupo, es decir, se establece una red hipotética de comunicaciones siempre dinámica.

El término red se empleó para considerar el hecho de que el paciente individual es sólo un síntoma de la alteración del equilibrio en la gran trama de la que forma parte. La matriz grupal tiene un desarrollo lento y específico. Colín (1982) agrega que la matriz es una forma de representar el conglomerado o precipitado dentro del grupo, ella manifiesta las líneas de fuerza, de comunicación y las cadenas emocionales: esto puede ser como una ameba que está en constante movimiento y cambia de forma, donde el centro representa lo dinámico de la matriz, es decir, el punto en el que todas las líneas hacen intersección. Dentro de la matriz se hace presente el flujo asociativo, ya que al no dar a los integrantes ni instrucciones precisas ni temas a

desarrollar, las aportaciones aparecen de manera espontánea, conformando el material que se analiza grupalmente; de hecho el término de asociación libre empleado en la psicoterapia individual es sustituido por el de flujo asociativo en la terapia grupal.

Pines (citado en Foulkes, 1981) considera que el ambiente grupal proporciona y permite al paciente una reestructuración de sí mismo, en la medida en que este último trabaja internamente y en que la naturaleza del grupo madura con lentitud, transformándose de esta manera la matriz grupal. En la cultura existen muchas redes a las que pertenece el individuo.

ENCUADRE TÉCNICO

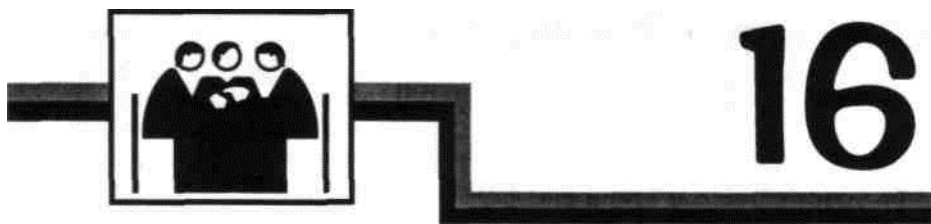
Las aportaciones de Foulkes y Anthony permiten tener el concepto de un grupo terapéutico vivo y actuando, donde el movimiento favorece la salud.

El encuadre técnico que estos autores proponen señala las siguientes consideraciones:

En general, los grupos están integrados por ocho personas de ambos sexos que se sientan de manera circular con el terapeuta durante 90 minutos. Foulkes tiende a limitar las variaciones dentro del grupo, al controlar factores como la edad, la inteligencia (C.I.), el nivel educativo, el nivel social, entre otros. Evidentemente no existe un grupo ideal, sólo modelos aproximados. Las aportaciones de los integrantes aparecen de manera espontánea, no se entregan instrucciones precisas ni temas a desarrollar.

El material que los integrantes aportan al grupo es considerado como equivalente a las asociaciones libres de la psicoterapia individual. También hay un relajamiento de la censura.

Todas las comunicaciones son de importancia central para la curación y la actividad terapéutica del analista, y se consideran como partes del campo de interacciones en la matriz del grupo. Por ejemplo: un integrante puede estar relatando los problemas que tiene en su trabajo con el jefe, otro mencionar los problemas familiares con el padre y alguien permanecer callado; es posible observar cómo cada uno de ellos está estableciendo comunicación, al aportar material a partir del cual todos elaboran sus propios conflictos. El terapeuta o conductor mantiene una actitud similar a la del psicoanalista en el tratamiento individual, es objeto y figura de la transferencia; interpreta los contenidos, procesos, actitudes y relaciones de los integrantes. Debe poner especial cuidado en evitar usar al grupo para sus propios fines o corregir sus propias valoraciones a la luz del grupo y no al contrario. El terapeuta tiene un papel esencial como conductor, ya que debe guiar al grupo a su legítima meta y ayudarlo a enfrentarse con los elementos destructivos y autodestructivos, hasta (idealmente) hacerlos innecesarios. Su labor es mantener la situación terapéutica, es decir, proteger a los individuos del daño que causarían reacciones excesivas o una selección incompatible; asegurarse de que lo que se aprende sea significativo y pueda ser usado de modo constructivo. Es importante que se trabaje, no con lo que parece ser, sino con lo que realmente es. Finalmente, el grupo terapéutico es creado por el terapeuta, pues sus miembros difícilmente formarían un grupo de manera espontánea. ■



Henri Ezriel

H

enri Ezriel, investigador de la Clínica de Tavistock en Londres, Inglaterra, es uno de los principales representantes del pensamiento psicoanalítico aplicado a la psicoterapia de grupo. En 1945 se inició en el trabajo psicoanalítico grupal junto con Foulkes y Anthony, con quienes comparte el enfoque general y los postulados teórico-técnicos básicos de la psicoterapia de grupo. A estos autores junto con Bion se les conoce como la Escuela Inglesa de Psicoterapia de Grupo.

CONCEPTOS TEÓRICOS

Entre las influencias teóricas que ha recibido el autor figura la de Lewin (1951), la cual se observa en su conceptualización del grupo como un todo social y no como la simple suma de sus miembros, así como en su concordancia al prescindir por completo de interpretaciones genético-históricas, considerando sólo la posible operatividad de las mismas, en la medida en que contengan elementos actuales pertenecientes a la relación interpersonal entre terapeutas y pacientes. También recibió influencias de Klein (1983) y su teoría de relaciones objétales, la cual utiliza para la comprensión de los procesos de transferencia e interrelación entre los miembros del grupo y hacia el psicoterapeuta. De igual manera, se basa en un tipo más moderno de pensamiento psicoanalítico derivado primordialmente de las ideas de Fairbairn (1978), Ferenczi (1959) y Bion (1963), para postular dos premisas que pretenden sustentar la aplicación de la técnica psicoanalítica al grupo, éstas son la teoría de las relaciones de objeto a nivel inconsciente y el uso continuo de las interpretaciones de la transferencia.

Para hablar de las aportaciones que ha realizado Ezriel en el campo de la psicoterapia psicoanalítica de grupo, dentro del enfoque de la Escuela Inglesa se tendría que señalar sus tres ideas básicas expuestas en 1952, en su artículo *Notas sobre la terapia psicoanalítica de grupo: interpretación e investigación*, y que consisten en el uso de la interpretación en el aquí y ahora, el uso de la sesión psicoanalítica grupal como situación experimental y el uso del grupo psicoterapéutico como instrumento para el estudio de la dinámica de otros grupos sociales.

■ INTERPRETACIÓN EN EL AQUÍ Y AHORA

Ezriel afirma que la interpretación en la psicoterapia psicoanalítica de grupo del aquí y ahora no ignora la relación que la conducta o las tensiones grupales tienen con las experiencias infantiles pasadas de cada miembro; sin embargo, dado que el grupo como un todo no tiene una historia infantil común, se pregunta ¿cuál es la esencia de la interpretación del aquí y ahora en el grupo?

Al responder esta pregunta se apoya en los cambios que Freud (1981a) realizó a sus hipótesis sobre la información que el paciente facilita en sesión, relacionándolos con sus recuerdos de experiencias infantiles que no siempre corresponden a la realidad externa, pues durante el análisis se pone al descubierto que dichos recuerdos no son eventos concretos, sino fantasías que al paciente le resultan efectivas psicológicamente al expresarlas como reales. Con base en lo anterior, Ezriel plantea que lo que descubre el analista no es una reproducción objetiva del pasado sino estructuras inconscientes activas en el presente, influidas por el pasado.

Señala que con el descubrimiento de Freud acerca del fenómeno de la transferencia (sentimientos y actitudes del paciente sentidos ahora hacia alguien; pero que ya fueron experimentados en el pasado hacia otra persona importante), se modificó la teoría de la génesis de los síntomas neuróticos, es decir, al encontrar que los conflictos con personajes del pasado se transfieren hacia el terapeuta en el aquí y ahora. Para el paciente su analista representa, de acuerdo con sus fantasías inconscientes, a alguien diferente en cada sesión, al amigo, al adversario, a su víctima o a su perseguidor.

Ezriel amplía sus conceptos acerca de las estructuras inconscientes activas en el presente y de la transferencia en el aquí y ahora, con el propósito de plantear la hipótesis de que todo material expresado en grupo por el paciente es material transferencial y que, por tanto, puede interpretarse en ese lugar y en ese momento. Cualquier cosa que el paciente haga o diga en sesión (fantasías, gestos, movimientos, sueños, recuerdos y demás), forma parte del lenguaje utilizado por él para manifestar su necesidad de establecer una relación específica con el analista, de involucrarlo como participante activo en las relaciones que mantiene con sus objetos primarios inconscientes en el aquí y ahora. El autor plantea que, de aceptarse su hipótesis sobre la ampliación de la transferencia, quedaría resuelto el problema técnico de que los grupos no tengan una historia infantil común con la cual relacionar las interpretaciones.

Sostiene que una de las tareas analíticas es la de descubrir la tensión común en el grupo, la cual se presenta de manera similar a la tensión que se da en la psicoterapia individual. En ambas situaciones es posible descubrir tres tipos de relaciones de objeto subyacentes que determinan la transferencia, dichas relaciones se explican en el cuadro 16-1.

Los tres tipos de relaciones de objeto crean condiciones de tensión en el grupo y producen material asociativo. El material proporcionado por todos los miembros puede analizarse como si fuera producto de un solo paciente en una sesión individual, pues en ésta última también están presentes las relaciones objétales anteriores que corresponden a la tensión general del grupo. La tarea del psicoterapeuta es descubrir los elementos comunes del material producido.

En trabajos anteriores Ezriel (1950,1951) trató de demostrar, con algunas viñetas clínicas, la necesidad de incluir en toda interpretación un elemento explicativo que le demuestre al paciente el porqué elige cierto tipo de interacción, evitando al mismo tiempo otra modalidad de relación. La importancia del porqué radica en evitar las

Cuadro 16-1. Relaciones de objeto que determinan la transferencia

Relación necesaria	Es la que los miembros procuran establecer dentro del grupo y de manera particular con el psicoterapeuta.
Relación evitada	Es la que creen deben evitar en la realidad externa grupal o en la persona del analista, por más que puedan desearla.
Relación catastrófica	Es la que en el sentir del paciente llegará a ocurrir de modo inevitable si cede a su deseo secreto de llevar a cabo la relación de objeto evitada.

consecuencias catastróficas que implicaría el satisfacer el deseo de una relación prohibida. Con la inclusión del porqué en la interpretación se confronta al paciente con la realidad, es decir, con lo que observa el analista de su actuación. Esta prueba de realidad es la que le permitirá al paciente conocer formas de relación que hasta ahora había tenido reprimidas, además de llevarlo a integrar la experiencia adquirida en el aquí y ahora de la sesión con otras experiencias externas a la misma, para conjuntar modalidades de relaciones objetuales de su pasado infantil con su presente.

CONCEPCIONES TÉCNICAS

SESION ANALÍTICA COMO SITUACIÓN EXPERIMENTAL

Entre los representantes de la Escuela Inglesa Ezriel se distingue por considerar a la sesión psicoanalítica, tanto individual como grupal, como una situación experimental, ya que es posible observar en directo la conducta manifiesta de los pacientes determinada de manera psicodinámica en una relación de eventos transferenciales que ocurren en el aquí y ahora, además de formular una hipótesis de dicha relación y someterla a prueba mediante la observación durante la sesión analítica.

Para Ezriel la importancia de incluir la interpretación al aquí y ahora, radica no sólo en demostrar una forma más efectiva de interpretación, sino en el hecho de poder reconocer, en el proceso de la transferencia, a la fuerza motriz subyacente a todo lo que hace un paciente durante la sesión, lo cual acredita el uso del método psicoanalítico como método de investigación del aquí y ahora en el contexto de la transferencia. Si los analistas se dedicaran a registrar y a atender la conducta del paciente fuera del consultorio, en un intento por explicar qué condujo al paciente a comportarse en el pasado de determinada manera, caerían en un tipo de conjeturas que no pueden probarse dentro de la sesión, sino sólo recurriendo al testimonio de terceras personas.

Estudiar la dinámica de la transferencia en el aquí y ahora grupal, presente en todas las interacciones y comunicaciones, debe permitir formular hipótesis psicodinámicas susceptibles de comprobación o validación mediante la observación directa de la conducta manifiesta sesión tras sesión, en cuyo caso la sesión analítica se convertiría en una situación experimental. Ezriel refuerza esta idea señalando que en la sesión de psicoterapia psicoanalítica de grupo se cuenta, además del analista, con siete u ocho

i observadores que son los pacientes mismos; aunado a esto, hay investigaciones que reportan la inclusión de otros analistas que fungen como coterapeutas u observadores. Ante la objeción de que cada sesión es única e irrepetible y de que a partir de un experimento es imposible arribar a conclusiones generalizadas, Ezriel argumenta que se pueden hacer afirmaciones válidas desde el punto de vista científico, si se sabe abstraer las características comunes y dinámicamente significativas, que se deducen de los contenidos e interacciones transferenciales expresados en el aquí y ahora. Así por ejemplo, en diferentes sesiones y con distintos individuos, aplicando un cierto nivel de observación dirigido a las expresiones transferenciales del complejo de Edipo, se puede llegar a caracterizar la dinámica central de este complejo con la misma justificación en que se basa un científico de las ciencias naturales para enunciar leyes como la de la gravitación universal, a partir de casos particulares como la caída libre de un cuerpo o el movimiento de un péndulo. Lo importante es que en un experimento donde se sucede una sesión a otra, se capten y compartan las propiedades dinámicamente significativas.

USO DE LA INTERPRETACIÓN

Por otra parte, Ezriel desarrolla una teoría de la interpretación válida tanto para el análisis individual como grupal, basada en la hipótesis de que el paciente adopta una cierta actitud para evitar otra que, en su fantasía inconsciente, le podría acarrear una situación catastrófica. Así por ejemplo, un paciente puede adoptar una actitud sumisa hacia el psicoterapeuta para eludir que surja su carácter rebelde y hostil, pues podría provocar una respuesta condenatoria por parte del analista o bien dañarlo y destruirlo, todo lo cual resultaría insoportable y penoso para el paciente. La interpretación del terapeuta, al señalar la citada secuencia y su relación con la postura del paciente, actúa como una prueba de realidad que le demuestra al individuo la faha de fundamentos en sus fantasías y temores inconscientes. Es importante recalcar este concepto del autor, en la medida que indica que las maneras peculiares que los individuos utilizan para resolver sus tareas conscientes deben ser entendidas como intentos de encontrar alivio a las tensiones también inconscientes.

Ezriel se refiere a las interpretaciones mutantes o *mutativas*, basándose en la introyección y proyección; se define como única interpretación operante a aquella que tiene un efecto *mutativo* sobre los objetos arcaicos del individuo, ya que le permite la diferenciación de la figura del analista como un objeto real extemo, de la del otro interno fantaseado; por tanto, funciona como un examen de realidad capaz de producir cambios en la personalidad del paciente.

Sin embargo, este concepto posee un escollo sobre las consideraciones que hace del proceso curativo, al ubicarlo, tanto en el análisis individual como en el grupal, en las citadas interpretaciones *mutativas*. Ezriel opina que aunque este concepto es absolutamente válido para el análisis individual, en la psicoterapia de grupo se transforma en un proceso mucho más complejo, ya que en él las interpretaciones del terapeuta concernientes al aquí y ahora conducen a los pacientes a establecer un cotejo entre sus fantasías y la realidad, lo cual favorece a que cada uno perciba al analista como un objeto real diferente de sus objetos arcaicos, aunque de manera simultánea los otros participantes del grupo asuman (para el paciente en cuestión) el papel de esos objetos internos. Cabe señalar que del contraste y de la interacción entre la dramatización de los objetos internos y las interpretaciones del analista, se origina el

dinamismo específico de la psicoterapia de grupo y el desarrollo más rápido del juicio de realidad en los participantes.

■ PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

Con base en las premisas anteriores y desde una perspectiva técnica, se expondrán a continuación las principales características de las relaciones entre los miembros de un grupo analítico:

- El lenguaje o comportamiento de cada integrante está relacionado con los demás miembros del grupo.
- La relación inconsciente que el paciente trata de establecer, se explica como un intento por encontrar solución a los conflictos y fantasías inconscientes que le producen tensión.
- Tales relaciones inconscientes tienen como base los residuos de los conflictos infantiles no resueltos, para los cuales el paciente trata de encontrar una solución en su afán de establecer relaciones apropiadas con su actual mundo de adultos. Es a este fenómeno profundo al que Ezriel llama **transferencia**, cuya continua interpretación sustenta los aspectos técnicos del autor. Bajo el concepto de transferencia incluye a todo material del paciente (gestos, fantasías, sueños, recuerdos de relaciones pasadas, lenguaje que utiliza para manifestar su necesidad de establecer relaciones específicas, etc.), que tiene la finalidad de involucrar al terapeuta como participante activo en sus relaciones objetales inconscientes. Ezriel destaca en todas sus publicaciones la posibilidad de aplicar el enfoque transferencial a todo el material aportado por los pacientes, tanto en el análisis individual como en el de grupo.

Al enfocar al grupo y al paciente individual de la misma manera interpretativa, Ezriel demuestra la validez de la técnica psicoanalítica en su aplicación a la situación colectiva, poniendo fin a la vieja discusión de si el llamado material profundo podía ser visto e interpretado en grupos. No obstante, es cuestionable que al actuar de la misma manera en el análisis grupal que en el individual prescinde de una parte importante de la situación, pues le lleva a enfocar el problema en aquella persona que presente el común denominador del grupo y a centrar todo el proceso interpretativo sobre ésta, omitiendo así la interpretación de los mecanismos propios del grupo que, por supuesto, no existen en el análisis individual.

Por último, las características técnicas fundamentales de la psicoterapia psicoanalítica de grupo propuesta por Ezriel se pueden resumir en algunos puntos, mismos que presenta el cuadro 16-2.

GRUPO PSICOTERAPEUTICO COMO INSTRUMENTO PARA EL ESTUDIO DE LA DINÁMICA DE OTROS GRUPOS SOCIALES

Ezriel sostiene que el grupo terapéutico es como un laboratorio que permite observar un conjunto de procesos transferenciales en el aquí y ahora, en los que subyacen los

Cuadro 16-2. Características técnicas fundamentales de la psicoterapia psicoanalítica grupal según Ezriel

Concepto de grupo	El grupo terapéutico se integra como un instrumento creado o artificial carente de una historia infantil común a todos los miembros que determine y explique los conflictos inconscientes compartidos; el grupo es un todo social y no la suma de sus miembros.
Tamaño del grupo	Puede constituirse por siete u ocho integrantes sentados en círculo y cara a cara.
Duración de sesión analítica	Noventa minutos.
Tipo de participación	Inestructurada; no hay consignas sobre las formas de participación o expresión del material analítico ni tema de sesión; el psicoterapeuta espera a que los miembros del grupo participen de manera espontánea; todo lo que digan verbal o preverbalmente se considera importante y equivalente al proceso de libre asociación.
Papel del psicoterapeuta	Es similar al papel desempeñado en la psicoterapia psicoanalítica individual, que es procurar no sugerir el tema, no censurar o criticar las comunicaciones de los miembros del grupo, confrontar, clarificar e interpretar de manera constante y sistemática todo el contenido transferencial significativo, procesos, afectos y formas de interacción entre los miembros y hacia el psicoterapeuta; por otra parte se limita con rigor el rol interpretativo del analista, cumpliéndose necesariamente en el plano del aquí y ahora.

modos de relaciones objétales anteriores, los cuales llegan a estructurarse en una variedad de roles o papeles, como el líder, el chivo expiatorio, el agente provocador y otros, que buscan lidiar con las tensiones grupales inconscientes.

En el grupo terapéutico se puede observar el modo en que los conflictos y tensiones se manifiestan en las relaciones interpersonales. Visto como laboratorio, este tipo de grupo no es el único en presentar procesos psicodinámicos, dichos procesos también pueden observarse en la dinámica de los grupos de trabajo, de estudio, en la oficina, entre otros. Por tanto, el grupo terapéutico es un valioso instrumento para el estudio de otros grupos.

Además de sus aportaciones, Ezriel afirma que frente a toda manifestación en el grupo o en el tratamiento individual, el terapeuta debe preguntarse ¿qué lo lleva a decir o a hacer tal cosa, en mi presencia y en este momento? Opina que cada persona intenta imponer a los demás un determinado papel, para poder establecer la relación objetal interna (inconsciente) que desea. Lo anterior podrá hacerlo sólo si los demás le siguen su juego, esto es, siempre y cuando su fantasía concuerde en algo con las fantasías inconscientes de los demás que predominen en ese momento. Esto último podría ser considerado como el común denominador que origina la tensión del grupo. ■

17

Jacob Moreno

J

acob Moreno nació en la ciudad de Bucarest, Rumania, el 14 de mayo de 1889, pero creció y se educó en Viena desde los cinco años, a partir de que sus padres emigraron a Austria. En Viena estudió Filosofía en 1912 y después ingresó a la Facultad de Medicina, graduándose en 1917. En 1919 publicó algunas obras como *Teatro de la Espontaneidad*, *Palabras del Padre* y otras, además de artículos anónimos en su revista *Daimon*. A fines de la Primera Guerra Mundial mostró interés por los problemas sociales, cuando laboró en Mittendorf con el grupo de personas desplazadas por la guerra; fue aquí donde surgieron sus ideas de relaciones de grupo que posteriormente aparecieron bajo el rubro de sociometría. En 1925 emigró de Viena hacia los Estados Unidos con el propósito de difundir sus ideas. En 1927 volvió a registrarse como psiquiatra para poder trabajar en prisiones y escuelas correccionales, experiencia en la cual basó su libro *Who shall survive?* (¿Quién podrá sobrevivir?) donde explica con precisión sus conceptos de espontaneidad, creatividad, roles, sociometría y psicodrama. Desde 1932 empezó a promover la idea de la terapia en grupo, pero fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando se la consideró como una rama importante de la psicoterapia. Publicó *Sociometry and the experimental method* (La sociometría y el método experimental) para ampliar sus ideas sobre los grupos. En 1936, Moreno abrió *The Beacon Sanatorium*, un hospital y escuela al que asistían las personas con problemas emocionales, además de profesionistas interesados en aprender el método de la sociometría y del psicodrama; en 1960 cambió su nombre a *The Moreno Academy* (La academia Moreno), centro de entrenamiento y terapia de las técnicas sociométricas y psicodramáticas, las cuales se aprendían viviéndolas bajo la dirección del doctor Moreno y su esposa Zerka Toeman Moreno. Él murió en Beacon, Nueva York, el 14 de mayo de 1974.

Las ideas del doctor Moreno rebasan por completo el terreno psicoanalítico, ya que mantiene una visión totalista de los grupos, al concebir su estructura de manera sociométrica y, en consecuencia, alejarse considerablemente de las interpretaciones individualistas. Por otra parte, es el creador del término **psicoterapia de grupo** entre 1930 y 1933.

----- ASPECTOS TEÓRICOS

Sus investigaciones sobre la organización de las masas, la posición del individuo dentro del grupo, los movimientos o juegos de las fuerzas de atracción y repulsión entre los diferentes conglomerados humanos, así como el estudio de sus distintas estructuras, lo llevaron a formular nuevos conceptos y terminología para la aplicación de sus hallazgos. Aquí es posible observar cómo la psicología va siendo cada vez más influida por los aspectos sociológicos.

La psicoterapia de grupo es una forma especial de tratamiento cuyo fin es curar al grupo como un todo, al igual que al individuo a través del grupo. Se inició como una ciencia aplicada al grupo terapéutico y no al grupo como tal, por lo que su contribución fue la de ocuparse de la patología grupal. Esta psicoterapia fue considerada una rama de la sociología. En vista de la necesidad de contar con un principio científico que trascendiera los límites del individuo y comprendiera la salud psíquica de varios individuos, se creó una medida: el método sociométrico, una sociología dinámica de los pequeños grupos, una microsociología. Al principio la sociometría fue una ciencia terapéutica, pero poco a poco se convirtió en una ciencia general de los grupos con el objeto de estudiar su composición, esto es, toma en cuenta la selección de los pacientes aptos para el tratamiento grupal, los síndromes característicos del grupo y los métodos para tratar con éxito grupos e individuos.

En el curso del desarrollo de la terapia de grupo fue obvio que la comunicación verbal no era suficiente en las relaciones entre los miembros, que éstos también presentaban comportamientos inconscientes, psicomotores y activos que influenciaban a unos y a otros durante las sesiones terapéuticas. Ante esta situación se planteó la necesidad de utilizar ese material en la psicoterapia grupal para beneficio del proceso psicoterapéutico. Para ello comenzó por sugerir un cambio de lugar, situación factible a partir del momento en que la psicoterapia de grupo se separa de los métodos individuales cuyo sitio de trabajo era el diván. Al resultar insuficiente el diván para cubrir las necesidades de cada uno de los pacientes, conforme el transcurso del tiempo se les permitió en primer lugar que se sentaran en una serie de sillas; más adelante, alrededor de una mesa con el terapeuta en la cabecera y, posteriormente, moverse con libertad en el lugar de modo que pudieran entrar en relación unos con otros sin estorbarse, como en un escenario. Este proceso es uno de los rasgos esenciales del psicodrama.

En la terapia de grupo es de gran importancia considerar el juramento hipocrático puesto que aquí no se trabaja de la misma manera que en el tratamiento individual. Al involucrar a más de dos personas en el proceso, se pierde la intimidad tan cuidada por el tratamiento. El juramento de grupo dice a la letra: "Durante el tratamiento y en momentos apropiados, los miembros del grupo han de ser conducidos poco a poco a comprender su responsabilidad recíproca y a actuar en consecuencia". Lo anterior no sólo es algo psíquicamente importante, es una cuestión de honor, de la cual todo

Cuadro 17-1. Características de la psicoterapia grupal, según Moreno

Es una metodología clínica desarrollada de manera consciente y sistemática.

emprende el tratamiento de varios individuos dentro de un grupo

Consiste en el tratamiento de los problemas psíquicos y sociales de los miembros del grupo; se

— ocupa de sus dolencias físicas sólo en la medida en que son psicosomáticas.

■ un método fundamentado en investigaciones que se practican en un marco empírico, donde se utiliza una teoría basada en los grupos de una forma interactiva e interpersonal.

Considera que el Inconsciente se fundamenta en el conocimiento de la patología del grupo y de los problemas psicosociales de los individuos participantes.

integrante tiene plena responsabilidad. Esto implica una de las normas de la psicoterapia de grupo actual, es decir, explicitar la confidencialidad del material que se discute en el grupo. El juramento implica que todos los miembros, al igual que el psicoterapeuta, posean el valor ético de la discreción, lo que se habla en el grupo queda en él, si alguno de los integrantes llegara a comentar algo de los otros miembros fuera del ámbito terapéutico, tendría la obligación de retomar y trabajarlo dentro del grupo. El paciente siempre queda en libertad de comentar su propio material con la(s) persona(s) con quien(es) mantenga confidencias, pero esto no lo excluye de retomar, dentro del grupo, el material comentado fuera del mismo (este parámetro es válido en todos los tipos de psicoterapia grupal y para todas las corrientes).

La importancia de revisar el material obtenido en el grupo psicoterapéutico estriba en que lo contrario podría incrementar las resistencias; disminuir la confidencialidad y aumentar la desconfianza; afectar la alianza psicoterapéutica; no trabajar aspectos muy importantes para el paciente, al quedarse éste conectado con ellos fuera del grupo; disminuir el trabajo terapéutico, con lo que la elaboración* o la traslabo-ración** no serían tan eficientes como para llevar al miembro del grupo a sus metas; y manifestar la conducta en *acting out*.

Por todo esto, se puede hablar de la necesidad de aceptar un principio tanto para la salud del individuo como para la del grupo: "El individuo sano en el grupo sano, y el grupo sano en el individuo sano" (Moreno, 1966).

Según el autor, la psicoterapia de grupo es un método para tratar conscientemente, en el marco científico, las relaciones interpersonales y los problemas psíquicos de los individuos en un grupo, al cual le atribuye las características que el cuadro 17-1 presenta.

El objetivo principal de la psicoterapia de grupo es la salud psicoterapéutica del grupo y la de sus miembros, la cual se obtiene a través de medios científicos, incluidos

^**Elaboración:** Para Freud (1981b) la elaboración consiste en una transformación de la cantidad de energía, que permite controlarla derivándola o ligándola.

****Traslaboración:** Se refiere a la repetición y elaboración de *insights* obtenidos por medio de la interpretación. Todo cuanto sigue al nuevo *insight* y conduce a un cambio de actitud o comportamiento puede considerarse como un proceso de traslaboración (Greenson, 1976).

en el análisis, el diagnóstico y el pronóstico. **Pero también posee** objetivos internos, tales como:

- Favorecer la integración **del individuo** frente a las fuerzas **incontrolables** que lo rodean.
- Promover la integración del grupo. La regla fundamental es la interacción libre y espontánea entre pacientes, entre paciente y terapeuta y entre terapeutas.

En relación a los aspectos técnicos de la psicoterapia grupal, hay que mencionar que **el** terapeuta, debido a su *status* profesional, tiene una función específica: la productividad terapéutica y la estabilidad grupal. Sin embargo, al ser un miembro más del grupo también sus problemas personales pueden ser objeto de discusión terapéutica, lo cual lo hace, en consecuencia, más vulnerable dentro del grupo.

Existen tres tipos de auxiliares terapéuticos: el terapeuta principal, el terapeuta auxiliar-profesional o yo auxiliar y el paciente mismo como terapeuta auxiliar.

El grupo puede funcionar de dos maneras diferentes:

- **Familia en Miniatura.** Esta es muy aplicable, ya que los papeles de la niñez del paciente y sus principales protagonistas (padre, madre, hermanos) pueden repetirse bajo nuevas condiciones.
- **Sociedad en Miniatura.** En una sociedad o mundo en miniatura todos los miembros son aceptados y tienen posibilidades de expresión. Aquí se contiene a la familia pero se la trasciende, siendo ideal para los grupos terapéuticos con adultos.

De igual manera, existen dos tipos de catarsis en el grupo:

- **La de grupo (propia de dicha).** Aquí, el grupo entero se encuentra incluido, ya que se da a través de la integración; en contraposición está la catarsis individual que se manifiesta mediante la abreacción del paciente.
- **La de acción.** Que aparece en todo tipo de grupos, son todas aquellas acciones espontáneas de uno o varios miembros del grupo (*acting out*).

Por otro lado, para determinar el tamaño del grupo es muy importante la valoración de la capacidad de contacto emocional que cada persona puede alcanzar en la terapia. Al tener todos los miembros el mismo *status*, de paciente en el proceso, las relaciones van siendo cada vez más cercanas.

La psicoterapia de grupo sostiene tres puntos de vista principales: **el paciente**, referido a los participantes individuales del grupo o el grupo como un todo; **los agentes**, es decir, las fuerzas actuantes que constituyen el fundamento de la terapia, como la creatividad, la espontaneidad, el "tele"*; las figuras autoritarias y demás; y **el médium**, o los medios a través de los cuales los agentes influyen sobre los participantes de la terapia, por ejemplo, lecciones, discusiones, danza, música, drama y otros. El cuadro 17-2 presenta una síntesis de los fundamentos de la psicoterapia de grupo moreniana.

*Con el concepto de "tele". Moreno se refiere a la elección y dirección interpersonal espontánea, es decir, a aquella preferencia o antipatía naturales de las personas.

Cuadro 17-2. Fundamentos de la psicoterapia grupal moreniana

Apoyada por el terapeuta grupo.	[Interacción espontánea entre los miembros del
Unir la sociometría con la psicoterapia de grupo	Estudio de la composición del grupo en el curso del tratamiento.
Vincular el psicodrama y la psicoterapia de grupo	Principio de la acción, el actuar terapéutico en un medio controlado como medida preventiva contra el actuar irracional en la vida misma.

Existen además cuatro líneas fundamentales comunes en los diferentes tipos de psicoterapia grupal:

- El principio del encuentro es la base de todos los tipos de psicoterapia de grupo.
- Las formas comunes de interacción de los individuos determinan la manera específica de relacionarse, que puede ser individual o solidaria.
- Las vivencias comunes del consciente y del inconsciente grupal. En el grupo, los miembros reviven sus experiencias de modo consciente; por ejemplo, el hablar de la primera experiencia sexual durante una sesión hace que todos los miembros revivan sus propias experiencias, de igual manera que su rebelión personal inconsciente frente a las injusticias de su propio padre.
- El intercambio de roles entre los miembros del grupo permite el trueque de papeles durante la crisis del encuentro entre el Yo y el Tú, en contraste con su propia vivencia donde el otro representa al propio individuo y viceversa.

De cualquier manera, Moreno postula varios principios generales que sustentan su concepción de psicoterapia de grupo:

Cada sesión de grupo es una experiencia personal y exclusiva. Toda sesión es única. Tiene lugar sólo una vez y no puede repetirse.

Situación del grupo. El primer encuentro del grupo con el terapeuta es decisivo. La empatía comienza con la discusión de los problemas inmediatos y actuales; los problemas pasados sólo se discuten si se desprenden de los actuales.

Médium del tratamiento grupal. Los pacientes se sientan en círculo y el terapeuta en el centro, o bien, los pacientes se sientan en el suelo sin orden formal, de manera tal que puedan verse al hablar unos a otros.

Interacción terapéutica. Ésta depende de una selección sociométrica favorable de los miembros, es decir, el éxito terapéutico se logrará si se realiza una buena selección sociométrica.

Confrontación con la vida real. Terapéuticamente, el psicodrama se acerca más a la vida real en comparación con una terapia de grupo, pues en esta última el paciente puede expresar lo que siente, pero sin dramatizar, puede presentarse la catarsis mas no la actuación.

Producción en el aquí y el ahora. Las vivencias más impresionantes del pasado adquieren expresión mediante las vivencias presentes. Por ejemplo, una persona

que haya perdido a su madre manifestará en el aquí y ahora del grupo todas las vivencias del pasado que tuvieron un fuerte impacto negativo en su niñez, reviviéndolas ahora con toda su intensidad.

Espontaneidad. Es la producción de material de manera espontánea e improvisada, que realizan las personas dentro del grupo, sin poner resistencias a sus recuerdos y vivencias.

Interactuar con libertad y sin inhibiciones. En el grupo cualquier persona puede representar a otra.

Integración. En el curso de las sesiones terapéuticas va aumentando la integración psíquica grupal a través de la fusión de sus miembros. El grupo llega a un momento en el que todos los integrantes se percatan del sentimiento latente de un paciente y lo comparten.

Catarsis integral. Si la interacción tiene carácter terapéutico se puede hablar de una catarsis integral en el grupo, en oposición a la catarsis por abreacción o disociación que se observa cuando las personas permanecen aisladas unas de otras.

Magnitud del grupo, número de miembros. El grupo se inicia con dos personas; la psicoterapia de grupo comienza con tres, dos pacientes y un terapeuta. La magnitud óptima depende ante todo de la cohesión del grupo y de las condiciones espaciales del encuentro. El número habitual es de siete u ocho, pero no es un límite.

Estructura de grupo y síndrome grupal, diagnosis de grupo. Al inicio los grupos tienen una estructura mínima. Existen grupos homogéneos que facilitan el procedimiento terapéutico al tener sus integrantes ciertas cualidades comunes; a diferencia de los heterogéneos donde las mujeres y hombres de todos tipos son tratados juntos.

Duración de una sesión. La sesión habitual dura hora y media, pero en ocasiones, dependiendo del carácter más o menos intenso del problema en cuestión, la duración puede ser más larga.

Duración del tratamiento. Hay grupos que trabajan de 10 a 12 sesiones; otros lo hacen con una sesión semanal por uno o dos años; y grupos de una o dos sesiones semanales sin fecha de terminación.

Grupos cerrados y grupos abiertos. En los grupos cerrados no se admiten nuevos miembros durante el periodo acordado de tratamiento. En los grupos abiertos pueden ingresar nuevos miembros, siempre y cuando haya retiros o la cohesión del grupo lo permita.

Sesión abierta. Es de carácter único ya que el grupo se conforma por nuevos integrantes que no tienen la intención de encontrarse de nuevo.

Comunicación. En el grupo terapéutico los miembros pueden comunicarse de manera verbal porque su forma, su contenido y su significado se lleva a cabo a través de la palabra; o bien preverbalmente, mediante una comunicación auditiva, visual, táctil, gustativa, olfativa, motriz o de cualquier tipo, ya sea con contenidos latentes o manifiestos.

No hay problemas de jerarquía. El *status* de cada miembro dentro del grupo no está determinado por los roles sociales, políticos, religiosos, laborales, o familiares que éste posea afuera; lo que importa es que se trata de una persona única.

Uso de libertad. Los integrantes son libres de elegir dónde sentarse, qué decir, con quién llevarse, etc., pues con ellos el terapeuta se forma una visión estructurada de la organización geográfica o afectiva del grupo y de sus interacciones. Esto permite al terapeuta hacer un seguimiento tanto del movimiento del grupo, como de cada uno de sus miembros, y también detectar las estructuras particulares del grupo, parejas, tríadas, subgrupos, y demás.

Grupo sin director terapéutico. En este tipo de grupos suele utilizarse la reunión sin terapeuta. Los miembros trabajan sin un director terapéutico, aunque de manera ocasional solicitan la presencia de éste para continuar su trabajo.

Terapeuta sin grupo. Aquí el terapeuta no tiene grupo, por lo que trata de influir en forma indirecta a través de otros.

Terapia individual y de grupo combinadas. Este modelo terapéutico admite que un paciente acuda a terapia individual y de grupo a la vez.

Estabilidad del grupo. Las tele-estructuras que proporcionan al grupo duración, consistencia y cohesión son la mayoría; las relaciones transferenciales están en minoría (Moreno, 1966).

El terapeuta como miembro del grupo. El terapeuta es en ocasiones un protagonista participante, nunca un mero observador. Funge como una síntesis de tres funciones: la del médico, del investigador y del co-paciente.

En cuanto a la sociometría, cabe señalar que ya en el año de 1921, el doctor Moreno comenzó a interesarse en la comprensión y análisis de las relaciones interpersonales, aunque fue hasta 1932 cuando logró establecer las técnicas adecuadas para la evaluación y medición de tales relaciones; naciendo así, de manera definitiva, la *Técnica del Test Sociométrico* y por ende la sociometría propiamente dicha. En ese momento deja de lado las interpretaciones psicoanalíticas individuales para darle mayor énfasis a la visión "totalista" de los grupos, a partir de lo cual afirmó que "un paciente puede ser un agente terapéutico para otro paciente" (Portuondo, 1982), lo cual contrasta con la vieja idea de que el poder terapéutico radica exclusivamente en el psicoterapeuta.

Para Moreno, la personalidad debe ser concebida y estudiada a través de las relaciones interpersonales del individuo con los personajes que componen su propio ambiente. La ciencia que estudia estas interrelaciones es la sociometría, que puede definirse como la ciencia de las relaciones interpersonales, donde el *Test Sociométrico* es el método idóneo para medir y evaluar de manera cuantitativa y cualitativa dichas relaciones.

La sociometría forma parte del concepto general de la Sociología, la cual incluye otras dos ramas además de la primera: la sociodinámica y la sociatría. La Sociología es la ciencia de las leyes sociales y sus ramas se encuentran interrelacionadas aunque poseen métodos específicos (véase cuadro 17-3).

Cabe también mencionar una distinción entre los términos sociología, sociometría, macrosociología, microsociología y microscopía social, para evitar una confusión de cualquier índole. **Sociología** es la ciencia que estudia a los fenómenos sociales en general, mientras que la **Sociometría** se ocupa de su medición. La **Macrosociología** es la sociología de las grandes unidades sociales, estados, naciones, industrias, etc. La **Microsociología** es la sociología de los pequeños grupos y de sus estructuras

Cuadro 17-3. Ramas de la Sociología

Sociometría {metrín = medir}	Es la ciencia que mide las relaciones interpersonales; se ocupa del estudio matemático de las cualidades psicosociales de la población, de los métodos experimentales y de los resultados de la aplicación de principios cuantitativos; inicia su aplicación con el estudio del desarrollo y organización del grupo y de la posición de los Individuos en él; utiliza métodos como el test sociométrico y el test sociométrico de percepción.
Sociodinámica	Es la ciencia de la estructura de los grupos sociales, de los grupos aislados y de las asociaciones de grupos; emplea como técnica a la interpretación de papeles.
Sociatría (iatreia = medicina)	Es la ciencia de los sistemas sociales; como técnicas, usa sobre todo a la psicoterapia de grupo, al psico-drama y al sociodrama.

atomistas que se fundamenta en la **Microscopía social**, cuyo concepto y aplicación fueron introducidos por Moreno (1987) en relación con el análisis de los pequeños grupos.

Desde el punto de vista sociométrico pueden presentarse tres tipos de relaciones en los grupos: reales, fantásticas y estéticas (véase cuadro 17[^]).

A través de sus investigaciones sobre la organización de las masas, la posición del individuo dentro del grupo y los movimientos o juegos de las fuerzas de atracción-repulsión entre los diferentes grupos humanos, así como de sus distintas estructuras. Moreno llegó a la formulación de nuevos conceptos para los que utilizó la siguiente terminología:

Cuadro 17-4. Tipos de relaciones grupales

Relaciones reales	Son las responsables del grado de cohesión, objetividad y cooperación de los grupos; pertenecen al fenómeno de la "tele", por lo que de ellas dependen la durabilidad y la solidez de las relaciones entre los miembros de un grupo.
Relaciones fantásticas e Irreales	Juegan un papel importante en la psicoterapia, ya que corresponden al fenómeno de la transferencia.
Relaciones estéticas	Forman parte del fenómeno de empatía, que es el proceso afectivo unilateral de penetración en el mundo privado de otra persona; es la relación más simple de una persona a otra.

■ ÁREA INTERINDIVIDUAL

Una gran corriente de pensamiento opina que los elementos esenciales de la existencia se encuentran dentro de la individualidad y que en ocasiones el fenómeno social sigue esta directriz. Esto lo sostienen no pocos filósofos y psicólogos quienes parecen creer en la independencia casi absoluta de la individualidad, situación que se manifiesta en la postura de Kierkegaard y de casi todos los otros existencialistas actuales, al considerar lo extemo como una cualidad de ser. En esto se basa Moreno para destacar que fuera del individuo existe una zona importante y aún poco explorada, llamada **área interindividual** que desborda los límites de lo individual y se configura en diversas modalidades, dependiendo de los impulsos sociales que la persona reciba.

Según Moreno, los conceptos individuales como instintos, reflejos, síndromes mentales y otros tienen poca fuerza representativa en el área interindividual, o sea, en la zona de las interrelaciones personales. Esto se observa con claridad al comprobar que un individuo, en su vida personal y de manera aislada, se comporta diferente a como lo hace cuando está integrado en un grupo y durante el tiempo que permanece en el mismo.

TELE

Es aquella atracción o rechazo que sienten dos o más personas a distancia. Moreno (1959) lo define como la intuición, percepción y aceptación de las actualidades, esto es, de las cualidades físicas, psicológicas y morales de las otras personas, si el tele es positivo; o la intuición y percepción de las características reales y actuales que producen rechazo de la otra persona, cuando es negativo.

El autor hace hincapié de manera constante en que éste no es equivalente al concepto analítico de transferencia que se basa en la proyección de sentimientos, necesidades y frustraciones infantiles hacia la persona del terapeuta (a quien se desconoce en sus actualidades presentes). Mientras que la transferencia es una falsa percepción del terapeuta por parte del paciente (o del paciente por parte del terapeuta cuando hay contratransferencia) el "tele" es el cemento y argamasa que da la fuerza a la relación personal entre terapeuta y paciente, entre esposo y esposa, entre amigos y entre miembros de un grupo (Ramírez, 1987). El que una relación se entibie, se afloje y se quiebre significa que estaba basada en la transferencia y no en el tele.

Moreno habla de un factor sociogravitativo responsable del grado de realidad y de cohesión de los grupos humanos, que funciona progresivamente en el área de las interrelaciones personales al darles una calidad positiva o negativa a éstas dentro del grupo. Este concepto sociométrico que estructura al grupo como realidad en forma cooperativa y no proyectiva es lo que él llamó tele (del griego = lejos, actuando a distancia); se define como una relación elemental que se da entre individuos o entre individuos y objetos. En el ser humano se va desarrollando de modo paulatino desde el nacimiento hasta constituirse en un sentido para las relaciones interhumanas. El tele es fundamental en las relaciones sanas y, en consecuencia, necesario en los procesos psicoterapéuticos. Es el sentimiento y el conocimiento de la situación real de las otras personas, aparece desde el primer encuentro y va aumentando de manera consecutiva, aunque en ocasiones llega a distorsionarse por fantasías transferenciales. Sin embargo, toda relación sana depende de la presencia y eficacia del tele, lo cual

4

puede ser representado mediante el sociograma con figuras pares, triangulares, cuadrangulares, poligonales y demás.

Moreno afirma que la transferencia es un factor irreal, desde el punto de vista de la configuración de los grupos ya que los distorsiona; es decir, es un fenómeno en el que predomina la fantasía proyectada hacia los miembros restantes del grupo. En cambio, en la teletransferencia, tele es el factor real del que depende la integración de la estructura de los grupos, son los contenidos reales establecidos con los nuevos contactos o interrelacionados dentro del grupo, los cuales dominan la situación y logran dirigir el avance psicoterapéutico hacia la realidad. Por tanto, en la medida en que domine el tele habrá progreso, pero si predomina la transferencia de fantasías inconscientes, en el concepto psicoanalítico, no se conseguirá una verdadera mejora psicoterapéutica.

La teletransferencia es considerada como un tipo especial de interacción con el psicoterapeuta; es un modo característico de relación de objeto (objeto significa una persona o cosa psíquicamente significativa) y se diferencia del "tele" (relación real), en que los sentimientos que se tienen hacia el analista no le corresponden y casi siempre se refieren a una figura del pasado. La teletransferencia viene a ser una repetición, una reedición de una relación interpersonal antigua. Es un fenómeno inconsciente que implica un error cronológico y un desplazamiento (González Nuftez 1992). Se experimenta, aquí y ahora, con el psicoterapeuta, lo que se sintió, en el ayer y entonces, hacia otra persona significativa del pasado. La teletransferencia se produce en la situación analítica, y tiene las siguientes características:

- **Impropiedad.** Cuando una persona responde de forma inadecuada a una situación, es un signo de que lo que está desencadenando la acción no es una causa real.
- **Intensidad.** Por lo general, una reacción emocional intensa de odio o amor, o bien, de temor, indica que existe una teletransferencia.
- **Ambivalencia.** Todas las reacciones teletransferenciales se caracterizan porque existen sentimientos opuestos; uno de los dos sentimientos contrapuestos está por lo regular en el inconsciente (Greenson 1976).
- **Caprichos.** La teletransferencia suele ser inconstante, cambiante y caprichosa.
- **Tenacidad.** Las personas adquieren cierta gama de sentimientos, actitudes y maneras de reaccionar que son resistentes al cambio.

■ ÁTOMO SOCIAL

En un grupo el individuo proyecta sus emociones hacia los demás miembros que lo rodean y a su vez ellos las proyectan hacia él. Esto hace que se establezca un complejo patrón de relaciones compuesto por atracciones y repulsiones, a causa del choque entre las emociones provenientes de los distintos miembros. Es precisamente en este patrón de fuerzas sociodinámicas donde Moreno denomina átomo social a cada uno de los miembros interactuantes.

Pero si bien cada integrante es un átomo social, el grupo debe ser siempre concebido como un todo integral y no como una suma de átomos sociales. En realidad, el grupo psicoterapéutico compuesto por distintos átomos sociales, es una nueva entidad con rasgos y características muy propias.

■ SOCIÓSTASIS

Moreno define a la socióstasis como incluida en la tendencia del átomo social a mantener el balance entre las emociones antagónicas, lo cual produce un efecto equilibrante dentro del grupo. Es decir, es la fuerza cohesionadora y homeostática perteneciente a la totalidad del grupo que mantiene la unidad y el equilibrio de los átomos sociales para evitar que el grupo se destruya.

Recapitulando los últimos tres conceptos, podría decirse que los miembros de un grupo funcionan como átomos sociales que establecen una vasta red de interrelaciones reales (tele) y logran un equilibrio sociostático.

■ ENCUENTRO

El hombre está en lo que hace y no en lo que oculta, razón por la cual este autor destaca dos aspectos básicos: el encuentro y el aquí y ahora. Sus afirmaciones al respecto son claras y contundentes: Un encuentro de dos, cara a cara, en forma tal que "... cuando estemos muy cerca tomaré tus ojos y los pondré en lugar de los míos, tomaré los míos y los pondré en el lugar de los tuyos. Entonces yo te miraré con tus ojos y tú me mirarás con los míos" (Portuondo, 1982).

En el centro de la psicoterapia de grupo está el concepto de encuentro que abarca diferentes aspectos de la vida, pues significa estar juntos, encontrarse, tocarse entre dos cuerpos, ver y observar, palpar, sentir, compartir, amar, comunicación mutua, conocimiento intuitivo mediante el silencio o el movimiento, la palabra o el gesto, el beso o el abrazo, unificarse, ser uno. Esta palabra tiene como raíz *contra*, por lo que incluye no sólo las relaciones amistosas sino también las hostiles y amenazadoras.

Encuentro quiere decir que dos personas no sólo se encuentran sino que se experimentan una a la otra, se captan mutuamente con la totalidad de su ser. El encuentro de los individuos se da de manera espontánea y creativa en el aquí y el ahora, el encuentro no es transferencia, tampoco es empatía, es TELE.

■ EMPATÍA

Moreno también incluye a la empatía como parte activa de toda interrelación personal, ésta es una preferencia psicológica de tipo unipersonal, es decir, una persona puede simpatizar con otra sin implicar necesariamente un proceso semejante en la segunda y sin deberse ni a un fenómeno transferencial (fantasías inconscientes) o teletransferencial (distorsión del tele) ni a una situación surgida de los nuevos contactos reales, sino nacida en su totalidad de modo espontáneo. En una relación ya establecida, es posible ponerse en los zapatos del otro. Moreno cree que el hombre es espontáneo y creador por naturaleza, por lo que se enferma cuando no puede utilizar estos dones. Entonces, se vale de los grupos para ayudar a las personas a descubrir su espontaneidad perdida.

■ AMBIENTE

En todo grupo humano es de suma importancia que el medio o estímulo utilizado se adecúe a las características del grupo, de lo contrario se tenderá a la desintegración.

Puede decirse que el ambiente es el sostén de la vida del grupo, cuando aquél falla éste se desintegra.

■ TEST SOCIOMÉTRICO

Es el método idóneo de la sociometría para medir y evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente las relaciones interpersonales. Lo que mide o evalúa esta prueba es el fenómeno de la teletransferencia, nacido de las interrelaciones positivas y negativas de los átomos sociales y mantenido gracias a la sociostásis cohesionadora. No obstante, es preciso recordar que el fenómeno de la transferencia afectiva, en el sentido psicoanalítico, y el de empatía, estarán también siempre presentes en las interrelaciones de los distintos átomos sociales.

El *test* sociométrico puede aplicarse a cualquier grupo humano, desde los grupos psicoterapéuticos hasta los escolares, industriales, militares y otros. Los requisitos fundamentales para su aplicación son, de acuerdo con Moreno, los que señala el cuadro 17-5.

■ SOCIOGRAMA

Es la distribución y representación mental gráfica de todas las relaciones halladas entre los distintos miembros del grupo. Dichas relaciones están representadas por dos líneas que van del miembro que selecciona o rechaza al que es seleccionado o rechazado. Cada integrante del grupo se representa con un círculo si es hombre y con un cuadrado si es mujer, o viceversa. Así, a través del sociograma podemos apreciar la cohesión de los grupos con todas sus variantes. Existen muchos tipos de estructuras que pueden surgir en cualquier sociograma; las más características y comunes son las que aparecen en el cuadro 17-6.

Cuadro 17-5. Requisitos para la aplicación de un test sociométrico

El grupo puede ser de cualquier tamaño, pero sus límites deberán ser especificados de manera clara y previa.

Cada miembro podrá hacer un número ilimitado de selecciones, atracciones y rechazos.

El tema que se vaya a evaluar deberá ser sencillo, pero sobre todo claro y específico.

Es conveniente que el grupo sepa con anterioridad los objetivos que se persiguen con la aplicación del *test*.

Cada miembro deberá hacer sus selecciones y rechazos estrictamente en privado, sin que los demás conozcan sus opiniones.

Las preguntas deberán estar adaptadas a la edad cronológica y mental del grupo.

Es conveniente que los integrantes del grupo al cual se le aplicará el *test* sociométrico, se relacionen durante algún tiempo para que se desarrollen suficientemente los lazos afectivos entre ellos.

Cuadro 17-6. Estructuras más comunes en el sociograma

Parejas o reciprocidades	Constituidas por personas que se seleccionan de manera mutua.
Aislados o solitarios	Son los miembros que no han sido seleccionados por atracción ni rechazo, por nadie del grupo.
Cadenas	Se observan cuando un integrante selecciona por atracción a otro, que a su vez escoge a un tercero y así sucesivamente.
Islas	Son los pequeños subgrupos dentro del grupo que se caracterizan por no ser escogidos por alguien ajeno a dicho subgrupo, quedando aislados (como islas) del resto del grupo.
Líderes o estrellas	Son quienes reciben el mayor número de selecciones atracciones.
Líderes de segundo grado, sublíderes o eminencias grises	Son aquellos seleccionados por los líderes aun cuando nadie más los haya seleccionado; como es lógico suponer, estos sublíderes son muy importantes e influyen en el grupo a través de la amistad o simpatía que les profesa el líder.
Rechazados	Son quienes reciben el mayor número de rechazos.

La ley sociodinámica de los grupos consta de dos partes:

- Los líderes obtienen siempre la mayoría de las selecciones. Otra gran parte recibe un número promedio de selecciones y una minoría permanece aislada, solitaria.
- Al incrementar el número de integrantes de un grupo o el de selecciones por cada miembro, aumentará también la ventaja del líder con respecto a los demás integrantes. Esto ocurriría por el prestigio que reviste a todo líder dentro de su grupo. El número de rechazados también depende del tamaño del grupo.

El sociograma puede ser afectivo o funcional, dependiendo de esto será clasificado como psicogrupo o sociogrupo, respectivamente.

■ PSICOGRUPO

Es aquel donde la pregunta está relacionada con los afectos, por lo que proporciona una imagen del grupo exclusivamente afectiva. En vista de que la interrogante ¿Hacia quién o quiénes del grupo siente usted más simpatía?, es de tipo puramente afectivo, el sociograma que resulte del análisis y de la evaluación de todas las respuestas, deberá considerarse como el producto de un psicogrupo.

■ SOCIOGRUPO

Si por el contrario, la pregunta se relaciona más con el aspecto funcional, se está entonces frente a un sociogrupo. La pregunta ¿A quién o a quiénes preferirías para ayudarte a realizar tu actual trabajo?, señala que debe ejercerse una función y en razón de esto hacer la selección. Desde luego, todo subgrupo, todo sociogrupo tendrán siempre algo de psicogrupo, pues cualquier función lleva siempre implícita en su base una buena dosis de afectividad, ya que los integrantes suelen verse influidos por simpatías y antipatías personales aunque se les aclare el fin perseguido con este tipo de pregunta funcional. En los sociogrupos predomina más lo colectivo y en los psicogrupos, lo personal.

PSICODRAMA

El psicodrama puede considerarse como una parte de la sociometría, fue creado por Moreno y en razón de esto se popularizó. El autor se introdujo al psicodrama utilizando el juego de roles o *role playing*, como medio para corregir y ampliar la percepción general. La representación de roles tanto en niños como en adultos sirve de satisfacción parcial a las necesidades o deseos reprimidos por la educación familiar o por las restricciones sociales y culturales, de ahí que Moreno pronto utilizó al psicodrama como un método terapéutico. En tanto modalidad educativa, se inició en Viena en 1911, mientras que como forma de desarrollo y crecimiento personales, los métodos psicodramáticos se usaron en el *Teatro de Espontaneidad* de Moreno, entre 1921 y 1923.

Ramírez (1987) afirma que el psicodrama es una modalidad educativa práctica además de una forma de promover, encauzar y desarrollar el crecimiento personal; es finalmente un método terapéutico aplicable a niños, jóvenes y adultos, tanto normales como personas que presentan alguna patología. Define al psicodrama, a partir de sus vivencias cerca de Moreno, como una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento. Hay terapias que se concentran en el aspecto corporal, como la terapia psicomotora y diversos grupos de encuentro; hay otras que hacen énfasis en las emociones y sentimientos, como la terapia centrada en el cliente; otras dependen sobre todo de la comunicación verbal, como la psicoterapia psicoanalítica tradicional. El psicodrama integra los tres aspectos, incidiendo en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones. Así entonces, el psicodrama representa la forma dramática y espontánea de encuentro entre los seres humanos, de ahí su fuerza y características peculiares. Podría definirse como la ciencia que explora nuestra verdad con técnicas psicodramáticas.

■ CONCEPTOS TÉCNICOS

Para tener un concepto más claro del psicodrama, es importante distinguir entre éste y las acepciones de sociodrama y *role-playing*.

- **Psicodrama.** Es la utilización de técnicas dramáticas para ejercer una acción terapéutica sobre las personas. Se utiliza en pacientes que presentan síntomas y

problemas personales para intentar modificar sus dificultades emocionales en grupos no muy grandes de preferencia. Por supuesto, es una técnica psicoterapéutica.

- **Sociodrama.** Se utiliza para resolver los conflictos de relaciones entre un grupo o entre varias personas. Aquí los grupos pueden ser mayores que en el psicodrama y también tienen una finalidad terapéutica. Sin embargo, la acción terapéutica se ejerce sobre pequeños grupos o subgrupos dentro de un grupo, para resolver problemas de relaciones interpersonales, dificultades en el trabajo, etc.
- **Role-playing.** Su finalidad principal es didáctica. Busca el adiestramiento de los integrantes mediante técnicas dramáticas, pues se les entrena en los roles que tienen que actuar en su vida real. Se reproducen las estructuras de una situación específica en un lugar adecuado para facilitarle al participante, con el entrenamiento, su mejor dominio. En todo *role-playing* se entrecruzan de manera simultánea tres dimensiones dramáticas: la personal, la grupal y la del rol a investigar. Aquí no se estudian personalidades ni conflictos grupales, puesto que el *role-playing* no persigue una finalidad terapéutica.

Moreno afirma que, en general, la psicoterapia podría establecerse en tres niveles: el **monólogo**, cuando un paciente por sí mismo expresa o escenifica sus impulsos, logrando la catarsis a través de éste; el **diálogo**, que es la situación de la psicoterapia convencional, uno a uno; y el **psicodrama**, que es un grupo de pacientes bajo la dirección de un terapeuta; es una forma de psicoterapia grupal que contiene todas las características benéficas de los otros tipos. Este autor lo considera el método más completo ya que permite la catarsis, la transferencia, las reminiscencias, la experiencia emocional correctiva, la reeducación, etc.

Por otro lado, Moreno considera al psicodrama como una triple psicoterapia de grupo debido a tres razones fundamentales: el paciente no es tratado persona a persona, sino que afronta a múltiples terapeutas, yoes auxiliares, público, etc.; el paciente no es tratado solo, sino con sus compañeros reales o sustitutos; y el grupo de espectadores participantes, al conformar una opinión pública viva, le proporciona en cada momento sus percepciones actualizadas.

En lo que a fundamentos del psicodrama respecta. Moreno plantea que el ser humano se desarrolla en tres etapas:

1. Una primera etapa cuando el individuo es niño y posee una actitud receptiva y profundamente egoísta, ya que obtiene la satisfacción de todas sus necesidades de las figuras protectoras, padres y personas mayores.
2. La segunda etapa es en la adolescencia, cuando existe una situación de mayor o menor igualdad, en vista de que la persona da y toma de su grupo social. En esta etapa, cada miembro del grupo social contribuye a la formación y maduración del otro a través de la citada acción de dar y tomar.
3. Por último, la tercera etapa de la madurez, en la cual la persona es capaz de dar de lo que recibe; esta es la actitud psicológica básica del padre sano, normal y maduro que da mucho a sus hijos sin esperar recibir nada o sólo muy poco, contribuyendo así al buen desarrollo emocional de los niños.

Estas etapas de desarrollo humano permiten que el autor ahonde en el terreno de la patología, en el que tanto los individuos neuróticos como los psicóticos presentan un

desarrollo emocional interrumpido y, en consecuencia, es necesario llevarlos de la situación de dependencia a la de maduración e independencia. Para ello utiliza al psicodrama, donde se escenifican los problemas y conflictos no resueltos (traumas), situaciones infantiles, así como todo tipo de conflictos actuales de los más diversos temas o asuntos, vividos por el enfermo tanto en la realidad como en su fantasía.

Al destacar Moreno a la neurosis como un problema de relaciones interpersonales, reafirma la hipótesis de que en el psicodrama el ser humano reencuentra la unidad original de lo imaginario y lo real, que fue suya durante la infancia. Sin embargo, pareciera que el autor mismo no está seguro de que ésta sea una explicación suficiente acerca del poder curativo del encuentro psicodramático, pues aunque es aplicable a individuos neuróticos y psicóticos, da la impresión de que lo concibe como un adiestramiento para la espontaneidad, cuyo campo de acción son las personas social-mente inadaptadas con roles estereotipados e improductivos.

Entre las muchas aplicaciones del método psicodramático están el aprendizaje de idiomas, la orientación vocacional o profesional, el desarrollo de las propias potencialidades, el entrenamiento como vendedor, el mejoramiento de las relaciones interpersonales públicas y humanas, la selección de personal, la resolución de dificultades matrimoniales y muchos otros. Existen diversos tipos de *tests* psico o socio-dramáticos (*tests* de espontaneidad), con una magnífica aplicación en la industria para la selección de vendedores, ejecutivos y cualquier tipo de actividad humana; por supuesto, también son útiles para el diagnóstico psicodinámico y nosológico de la personalidad.

En el psicodrama de Moreno se encuentran conceptos básicos, algunos de ellos compartidos con su psicoterapia de grupo y sociometría, que brindan un amplio panorama de esta técnica:

Espontaneidad

Se la entiende, de manera clásica, como la respuesta nueva a una situación antigua o una respuesta adecuada a una situación nueva, que da unidad e integra a todo ser humano. También se la define como el factor que anima todos los fenómenos psíquicos dándoles novedad, frescura y flexibilidad. Para Moreno, la espontaneidad es tal vez la clave de todas sus teorías. La concibe fuera del determinismo psicológico como aquel potencial inconsciente (en el sentido de no consciente) a través del cual se expresan las emociones a cualquier precio. Por ser creadora y plástica, es el mejor instrumento de productividad y adaptación al medio; es creadora de los valores vivos, aunque con frecuencia se ve enmascarada por los valores oficiales y estereotipados. En conclusión, es la integración del ser humano que ante las diversas situaciones de la vida se moviliza para responder de manera adecuada en el presente; sólo se considera completa cuando incluye el cuerpo, los sentimientos, las acciones, la imaginación, el pensamiento y las determinaciones voluntarias.

En cuanto al adiestramiento en la espontaneidad, se observa que mientras en la primera fase el individuo aprende a liberarse de los clichés, en la segunda ya desarrolla los primeros actos espontáneos; esta fase se autoalimenta. La capacidad para ser más espontáneo crece con el adiestramiento continuo, pues nuevas dimensiones de la personalidad se van desarrollando, produciéndose, por tanto, un aumento en la creatividad. Ahora se entiende por qué el psicodrama puede fungir como un método educativo de la personalidad.

Creatividad

•

Este concepto está íntimamente ligado al de espontaneidad, pues no se presenta uno sin el otro. Moreno refiere que cuando el hombre se enfrenta a la vida cotidiana con sus altas y bajas mostrándose espontáneo, en consecuencia tanto su conducta como su actuación serán creativas.

Conserva cultural

„

Es una idea que va unida a las dos anteriores. Las conservas culturales son el museo y relicario de las obras creadoras del género humano, contienen valores e ideales de una época cultural o de una civilización del pasado.

Idea del momento

Es el concepto del momento, del aquí y ahora. Tanto Freud como Jung han estudiado al hombre como un hecho histórico; el primero bajo el aspecto biológico y el segundo bajo el cultural. La postura de Moreno, por el contrario, ha sido siempre de un estudio directo y vivencial del momento: el hombre en acción, el hombre forzado a actuar en el aquí y ahora (Moreno 1965, citado en Ramírez 1987). Es la consideración de la historia como parte del momento y no el momento como una parte de la historia.

Rol

Moreno ha construido sobre el concepto de rol (papel), una especie de teoría de la personalidad y de las relaciones humanas interpersonales. El rol es anterior al lenguaje y al propio yo, es más bien el yo el que emerge de los roles y se ve modificado por éstos. La personalidad se evalúa por el número y tipos de roles que es capaz de realizar. Por su parte, los roles no permanecen aislados en el individuo sino que forman agrupamientos que constituyen distintos tipos de personalidades, por ejemplo, los neuróticos suelen poseer un escaso repertorio de roles que se caracterizan por ser infantiles y estereotipados. Aumentar el número de roles que una persona logre desarrollar y la adquisición de una mayor flexibilidad para pasar de un rol a otro, origina de inmediato un incremento en la maduración y desarrollo de su personalidad. Según Moreno, el ser humano sufre fundamentalmente por no poder realizar todos los roles o papeles que lleva dentro. La angustia se origina cuando todos esos roles no utilizados ni desarrollados lo presionan y exigen expresión. Al lograr interpretar diferentes papeles, la persona va venciendo una a una todas las resistencias, hasta lograr actuar cada vez más de acuerdo con su real modo de ser. El rol es entonces la manera en que las personas se enfrentan a la vida, no es el psicodrama sino un enfoque del mismo, donde el juego e intercambio de roles son sólo técnicas psicodramáticas. El autor postula que existen diferentes maneras de considerar un rol:

- Personaje imaginario, creado por un escritor dramático.
- Modo en que un actor presenta un carácter teatral.
- Conjunto de funciones que la sociedad atribuye o da a una persona pública.
- Manera tangible actual en que se expresa un individuo, que se llama personalidad o carácter.
- Cristalización del modo en que una persona responde a situaciones vitales por las que ha pasado.

Con base en lo anterior Moreno habla de la existencia de tres clases de roles: psi-cosomáticos, sociales y psicodramáticos. Estos últimos pueden manifestarse como:

Roles fijos o defensivos

Caracterizados por su rigidez, estereotipia y limitado número de representaciones; son sobre todo defensivos.

Roles expresivos

Donde surge la espontaneidad y la creatividad, aquí el yo realiza un verdadero aprendizaje; son dramatizaciones plásticas con riqueza expresiva.

Átomo social como agente de cambio

Se refiere a aquellas personas necesarias para que una persona pueda actuar cada uno de sus roles. Los individuos deben estar unidos por un *tele* positivo, pues si imperara un *tele* negativo implicaría que las personas que componen el átomo no son las indicadas, en tanto que no existe reciprocidad en la elección, perdiéndose, en consecuencia, la vitalidad.

Existen átomos sociales colectivos en los que el individuo, de manera integral, puede desarrollarse con amplitud al ser impulsado por los *teles* positivos de los miembros del grupo. Sin embargo, en algún momento de la vida es necesario abrirse camino por otra senda y dejar ese átomo social colectivo, a pesar de que produzca tristeza o añoranza el reemplazarlo.

Expresión Corporal

Moreno sostiene que una gran parte del psiquismo humano no puede expresarse con la mera verbalización, de ahí que haga hincapié en la importancia de los gestos y contactos corporales (caricias, abrazos, etc.). Pretende que con éstos el participante se exprese con la mayor espontaneidad posible así como en el mayor número de niveles y situaciones existentes.

Plantea que los conflictos emocionales se originan en la infancia, antes de que se presente el lenguaje (más allá de los recuerdos verbales), razón por la cual se localizan reactivando la musculatura del cuerpo y los centros motores involucrados en el problema. Al referirse a la comunicación inconsciente del paciente, señala que la comunicación no verbal es capaz de reactivar la memoria localizada en la musculatura corporal. Si se unen las expresiones verbales con las acciones psicodramáticas es posible una integración personal y obtener la salud mental. A través de los movimientos corporales en el psicodrama, los sentimientos y emociones se intensifican, la imaginación se utiliza al máximo reestructurando y adaptando la situación conflictiva del ayer en el aquí y ahora; además, la memoria se estimula para ser creativa dentro de la realidad pasada.

El *insight*, que constituye el centro de la terapia en muchos sistemas, es secundario en la teoría de Moreno. Al activarse la acción muscular exterior, los centros del cerebro, la imaginación y la memoria, por la acción psicodramática, se produce *insight* de manera espontánea; de ahí que en el psicodrama no haya interpretaciones, confrontaciones verbales, consejos ni moralización. La dinámica y fuerza terapéutica proceden de la actuación misma en que participan con espontaneidad y al unísono cuerpo, sentimientos, emociones, imaginación, memoria y la búsqueda intelectual de la mejor solución a la situación conflictiva.

Atmósfera

En virtud de que el psicodrama es lo que más se acerca a la vida misma, cuanto más se aproxime una psicoterapia a la atmósfera de un encuentro vivo, tanto mayor será el éxito terapéutico.

En el psicodrama se trata de crear una situación emocional en la que también se sienta partícipe la audiencia. Se trata de lograr un grado óptimo de tensión emocional, donde las personas puedan reír o llorar, participar, levantarse de sus sillas, pasar a las plataformas, etc. No obstante, aunque espontáneo, al mismo tiempo el psicodrama tiene que estar bajo un cierto plan, porque de lo contrario la espontaneidad podría llegar a producir una gran liberación de impulsos disgregados carentes de valor terapéutico.

■ ESTRUCTURA DEL PSICODRAMA

Es necesario hablar de la estructura del psicodrama, es decir, de los momentos que posee una sesión psicodramática, los cuales han sido divididos en tres fases principales:

Calentamiento

Es la preparación que se efectúa antes de la actuación. Se calienta al director, al grupo y al protagonista; del grado de calentamiento dependerá la actuación. El director o terapeuta es quien está a cargo de este proceso. Una de las finalidades de esta fase es activar la espontaneidad y creatividad, tanto individuales como grupales, pero sin olvidar el motivo de la sesión. Para lograrlo, existen varias técnicas: los estimulantes físicos y corporales, para quitar tensiones y rigidez; los estímulos mentales como imágenes, discusiones, sueños, etc.; y los estimulantes psicoquímicos, como las drogas. En esta etapa se debe promover la confianza y cohesión del grupo. El calentamiento termina cuando se ha seleccionado al protagonista.

Acción

En esta fase se invita al protagonista a pasar a las primeras gradas del escenario, donde el director se le acercará tanto en sentido físico como psicológico, para calentarlo en forma individual. Una vez juntos en el escenario, el director entrevista al protagonista sobre el problema, sentimiento o inquietud que posee en el presente, esto deberá ser breve, centrado en el aquí y ahora, sin realizar un diagnóstico. El terapeuta debe escuchar y observar la comunicación no verbal del protagonista, aunque no tenga una clara idea de lo que le sucede.

El director lleva al individuo al centro del escenario donde se realizará la acción, para que el protagonista comience por adaptar el lugar conforme a la situación que va a representar, arreglando el escenario como si fuera una oficina, una recámara, un comedor, o lo que fuera, con la selección de los artículos propios para el lugar elegido. Al empezar a hablar de las personas con las cuales tiene conflicto, se le pide que las represente y tome el lugar de ellas; luego de hacerlo se le invita a que escoja entre el grupo a aquellos que desee actúen esos roles; cuando el tele de los elegidos y del protagonista es positivo, por lo general la acción es más realista y dinámica.

Después de representar escenas del aquí y ahora se irán presentando escenas del pasado con problemas semejantes a los que tiene el protagonista en la actualidad. Al ir reviviendo dramáticamente escenas del pasado, el protagonista cae constantemente a lo largo de su vida, a partir de su infancia. Revivenciar las situaciones problemáticas le permiten al protagonista darse cuenta del mal funcionamiento emocional y conductual que posee. Al llegar a este punto, el protagonista tendrá la oportunidad de observar alternativas vivenciales, entre las cuales podrá escoger mientras que sus compañeros actúan la escena conflictiva dando sus propias soluciones al problema. Esta técnica se llama **modelar** ya que, después de que el protagonista ha elegido la alternativa que más le llena, la escena se vuelve a interpretar, pero incorporando la nueva solución que retomó a partir de aquellos elementos acordes con su personalidad y visión de la vida. Después de esto, el director explora si el aprendizaje vivencial adquirido, al revisar el presente y el pasado, servirá para solucionar conflictos futuros, para lo cual le solicita al protagonista que actúe una situación crítica en el futuro, conectada con la conflictiva actual. A esta proyección al futuro Moreno la llama *Realidad Surplus*.

En el psicodrama no se ofrece una situación única que deba imitarse o practicarse, sino que se proponen distintas soluciones para que los miembros del grupo, como copacientes, expresen las propias y así adaptar o rechazar cualquiera de los modelos planteados e intentar una solución más acorde con su modo de pensar y sus principios e ideales. Entonces el grupo lo ayuda al brindarle realimentación sobre su nueva respuesta a la situación.

Existen dos tipos de psicodrama:

- **Vertical.** Se empieza por la escenificación del conflicto presente, luego se regresa al pasado buscando aquellas respuestas inadecuadas que tengan origen en la niñez, después se vuelve al presente implementando alternativas adaptativas, para finalizar con una proyección hacia el futuro.
- **Horizontal.** Sólo se exploran distintas escenas del presente, en sesiones breves con fines más didácticos que terapéuticos. Se trata de resaltar la conducta o respuestas del protagonista con el objetivo de cambiar aquellas que resultan inadecuadas ante una situación conflictiva.

Para terminar la sesión hay que reintegrar todos los elementos que en ella aparecieron, ya que tanto el protagonista como los miembros del grupo deben salir con menor ansiedad y mayor seguridad de su actuación en la vida que al inicio de la sesión. La última fase de la acción debe ayudar al protagonista a integrar los distintos aspectos de su personalidad con todas las experiencias que ha tenido en su vida de gozo o dolor y que ha revivido en su sesión psicodramática.

Participación

>

Sus objetivos son integrar al protagonista al grupo y promover la catarsis grupal. Al inicio, el protagonista expresa sus problemas intrapsíquicos y conductuales más íntimos; el director, para hacerle ver que no es el único que los padece, le muestra los propios y luego le pide al grupo que comparta todas aquellas experiencias que el protagonista les hizo recordar, con la indicación de no darse consejos, no hacer interpretaciones ni análisis y ser sinceros.

La participación es verbal, aunque por lo general va acompañada de expresiones no verbales, y su importancia no radica en las palabras como tales, sino en la liga que se establece fuertemente con el grupo. Moreno no hace interpretaciones psicoanalíticas de las dramatizaciones, pero algunas veces puede explicar el significado de lo ocurrido.

■ AGENTES DINÁMICOS DEL PSICODRAMA

Estos agentes intervienen en todo proceso psicodramático, y son:

El director

Es la persona principal en la situación psicodramática, ya que conoce con anticipación la dinámica del caso y ha repartido los papeles a representar. Dirige el drama y ayuda a producir el calentamiento, además de ser un agente estimulador, observador y catalizador de la situación total. Moreno le asigna tres funciones al director:

- **Productor de la dramatización**, cuando elige el argumento y los actores que actuarán de manera espontánea las escenas que el director-productor indica.
- **Investigador social**, cuando éste se pone en contacto con el público y a partir del material que obtiene produce la acción dramática.
- **Terapeuta**, si tiene como función principal la de ser terapeuta.

Doble

Es el auxiliar más importante del director ya que funge de voz y psique del protagonista, con sus dudas, conflictos, ambivalencias, fracasos y triunfos. Puede ser uno de los auxiliares entrenados por el director o un miembro cualquiera del grupo que tenga la sensibilidad suficiente para captar la problemática del protagonista. Sus funciones son las siguientes:

- Identificarse cuanto sea posible con el protagonista, tomando incluso la misma posición física e imitando sus ademanes aunque sin distraerlo.
- Expresar con claridad y en primera persona, como si fuera el protagonista, aquellos sentimientos que éste sólo ha expresado de modo confuso o que comunica implícitamente.
- Cuestionar como si fuera la consciencia del protagonista.
- Explorar de manera discreta, hablando siempre en primera persona, la relación afectiva que el protagonista tiene con la gente.
- Ayudar al protagonista a sopesar los pros y contras de las distintas soluciones posibles a su problemática.
- Dar apoyo físico y moral al protagonista.

Yoes auxiliares

Son aquellos miembros del grupo que en la actuación dramática del protagonista representan el rol de personas o cosas del átomo social que constituyen el contexto o la causa de su conflicto. Ayudan a que el paciente viva de manera objetiva sus

problemas al actuar en su lugar para que éste pueda verse a sí mismo; sin yoes auxiliares, no existiría un verdadero psicodrama. Moreno señala tres funciones específicas de los yoes auxiliares: representar a la persona ausente, tal como la describe el protagonista; representar la relación o situación conflictiva entre este último y la persona del átomo social cuyo papel toma; y guiar al protagonista haciéndole notar otros aspectos de la persona que le causa conflicto, que no ve o no quiere ver por su obsesión subjetiva, su proyección o su transferencia negativa.

Protagonista

Es el paciente o miembro del grupo que será el centro de atención en la escenificación psicodramática. Sus características como agente terapéutico son:

- Ser un agente dinámico por representar a todo el grupo.
- Ser un agente dinámico por la naturaleza misma del método psicodramático, pues éste consiste en una presentación espontánea y vivencial de una realidad concreta interpersonal o intrapsíquica del protagonista.
- Influir sobre el grupo debido a la eficiencia de la acción.
- El protagonista y el grupo se influyen de manera mutua por su máxima involucración en el problema actuado.
- La eficiencia dinámica de esta técnica además de la influencia terapéutica del protagonista y del grupo, se deben a que en el psicodrama tanto el grupo como el protagonista se enfrentan a la realidad de la vida.
- En el psicodrama el individuo, el terapeuta y el medio de tratamiento terapéutico son el grupo.

Grupo

El psicodrama es una terapia grupal en la cual todos los miembros participan de manera activa en la dramatización. Durante el calentamiento, el grupo ayuda al director a disminuir la rigidez del protagonista y a romper su aislamiento, al crear una atmósfera de espontaneidad y confianza. A lo largo de la acción, el grupo participa en la dramatización pues sus miembros fungen como terapeutas asistentes, yoes auxiliares y dobles, y mediante la empatía que impera en el escenario. En la fase de participación, el grupo enriquece la acción terapéutica cuando, al terminar la dramatización, todos comparten sus experiencias.

Escenario

El teatro psicodramático está compuesto por tres plataformas concéntricas a distintos niveles que tienen por encima un balcón que permite visualizarlas de manera perfecta, en el cual a veces se sitúa el director. Más allá de las plataformas están las sillas para los espectadores. Las tres plataformas y el balcón representan niveles de liberación de la espontaneidad. Moreno utiliza la iluminación para que con los cambios de luz adecuados se contribuya a aumentar y a mantener la carga emocional de las diferentes situaciones que se van dramatizando. El escenario se conforma de cuatro niveles:

- **Nivel de la entrevista.** Es el primer escalón del escenario y tiene forma de círculo de 5 metros de diámetro. En este nivel se representa la integración del

director con el grupo, puesto que además de dirigir participará de sus problemas. Aquí es donde el director recibe al protagonista para entrevistarlo con el fin de conocer y entender su problema.

- **Nivel de la reflexión.** Es el segundo escalón del escenario, está formado por un círculo de 4.5 metros de diámetro que rodea a la plataforma principal del escenario. Aquí el protagonista se mueve haciendo un soliloquio en voz alta acompañado del doble, quien lo imita para tratar de entender su conflictiva emocional.
- **Nivel de la actuación.** Una vez que tanto el protagonista como el doble se han compenetrado y comprendido, son invitados a la plataforma del escenario que es el lugar de la acción; esa plataforma es circular, con un diámetro de 4 metros, no tiene ningún accesorio del teatro ordinario, sólo hay luces de color azul, verde, rojo y ámbar que intensifican la tristeza, la soledad, la esperanza, el entusiasmo y la rabia del protagonista.
- **Nivel de las relaciones trascendentales.** A 2 metros de altura y rodeando en parte a la plataforma de acción, hay un balcón en forma de semicírculo que constituye el cuarto nivel del escenario psicodramático. Es el nivel del escenario del más allá y de los ideales que también forman parte de la personalidad del protagonista; es donde el individuo coloca, con la ayuda de yoes auxiliares, a sus padres ya difuntos, a Dios y a las figuras que le sirven de inspiración en el camino de la vida.

Entre las principales finalidades o mecanismos operantes del psicodrama se encuentran las siguientes:

Catarsis. Es decir, lograr la expresión de contenidos reprimidos con una buena liberación de su carga emocional. La catarsis integrativa consiste en la libre expresión de las emociones junto con una toma de consciencia vivida en el aquí y ahora del medio.

Reminiscencia transferencial. Se refiere a que el paciente, a través del director y de los yoes auxiliares, tenga la posibilidad de revivir situaciones infantiles mediante el desplazamiento de la infancia a la realidad actual del psicodrama.

Objetivación. Se produce a través de una técnica que Moreno llama la inversión de papeles. Con ésta se pueden lograr diversas combinaciones y variaciones, pero su fin básico es siempre tratar que el paciente logre una imagen más objetiva de sí mismo y de todos los ángulos posibles de su conflicto.

Experiencia emocional correctiva. Consiste en integrar las vivencias más recientes y reales dentro de la personalidad del individuo en el aquí y ahora de la situación psicodramática.

El psicodrama, hoy en día, puede considerarse como una técnica psicoterapéutica, como un método de investigación y como una vía de aprendizaje. Las técnicas psicodramáticas son los medios a través de los cuales el director integra a los miembros del grupo para inducirlos a participar en los problemas personales de sus compañeros. Dichas técnicas pueden ser visuales, auditivas o activas (las más utilizadas se presentan en el cuadro 17-7).

Cuadro 17-7. Técnicas psicodramáticas más utilizadas

Presentación personal	Consiste en contar algún aspecto importante de la vida para revivir con la persona o personas que aparecen en la situación conflictiva.
Presentación de roles múltiples	Es cuando el propio individuo representa e improvisa los distintos personajes conflictivos para él, de manera sucesiva y acorde a como los concibe.
Soliloquio	El paciente, al dramatizar una escena de su vida real con un compañero, expresa también los pensamientos y sentimientos que secretamente experimenta hacia él; esto puede darse de tres maneras: el paciente habla con la persona que imita a la otra quien resulta conflictiva en su vida real y de modo ocasional hace comentarios a media voz; él es también representado por otra persona, por lo que sólo tendrá que hacer los comentarios a media voz; o bien, habla consigo mismo a media voz y los demás escuchan.
Inversión de roles	El paciente repite la escena que acaba de improvisar; pero cambiando los roles o papeles con su compañero, con lo cual tendrá la posibilidad de comprender mejor la situación total.
Técnica del espejo	El paciente es representado en la escena psicodramática por un yo auxiliar para que pueda verse tal cual es y tal como lo ven los demás.
Escenificación de sueños	El sueño es interpretado psicodramáticamente por varios yoes auxiliares; después de la representación, el paciente puede reconstruir su vivencia ayudado por un observador.
Alucinaciones y delirios	También son desarrollados en escena por los yoes auxiliares.
Hipnodrama	Es el psicodrama que representa el paciente en estado hipnótico.
Fantasías	Aquí el paciente cierra los ojos para crear una fantasía cualquiera, luego se levanta para escenificarla con la ayuda de los yoes auxiliares.
Mundo auxiliar	Los yoes auxiliares representan en el escenario todo el mundo que rodea al paciente en su vida real.
Proyección futura	Es la representación de lo que piensa el paciente acerca de su futuro.

**Cuadro 17-7. Técnicas psicodramáticas más utilizadas
(continuación)**

Diagnóstico	Consiste en utilizar las situaciones psicodramáticas para hacer el diagnóstico de uno o varios pacientes.
Didáctica	Se utiliza para entrenar a futuros yoes auxiliares y psicoterapeutas psicodramáticos.
Doble múltiple	Varios yoes auxiliares, junto al paciente que los observa, van representando uno a uno y al mismo tiempo, varios aspectos de su personalidad, haciendo referencias tanto al pasado como al presente.
Clases	Aquí, cada uno de los miembros del grupo explican diferentes partes o aspectos de los distintos tópicos o temas de una clase, una conferencia, etc.
Situaciones ficticias	En las que los miembros del grupo son enfrentados a diferentes situaciones como una selección de personal.
Silla vacía	El paciente representa dos papeles de manera simultánea, el propio y el de la persona que le causa conflicto.

Por otro lado, las técnicas psicodramáticas se desarrollan en varios niveles:

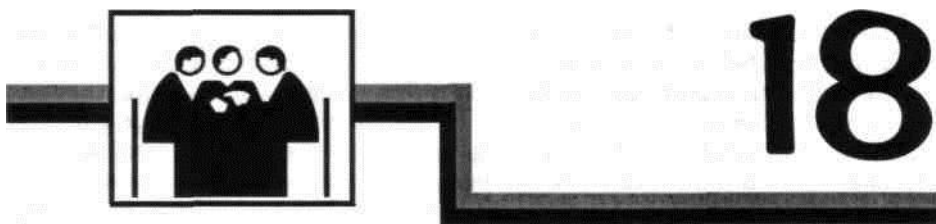
Pasado-presente-futuro. La situación dramatizada por o para el paciente puede pertenecer a hechos y situaciones de cualquiera de estos momentos. **Lo imaginario, lo simbólico y lo real.** Aunque por lo regular Moreno hace que sus pacientes representen escenas de la vida real, a veces propone la improvisación de papeles ficticios para descubrir los roles que el individuo habría deseado tener en la vida.

Modo de acción directo o indirecto. Unas veces el mismo paciente dramatiza sus problemas en la escena, otras lo hace una persona a la que el paciente está fuertemente ligado. Si esto último no fuera posible, entonces el terapeuta debe tratar de ligarlo emocionalmente con algún yo auxiliar para que éste pueda realizar la dramatización.

Número de pacientes. Puede tratarse a un solo paciente, ya sea como actor o como espectador. Un pequeño número de participantes implicados en un mismo conflicto, también pueden representarlos de manera simultánea o sucesiva. De igual modo, un gran número de pacientes pueden ser tratados juntos aunque como espectadores, ya que la representación la realizan exclusivamente los yoes auxiliares. ■

Parte V.

La corriente mexicana



José Cueli

El doctor José Cueli fue director de la Facultad de Psicología de la UNAM, en el periodo de 1969 a 1973 y en la actualidad es profesor titular C de la misma institución. Ha publicado varios libros, entre los que se encuentran *Teorías de la Personalidad*, *Psicocomunidad* y *Psicoterapia Social*. Es miembro didacta y ex director del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

La parte medular de la teoría propuesta por el doctor José Cueli es el método de psicocomunidad aplicado en comunidades rurales y zonas urbanas marginadas, tema de gran actualidad que él expone con una visión totalizadora y sistemática. Describe las técnicas para trabajar con la clase marginal y propone la formación de equipos de salud integrados por médicos y psicólogos que actúen con el auxilio del método clínico en una comunidad. Dichos equipos tienen por objeto ayudar a la población rural urbana a integrarse a la vida social y productiva de la ciudad, además contribuir, mediante el establecimiento de relaciones interpersonales de cooperación mutua, a la solución de problemas psicológicos, de salud, vivienda y educación que, por lo general, son los que más afectan a ese tipo de comunidades. El método de psicocomunidad ya ha sido aplicado con éxito en una zona marginada de la ciudad de México.

CONCEPTOS TEÓRICOS

En el modelo de Cueli, las observaciones acerca de la conducta de un grupo de personas se ajustan a las proposiciones del modelo psicoanalítico (Rapaport, 1949, 1960, 1962), del que se derivarán las aproximaciones hacia una teoría general de los marginados.

La comunidad, como sistema con cierta línea de comportamiento, también presenta tensiones frente a estados carenciales, sobre todo en comunidades marginadas que enfrentan importantes carencias, tanto físicas como sociales, entre las cuales es posible mencionar la falta de servicios, habitación inadecuada, inseguridad, altos índices de mortalidad infantil, abortos ilegales, muertes por accidente u homicidio, y prácticamente todo tipo de carencias que deprime y mantiene en estado de frustración, estrés y depresión, e incluso en estados subjetivos de alerta y agresión. Es por esto que tales comunidades son poco saludables en el aspecto físico y mental.

En la persona, la carencia se manifiesta con los intentos para descargar la tensión en forma de ideaciones, fantasías y sueños, gobernados todos por el proceso primario del pensamiento; mientras que en los grupos humanos, en la comunidad, el nivel de carencias en todos los aspectos es tal, que la descarga se manifiesta de manera directa, sin dar cabida a la demora y presentándose en forma de conducta o actuación, por lo general en el nivel motriz, lo cual puede llegar a entorpecer el funcionamiento adecuado de la comunidad marginada dentro de lo que es considerada la realidad (Cueli, 1990). Pero para quienes se dedican a trabajar con estos grupos, el principio de realidad se da por estas actuaciones motoras descargadoras de la tensión, que no tienen posibilidad de demora y menos de funcionar con un pensamiento regido por el proceso secundario; como consecuencia, el contacto que se establece entre los integrantes de este grupo humano es del nivel más primitivo, es decir, cutáneo.

El proceso de los afectos que aparecen en el terapeuta se lleva a cabo en una sesión de grupo llamada supervisión. En ésta, el grupo de terapeutas concientiza los afectos despertados en cada uno de ellos y los efectos que éstos pudieran haber tenido sobre su conducta en la comunidad, con lo cual se espera que la modificarán en la siguiente visita a la localidad estudiada. Tal modificación conductual afectará, a su vez, la conducta de la comunidad, produciendo respuestas que confrontarán a los terapeutas con sus propias carencias y que percibirán entre los miembros de la comunidad. Este circuito se cierra una y otra vez durante el transcurso de la investigación, en forma de realimentación.

En este caso también se establecen controles referentes a la duración de la investigación, el horario de visita a la comunidad y el lugar donde se realiza la exploración. El objetivo es situar a la comunidad y a los terapeutas dentro de un marco de referencia realista que posibilite el manejo adecuado de la revivificación de las situaciones de abandono y de la angustia de separación concomitante.

Los pacientes estudiados no poseen un desarrollo cognoscitivo, ni cuentan con aprendizaje de símbolos, anticipación de conductas, manejo de horarios y del tiempo, de espacios y lugares, ni menos aun de los escenarios; todo lo cual es necesario para que un grupo se integre y pueda manejar tareas organizadas, como aquéllas típicas del individuo urbano. Esta limitación se puede apreciar en la dificultad inicial para establecer un horario y un lugar dónde llevar a cabo las reuniones que son la base de la relación grupal.

Los miembros de la comunidad marginada, en su situación traumática desorganizante, tienden a recurrir una y otra vez a las pautas culturales. Esta vinculación tiene que ser personal; incluye no sólo dar y recibir, sino estar, como parte de un proceso de constancia objetual. Las personas marginadas manifiestan, con respecto al grupo terapéutico, acciones inexplicables debidas a su limitada información. Es necesario destacar de qué manera la escasez de modelos de referencia ocasiona que sus valores sean tergiversados e irreales, con base en el nivel prestigioso que posee el grupo

terapéutico para ellas. De acuerdo con lo que se ha encontrado en el estudio, al aceptar las cargas hostiles y depresivas de estos individuos, los miembros del grupo terapéutico sufren con rapidez un proceso regresivo. Es ahí donde inicia el tratamiento, por medio de la relación.

Los elementos (procesos primarios) de los miembros de la comunidad marginada que surgen en el grupo y que son excluyentes, son la madre invisible que los separa. El grupo terapéutico frustra los intentos de desintegración de tales miembros (cuando aparece en éstos una fuerte disminución de la autoestima), al permitirles expresar sus carencias, incluida la repetición de la situación traumática en la elaboración de la pérdida y del impedimento para el desarrollo de las funciones intelectuales, así como de las funciones agresivas y de escape.

Cuando la intensidad de una situación traumática es muy penetrante, la persona se fija en esa pérdida y no puede reconocer ni percibir nada del exterior, pues se altera el mecanismo perceptual, el cual se vuelve limitado e impide la integración al trabajo. No puede esperarse que los niños, hijos de los miembros del grupo marginal, puedan tener un desarrollo adecuado, puesto que experimentan las mismas privaciones respecto del trato que reciben de sus padres. Éstos, a su vez, los abandonan, generándose así la amplia gama de la situación marginal. Es evidente que este grupo no tiene constancia de objetos esenciales para poder captar la realidad, y este es el punto en el que la metodología propuesta por Cueli (1975) asiste a la comunidad, al margen de que las personas se alejen o a la larga se incorporen; el prestarles un yo genera una realimentación que acaba por atraer al grupo, cohesionarlo y, finalmente, por modificar a la comunidad. Al mismo tiempo, el grupo terapéutico es incluido por el marginal y confrontado con sus propias carencias, lográndose que el primero no sea absorbido por la comunidad, ya que si esto ocurre pierde efectividad.

Las manifestaciones patológicas del grupo marginal son alteraciones del pensamiento y de la percepción pretemporal, así como fuertes tendencias paranoicas, expresadas en la desconfianza. Estas manifestaciones, así como también las actitudes francamente hostiles, aparecen durante el desarrollo y al final del trabajo con el grupo. También se observa la presencia de desconcierto en el tiempo, lo cual crea problemas en el establecimiento del proceso terapéutico. Asimismo, la desorientación en el espacio impide reconocer los lugares de la ciudad, asistir a oficinas burocráticas y reunir todos los elementos necesarios para organizarse.

Por otra parte, la carencia produce incapacidad para el control y para la tolerancia a la demora, además de impedir expresar la depresión, que propicia, por una parte, que la situación traumática se repita y, por otra, que se condicione la escasa capacidad de autocontrol de los impulsos, la actividad reflexiva pobre y el desarrollo de los procesos acumulativos. En la medida en que la atención se concentra en las pérdidas, es difícil que se pueda percibir alguna otra cosa; por este motivo, el grupo no puede aprender a integrar y comunicar su capacidad de estar triste, y esta imposibilidad para la verbalización, a su vez, impide la elaboración de los procesos depresivos.

Los miembros del grupo marginal pasan mucho tiempo esquivando el trato con el equipo terapéutico, siempre creen que hay "gato encerrado", actitud que, además de sustentarse en la desconfianza básica, se refuerza por las experiencias pasadas.

El grupo marginal tiene dificultades para consolidarse, porque el mundo de sus miembros es anárquico, individual y sin ninguna posibilidad de unión; de hecho, cohesionarlos es una función del grupo terapéutico. Una de las características de este grupo, cuando se empieza a formar, es la ausencia de cohesión entre sus miembros.

Es difícil lograr que establezcan relaciones entre ellos, porque nunca han aprendido a hacerlo. Lo anterior reproduce lo que han observado en sus familias: no hay comunicación con los vecinos, sólo la realizan de manera ocasional, pero rara vez en forma horizontal. En estas condiciones, los afectos se comunican por canales prever-bales: el timbre, la intensidad y el tiempo de los mensajes verbales y los modificadores cenestésicos, la gesticulación, las risas y otros ruidos vocales. Los miembros de este grupo hablan poco entre sí acerca de sus sentimientos y casi no comentan respecto de los sentimientos de otros; la falta de reactividad selectiva, por parte de unos y otros, sugiere que reaccionan a sus propios impulsos internos más que a la conducta de los demás elementos.

Para el grupo marginal, el grupo terapéutico, al cual siente que nunca podrá pertenecer, posee valores que mantiene o defiende y que destacan su propio estado inferior, al reducir su bajo amor propio. En el transcurso del tiempo se añaden una serie de símbolos verbales, corporales y culturales muy limitados y una actitud social cada vez más desconfiada, con apariencias y modales diferentes. Es comprensible que se puedan esperar decepciones y fracasos en la confianza mutua y en la capacidad para formar conceptos, sobre todo en lo concerniente a las relaciones interpersonales.

Un problema en el establecimiento de la relación entre grupos, es el de la comunicación. El hecho de no compartir los símbolos y las experiencias importantes contribuye a la formación de una relación vertical y al empobrecimiento cultural del grupo marginal. Por eso es importante que el grupo terapéutico sea capaz de deshacerse de sus modales y de colocarse en el lugar del grupo marginal pues, en la medida en que lo haga, podrá establecerse el proceso de la comunicación; de hecho, no existe otra posibilidad de lograrlo. Es en ese nivel en el que el grupo terapéutico recibe la influencia de lo que es, en realidad, la situación traumática y en el que revive con dolor sus carencias. La diferencia es que un grupo tiene defensas débiles y en el otro éstas son fuertes, además de mantener un yo observacional, el juicio y el criterio alertas.

El grupo marginal, al entrar en contacto con el exterior, tiene que intuir las demandas y exigencias desde el conflicto, o en su lugar, establecer y usar una relación con personas del sistema dominante que le son necesarias para obtener elementos que sepan socializar y realizar la comunicación con el exterior. Ésta le resulta muy difícil a este grupo, porque no tiene la capacidad de registrar un diálogo, lo cual tiene que ver con percibir la indicación de que la otra persona ha escuchado y de que está de acuerdo, o no, con lo expresado. Al grupo marginal le es imposible llegar a la conclusión acerca de algún tema; los indicadores de cierre o fin de la conversación nunca son compartidos por los otros y la relación puede hacerse interminable.

A8PECT09 TECNIC09

Psicocomunidad es un método de investigación, influencia y exploración de la comunidad que toma como marco conceptual los modelos psicoanalíticos de Rapaport (1949, 1960 y 1962). Este método se planteó para ser utilizado dentro de un contexto de comunidades marginadas, utilizando la presencia y el tiempo del investigador como instrumento modificador. Es un modelo psicoanalítico a corto plazo, que ha mostrado ser útil para estudiar y modificar comunidades. Aunque originalmente se

aplicó al mejoramiento de las ciudades y más tarde al desarrollo rural, este modelo ha sido utilizado también en zonas urbanas marginadas. El enfoque comunitario (Cueli, 1989) posee características especiales (véase cuadro 18-1).

Cueli parte de la concepción de dos grupos fundamentales: : i

1. El grupo de investigadores marginales, integrado por los miembros que forman el grupo con el que se va a trabajar y sobre el cual se trata de influir, y que son parte de la comunidad que se aborda.
2. El grupo formado principalmente por psicólogos y médicos que se reúnen para influenciar y cambiar, de manera positiva, a una determinada comunidad. Este grupo tiene dos modos paralelos de trabajo:
 - La supervisión, que es la sesión en la cual se reúnen los miembros para manejar los afectos involucrados en el trabajo terapéutico en la comunidad.
 - La reunión técnica, donde se manejan los aspectos técnicos, tanto del equipo como de la comunidad.

La realización de este método implica los siguientes pasos (González Núñez, Monroy y Kupferman, 1978):

1. Se selecciona una comunidad marginada para ser investigada, explorada, estudiada y modificada.
2. Se conjunta un grupo de exploradores e investigadores que acuden a la comunidad a cumplir sus propósitos.

Cuadro 18-1. Características del enfoque comunitario

Propone la prevención en tres niveles: primario, secundario y terciario.

Es un enfoque comprensivo, holista y sistemático que pretende una redistribución del poder y en consecuencia, nuevas formas de liderazgo y de transacción entre los grupos humanos; un cambio social que, sin utilizar la violencia, busque el bienestar personal, grupal y comunitario mediante el establecimiento de la justicia y la igualdad; una reorganización y valoración de los propios recursos; una organización basada en la autodirección constructiva por parte de la comunidad, con el propósito de que ésta sea cada vez más capaz de tomar decisiones y de llevarlas a cabo sin depender de la intervención externa.

Es desprofesionalizante, es decir, trata de desarrollar las destrezas y habilidades de los miembros de la comunidad para el desempeño de actividades relevantes al sistema

Es interdisciplinario;

Es concientizador y politizante, promueve la participación, responsabilidad y toma de conciencia de los individuos acerca de los condicionamientos externos e internos de la **comunidad**.

Utiliza los siguientes modelos de intervención: de salud mental, de ecología, de acción y organizativa.

3. Dicho grupo de investigadores revisa con un supervisor, antes de asistir a la comunidad, las fantasías que tiene acerca de ella.
4. La distribución de la comunidad se realiza por calles o manzanas. Cada investigador visita entre 10 y 15 familias en un lapso de 10 a 15 semanas. La visita tiene un tiempo estable y fijo de 15 a 30 minutos. Los investigadores visitan esas casas aunque no sean aceptados por la familia visitada, permaneciendo el tiempo establecido en el lugar o cerca de él, ya que lo que ofrecen es una relación emocional, es decir, su persona, su tiempo y comprensión de sus problemas.
5. Después de visitar la comunidad, los investigadores se reúnen con un tutor quien resuelve los problemas técnicos y prácticos que se presentan durante las visitas hechas a la comunidad.
6. De manera posterior, se reúnen con un supervisor previamente entrenado, quien trabaja sobre todo los problemas emocionales que enfrentan los investigadores como resultado de su visita a la comunidad.
7. La función de los visitantes (investigadores) es dar, y sólo reciben en la tutoría y supervisión.

Por otro lado, el desarrollo de las comunidades urbanas involucra determinadas fases o etapas, mismas que se presentan en el cuadro 18-2.

Cuadro 18-2. Fases en el desarrollo de comunidades urbanas

Creación de un sentido de cohesión social, con base en el vecindario y el estrechamiento de las relaciones grupales.

Atento y estimulación de autoayuda mediante la iniciativa de los miembros de la comunidad.

Motivación por medio de agencias externas, cuando la iniciativa de autoayuda esté ausente

4. Utilización de métodos persuasivos y no compulsivos para inducir los cambios necesarios en los esfuerzos de la gente.
5. Identificación y desarrollo del liderazgo local
6. Desarrollo de la conciencia cívica y del consenso acerca de las responsabilidades ciudadanas.
7. Empleo de asistencia profesional y técnica para apoyar los esfuerzos de los miembros de la comunidad involucrados en el proyecto.
8. Coordinación con los servicios públicos para afrontar las necesidades y problemas del vecindario.
9. Proporcionar entrenamiento en procedimientos democráticos cuyo resultado sea la descentralización de algunas funciones gubernamentales.

OTROS ASPECTOS METODOLÓGICOS

La técnica psicocomunitaria involucra a los siguientes aspectos mecánicos u operativos:

- Previa al enfrentamiento con la comunidad, se tiene una sesión de grupo con los investigadores, para que cada uno exprese su fantasía de lo que le sucederá a él durante su estancia en la comunidad, y que esté en relación con sus pobladores, por ejemplo, un aborto.
- Se establecen ciertos controles, referidos a la no comunicación entre los investigadores, el horario fijo de permanencia en la comunidad, la duración de la exploración, el establecimiento del lugar donde se realizará ésta, el mantenimiento de una regla de abstinencia (no dar información a los observadores con respecto al motivo de su presencia dentro de la comunidad, pero sí establecer comunicación con ellos).
- Reunión posterior, donde cada investigador informará acerca de su experiencia dentro de la comunidad.

El método a seguir es el de registrar la frecuencia en la aparición de un contenido, tanto en la fantasía como en el informe de la experiencia en la comunidad, su recurrencia y repetición. Sólo se consideran válidos el o los datos que aparezcan en todos o en la mayoría de los investigadores. La información se interpreta de acuerdo con los siguientes criterios:

- Cuando la uniformidad en la aparición de un contenido ocurre en una fantasía previa al enfrentamiento con la comunidad, esta percepción fantaseada es un índice de las carencias de los individuos que componen el grupo de investigadores.
- Esta percepción es también un índice de la distorsión que poseen respecto de la realidad de la comunidad, la cual les producirá una percepción parcial, selectiva o ambas, de donde se infiere que el proceso de la percepción está matizado por elementos subjetivos profundos.
- Lo que aparece como común a todos los investigadores en el informe de su experiencia con la comunidad, está determinado en parte por la realidad física y social dada, y también por las carencias de los investigadores.

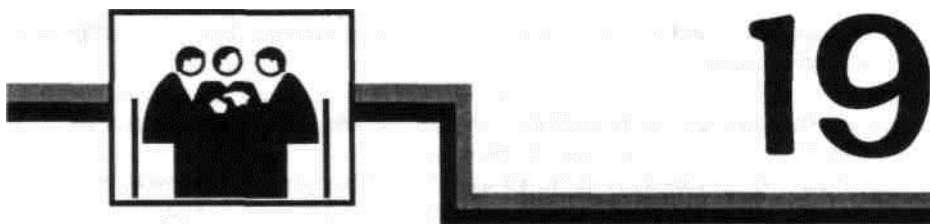
En conclusión, los aspectos teórico-prácticos más importantes de la teoría de Cueli son los siguientes:

1. Las carencias individuales, que son casi las mismas para todos, pueden diferir en intensidad y tiempo de aparición; en el transcurso de la exploración esas carencias determinarán, o por lo menos matizarán la fantasía previa que se tiene de lo que se va a confrontar y, por tanto, distorsionarán, en mayor o menor cuantía, la percepción de la realidad.
2. La incomunicación por parte de los investigadores arrojará datos acerca de la generalidad del sufrimiento de estas carencias y marcará los límites de error en la percepción de la realidad.
3. Los horarios de presentación y el tiempo de estancia en la comunidad dan el marco de referencia realista a la investigación y permiten manejar de antemano la angustia

de separación, tanto de la comunidad como de los investigadores, la cual se presentará al término de la misma.

4. La regla de abstinencia tiene por objeto producir una regresión en la conducta de los investigadores que haga surgir la actuación de sus carencias o, por lo menos, su verbalización; esta regresión será una especie de proyección de sus carencias.
5. La reunión posterior a la visita a la comunidad tiene como funciones primordiales la recolección de datos, la posibilidad de permitir que los investigadores elaboren las confrontaciones con sus propias carencias y concienticen los afectos surgidos, señalar las indicaciones de lo que se realizará en la siguiente exploración, y determinar los efectos causados por el grupo de investigadores en los miembros de la comunidad.

Cualquier división de las ciencias resulta artificial; sin embargo, es útil adoptar alguna con propósitos definidos. Cueli acepta que las ciencias sociales tratan del comportamiento humano, a él se aproximan en forma directa la antropología, la sociología y la psicología; por lo regular éstas emplean técnicas afines, tales como cuestionarios, encuestas, entrevistas y otros, pero también cree en la importancia de buscar una delimitación más exacta en los propios puntos de vista de cada una de estas disciplinas. ■



Agustín Palacios

11 doctor Agustín Palacios fue profesor titular de psiquiatría en la Escuela Superior de Medicina, entre 1956 y 1983; además de *Clinical Professor* de la Facultad de Medicina en la Universidad de Texas, Galveston, en el periodo 1974-1978, y profesor adjunto del Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta en el Medical Branch de la misma universidad.

Ha sido maestro, analista didacta, supervisor, investigador y cofundador de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo, así como vicepresidente de la *International Psychoanalytical Association*. Actualmente es Miembro Titular Didáctico y Supervisor de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

CONCEPTOS BÁSICOS

El grupo analítico no es un conglomerado común y corriente de individuos, sino un organismo funcional específico, estructurado con métodos definidos y que persigue metas concretas para el sistema (Palacios, 1975), que opera dentro de parámetros psicoanalíticos bien delineados en la teoría de la técnica general.

Uno de los principales planteamientos teóricos de Palacios es que existen diversas categorías de grupos, como la familia, el clan y la masa anónima, que llevan a los individuos a desarrollar pautas específicas de conducta. En consecuencia, los grupos pueden operar como artífices y moldear a las personas en sus fantasías más arcaicas, sus patrones primitivos de respuesta y su forma de ser.

En todo grupo, independientemente de su meta, operan leyes que están muy definidas, tales como:

- Cuando cambian los miembros, los sistemas de interacción se modifican y funcionan como si se tratara de otro grupo.
- Presenta un estado de tensión, ya que los integrantes son atraídos o repelidos por otros. El grupo puede mostrar una tendencia a poseer un equilibrio hemostático a la vez que una constante amenaza de desintegración.
- Tiene fuerzas cohesivas que se alternan y coexisten de modo temporal con fuerzas desorganizantes.
- Incluye procesos de aprendizaje, liderazgo o sumisión; de solución colectiva de problemas y otros. Los miembros asumen papeles jerárquicos y dinámicos definidos aunque con cierta inestabilidad.
- Aparece de manera constante una tendencia a disolverlo (ley de la entropía), junto con una inercia que lo mantiene en el mismo estado a menos que el terapeuta lo impulse a un cambio.

Este autor ha hecho aportaciones a la dinámica de grupos, que constituyen conocimientos aplicables a cualquiera de ellos. Éstos, cualquiera que sea su objetivo, sirven en el trabajo analítico como barómetros indicativos del clima grupal y como señalamientos accesorios de la interpretación, pero no rigen la actividad terapéutica.

Antes de profundizar en la psicoterapia grupal analítica propuesta por Palacios, es necesaria una breve explicación del modo en que se conforma el desarrollo psicológico del ser humano.

La relación humana prototípica se establece al nacer. La comunicación entre la madre y el niño es intensa e importante, mediante ésta se establece el diálogo primario que deja huellas imborrables en el niño y matiza para siempre sus experiencias posteriores. El recién nacido carece del lenguaje hablado, pero es muy perceptivo ante todo lo que acontece a su alrededor, incluyendo el mundo intrapsíquico de su madre y sus relaciones presentes y pasadas. Todo esto lo transmite la madre, casi de manera inadvertida, a través de su tono muscular, su temperatura, su voz, el sabor de su leche, su olor, etc., por lo que la comunicación primera (que es preverbal) será la más significativa en el resto de la vida, sobre todo en situaciones íntimas, de alarma o regresivas. Las diversas sensaciones que la madre despierta en los órganos sensoriales en el momento de la alimentación, se graban en el inconsciente y constituyen los cimientos de las futuras relaciones interpersonales. Esto es, si la experiencia nutricia fue grata, las relaciones posteriores serán anticipadas con confianza básica; pero si el encuentro fue frustrante, el mundo externo quedará teñido de rabia e impedirá la satisfacción de las experiencias sociales, el mundo interno adquiere vigencia desmedida frente al objeto real externo que es visto con desconfianza y extrañeza.

El desarrollo psicológico del ser humano brinda la pauta para hablar del proceso terapéutico, pues en éste se trabajan las resistencias o defensas y se analizan las primeras fases del desarrollo del paciente, incluyendo la etapa prenatal, el nacimiento y las primeras semanas de la experiencia posnatal debido a que en ellas se gestan los primeros procesos de comunicación indispensables de analizar en dicho proceso. En el transcurso del análisis se revive la experiencia con la madre, tanto por la regresión patológica del enfermo como por la situación regresiva del tratamiento. El paciente, a semejanza de un bebé con urgencia de alimento, expresa toda su necesidad y angustia. En esos

momentos regresivos, el terapeuta debe recordar que el paciente proyecta en él la imagen materna que le pudo haber enseñado que la vida es bella; pero que también le pudo haber transmitido dolor, tristeza o rabia. A lo largo del proceso analítico, el paciente, en la medida en que van cediendo las resistencias, realiza una recapitulación histórica-vivencial de su vida psíquica, el analizado primero se regresa y luego progresa.

Palacios opina que la situación psicoanalítica habitual es diádica tanto en su apariencia externa como en su realidad, ya que en ella se presenta una relación entre dos personas, una psicológicamente enferma que busca reparar los daños de su yo, y el terapeuta, que funciona como participante contratransferencial, observador e intérprete de lo que sucede en el campo de la interacción. Este último es quien atiende las comunicaciones preverbales y verbales de la parte enferma del paciente, pero en vez de actuar o realimentar sus demandas, le muestra lo que le ocurre. Así entonces, en todo proceso terapéutico hay una relación bipersonal terapeuta-paciente que finalmente resulta multipersonal dado que ambos llevan al proceso (en porciones desiguales) sus identificaciones múltiples, sus imágenes inconscientes, su triángulo edípico, tres instancias psíquicas funcionales en conflicto y segmentos del yo armonizados de manera inadecuada.

Durante el proceso terapéutico el analista cambia de roles, puede ser la madre, el padre, un hermano, etc., según las diversas etapas de regresión que logran que el paciente presente la interacción realista denominada por Zetzel (1980) **alianza terapéutica** y que es lo inverso al grado de regresión patológica del enfermo. Al seguir con cuidado las fantasías inconscientes mutuas y los procesos que se desarrollan en la vivencia de la transferencia-contratransferencia, se logran comprender en detalle los orígenes y las vicisitudes de las primeras relaciones objetales del paciente.

Por otro lado, desde el punto de vista de la dinámica grupal, un grupo existe cuando dos o más individuos se percatan del otro, lo cual no es válido para el grupo analítico pues éste no es un mero agregado de personas sino un sistema de interacción. El grupo analítico se integra mediante un claro proceso psicológico con metas precisas; gira en torno a la figura central del analista quien se constituye en el eje grupal, en la pantalla proyectiva de los enfermos, en el agente observante y activo del proceso psicoterapéutico.

El concepto de Palacios sobre la terapia psicoanalítica de grupo implica un método utilizado por un analista neutral, pero participante que produce, como resultado de la regresión, una neurosis o psicosis de transferencia, cuya solución se logra a través de técnicas consistentes de interpretación que permiten obtener la consecuente elaboración y el manejo del conflicto transferencial ocasionado por la revivencia de problemas infantiles no superados. Como fruto de la terapia psicoanalítica de grupo se presentan cambios en el aparato psíquico del paciente que lo capacitan para lograr una mejor adaptación a su ambiente real, los cuales operan desde un punto de vista metapsicológico al incluir los aspectos dinámico, económico, adaptativo, genético y estructural.

Acercas de la coexistencia de los dos tratamientos, grupal e individual. Palacios opina que no es posible llevarlos de modo simultáneo ya que sólo le sirven al paciente como actuación y defensa. Desde el enfoque psicoanalítico considera que el psicoterapeuta que realiza tratamientos paralelos divide en dos la transferencia, que se manifiesta en las sesiones individuales y en las grupales, con lo cual sólo consigue aumentar las defensas y eludir la angustia que experimentan los pacientes por la pulsión ascendente de los impulsos contenidos y fantasías defendidas. Afirma que el paciente no puede estar en un tratamiento individual o en uno de grupo sin evitar que se levanten las resistencias.

Para los terapeutas que emplean métodos psicoanalíticos en el tratamiento grupal existen premisas básicas a considerar, como las siguientes:

- La terapia está destinada a la exploración y objetivación de lo inconsciente.
- Es preciso atacar primero las defensas para permitir que el contenido defendido aflore con persistencia y claridad.
- i • El material defensivo-defendido debe elaborarse de modo reiterado antes de que se operen cambios psicológicos.
- El manejo de la transferencia demuestra al paciente que los mecanismos psicológicos y las relaciones de objeto se perpetúan y mantienen vigentes en él.

La elección de trabajar con grupos abiertos o cerrados depende de si se labora en instituciones o en consulta particular. En condiciones institucionales puede resultar conveniente y hasta ventajoso trabajar con grupos cerrados, no así en la práctica privada donde existen menores posibilidades de selección que en las instituciones, aunque la relación terapeuta-paciente es más personal y, al menos en el inicio, más intensa. En la práctica privada las condiciones de establecimiento del contrato analítico no difieren de las que existen en el análisis individual, en cambio sí son diferentes cuando se trabaja analíticamente para instituciones.

A lo largo del proceso terapéutico en el grupo abierto, no es indispensable que estén los mismos pacientes al final del análisis que en la primera sesión, pues éstos tienen libertad de decisión para abandonar el tratamiento o continuar en él. El terapeuta se reserva el derecho de cambiar de grupo a un paciente por ventajas técnicas para el paciente mismo o para el resto del grupo (Palacios, 1975). No es preciso que los miembros sean dados de alta al mismo tiempo, pues a los que permanecen se les otorga el alta de acuerdo con un criterio curativo aplicable a cada caso.

Palacios opina que un grupo abierto opera durante largo tiempo como grupo cerrado, debido a que no es sino hasta que algunos pacientes se separan del grupo y se incorporan nuevos miembros, cuando se estructura un nuevo grupo desde el punto de vista funcional y psicodinámico. La historia del grupo abierto se asemeja a la historia de la sociedad, en donde unos nacen y otros mueren, pero el proceso vital continúa.

En la situación grupal se cumplen todos los requisitos que caracterizan al proceso analítico individual; por ejemplo, cuando los miembros-pacientes se encuentran en una situación regresiva, se comportan a semejanza del yo fragmentado y débil del paciente individual, que le confiere las funciones de su yo, ideal del yo, superyó y prueba de realidad al analista.

Aunque en el grupo la fachada sintomática sea una fobia, obsesión, depresión, etc., existen patrones de conducta que sirven como vehículo expresivo de la fantasía inconsciente, los cuales al ser repetitivos le otorgan características particulares que permiten realizar un diagnóstico grupal y planear la estrategia terapéutica para bajar las defensas. Al ser la fantasía inconsciente de un grupo el vehículo esencial sobre el que descansan todas las comunicaciones, su detección resulta fundamental. A menudo la misma fantasía o, de manera común, un grupo de ellas íntimamente relacionadas, persiste durante toda una etapa regresiva o progresiva del proceso.

En la interacción de los miembros-pacientes del grupo se observan todos los fenómenos psicológicos que corresponden a las neurosis y a las psicosis. Este tipo de relaciones intergrupales son de utilidad puesto que permiten poner en evidencia conflictos no resueltos y repeticiones de conducta fuera de tiempo, pero además

porque el psicoanalista las aprovecha para desligarlas del contexto personal e incluirlas en la totalidad interpretativa del aquí y ahora de la relación transferencia! del grupo con el propio analista. El manejo fundamental y los logros que llevan al paciente al cambio se obtienen dentro del contexto de la transferencia en el proceso analítico.

Un indicador valioso de progreso es la persistencia del grupo como unidad de trabajo, pues aunque se muestran resistencias que son, sin duda, la materia del trabajo analítico, la presencia de todos manifiesta, en la elocuencia del estar, el deseo de vivir mejor y de cambiar (Palacios, 1975).

Palacios considera que los individuos más adecuados para la psicoterapia de grupo son los neuróticos que no presentan graves deformaciones del carácter. Ha observado buenos resultados en perversiones sexuales moderadas; pero sobre todo en pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad, pues éstos pueden ser contenidos por el grupo, que es capaz de permitirles una regresión regulada y de restituirles los límites del yo en los momentos que siguen a la terminación formal de la sesión grupal.

En cuanto a la selección de los pacientes, ésta depende de las condiciones de la práctica psicoterapéutica, se trabaje en instituciones o en práctica privada, con colaboración profesional o en situación aislada. La disponibilidad de los pacientes y sus condiciones mentales varían de manera considerable en cada caso, hay pacientes que resultan más gratos que otros y algunos con los que el psicoterapeuta considera que no puede funcionar. Cuando se realiza una selección de pacientes se lleva a cabo un escrutinio inicial junto con un diagnóstico. En el primero se valora clínicamente al paciente que ha de integrarse a un grupo para realizar un diagnóstico aunque sea tentativo, puesto que se cuida en detalle qué grupo es conveniente para ese paciente. El diagnóstico debe preceder a cualquier intento psicoterapéutico. Al diagnosticar se persiguen las siguientes metas:

- Establecer un juicio clínico fenomenológico del estado mental del paciente.
- Realizar una valoración psicodinámica del cuadro en sus perspectivas pasadas, presentes y futuras.
- Intentar conocer las posibilidades terapéuticas del paciente con el analista y con un determinado grupo terapéutico.

El método diagnóstico debe registrarse con la flexibilidad de cada paciente es decir, con la adecuación de los métodos valorativos a las condiciones concretas del enfermo y de la situación.

Las entrevistas preliminares del proceso de selección, además de los fines antes descritos, sirven para entablar el diálogo entre el paciente y el terapeuta, siendo posible entonces la relación transferencial-contratransferencial. Así es como el terapeuta prepara al paciente para el tratamiento de grupo, permitiéndose contemplar la posibilidad de conocer su futuro y decidir si el terapeuta le ayudará a corregir su historia o repetirá la conducta de sus objetos primarios.

CONCEPTOS TÉCNICOS

Palacios coincide con los criterios de selección para pacientes que propuso Zimmer-mann (1969), éstos se desarrollan en el cuadro 19-1.

Cuadro 19-1. Criterios para la selección de pacientes
(Zimmermann, 1969)**1**

Estructura de la personalidad	Se evalúa si el paciente puede ser analizado en la situación grupal; resultan idóneos los pacientes con neurosis mientras que se descartan aquellos con paranoia, sociopatía, depresión mayor y las personas que sufren trastornos psicopatológicos muy agudos en ese momento.
Relaciones objétales	Se consideran mejores pacientes para grupo aquellos que establecen relaciones objétales cercanas a las totales; es perjudicial agrupar a varios individuos que poseen elementos familiares destruidos, pues aniquilarían todo tipo de integración.
Factores externos	Son aquellos que se derivan de los aspectos prácticos y concretos del terapeuta, como ubicación geográfica, honorarios e idioma, entre otros; pero también se evalúan los factores externos al paciente, pues éstos lo vuelven apto o no para la técnica psicoanalítica, como su condición socioeconómica, nivel de educación, cultura, <i>insight</i> , inteligencia, etc.
Factores contratransferenciales	La contratransferencia no sólo es un aspecto central en la selección de pacientes sino también en la formulación de una interpretación.
Factores de grupo	La valoración clínica incluye una evaluación de la capacidad del paciente para integrarse razonablemente a grupos como la familia, escuela, medio laboral, ambiente social, grupos políticos o religiosos, etc.
Capacidad de frustración y tolerancia a la frustración	Es un requisito mínimo que ha de tener todo paciente analítico, razón por la cual no son adecuados para el trabajo de grupo los pacientes con psicosis o sociopatías.
Capacidad para mantener secretos	Es una característica que hay que evaluar, ya que existen pacientes que tienen la necesidad de contar todo lo que se les platica.

Además de estos criterios, se debe considerar que en la psicodinamia grupal se atiende a la enfermedad tanto como a la valía individual del paciente; el tratamiento no se aplica a personas que se sometan a él por imposición de sus familiares; también que el procedimiento psicoanalítico está indicado en los trastornos neuróticos, en las caracteriopatías leves y en los cuadros psicóticos que mantienen un importante contacto con la realidad.

En lo que respecta a la constitución del grupo terapéutico, éste se integra mediante la presencia de dos polaridades: un terapeuta adiestrado y un máximo de ocho personas que se reúnen dos veces por semana en sesiones que duran 1 hora y 30 minutos como promedio. Al establecer el contrato terapéutico, durante el proceso de selección, se establecen las normas generales de horario, calendario, costos, etc., pero siempre con previo aviso y oportunidad de análisis al mismo grupo.

La interpretación siempre debe ser la resultante del encuentro de dos fuerzas: la transferencia evidenciada por las comunicaciones del grupo que equivalen a las asociaciones libres de un paciente en tratamiento individual, y la contratransferencia con la que el terapeuta atiende a tales comunicaciones.

El grupo puede ser heterogéneo, pero dentro de ciertos límites, ya que la excesiva disparidad cronológica o de estilo de vida puede resultar destructiva para el trabajo conjunto. Los grupos han de ser heterogéneos en sexo (constituidos preferentemente por igual número de varones y de mujeres), ocupación, nivel socioeconómico y diagnóstico. Pero por otro lado, debido a que las tareas adaptativas del yo presentan

I marcadas diferencias en los distintos niveles del proceso madurativo, para poder realizar una psicoterapia psicoanalítica de grupo los pacientes deberán agruparse con compañeros más o menos de la misma edad.

En la técnica de la psicoterapia psicoanalítica de grupo se emplea, de manera parcial o intencionada, parte de los instrumentos técnicos del psicoanálisis puesto que se considera que el grupo es un ensayo de convivencia útil para el reaprendizaje de pautas de conducta y un modelo reproductor de la familia; es eficaz para evidenciar la tendencia a repetir de manera compulsiva los patrones de conducta de sus miembros. Desde este enfoque, el analista se coloca en el papel de observador neutro, permisivo y seflador, insistente de la interacción, enfatizando y promoviendo la adaptación del paciente a su vida adulta.

Al grupo se le dificulta asimilar demasiados cambios en un periodo breve, por lo que sólo los miembros fuertes o los que poseen mecanismos maniacos de negación pueden realizar tres cambios importantes de vida, o en el proceso analítico en menos de un año, sin dar muestras de depresión en el primer caso, o de regresión en el segundo. Cuando hay cambios muy rápidos, salidas de pacientes, ausencias prolongadas del terapeuta, u otros, los pacientes regresionan y utilizan mecanismos primitivos de defensa, por lo que la labor interpretativa debe intensificarse. En esos momentos los pacientes se muestran como lactantes y sus necesidades trascienden las capacidades de gratificación del terapeuta y de cualquier objeto; las demandas son vividas como impostergables; el yo no puede neutralizar la agresión; se sienten muy hostiles, por lo cual atacan y denigran en su fantasía al objeto; la interpretación se vive como insuficiente y persecutoria; todo el proceso analítico se torna caótico.

:Jí El analista debe de atenerse a la guía segura de la contratransferencia para elegir el nivel interpretativo y el momento oportuno.

Con respecto al ingreso de pacientes nuevos al grupo cuando ya está constituido y en plena marcha regresiva o progresiva, Palacios comenta que éstos necesitan de

J un compañero que los ayude en el proceso terapéutico. El grupo puede asignar al nuevo paciente el lugar y el papel del ausente, pues los miembros actúan como bebés durante su primer semestre de vida ya que, si bien sufren mucho, suplen sin mayor duelo aparente lo que vitalmente es necesario. Cuando el grupo está más integrado y en proceso de renacimiento se comportan más hostiles hacia el recién llegado, por lo que éste ha de ganarse su lugar; pero cuando el grupo llega a la posición depresiva se



observa el deseo genuino de reparar y de compartir con el nuevo miembro los logros ya alcanzados, aunque esto sea recibido con aparente indiferencia.

El mismo proceso anterior sucede con la salida de pacientes sobre todo en etapas iniciales, pues el grupo se desconcierta y trata de detener su marcha, lo inculpan y se sienten desmembrados de una parte funcional. Esto es, ante cualquier alteración del ritmo habitual (vacaciones, cambio de horario, salida o ingreso de un miembro, etc.) el grupo reacciona con regresión, tanto más profunda y duradera cuanto más joven y regresivo sea el grupo en sí mismo.

Las ausencias del terapeuta, cortas o largas, dan lugar a la frustración. Al principio resultan intolerables, por lo que son negadas; pero una vez que se establece la transferencia producen ira acompañada de fantasías de muerte del analista. Cuando se ha superado la primera etapa regresiva, la rabia sigue, pero existe la confianza en el retomo del terapeuta al haberse establecido la confianza objetal. Por tal motivo es importante anunciar las vacaciones tan anticipadamente como sea posible, sobre todo si se trata de grupos con regresión profunda. Al volver de las ausencias, el terapeuta paga el abandono (de acuerdo con la intensidad de la regresión del grupo y de sus miembros) con agresión, silencios, expresión de *actings*, etc. En cambio, cuando el grupo integra al terapeuta como un objeto total y la gratitud va ocupando el lugar de la envidia, el terapeuta se puede ausentar sin que el grupo sufra demasiado.

Por otro lado, las urgencias son fenómenos inevitables que pueden ocurrir en la vida de algún miembro del grupo y que requieren de una intervención terapéutica imperiosa (por ejemplo, la muerte no esperada de un familiar) y es en esos momentos cuando se pone en evidencia la regresión o progresión del grupo. Cuando se trata de un grupo avanzado y con capacidades reparatorias, éste es eficaz para asistir al compañero que precisa ayuda; pero cuando el grupo es inicial y regresivo, su comportamiento se parece al del niño pequeño ante una situación apremiante, se muestra azorado y manifiesta su incapacidad para resolver problemas.

El terapeuta debe permitir la ventilación del suceso urgente para facilitar la descarga de los sentimientos y la elaboración futura; en caso de que los sentimientos se contengan tiene que interpretar. Cuando un paciente lleva a la sesión un material inesperado, éste se introyecta como elemento traumático en el grupo y puede rebasar su capacidad de neutralización; por tal motivo, el terapeuta ha de sacar a relucir en las siguientes sesiones al evento que ha surgido para continuar analizando su contenido y que el grupo lo pueda elaborar.

Palacios brinda sesiones individuales a los pacientes de grupo sólo en casos muy limitados, como cuando considera que el paciente atraviesa una situación particularmente conflictiva. No obstante, existen pacientes que de manera inconsciente siempre se colocan en situaciones de urgencia, quienes, dada su situación regresiva y debilidad yoica, proyectan de modo constante su conflicto interno en la realidad circundante y piensan que se encuentran frente a una situación de angustia real y objetiva; este mecanismo les ayuda a preservar su yo precariamente integrado, y al colocarse en una situación repetida de urgencia tratan de buscar ayuda del terapeuta para gratificar sus necesidades de dependencia.

De acuerdo con Grinberg, Langer y Rodrigué (1957), Palacios afirma que un grupo tiene la capacidad de adoptar roles y los miembros tienen la posibilidad de intercambiarlos. Considera que un grupo tiene mal pronóstico (tanto a corto como a largo plazo) si sus miembros mantienen estáticos sus roles en la jerarquía dinámica. Esto es, el desempeño de ciertos papeles sirve como indicador del progreso o

1

estancamiento del grupo, ya que tal desempeño es consecuencia de los rasgos caracterológicos y las experiencias de vida, pero también implica una actitud defensiva para incorporarse al grupo.

A propósito de las resistencias, Palacios comenta que a lo largo del tratamiento del grupo surgen relaciones de supuesta amistad, salidas de pequeños grupos, fiestas, reuniones de café y algunos intentos de relaciones románticas, que son resistenciales y que al final se diluyen cuando se disuelve la regresión transferencial; las razones de ser del grupo son el tratamiento y su eje relacional, la transferencia y la contra-transferencia.

En la literatura sobre psicoterapia analítica grupal suele afirmarse que el *acting out* es más frecuente en ella que en el tratamiento individual y, con gran frecuencia, se describen actos diversos de los pacientes, en especial aquellas actuaciones de reprochable valor ético, como *actings* no ligados a la transferencia (Palacios, 1975).

Otro aspecto esencial de la resistencia se expresa cuando el grupo hace de un miembro el depositario de la psicopatología grupal. El paciente suele ser aquel que en su psicopatología representa mejor el conflicto predominante en el grupo; quien tiene el yo más débil, un superyó primitivo y culpígeno; o el que tiene más apego a fantasías omnipotentes y muestra mayor resistencia al cambio. Dicho paciente suele convertirse en el líder involuntario de la resistencia grupal, y es un indicador muy útil del progreso y del grado de resistencia de todos.

El grupo, de manera esencial, ha de progresar como un conjunto, aunque con ritmos variables de capacidad de elaboración en sus miembros. Cuando un grupo avanzado se halla trabajando de manera eficaz, se muestra poco tolerante con el paciente con mayores resistencias que el resto; si la resistencia se vuelve pertinaz, el paciente se vuelve pasivo o el grupo tiende a eliminarlo aislándolo de la elaboración del conflicto que él no puede superar en ese momento.

Ya que la función del analista es la de intérprete de los procesos que ocurren durante el análisis de grupo, en consecuencia la interpretación es el instrumento curativo, cualquier otra actividad del terapeuta lo saca de sus funciones. En el contexto del grupo, se denomina interpretación a la intervención verbal del terapeuta que intenta asir y describir algo que ocurre en el grupo como una totalidad, sea defensa o contenido, después de un tiempo de haberse manifestado en forma reiterada. El propósito inmediato de la interpretación es ayudar a los pacientes a tomar conciencia de lo que ocurre, de hacer consciente lo inconsciente; su fin mediato es lograr un cambio en la conducta de los pacientes. Cuando Palacios interpreta en grupo trabaja de manera semejante al psicoanálisis individual, ya que interpreta primero las defensas y después los contenidos, para evidenciar las fantasías inconscientes.

Escuchar las asociaciones, los sueños, los relatos, los incidentes de los pacientes y observar los acontecimientos del grupo (por ejemplo, quiénes llegan tarde, qué representa el retraso, qué lugar escogen los pacientes en esa sesión, la forma de vestirse y de sentarse, los gestos o las inflexiones de voz, etc.), permite reconocer cuándo un suceso debe ser interpretado en el grupo. A menudo se señalan aspectos fragmentados de la conducta y en cada sesión se recaban elementos del todo, que intentan comunicar la fantasía inconsciente en turno para crear un clima emocional interpretable, de tal manera que los pacientes digieran lo ocurrido en esa sesión o en las anteriores. Las verdaderas interpretaciones son escasas en frecuencia; pero invaluable en utilidad.

.....

El proceso de cambio, las modificaciones de conducta, la transformación de los objetos internos a externos y la integración de la fantasía, se logra sólo con la interpretación mutativa (la cual ocurre cuando mucho una docena de veces en el curso terapéutico). Para que ésta se dé en la psicoterapia psicoanalítica de grupo, es preciso que a lo largo del proceso el mismo paciente vaya dando muestras de creciente integración asociativa y de coherencia conductual, ello sucede gracias a la convergencia consciente e inconsciente en el proceso, tanto del grupo como del terapeuta. Es cierto que son minoría las interpretaciones mutativas, pero la mayoría de éstas sirven para evidenciar defensas y demostrar contenidos en forma total o parcial. Por tanto, toda interpretación que merezca tal título ha de dirigirse a todo el grupo, pero no como una entidad abstracta sino a las personas que lo componen. Algunos terapeutas se refieren a el gmpo en sus interpretaciones.

La elaboración es un proceso continuo, a menudo poco aparente, que permite la asimilación psicológica. Durante un largo periodo depende de las interpretaciones reiteradas del analista y de los señalamientos de los miembros del grupo; pero con el tiempo, cada uno de los pacientes es capaz de advertir sus propios conflictos y de emplear diversos mecanismos para intentar su modificación. Cuando hay elaboración se nota entusiasmo en los pacientes, la asistencia es regular y puntual, la participación activa y hay coherencia asociativa. En fases avanzadas, el mismo gmpo se hace cargo de señalar las defensas, puntualizando la falta de participación y el sabotaje de los pacientes que representan la resistencia del grupo. A lo largo del proceso terapéutico se alternan las fases de elaboración con las de resistencia, y se producen cambios en los roles desempeñados por los pacientes (el pasivo se puede mostrar activo, los miembros cambian de asiento sin sentir adhesión territorial, etc.).

En lo que se refiere a la cohesión, la integración del gmpo da idea de la manera en que marcha el proceso de elaboración. Así por ejemplo, cuando el aspecto dominante es la resistencia, el grupo tiende a actuar en forma desintegrada, se hacen frecuentes las ausencias y las llegadas tarde, la participación verbal de los miembros del gmpo carece de coherencia asociativa, el tono afectivo de la sesión es resistencialmente tenso y aburrido, y los pacientes eligen lugares tan rígidos como sus procesos internos.

La primera sesión de gmpo marca pautas al permitir la elaboración de diagnósticos gmpales tentativos, aunque se presenta mucha tensión ya que se lleva a cabo bajo el signo de la posición esquizoparanoide, donde la angustia de ese momento repite el nacimiento. La conducta manifiesta es variable, pues se presentan silencios expectantes y verborrea maniaco-depresiva. Casi siempre los pacientes esperan que el terapeuta tome la iniciativa y les señale modelos definidos a seguir; al no ser así surge la desorganización y la fantasía de caer en el vacío. El espacio central del gmpo se vive como un pozo que atrae, como estar en el ojo del huracán, que aterroriza al igual que lo profundo del inconsciente y que durante el proceso se convierte en la letrina donde se arrojan los contenidos malos, o en el cofre mágico de donde se espera que surja la modificación maravillosa, de la misma forma que en la caja de Pandora se dejan escapar algunos de los horrores del mundo interno para mantener siempre contenida la esperanza.

En la primera sesión algún paciente puede relatar su historia y los demás lo siguen, pero al no tener la aprobación del terapeuta surge la paranoia y, como compensación defensiva, los ataques al exterior o la crítica a los malos padres y a sus precarios logros. El terapeuta apenas interviene para mostrar la angustia, pero como

parte de la contratransferencia, siente desesperanza. Al final de la sesión, cuando la angustia casi puede cortarse, el analista ha de interpretar la uniformidad conductual del grupo, su escisión, sus temores persecutorios, el terror de perder su individualidad, sus dependencias externas y el miedo a enloquecer. Al constituirse el contacto inicial el analista se establece por mucho tiempo como el representante de la realidad, como el objeto anhelado a la vez que temido y como el foco de los ataques y esperanzas. Ante el grupo, el analista es una figura que carece de vida propia, para quien el tiempo no debe transcurrir ni esperar cambio alguno, por lo que los pacientes pueden quejarse de que no hubo cambio para hacer notar su insaciabilidad y negar lo que han recibido.

Al iniciar el proceso, los pacientes se aferran de manera paulatina al terapeuta, pero no a la persona real sino a un personaje imaginario, omnipotente, onnisciente y dotado de ubicuidad, quien podrá satisfacer su hambre insaciable; ya que necesariamente han de nacer, deberán ver compensada tan grave pérdida con un afecto infinito de total comprensión y con una dedicación incansable y constante. Así se gesta la frustración que repite las primeras frustraciones desencadenantes de ira desintegradora. La inevitable regresión continúa con tenacidad y el terapeuta la ha de favorecer con abstinencia e interpretación reiterada de defensas que alcancen su profundidad.

Al mismo tiempo, el grupo se va tomando importante para cada uno de sus miembros que, de manera progresiva, funcionan en su totalidad como un yo desintegrado. Durante un largo periodo del proceso le preocupará la tendencia a actuar, el deseo de huida, la emergencia de impulsos homosexuales, la negación, la omnipotencia proyectada en el analista y todos los contenidos y defensas más regresivas.

Alrededor de los nueve meses, cuando el grupo permanece unido y el trabajo interpretativo es adecuado, se inicia una etapa analítica más integrada y con mejor contacto con la realidad, pero muy demandante y claramente esquizoparanoide, por lo que el grupo tiende a dividirse y a abortar a los pacientes psicóticos con tintes maniacos. La agresión es enorme, pero el terapeuta la sufre, tolera e interpreta. Los pacientes del grupo resisten ir dejando de manera dolorosa sus fantasías omnipotentes y su satisfacción oral, y entonces se presenta una depresión esquizoide persecutoria que hace que las sesiones sean angustiantes y se vivan como si fueran muy largas. Los pacientes se sienten defraudados en una porción importante de su yo por lo largo y penoso del tratamiento; quieren magia y omnipotencia; sólo la alianza y la transferencia los hacen continuar.

Quando un grupo analítico se encuentra en fase defensiva y ésta ocurre en momentos de gran regresión, la transferencia negativa toma posesión y el grupo tiende a la desintegración o a la falsa reintegración. Existe una coincidencia de tal estado resistencial con la contrarresistencia del terapeuta, pues éste, por elementos contra-transferenciales anómalos, atiende al grupo con desgano y fantasías de desertión, comete errores, *lapsus*, confunde la información, llega tarde o intermpe la sesión antes de tiempo.

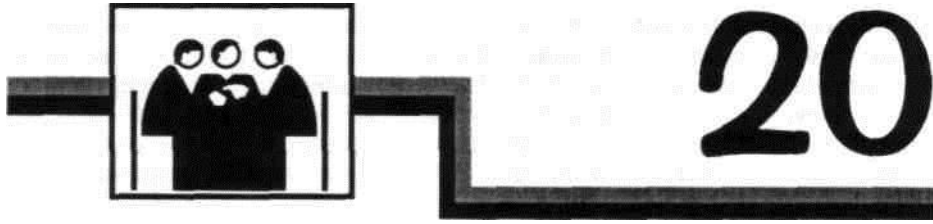
Si en el transcurso de la elaboración del proceso predomina el instinto de muerte, se presenta inmovilidad y la salida de los pacientes depositarios de psicopatología o representantes de la resistencia colectiva; pero si rescata la libido, hay participación elaborada útil, mutaciones y cambios de conducta integral en la vida real de los miembros. La persistencia del grupo como unidad de trabajo es un indicador valioso de progreso, pues aunque se muestren resistencias, la presencia de todos manifiesta su deseo de mejorar. Sin embargo, al pasar el tiempo los miembros del grupo constatan que el terapeuta no es omnipotente y que ellos jamás lo serán, entonces se

descorazonan, se deprimen y devalúan al analista y al proceso con culpa, como los bebés cuando se enferman gravemente y con horror de muerte ven fracasar su ideal del yo depositado en los padres.

En las fases avanzadas del proceso la labor terapéutica se vuelve más gratificante para el analista. Al superar la posición esquizoparanoide, los pacientes alcanzan la posibilidad de reconocer la totalidad del mundo y de las personas. Pueden expresar su agresión de manera directa puesto que tienen un grado de confianza en la permanencia del objeto que antes no tenían, que les generaba temor de que la descarga de lo agresivo fuera el final de la relación con el terapeuta. Toleran mejor la angustia y demuestran su capacidad de demora, tanto para controlar sus impulsos como para permitir su satisfacción. La madurez emocional se hace patente, las sesiones son menos caóticas, mejor organizadas y más comprensibles que al inicio del proceso.

Como indicador de una capacidad reparatoria real, aparece en el paciente grupal la capacidad de preocuparse por el terapeuta como una figura real humana. Desde la contratransferencia, las sesiones son menos tensas e incluso agradables y con expresiones de humor, todo lo cual es señal de salud mental. La confianza es tal que los pacientes pueden manifestar sus afectos y simpatías de manera abierta hacia determinados miembros, sin que otros sientan envidia. Aparece la individuación en el proceso de las relaciones, los pacientes aceptan su condición de adultos y llegan a admitir que la familia, como el grupo, son lugares de tránsito y de aprendizaje. Los miembros ya no consideran al grupo como refugio indispensable para sus angustias, como el lugar donde han de encontrar todas las respuestas o como el reemplazo permanente de la madre que ha de protegerles. Al mejorar su contacto con la realidad asisten con decisión al trabajo analítico pues comprenden que el proceso terapéutico está a su servicio y que todo lo que pueden lograr será para ellos. .

La meta final del proceso analítico es que el grupo y sus miembros, mediante la resolución de las neurosis y psicosis transferenciales, abandonen al máximo posible sus relaciones objétales con las imagos que pueblan su mundo interno mágico-regresivo, ya que estas relaciones, al ser patológicas y estar regidas por la inercia, han limitado su desarrollo como individuos y su adaptación óptima a la realidad ambiental. Esto es, que las catexias se desliguen, tanto como sea posible, de los objetos internos patógenos para que puedan emplearse en una relación más satisfactoria con los objetos reales externos, y para que el yo realice una nueva síntesis que permita mejor armonía intra e intersistémica. ■



Héctor Prado Huante

El doctor Prado Huante es uno de los pioneros de la psicoterapia reconstructiva grupal de corte psicoanalítico en México. Durante el decenio de 1960 a 1970, Frida Zmud, Gustavo Quevedo Bázan y él mismo, iniciaron un grupo en la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) a raíz del cual surgió la idea de fundar la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG). Posteriormente, se les unieron Agustín Palacios, José Luis González y un puñado de personas que se capacitaron mediante su propio análisis grupal y la observación de otros grupos. Cada uno de ellos fue tomando posesión de la presidencia y Prado Huante fue el quinto de acuerdo con el siguiente orden: Frida Zmud, Gustavo Quevedo, José Luis González y Agustín Palacios.

En una primera etapa, la AMPAG se enfrentó a críticas y oposiciones, pues en ese tiempo en México no se creía que el psicoanálisis pudiera aplicarse a un grupo; cuando en realidad Freud ya había establecido que un grupo empieza con la pareja: "Dos es grupo, tres ya es multitud, siempre con un tercero excluido" (H. Prado, comunicación personal, 1991). Fue necesario que transcurriera algún tiempo para que la AMPAG se estructurara; en un principio pretendieron denominarla Asociación Mexicana de Psicoanálisis de Grupo, remedando a la asociación inglesa, pero como no se les permitió optaron por el calificativo de psicoterapia en lugar de psicoanálisis.

En una segunda etapa se observó la inyección de los psicoanalistas argentinos. Después de tres generaciones formadas en un ámbito psicoanalítico surgió un movimiento societario que introdujo al **socioanálisis** o **análisis social** como resultado de la influencia del movimiento revolucionario que se observaba en el grupo de argentinos emigrados a México, entre los cuales se encontraba María Langer. Dicha introducción acarreó modificaciones sustanciales en el manejo de la AMPAG que

adoptaron la forma de autogestión y autogobierno, es decir, de comisiones que suplían los cargos del presidente, del tesorero y demás. Los cambios en la administración de la asociación modificaron también los fundamentos teóricos y el manejo técnico de la psicoterapia de grupo, se abandonó la corriente psicoanalítica y se adoptó un enfoque tendiente a lo social. Sin embargo, diversos psicoanalistas como Prado Huante continúan trabajando dentro de esta línea al considerar al grupo en análisis como una entidad (como un todo).

De manera paralela en 1985, cuando Prado fungió como director de la APM, se le planteó la propuesta de estructurar la formación en psicoterapia de grupo dentro de dicha institución, ante lo cual comentó: "... qué irónico, después de tanta lucha y críticas por ser grupólogo y de haber tenido que iniciar un movimiento subterráneo revolucionario en los sesentas dentro de la propia APM, ahora me presentan dicha petición" (H. Prado, comunicación personal, 1991). Naturalmente aceptó y elaboró un programa que entregó al Consejo Didáctico, el cual no sólo fue aprobado sino que sentó las bases para la formación de psicoanalistas psicoterapeutas de grupo. En este programa señaló la importancia de la vivencia personal en psicoterapia de grupo, por lo menos durante dos años para especializarse en esta área, así como la necesidad de haber concluido la formación como analista individual para no interferir con el análisis didáctico que exige dicha especialidad.

ANTECEDENTE9 TEORIC09

En primer término. Prado reconoce la influencia teórica-práctica del fundador del psicoanálisis: Sigmund Freud. Sin embargo, en el terreno específico del trabajo con grupos es seguidor de autores como Anthony, Foulkes y Bion, pioneros en Inglaterra de la psicoterapia grupal y de todos aquellos que difunden esta postura en países como Brasil, México y Argentina. Asimismo, la obra de Klein fundamenta en gran medida el manejo teórico que Prado Huante depone en su labor terapéutica.

Foulkes y Anthony plantean que los individuos actúan conforme a imágenes internalizadas o fantasmas de personas significativas en el pasado, más que de acuerdo con figuras reales, por tanto, el objetivo de la psicoterapia consiste en desplazar estos fantasmas para suplirlos con concepciones y valores reales. Al respecto, Prado (1989) agrega que todo ser humano al nacer tiene que ligarse a la madre debido a su condición de desvalidez, al mismo tiempo que la presencia del padre le ayuda a desligarse de ella, constituyéndose en consecuencia la constelación niño-padre-madre como grupo básico de la intensidad del objeto interno, objeto con el cual se trabaja en psicoanálisis tanto individual como grupal. De esta manera, la situación edípica se conforma en una de las matrices emocionales básicas del grupo, siendo ésta (de acuerdo con Freud) el primer conflicto típicamente social al que se enfrenta el niño.

Klein (1983) postula que en el proceso normal de desarrollo, el niño incorpora un mundo fantástico al que modifica bajo la influencia correctora de la realidad exterior. Cuando este desarrollo se obstaculiza o deforma, la interacción reconstructiva grupal es una opción que permite corregir las distorsiones entre el mundo interno y externo. En el ámbito grupal, el fenómeno de la transferencia propicia el cambio al permitir reconstruir cuadros que faciliten la repetición de las primeras experiencias (compulsión a la repetición), en un ambiente terapéutico que conduzca al *insight* y a

L

la superación de la neurosis. Afirma además que la dependencia del pecho y la leche, se incrementa por voracidad y las frustraciones impuestas por el ambiente; esto puede observarse en el grupo, ya que las interpretaciones del analista son vividas como su fuerza creadora y el grupo le envidia su poder, de igual manera en que cada uno de los integrantes envidió al pecho por su capacidad de dar leche que, en último término, significaba crear y dar vida (Prado, 1989).

Para Prado los supuestos básicos expuestos por Bion constituyen un soporte teórico importante para el manejo interpretativo del terapeuta de grupo, los cuales son:

- **Dependencia.** El grupo depende, se apoya y venera a su líder quien, al ser idealizado, asume características de deidad.
- **Lucha y fuga.** Dentro del grupo se originan intensas fantasías que arrastran al individuo a agredir o a defenderse de un perseguidor (ya sea dentro o fuera del grupo). El miembro que asume el carácter de líder de este supuesto básico llega a adquirir, dentro del ambiente grupal, características de caudillo.
- **Apareamiento.** Surge cuando el grupo se aglutina alrededor de una pareja, creando en torno de ella un clima emocional de expectativa y esperanza.

1

Por otra parte, Prado (1983) refiere que la dinámica de grupos ha permitido conocer de manera profunda los mecanismos de defensa grupales y cómo vencerlos, contando para ello con técnicas muy efectivas como la sociometría, el socioanálisis, el psico-drama, etc.

Algunas de las formas que el grupo emplea para defenderse de la acción de los nexos (tanto internos como externos), consisten en la identificación entre sí de los miembros del grupo, agruparse por instinto gregario, establecer afiliaciones, comunicarse entre sí, discriminarse, ejercer poder, liderar al grupo, fomentar la cohesividad, reunirse para agredir o para defenderse. Es precisamente la psicodinamia de los grupos la que permite entender la naturaleza de los mismos, su funcionamiento, las relaciones de los individuos dentro y fuera del grupo y con otras agrupaciones, así como la manera en que los grupos se relacionan con colectividades mayores.

Asimismo, se ha hecho posible separar fenómenos denominados grupales, como la tendencia y resistencia al cambio, presiones sociales, influencias, cohesión, poder, cohesión, atracción, rechazo, interdependencia, equilibrio, inestabilidad, etc. Todo esto es resultado de la aplicación técnica de los conocimientos aportados por la psicología, recurriendo también, de manera interdisciplinaria, a los conocimientos que brindan la sociología, antropología, política y otras ramas de la ciencia; de modo tal que se incrementa el conocimiento sociopsicológico de los grupos de presión, permitiendo saber, por ejemplo, cómo afecta a la votación el pertenecer a un grupo.

A9PECT08 TECNICO8

Cuando los grupos tienen fines curativos utilizan el material histórico; las conformaciones de la transferencia-contratransferencia (Prado, 1989) de los fenómenos emocionales y de la intelectualización que se produzca; y las modalidades de las defensas y resistencias, con la idea básica de hacer consciente lo inconsciente.

El método psicoanalítico aplicado a los grupos se remonta al pasado en busca de motivaciones o causas que expliquen las dolencias actuales; es decir, se dirige al *allá*

y entonces para entender el *aquí y ahora*. El fenómeno transferencial permite reconstruir el pasado dentro del grupo en la medida que facilita la revivencia de experiencias infantiles en el presente, con el terapeuta y los demás integrantes que representan al padre, a la madre, a los hermanos y a otros seres significativos para cada uno de los pacientes. El grupo es visto como un espacio en el que se mueve el niño con el apoyo de la madre, para atrapar el objeto con la menor proporción de sufrimiento y como un objeto transicional (tomando el concepto de Winnicott). En el espacio grupal cada uno de los integrantes participa según sus propias necesidades, fantasías, roles, grupo interno, defensas, resistencias, etc.; influirá y será influido por el grupo (H. Prado, comunicación personal, 1991).

De acuerdo con el autor, debido a las características dinámicas de todo grupo y de cada persona en particular, la antinomia homogeneidad-heterogeneidad desaparece en la interacción e interrelación de los individuos. No obstante, plantea ciertas restricciones necesarias para la integración de grupos:

- Cada paciente debe ser seleccionado con mucho cuidado por el terapeuta, para integrarlo al grupo adecuado.
- En la consulta privada es difícil trabajar con grupos de pacientes psicóticos, ya que requieren de controles especiales que sólo se obtienen en hospitales o en instituciones que cuenten con auxiliares múltiples para el manejo de este tipo de personas.
- Tampoco son factibles los grupos terapéuticos de individuos homosexuales; hay quienes hacen intentos al respecto, debido a que en éstos la desviación sexual y patología es variable, además este tipo de pacientes tiene dificultad para tolerar el éxito de los demás, por lo cual pueden funcionar dentro de un grupo sólo cuando su persecución y delirio no son muy intensos. Sin embargo, es casi imposible trabajar con dos personas homosexuales o dos individuos psicóticos en el mismo grupo, pero esto también depende de las características de los demás integrantes, de su grado de aceptación y de su capacidad de convivencia con este tipo de pacientes.

Otra modalidad de constitución de los grupos se efectúa de acuerdo con la condición del grupo, ya sea cerrado o abierto (para las características de estas dos condiciones véase cuadro 20-1).

Por otra parte, los pacientes de grupo pueden haber pasado por la experiencia de una psicoterapia individual puesto que el grupo permite disminuir la intensidad de la neurosis transferencial que pudo surgir en dicha psicoterapia. O a la inversa, un paciente que se inicia en grupo puede pasar a una psicoterapia de corte individual debido a que dentro del grupo se le despiertan inquietudes vocacionales o un desarrollo personal que requiera esta modalidad de tratamiento. Sin embargo, Prado opina que es muy difícil llevar psicoterapia mixta (individual y grupal) de manera simultánea; también resulta inconveniente el psicoanálisis grupal alterno de dos veces por semana, una vez con el terapeuta y la otra sin él, en casa de uno de los miembros del grupo. Esto último, debido a que en ausencia del terapeuta el grupo no contiene la agresión, termina por *comerse al terapeuta* o volcarse contra un paciente, con el resultado traumático de que un solo integrante sea analizado por los demás compañeros sin la acción moderadora del terapeuta. De ahí que surjan los círculos mágicos y diversas modalidades que se desarrollan en escuelas o en lugares donde hacen dinámicas de grupo; pero no psicoanálisis.

Cuadro 20-1. Grupo cerrado y abierto

Grupo cerrado	Tiene el inconveniente de estar en riesgo de extinguirse, aun cuando se estipule una fecha de término (por ejemplo de tres años, que es un buen tiempo de análisis); esto es, los integrantes parten antes del plazo fijado por razones como cambios de ubicación, que sean más productivos unos que otros, la edad misma y otras; y los que se quedan por lo general no quieren asumir la cuota de los que se van, la cual se hace cada vez más pesada.
Grupo abierto	A diferencia del cerrado, acepta el ingreso de nuevos pacientes, lo cual coincide con la realidad externa plagada de nacimientos (entrada de nuevos miembros) y no sólo de muertes (salida de los integrantes); en este caso, el grado de esclarecimiento alcanzado no puede ser uniforme en todos los integrantes pues, al ser el grupo abierto, cuando disminuye el número de miembros se incorporan otros; es entonces que el grupo en sí mismo cambia, es otro y puede devenir con respecto al terapeuta como una tarea de tiempo indefinido.

El número de pacientes que se requiere para integrar un grupo psicoanalítico va de tres a nueve o hasta donde al terapeuta le sea posible trabajar. Se busca que el número sea impar para evitar que se formen parejas, pues el tercero es el que discrepa, el que introduce la discordia y en consecuencia reedita el conflicto edípico; entonces se pueden constituir grupos de tres, cinco, siete o nueve integrantes, aunque ocho sea el número que proponen muchos autores. Prado recomienda no hacer cambios de los integrantes de un grupo a otro, aun cuando sea con el mismo terapeuta, ya que cada grupo tiene su atmósfera e historia grupal. No obstante, en caso necesario debe avisarse al grupo y preparar tanto a éste como al individuo, puesto que la integración no sólo no es inmediata sino que genera un rechazo hacia el nuevo miembro, por lo que se requiere de un periodo adaptativo y de reajuste; estos cambios suelen hacerse por problemas de horario.

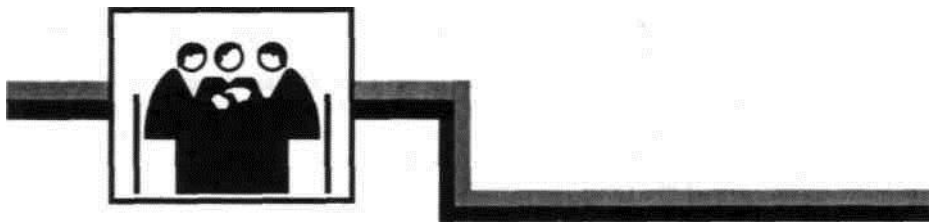
En lo que a la intervención del psicoanalista de grupo se refiere, afirma que ésta debe centrarse de manera exclusiva en una interpretación que tienda a englobar la totalidad de las manifestaciones grupales y en hacer inferencias respecto de los mecanismos inconscientes de interacción entre los miembros. Coincide con Bejarano (1978), quien postula dos niveles en el discurso grupal, uno manifiesto ofrecido por el grupo en sus comunicaciones y otro latente cuyos contenidos inconscientes deben descifrarse por medio de la interpretación. Es preciso evitar la impartición de normas, instrucciones y sugerencias.

El autor señala también la importancia de la capacitación adecuada que el terapeuta debe tener para favorecer el crecimiento de los pacientes y evitar su daño físico o moral, ya que el encuentro terapéutico se mantiene mediante los parámetros establecidos por el coordinador.

Kaes (1977) coincide con Prado en que al inicio del grupo se promueve la reactivación de la angustia generada por lo desconocido, él plantea que la posición frente a frente, plural y grupal, despierta angustia de voracidad y el temor a la pérdida o separación. Además, los integrantes se diluyen en una masa con la consecuente baja del componente intelectual y un predominio emocional que desencadena todo tipo de fantasías y deseos.

En el grupo terapéutico se busca inducir regresiones profundas para que sus miembros abandonen la relación con los objetos reales y retomen a la relación exclusiva con las representaciones internas; todo esto con la finalidad de reconstruir el dominio mágico sobre los objetos primitivos. Sin embargo, el autor sostiene que la regresión provoca dependencia y con ello la pérdida de la individualidad dentro de la masa grupal, fenómeno colectivo similar al de la despersonalización. Al terapeuta se le idealiza ya que se le confieren atributos mágicos, como la omnipotencia y el ser fuente inagotable de alimento y bienestar. Asimismo, la dependencia extrema, al grado de sometimiento, genera hostilidad, desconfianza y miedo que al acumularse desencadenan la angustia paranoide de la fuga o lucha.

No obstante, la posición de lucha y fuga es un paso necesario hacia la integración grupal, ya que para la solución de los conflictos es necesario que éstos afloren en toda su magnitud. En esta etapa el grupo busca un caudillo que conduzca el pleito agresivo puesto que dominan las emociones de hostilidad, valor, fuerza y miedo. El grupo busca que el terapeuta se solidarice en su lucha contra el enemigo, ya sea interno al grupo (chivo expiatorio) o fuera del mismo (en instituciones), y se presenta sólo cuando la depresión del grupo requiere de la presencia de una pareja que repare y unifique, en quien se proyecte e identifique el resto del grupo en su capacidad reparadora. La pareja puede estar simbolizada por dos miembros del grupo, o por el terapeuta y un miembro del grupo. ■



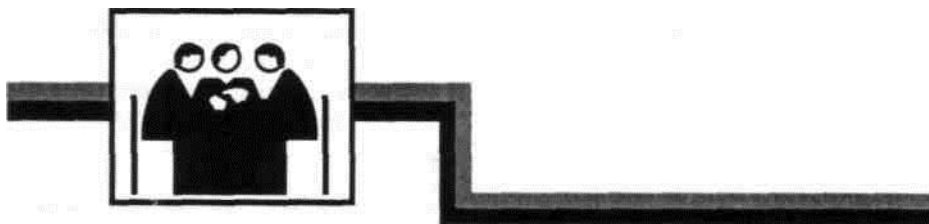
Bibliografía

- Alonso, A. & Swiller, H. (1995).** *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México: Editorial El Manual Moderno. **Anzieu, D. (1966).** *Etude Psychanalytique Des Groupes Reels*. Paris, Francia: Bunod. **Anzieu, D., Bejarano, A., Kaes, R., Missenard, A. & Pontalis, J. (1978).** *Trabajopsicoanalítico en grupos*. México: Siglo XXI. **Battegay, R. (1978).** *El hombre en el grupo*. Barcelona, España: Herder. **Baum, M. (1969).** Extinction of an avoidance response following response prevention: some parametric investigation. *Canadian Journal of Psychology*. 23. pp. 1-10. **Baumgardner, P. & Perls, F. (1978).** *Terapia Gestalt*. México: Concepto. **Bellak, L. (1993).** *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. (2a. ed.) México: Editorial El Manual Moderno. **Berne, E. (1961).** *Transactional Analysis Psychotherapy*. Nueva York, EE. UU.: Gove Press. **Berne, E. (1974).** *Juegos en que participamos*. México: Diana. **Bertalanffy, L. V. (1976).** *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica. **Bini, W. (1957).** *A theory of group development*. Nueva York, EE. UU.: Human relations. **Bion, W. R. (1989).** *Dinámica de grupos y psicoanálisis de grupo*. México: Limusa. **Bien, W. R. (1990).** *Experiencias en grupos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. **Bleichmar, R. (1989).** *El psicoanálisis después de Freud, teoría y clínica*. México: Eleia. **Brammer, L. & Shostrom, E. (1978).** *Psicología terapéutica*. México: Herrero. **Branden, N. (1971).** *El hombre nuevo*. Nueva York, EE. UU.: Bantam Books. **Cartwright, D. (1971).** *Dinámica de grupos*. México: Trillas. **Castañedo, C. (1983).** *Terapia Gestalt: El enfoque de aquí y de ahora*. Costa Rica: Texto ITDA. **Castañedo, C. (1993).** *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: Editorial El Manual Moderno.

- Colín, H. (1982).** *Group Psychotherapy Research. Comentarles and selected reading.* Nueva York, EE.UU.: Wiley Jones. **Cornaton, M. (1969).** *Grupos y sociedad: Iniciación a la psicología de los grupos.* Venezuela: Editorial Tiempo Nuevo. **Cueli, J. (1975).** *Psicocomunidad. Enseñanza e investigación en psicología.* 2(3). **Cueli, J. (1989).** *Psicoterapia social.* México: Trillas. **Cueli, J. (1990).** *Teorías de la personalidad.* (3a. ed.) México: Trillas. **Dejerine, J. & Gaudlere, E. (1913).** *Psychoneurosis and Psychotherapy.* Filadelfia, EE.UU.: Lippincott. **Delgado, S. F. (1983).** *La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas.* México: Trillas. **Díaz, G. R. (1954).** *Tres contribuciones a la psicoterapia.* México: UNAM. **Dicaprio, N. (1989).** *Teorías de la personalidad.* México: McGraw-Hill. **Dollard, J. & Miller, N.D. (1950).** *How To Live With a Neurotic.* Nueva York, EE.UU.: Crown. **Duboisson, P. (1971).** *Notule Concernant les Mécanismes de Defense á la Fin du Groupe.* *Perspectives Psychiatriques.* Num. 33. pp. 79-80. **Ellis, A. (1958).** *The Art and Science of Love.* Nueva York, EE.UU.: Lyle Stuart. **Ellis, A. (1962).** *The American Sexual Tragedy.* Nueva York, EE.UU.: Twayne. **Ellis, A. (1989).** *Práctica de la terapia racional emotiva.* España: Descleé de Brovmer. **Ellis, A. & Abrahms, E. (1980).** *Terapia racional emotiva.* México: Pax-Mex. **Ellis, A. & Dryden, W. (1989).** *Handbook of Rational Emotive Therapy.* Nueva York, E.E.U.U. Springer. **Ellis, A. & Harper, R. (1975).** *Conquering the dire need for love.* Nueva York, EE.UU.: Institute for Rational Living. **Ey, H., Bernard, P. & Brisset, Ch. (1996).** *Tratado de psiquiatría.* Barcelona, España: Masson. **Eysenck, H. J. (1967).** *Behavior, Therapy and Neuroses.* Gran Bretaña: Pergman. **Ezriel, H. A. (1950).** *A psycho-analytic approach to group therapy.* *British J. Med. Psychol.* 23. pp. 59-74. **Ezriel, H. (1952).** *Notes on Psychoanalytic Group Therapy: II.* *Interpretation and Research.* *Psychiatry.* 15. pp. 59-74. **Fadiman, J. & Frager, R. (1979).** *Teorías de la personalidad.* México: Haría. **Fagan, J. & Shepard, J. (1976).** *Gestalt Therapy Now.* Nueva York, EE.UU.: Science and Behavior Books. **Fairbairn, W. (1978).** *Estudio psicoanalítico de la personalidad.* Buenos Aires, Argentina: Hormé. **Federn, H. (1984).** *La psicología del yo y la psicosis.* Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. **Ferenczi, S. (1959).** *Sexo y psicoanálisis.* Buenos Aires, Argentina: Hormé. **Freud, S. (1981a).** *La novela familiar del neurótico.* Obras Completas. Tomo II. Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1908-1909.) **Freud, S. (1981b).** *Obras Completas.* Tomo II. Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1912-1913.) **Freud, S. (1981c).** *Totém y Tabú.* Obras Completas. Tomo II. Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1913.) **Foulkes, S. (1981).** *Psicoterapia grupal analítica.* España: Gedisa. « **Foulkes, S. H. & Anthony, J. E. (1964).** *Psicoterapia psicoanalítica de grupo.* Buenos Aires, Argentina: Paidós. **Garfield, S. (1994).** *Psicología clínica.* México: Editorial El Manual Moderno. **Gili, M. (1963).** *Topography and Systems in Psychoanalytic Theory.* *Psychol. Issues,* núm. 10. **Ginger, S. (1993).** *La Gestalt, una terapia de contacto.* México: Editorial El Manual Moderno. **Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1981).** *Técnicas terapéuticas conductistas.* Buenos Aires, Argentina: Paidós. **González Núñez, J. J. (1989).** *La fortaleza del psicoterapeuta: La contratransferencia.* México: IIPCS.

- González Núñez, J. J. (1992).** *Interacción grupal*. México: Nociones.
- González Núñez, J. J., Cortés, Y. & Padilla, T. (1994).** *La imagen paterna y salud mental en el mexicano*. México: IIPCS. **González Núñez, J. J., Monroy, A. & Kupferman, E. (1978).** *Dinámica de grupos: Técnicas y tácticas*. México: Concepto. **Grinberg, L., Langer, M. & Rodrigué, E. (1977).** *Psicoterapia de grupo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. **Grinberg, L., Sor, D. & Tabak, E. (1979).** *Introducción a las ideas de Bion*. Argentina: Nueva Visión. **Gurtvich, G. (1950).** *La Vocation Actuelle de la Sociologie*. Paris, Francia: Presse Universitaire de France. **Henry, J. (1963).** *Culture against man*. Nueva York, EE.UU.: Random House. **Hilgard, E. & Bownier, G. (1977).** *Teorías del aprendizaje*. México: Trillas. **Huber, C. H. & Davison, L. G. (1981).** *Técnicas terapéuticas conductistas*. Barcelona, España: Herder. **Kadis, A. L., Krasner, J. D., Winiek, C. & Foulkes, S. H. (1982).** *Manual de psicoterapia de grupo*. México: Fondo de Cultura Económica. **Kaes, R. (1977).** *El aparato psíquico grupal*. Barcelona, España: Gedisa. **Kepner, J. (1992).** *Proceso corporal, un enfoque Gestalt para trabajar con el cuerpo en psicoterapia*. México: Editorial El Manual Moderno. **Kissen, M. (1989).** *Dinámica de grupos y psicoanálisis de grupo*. México: Limusa. — **Klapman, J. W. (1946).** *Group Psychotherapy. Theorie and Practice*. Nueva York, EE.UU.: Gruñe & Stration. **Klein, M. (1983).** *Psicoanálisis del desarrollo temprano*. Buenos Aires, Argentina: Hormé. **Lather, J. (1974).** *The Gestalt Therapy Book*. Nueva York, EE.UU.: Bantam. **Lewin, K. (1951).** *Field Theory in Social Science. In Equilibria and Social Change*. Nueva York, EE.UU.: Relates. **Maslow, H. A. (1970).** *El hombre autorrealizado*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. **Minuchin, S. (1974).** *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa. **Moreno, J. L. (1959).** *Who Shall Survive?* Buenos Aires, Argentina: Paidós. **Moreno, J. L. (1966).** *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: Fondo de Cultura Económica. **Moreno, J. L. (1987).** *Psicodrama*. Buenos Aires, Argentina: Hormé. **Moreno, J. L. (1989).** *Sociometría y psicodrama*. Buenos Aires, Argentina: Deucalión. **Newcomb, L. (1976).** *Psicología social*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba. **Olmsted, M. (1963).** *El pequeño grupo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. — **Palacios, A. (1975).** *Técnica de grupo en psicoanálisis*. México: La Prensa Médica Mexicana. **Papalia, D. (1990).** *Psicología*. México: McGraw-Hill. **Perls, F. (1976).** *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos. **Perls, F. (1994).** *Terapia Gestalt*. México: Árbol. **Phares, E. (1996).** *Psicología clínica*. México: Editorial El Manual Moderno. **Piaget, J. (1971).** *The Moral Judgment of the Child*. Nueva York, EE.UU.: Basic Books. **Polster, E. & Polster, M. (1973).** *Gestalt Therapy Integrated*. Nueva York, EE.UU.: Bruner-Mazel. **Portuondo, J. A. (1982).** *Psicoterapia*. Obras Completas. Tomo IV. Madrid, España: Biblioteca Nueva. **Portuondo, J. & Tamames, F. (1987).** *Psicoterapia existencial gestáltica y psicoanalítica*. Barcelona, España: Biblioteca Nueva. **Prado, H. H. (1965).** *Psicoanálisis de grupo*. Trabajo inédito presentado en la reunión de las Sociedades Texana y Mexicana de Neurología y Psiquiatría. México, D.F., 1965. **Prado, H. H. (1970).** La imagen corporal en la regresión terapéutica. *Cuadernos de Psicoanálisis de la APM*. Vol. 12, 31. **Prado, H. H. (1975).** *La fantasía inconsciente psicótica en el psicoanálisis de grupo*. Trabajo inédito presentado en la Sesión Científica de AMPAC, 1975.

- Prado, H. H. (1976).** *El adolescente crece en grupo*. Trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano de Buenos Aires, 1976. **Prado, H. H. (1983).** Versión de la historia de la psicoterapia analítica de grupo en México y estado actual. *Revista Análisis Crupal*, pp. 26-33. México. **Prado, H. H. (1989).** La formación del psicoanalista como terapeuta de grupo. *Revista Alétheia* núm. 9. México: IIPCS. **Pratt, R. (1922).** *The principles of class treatment and their applications to chronic diseases*. Hospital Social Service. **Ramírez, J. A. (1987).** *Psicodrama. Teoría y práctica*. México: Diana. **Rapaport, D. (1949).** *Collected Papers*. Boston, EE.UU.: Boston Press. **Rapaport, D. (1960).** The Structure of Psychoanalytic Theory. *Psychology Issues*. Vol. H, num. 2, Nueva York, EE.UU.: International Universities Press. **Rapaport, D. (1962).** *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*. México: Pax. **Redi, L. (1942).** Group, Emotion and Leadership. *Psychiatry*. No. 5. EE.UU.: Educ. Ress. **Rogers, C. (1951).** *Client-Centered Therapy*. Boston, EE.UU.: Houghton Miffling. **Rogers, C. (1961).** *On Becoming a Person*. Boston, EE.UU.: Houghton Miffling. **Rogers, C. (1972).** *Grupos de encuentro*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. **Rogers, C. (1980).** *El poder de la persona*. México: Editorial El Manual Moderno. **Salama, H. & Castañedo, C. (1991).** *Manual de diagnóstico, intervención y supervisión para terapeutas*. México: Editorial El Manual Moderno. **Salama, H. & Villarreal, R. (1992).** *El enfoque Gestalt, una psicoterapia humanista*. (2a. ed.) México: Editorial El Manual Moderno. **Sánchez, A. (1984).** *Familia y sociedad*. México: Cuadernos de Joaquín Mortiz. **Schiller, J. (1957).** *Tratado de psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. **Slaikeu, K. (1992).** *Intervención en crisis*. México: Editorial El Manual Moderno. **Slaikeu, K. (1996).** *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. (2a. ed.) México: Editorial El Manual Moderno. **Slavson, S. R. (1934).** *A Psychoanalytical Approach to Aesthetics. Developments in Psychoanalysis by M. Klein and others*. Londres, Inglaterra: The Hogarth Press. **Slavson, S. R. (1976).** *Tratado de psicoterapia grupal analítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. **Smith, W. (1970).** Magnitud and Precision of Punitive Power in Bargaining Strategy. *Journal of Social Psychology*. 6. **Sorokin, P. (1963).** *Estructura mental y energías del hombre*. México: UNAM. **Sprott, W. H. (1960).** *Grupos humanos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. **Thorne, F. C. (1950).** Principles of Personality Counseling. Brandon, Vermont, *Journal of Clinical Psychology*. **Villanueva, M. (1995).** *Hacia un modelo integral de la personalidad, ¿Quién es el ser humano?* México: Editorial El Manual Moderno. **Waiker, J. E. & Shea, T. M. (1987).** *Manejo conductual: Un enfoque práctico para educadores*. México: Editorial El Manual Moderno. **Watson (1928).** Do Groups Think More Effectively Than Individuals? *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 23. **Withaker, D. (1987).** Some Connections Between a Group-Analytic and Group Focal Conflict Perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*. 37 (2). **Wolberg, F. (1978).** *The Technique of Psychotherapy*. (3a. ed.) Nueva York, EE. UU.: Grune & Stuart. **Wolpe, L. (1968).** *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. EE.UU.: Staford. **Wolpe, L. (1977).** *Práctica de terapia de la conducta*. México: Trillas. **Vates, A. J. (1973).** *Terapia del comportamiento*. México: Trillas. **Zeitzel, R. (1980).** *Psicoanálisis, su estructura conceptual*. Buenos Aires, Argentina: Hormé. **Zimmermann, D. (1969).** *Estudios sobre psicoterapia analítica de grupo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. I



índice

Nota: Los números de páginas seguidas de una c corresponden a cuadros.

Abreacción, 85
Acting out, 168
 Afectos, 11c, 12c, 13, 16, 17
 Alucinaciones y delirios como técnicas
 psicodramáticas, 222c
 Ansiedad
 endógena e inducida, 177 a 178
 exógena, 178 Aprendizaje
 vicario, 61 Atención selectiva,
 57 Autorregulación
 organísmica
 etapas, 96c
 Autosugestión, 32

B

Bion, conceptos básicos de
 grupos,
 apareamiento, 154
 ataque-fuga, 153 a 154
 dependencia, 153 sistema
 proto-mental, 155 teoría
 del pensamiento,

aparato para pensar, 147 barrera de
 contacto, 150 continente y
 contenido, 149 elementos-alfa, 149
 elementos-beta, 149 función-alfa,
 149 pantalla de elementos-beta,
 150 preconcepciones, 148
 protopensamientos, 147 valencia,
 155 a 156

Catarsis, 36 a 39
 inmediata, 38
 mediata, 38 a 39
 según Slavson, 169 a 170, 173
 vicaria, 164 Coalición,
 concepto de, 115
 Comportamiento
 irracional, 71
 racional, 70 a 71
 Condicionamiento
 castigo, 56 a 57
 clásico, 53

curva de adquisición, 54
 discriminación, 55
 extinción, 54
 generalización, 54 a 55
 inhibición, 56
 instrumental, 53
 jerarquía de familias de hábitos, 55
 orden superior, 55
 programas de reforzamiento, 57
 pulsión, 55 a 56
 readquisición, 54
 recuperación espontánea, 54
 reforzadores positivos y negativos, 56
 reforzamiento, 56
 Conducta blanco, 62
 Conductual, terapia, 52
 Conflicto(s), 13
 áreas libres, 18
 interno, 27 Consciencia
 sensorial-corporal, grupos
 de, 48 Contextualización, 107 a
 108 Control adaptativo en psicoterapia
 de
 grupo, 11c Creencias
 racionales, 69 a 70

D

Desarrollo organizacional, grupos de, 49
 Desensibilización, 36 a 39
 Doble múltiple como técnica psicodramática, 223c
 Doctrina holística, 90

Emoción, 67
 Escenificación de sueños como técnica
 psicodramática, 222c
 Escuela
 nominalista, 15
 realista, 15 Estrés ambiental, 28
 Expresión creativa, laboratorios de, 49

Ezriel, concepciones técnicas de
 interpretaciones mutantes, 196 sesión
 analítica como situación ex-
 perimental, 195 a 196

Familia(s)
 amalgamadas, desligadas y funcionales,
 115 miniatura, 202 Figura-fondo, 95 a
 96 Figuras de realidad e internalizadas,
 177 Foulkes y Anthony, bases teóricas
 según clima, 186
 discusión libre-flotante, 185
 fenómeno cadena, 185
 condensador, 185 grupo
 A-histórico, 186 matriz grupal,
 190 a 191 red de acción
 recíproca, 189 resistencia al
 cambio, 189 resonancia, 185
 roles, 186
 situación, 189 a 190
 tensión, 185 a 186

6

Gestalt, grupos de encuentro
 juegos
 asuntos inconclusos, 104
 contacto/separación, 105
 diálogo, 104
 ensayo, 105
 exageración, 105
 hacer la ronda, 104
 invertir roles, 105
 naturalmente y es obvio que, 105
 a 106
 proyección, 104
 puede usted quedarse con sus emo-
 ciones, 106
 puedo ofrecerte una frase, 105
 yo asumo la responsabilidad, 104

González Núñez, propiedades del grupo
 según ,; . - .
 antecedentes v- ;?'. ;
 grupales, 8 ; ;;i
 individuales, 8 > ;
 asimilación, 9
 atmósfera, 8 a 9
 capacidad de autodirección, 9
 cohesión, 9
 esquema o patrón de participación, 9
 identificación, 9
 inducción mutua, 9
 interacción grupal, 9
 meta común, 10
 polaridad, 9
 tamaño y función, 10 f,
 voluntad y beneplácito, 9

Grupo(s)

centrados en la tarea, 48
 definición, 4
 encuentro, 48
 gestálticos, 49
 marginal, 229
 metas, 5
 organización, 5
 primarios, 4, 10
 principio del, pequeño, 17
 secundarios, 10
 sensibilización, 48
 Synanon, 49
 T, 48

H

Hábito

condicionamiento y aprendizaje, 53
 inhibitorio, 56 Hidroterapia, 39 a 40

Hipnodrama como técnica psicodramá-
 tica, 222c Homeostasis, 90

Humor e intención paradójica, 81

I

Identificación (incorporación), 12c

Imagen humana, 68 a 69

Imaginar, método, 79 Impulsos,
 represión, 37 Inconsciencia de
 enfermedad como elemento
 desintegrativo, 12c Inhibición reactiva,
 56 *Insight*, 11c, 13, 18, 23, 36, 47, 170
 derivado, 170
 directo, 170 Integración en equipos,
 grupos, 49 Interacción, concepto, 4
 Interdependencia, 12
 miembros del grupo, 5
 Interpretación, 17, 18, 158, 243
 mutativa, 244
 Introspección, método, 16
 Inutilidad, sentimientos, 79

Líder formal, 13

Liderazgo, 7

M

Manipulación en los pacientes, elemen-
 tos, 99c

Memoria a corto plazo, 57 a 58

Microsociología, 16 •

Modelar, técnica, 218

Moreno, J., aspectos teóricos

ambiente, 209 a 210

área interindividual, 207 ^

átomo social, 208 ; •

empatía, 209

encuentro, 209

interacción libre y espontánea, 202

psicogrupo, 211

sociograma, 210 a 211

estructuras, 211c

sociogrupo, 212

socióstasis, 209

test sociométrico, 210 Motivación y
 necesidad de satisfacción, 5 Movimiento,
 67

grupos corporal, 48

Musicoterapia, 28, 43

N

Narcosíntesis, 38

Neurosis, 92

capas de la, según Perls, 93c

transferencia, 184

O

Objeto(s) internos, 15

metabolizados en

grupo, 1 le psicoterapia de
modelo, 4, 6c

Paciente identificado, concepto, 114

Pena y depresión, 1 le Pensamiento, 67

Percepción(es), 67

y conocimientos de los miembros y del
grupo, 4 a 5 Perls, técnicas

descortezando la cebolla, 101

psicodrama, 101 a 102

silla caliente, 101

silla vacía, 101

Personalidad

saludable, 120

trastorno limítrofe, 239

Personas objeto, 4 Persuasión,

33 a 36 Pratt, método, 16

Presión y coerción, 32 a 33

Programa de intervalo

fijo, 57

variable, 57 Proyección futura como

técnica p'sicodra-

mática, 222c Psicocomunidad, método,

227 Psicodinamismos del grupo

según Slavson

catálisis, 176

deflexión, 176

escape, 176

identificación, 176

universalización, 176

Psicodrama, 17, 101 a 102, 199 agentes
dinámicos doble, 219 lo simbólico,
223 protagonista, 220 yoes
auxiliares, 219 a 220 conceptos
técnicos conserva cultural, 215
espontaneidad, 214 expresión
corporal, 216 idea del momento, 215
lo imaginario y lo real, 214, 223
estructura

acción, 217 a 218

calentamiento, 217

Psicogrupo, 5

Psicologismo, 15

Psicoterapia apoyo, 21

extermalización de intereses, 28 a 29

guía o conducción, 25 a 27

manipulación ambiental, 27 a 28

grupo, puntos principales, 202

Rapaport, características del grupo se-
gún

código, 7

cohesividad y permanencia, 7

estructura, 7

liderazgo, 7

metas comunes, 8

moral, 8

productividad, 8

tradición, 7

Razón, programa

fija, 57

variable, 57

Realidad

interior, 12

Surplus, 218 Regla de

abstinencia, 233 Relación(es)

interpersonal fuerte, 3

tipos, grupales, 206c

transferencial, desplazamiento, 17

1

i

Relajación muscular, 39 Respuesta
dermogalvánica, 55 Roles, 6, 12
múltiples como técnica
psicodramática, 222c

S

Señales e indicios, 178
Shock, 40 Sí mismo
concepto, 123 *
escucharse a, 125 Silencios, 180 Silla
vacía como técnica psicodramática,
223c Situaciones ficticias como
técnica psicodramática, 223c
Slavson
asimilación, 167 cohesión grupal,
167 a 168 conducta nodal, 168 a 169
factores de la dinámica, 177 a 180
identificación, 164 inducción mutua,
166 integración, 167 intensificación,
166 a 167 interacción, 165 a 166
interestimulación, 166 polaridad, 163
a 164 superyó del grupo, 165
técnicas
catarsis, 169 a 170, 173
insight, 170
prueba de realidad, 170, 172 regresión,
173 sublimación, 172 transferencia, 169
Sobregeneralización, 72 Sociedad en
miniatura, 202 Sociologismo, 15
Sociometría, 200 Soliloquio como
técnica psicodramática, 222c
Sueños, 95
Sugestión
hipnótica, 29 a 30
prestigio, 30 a 32

Técnica

espejo, 222c
interpretativa "de" grupo, 17 Q,
128 "Tele", concepto, 202, 207 a
208 Teletransferencia, 208

Terapia(s)

"a través" del grupo, 63
apoyo, 18, 23 centrada en
el cliente
actualización, 120
bondad básica, 120 a 121
conversión al yo real, 121
grupos de encuentro, 133 a 137
incongruencia, 121 a 122
introyección de valores, 122
naturaleza dual del yo, 121
puntos de vista sobre anormalidad,
123 a 125
respeto, 121 a 123
técnicas, 125 a 130
valía por otros, 122
conductual(es), técnica(s)
condicionamiento clásico, 59 a 60
condicionamiento operante, 60 a 62
electro-convulsiva, 39 "en" el grupo,
63 estructural-sistémica
alianzas, 115
autoridad, 114 a 115
geografía, 115
límites, 115
técnicas de reestructuración, 117 a
118
técnicas de unión y acomodamiento,
116all7
territorio, 115
farmacológica, 40 a 41
Gestalt
asimilación, 92
autorregulación orgánica, 90,
93
ciclo de la experiencia, 95
darse cuenta, 95
impasse, 93c, 96 a 97

mecanismos de defensa, 90 a 92
 normalidad, 94
 polaridades, 94
 resistencia, 97
 se//; 97
 técnicas, 97 a 102
 vacío, 95 ocupacional, 28
 "por" el grupo, 17 racional
 emotiva, técnicas
 cognoscitivas, 75 a 81
 conductuales, 81 a 82
 emotivas, 82 a 85

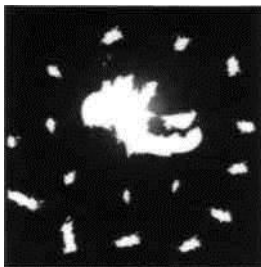
reconstructiva, 18
 recreacional, 28
 reeducativa, 18
 Tranquilidad, inducción, 29

V

Valores, importancia, 69

Y

Yo, educación del, 34



Psicoterapia de grupos

José de Jesús
González Núñez

Las relaciones interpersonales influyen de manera profunda en la conducta de toda persona. Por naturaleza, los seres humanos tienden a asociarse con sus semejantes formando grupos con características, elementos y funciones específicas que varían según el tipo particular de agrupación.

En el área de la psicología clínica, la psicoterapia de grupo constituye una importante alternativa en la actualidad, ya que demuestra ser tan eficaz como la aproximación individual, pero de mayor alcance social y menor costo económico.

El doctor José de Jesús González Núñez, Catedrático de la Universidad Nacional Autónoma de México y Director del Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C., ha plasmado el resultado de muchos años de experiencia y dedicación en la obra **Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas**, en la cual presenta, integra y analiza los conceptos y técnicas relativos a las tres grandes corrientes en psicoterapia: de apoyo, reeducativa y reconstructiva, así como los principales representantes de la corriente mexicana.

Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas brinda al lector un panorama amplio y actualizado de la psicoterapia grupal en un texto didáctico que constituye una obra fundamental para los estudiantes de psicología (nivel licenciatura y posgrado), terapeutas, psicólogos clínicos y profesionales afines, interesados en el fascinante campo de la psicoterapia.



Títulos afines:

Psicoterapia de grupo en la práctica clínica;

A. Alonso y H. I. Swiller

Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica, 2a. Ed.; E. J. Phares

ISBN 968-426-833.



789684"26833