

septiembre de 1995. ISSN 0213-984X. Vol. 12, No. 3, 1995. ISSN 0213-984X.

## DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEUROSIS

### A PARTIR DE UN ENFOQUE PERSONOLOGICO

Armando Alonso Alvarez, Facultad de psicología, Universidad de La Habana

Reina Rodríguez Mesa, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

#### RESUMEN

Se expone la concepción de neurosis que sustentan los autores, fundamentado en el desarrollo anómalo de la personalidad, cuyo comienzo en la temprana edad se hace evidente no sólo por los síntomas clínicos sino por las alteraciones de la personalidad. En el trabajo se realiza una caracterización de las principales alteraciones de la personalidad encontradas en sujetos neuróticos. Se describe el modelo de psicoterapia que se realiza en el Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán" de Ciudad de La Habana, cuya organización se basa en estas concepciones, utilizando un enfoque integrado de los conocimientos de la psicología social y de dinámica de grupos y de la psicología de la personalidad, que se materializa en un conjunto de distintos procederes técnicos que se combinan para darle salida a ambos enfoques. Se divulgan los resultados de una investigación reciente que estudia a los pacientes antes y después del tratamiento con el objetivo de conocer los cambios que se producen en las alteraciones neuróticas de la personalidad, cuando se realiza una terapia que se basa en el diagnóstico psicológico de la enfermedad.

#### ABSTRACT

Authors' theory about anomalous development of personality in neuroses is presented. Neuroses appears in early ages and is recognized through clinical symptoms and personality disturbances. Several types of these disturbances founded in neurotic subjects are emphasized in the paper. The psychotherapeutic model used in the Clinical Surgical Hospital "Joaquín Albarrán", in Havana, is supported in these conceptions and represents an integral system of knowledges coming from social psychology, dynamics of groups and personality psychology, which are expressed in different and combined techniques of psychotherapy. The results of a recent research about the differences of personality disturbances before and after treatment are divulged. It is underlined the necessity of psychotherapy aimed for a personality psychological diagnostic.

Los representantes de muchas teorías extranjeras (Horney, Sullivan, Adler, Rogers, entre otros) trasponen las regularidades del desarrollo de la personalidad neurótica al desarrollo de la personalidad sana y en calidad de mecanismo de desarrollo de la personalidad proponen el conflicto neurótico.

De esta manera no es posible hablar -según estos autores- de personas sanas, ya que todos somos más o menos neuróticos.

El psicoanálisis y el humanismo por citar algunas corrientes también han destacado los conflictos y características personales que subyacen tras los síntomas y han enfatizado la idea de la interpretación psicodinámica del síntoma lo cual se hace evidente en posiciones como la de K. Horney con sus términos "personalidad neurótica", "neurosis de carácter" y "necesidad de afecto". Estamos de acuerdo con la interrelación síntoma-personalidad pero sólo a partir

de una concepción materialista dialéctica del hombre y de la personalidad.

Otra explicación fallida acerca de la neurosis y otras enfermedades psíquicas -aunque todas han señalado criterios asimilables-, tuvo lugar a partir de los planteamientos de I. P. Pavlov.

Esta orientación, que aún prima en algunos textos de Psiquiatría, enfatiza por un lado, la acción de agentes reflejo condicionados psicotraumáticos como causa de la neurósis, y por otro, destaca el papel que tiene la actividad nerviosa superior en su determinación, obviando el papel mediatizador que tiene la personalidad al enfrentar los hechos vitales y el papel jerárquico superior de lo psicológico sobre lo biológico. Esta actividad incorrecta ha frenado el desarrollo en la elaboración de problemas teóricos que repercuten en la esfera de la Psiquiatría.

Existe la necesidad de la elaboración teórica y la investigación empírica en la neurosis desde las posiciones de una Psicología materialista-dialéctica. Para ello es necesario la aplicación de los principios, conceptos y métodos de la Psicología General y de la Personalidad al estudio de las alteraciones psíquicas, y en particular, de la neurosis.

La utilización de las teorías psicológicas ha sido siempre una tradición de la Psiquiatría, reconózcanlo o no sus partidarios, pues como dijera el psiquiatra ruso V. J. Kandinsk: *El alma cuando se enferma no deja de ser alma.*

La Psicología estudia la naturaleza, determinación y desarrollo de la actividad psíquica, precisamente de aquella función del cerebro cuyas alteraciones provocadas por las enfermedades estudia la Psiquiatría.

Este artículo es precisamente resultado de una labor interdisciplinaria donde se exponen las principales consideraciones diagnósticas y psicoterapéuticas elaboradas por los autores en su actividad asistencial e investigativa con sujetos neuróticos.

Cabría preguntarse primero que todo, si en estos momentos en que el DSM-IV y la Clasificación Internacional No. 10 de las Enfermedades Mентales obvia o elimina el término neurosis, es pertinente continuar con su utilización. Quizás sería pertinente plantear también si el obviar el término elimina la realidad o existencia de la enfermedad.

Habría que remitirse entonces a un principio filosófico básico, qué es lo primero, el ser o la conciencia?, desaparece la neurosis porque no la tomamos en cuenta o estamos tratando de eludir un problema que no por viejo es cada vez más complejo?

Quizás como señala F. González, *el problema no es eliminar el término neurosis sino abrir una línea de investigación sobre él, partiendo de nuestra comprensión sociohistórica sobre su génesis.*

Consideramos que la clasificación de las enfermedades no debe basarse sólo en criterios sintomáticos, sino etiológicos, crítica para las anteriores clasificaciones que ahora se agudiza, ya que el concepto básico de clasificación de la CIE-10, no es de enfermedad psíquica propiamente dicha, sino de trastorno, conceptualizado como síndrome o un patrón psicológico o conceptual clínicamente significativo. Así, en vez del término neurosis, se habla de trastornos por ansiedad, somatomorfos, disociativos, etc., no agrupados en una categoría nosológica más general.

Se hiperboliza el aspecto descriptivo conductual, asumiendo una posición según los autores "ateórica", de manera de agrupar a partidarios de las más diversas concepciones. Es por ello que se obvia la etiología como elemento útil a la clasificación aunque reconocen que las teorías sobre los orígenes de estos trastornos pueden ser importantes en otros contextos.

Es por ello que en nuestra definición consideramos los aspectos etiológicos, semiológicos, psicodinámicos y de adaptación social.

La neurosis es una patología que en sus alteraciones psíquicas manifiesta las siguientes características:

- a) Relativa adaptación al ambiente.
- b) No distorsión de la realidad.
- c) Conciencia de la enfermedad, reconocimiento por parte del paciente de su enfermedad, existiendo generalmente con esto un sentimiento de sufrimiento.
- d) Síntomas fundamentales en la esfera afectiva con predominio de la ansiedad.
- e) Presencia de una sintomatología relativamente mantenida en el tiempo (al menos con dos años de evolución).
- f) Ocurrencia de hechos "psicotraumáticos" (frustraciones, fracasos, pérdidas), de gran significación emocional para el sujeto, que generalmente este asume como causa de sus manifestaciones.
- g) Presencia de alteraciones en la personalidad.

Vista nuestra concepción sobre la neurosis pasemos a exponer las principales ideas y resultados elaborados a partir de las actividades asistencial e investigativa.

La neurosis surge en la medida en que se produce un desarrollo anómalo de la personalidad, el cual tiene su origen en la infancia, como resultado de necesidades insatisfechas de afecto, seguridad, independencia y realización personal principalmente; de entre las cuales, por las propias vivencias frustrantes del niño en un ambiente familiar inadecuado, la necesidad de afecto comienza a adquirir un sentido personal exacerbado, pasando a ocupar un lugar central en la jerarquía de motivos del sujeto, convirtiéndose en un motivo rector de su actividad; todo lo cual va a incidir en el desarrollo alterado de formaciones motivacionales como la autovaloración, cuya inadecuación se va a expresar particularmente, en las relaciones interpersonales del sujeto. La formación alterada de las estructuras reguladoras de la personalidad impiden desde edades tempranas, una relación armoniosa con la realidad, viéndose el sujeto

sometido a continuas frustraciones en todas las áreas de interacción, acrecentándose en su autoconciencia, sentimientos de inseguridad e infelicidad, estructurándose la neurosis como tal.

La neurosis como enfermedad psíquica implica dos formas de expresión íntimamente relacionadas:

- a) Presencia de alteraciones en la personalidad.
- b) Presencia de síntomas.

Las alteraciones de la personalidad han incidido de forma negativa en la presentación de síntomas y a su vez éstos agravan aún más dichas alteraciones.

La neurosis a la vez que implica una patología específica de la personalidad, debe ser vista como una consecuencia del propio desarrollo de ésta.

Si bien para hablar de personalidad, ya sea normal o alterada, hay que basarse en la etapa (adolescencia - juventud) en la que ya el sujeto posee una autodeterminación en su comportamiento, una autovaloración y un sistema de motivos relativamente estable y particular, ésta debe concebirse como resultado de un proceso formativo que comienza desde que el niño nace y que va mediatisando las influencias medio-ambientales posteriores.

Es por ello que podemos ver en la infancia cuadros clínicos y rasgos caracterológicos que remedan la neurosis del joven y del adulto.

La escasa o nula presencia de cuadros reactivos en los casos vistos en nuestra práctica asistencial habla a favor de la existencia de la continuidad de un proceso patológico que se hace evidente desde la adolescencia o antes.

Consideramos que los factores exógenos psicotraumáticos no son la causa de la neurosis. Lo externo adquiere una significación patógena en función del sentido personal que adquiere para la personalidad, por tanto, la personalidad deviene en importante factor mediador de los hechos

vivenciados por los sujetos. De ahí que los conceptos "etología" y "personalidad premórbida" en la neurosis no deben ser considerados como aspectos independientes. Los resultados encontrados en las actividades asistencial-investigativa, plantean la necesidad de considerar el proceso de la formación de la personalidad como un factor esencial en el origen de la neurosis.

La consideración de alteraciones de la personalidad no la valoramos con el objetivo clasificatorio que los trastornos de personalidad tienen y que aparecen descritos en los manuales de diagnóstico y clasificación de enfermedades mentales, sino a partir del concepto de personalidad normal y con un lenguaje que difiere con el de rasgos o patrones interrelacionados. Concebimos las alteraciones de las formaciones autorreguladoras sólo como una desviación de éstas en la normalidad; como apuntara B. W. Zeigornik: *Hablamos de alteraciones en la personalidad cuando, por influencia de la enfermedad, se estrechan en el paciente los intereses, disminuyen las necesidades, cuando se vuelve indiferente hacia aquello que antes lo inquietaba, cuando sus acciones pierden su finalidad, cuando sus actos se hacen ilógicos, cuando el hombre deja de regular su conducta y no está en condiciones de valorar adecuadamente sus posibilidades.*

A diferencia de lo que señala Zegarnik para otras enfermedades como la esquizofrenia, el alcoholismo, etc., las alteraciones de la personalidad en la neurosis no aparecen como consecuencia de la enfermedad en un momento determinado de la vida, sino que las alteraciones son consustanciales a la neurosis misma y se van formando desde edades tempranas, lo cual se evidencia cuando se evalúan a niños con inadaptación neurótica y neurosis infantiles.

Preferimos hablar no de personalidad premórbida de la neurosis sino de alteraciones psicológicas de la personalidad presentes en la neurosis, ya que hemos visto como estas alteraciones preceden y acompañan a los síntomas.

Estas alteraciones de las formaciones integradoras de la personalidad tienen un carácter funcional dinámico, que regulan el comportamiento humano. Se diferencia de la personalidad premórbida descrita en términos de rasgos, la cual se ve como algo externo, constatativo y retrospectivo, que no explica el nexo causa efecto de los fenómenos psicopatológicos observados. La personalidad no es una sumatoria de rasgos nucleados, que de una manera directa y automática regulan la conducta del hombre al enfrentarse a determinadas situaciones externas.

En todos los pacientes estudiados existen alteraciones en los mecanismos de autorregulación de la personalidad:

- a) Alteraciones en la estructura jerárquica del sistema de motivos.

En la jerarquía motivacional existe una pobreza de motivos sociales, pues su conducta y sus puntos de vista van a estar orientados esencialmente por motivos de tipo individual o íntimo personal, siendo los rectores la familia (pareja-hijos) y el sí mismo (la salud, el equilibrio psíquico). Se hace evidente la existencia de necesidades patológicas de afecto, apoyo y seguridad, constituyendo una de las características fundamentales de la esfera motivacional.

- b) Alteraciones en la mediatisación de los motivos. Sus necesidades básicas exigen de una gratificación inmediata, no existiendo una mediatisación del objetivo propuesto resultando difícil la realización de otra actividad no vinculada a las mismas. Estas necesidades adquieren un carácter autónomo e independiente de las tendencias orientadoras, conscientes de la personalidad.

- c) Alteraciones en la función formadora de sentido. La esfera motivacional del neurótico se caracteriza por un contenido cada vez más reducido de motivos en el desarrollo de la personalidad y por la pérdida de la fuerza incentivadora de los motivos no rectores o sea, por una débil regulación e influencia de estos deseos sobre el comportamiento.

- d) Alteración del autocontrol de la conducta, expresada en una ausencia de motivación firme y orientada hacia el producto de su actividad y de una actitud crítica hacia sí, por lo que no hay una corrección interna de las acciones y una eliminación de los errores.
- e) Alteraciones de la autovaloración. Se revela una marcada discrepancia entre el nivel de pretensiones y el nivel de logros, que se expresa fundamentalmente por la tendencia a situar su nivel de aspiraciones muy por encima de su nivel de posibilidades reales, lo que indica una autovaloración inadecuada. Hay una tendencia a la subvaloración en los atributos salud, confianza en sí mismo y felicidad y a la sobrevaluación en carácter, relaciones sociales y aspiraciones en la vida.
- f) Alteraciones en la dimensión temporal. Los pacientes neuróticos están proyectados al pasado conflictivo con repercusión en el presente, siendo muy pobre la proyección al futuro, lo cual se hace evidente por la ausencia y/o vaciedad de planes trazados para el futuro.
- g) Alteraciones en la regulación consciente del comportamiento.
- h) Existe una pobre autodeterminación consciente, dado por la reducción e inferior jerarquía de las tendencias orientadoras dentro de la esfera motivacional. La motivación inconsciente juega un importante papel en la determinación de la conducta y de la sintomatología. Existe una relación antagónica entre la motivación inconsciente y consciente.
- i) Alteraciones en la percepción conflictiva de la realidad. El neurótico no da una solución favorable a los conflictos y demandas vitales, además de crear otros a partir de su personalidad patológica. Los conflictos le crean estímulos reiterados de tensión, frustración y depresión.

**Los conflictos fundamentales encontrados son:**

- Entre su necesidad de afecto y dependencia y el rechazo a las demás personas.
- Entre el deseo y el deber social.
- Entre su imagen real y su imagen idealizada.
- Entre su necesidad de reconocimiento y aceptación y la valoración inadecuada de sus posibilidades para lograrlo.
- Utiliza frecuentemente mecanismos de defensa para enfrentar los conflictos.

Las características de personalidad más relevantes encontradas por nosotros son: inseguridad, timidez, indecisión, temor (al enfrentar las dificultades), inmadurez, pesimismo, susceptibilidad, irritabilidad, egocentrismo, introversión, inhibición, etc.

La personalidad neurótica presenta diferentes grados de desestructuración. Hemos planteado tres niveles en base al nivel de manifestación de la alteración de las diferentes formaciones autorreguladoras de la personalidad.

Hemos podido constatar que a medida que la neurosis es más grave o intensa (desde el punto de vista clínico), existe un grado mayor de destabilización de la personalidad, haciéndose más evidente desde edades tempranas.

Un índice importante del nivel de desestructuración es la motivación inconsciente. Encontramos que a medida que la personalidad está más desorganizada, la motivación inconsciente desempeña un papel más importante, destacándose en las formas obsesivo-compulsiva, fóbica e histérica.

En todas las formas clínicas se observa un desarrollo neurótico de la personalidad. Se constatan características diferenciales en los sujetos que presentan neurosis histérica, obsesivo-compulsiva y depresiva.

La forma clínica va a estar en dependencia del carácter del conflicto, de la forma de enfrentarlo, tanto de forma consciente como inconsciente (actitudes y mecanismos de defensa), de las cualidades y motivaciones fundamentales de la personalidad.

Afirmar que la personalidad (anómala o normal) tiene su automovimiento, no implica la asunción de una posición espiritualista o fatalista que niegue la influencia reorientadora de diversos factores psicosociales en la modificación de las características establecidas. Hemos visto en nuestros pacientes que no se presentó influencia reorientadora familiar o de otro tipo que compensara el desarrollo defectuoso que se iba produciendo, y en la medida en que iban creciendo, se iban haciendo más autónomas y patológicas las formaciones autorreguladoras de la personalidad, lo que conduce a la cronicidad de la enfermedad.

A partir de la concepción existente sobre las causas y mecanismos que explican la neurosis se derivan las acciones profilácticas y terapéuticas.

Detengámonos brevemente en estas últimas. Están algo extendidas, en forma más o menos consciente, en psiquiatras y psicólogos cubanos, la teoría pavloviana y la de los eventos vitales, según las cuales las neurosis se deben a la acción de agentes patógenos, reflejos condicionados o situaciones específicas en la vida, lo que puede resumirse en la noción de psicotrauma. Estas concepciones al destacar el factor externo y obviar las condiciones personales internas, o a lo sumo plantearlas sólo como factores que refractan las condiciones externas, enfocan el tratamiento psicoterapéutico en relación al problema o conflicto específico que para el sujeto y/o el especialista ha sido la "causa del trastorno". Se trata entonces de saber si ésta continúa actuando, si se enfrenta de forma adecuada, de cuáles son las vías para solucionarla y de mitigar con psicofármacos o sin ellos las vivencias desagradables (ansiedad, depresión, temor, etc.) que le produce.

Otro grupo de especialistas, fundamentalmente aquellos que trabajan en Hospitales de Día con

pacientes neuróticos, realizan actividades psicoterapéuticas grupales encaminadas a la modificación de la personalidad.

Salvo excepciones (R. Rodríguez, H. Castro-López y otros), no se asume una posición teórica acerca de la personalidad (la misma que estando alterada se pretende modificar), no se realiza un diagnóstico previo que oriente a la psicoterapia en la modificación de las alteraciones psicológicas encontradas, ni se realiza nuevamente al final del tratamiento una evaluación profunda que permita comprobar la efectividad del tratamiento, produciéndose así un divorcio entre la teoría y la práctica, entre la teoría de la personalidad, el diagnóstico clínico-psicológico y la psicoterapia.

Un ejemplo de trabajo científico asistencial sostenido por más de dos décadas, en el área de la psicoterapia es el realizado en el Departamento de psicoterapia para Neuróticos del Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán", cuyo modelo general de trabajo en el tratamiento de pacientes neuróticos se expone más adelante.

El enfoque de la neurosis como producto del desarrollo anómalo de la personalidad, fue expuesto en las primeras páginas de este artículo, como expresión de la concepción de los autores, en relación a la importancia del diagnóstico psicológico para realizar un tratamiento psicoterapéutico, teóricamente fundamentado desde el punto de vista, de un enfoque materialista dialéctico de la personalidad.

El trabajo en colaboración que se viene realizando por los autores, desde hace algún tiempo en relación a este tema, pretende conocer los efectos que empíricamente se plantea que la terapia ejerce sobre las alteraciones de la personalidad y en qué medida se producen. Por esta razón, se realizó una investigación como pilotaje, que fue el trabajo de Diploma denominado *Caracterización de las alteraciones neuróticas de la personalidad, en un grupo de pacientes neuróticos antes y después de un tratamiento psicoterapéutico defendido por el Lic. G. Domínguez Pereira*.

No es fácil defender criterios teóricos independientes de los que sustentan las escuelas reconocidas, ni tratar de explicar cómo la terapia aborda las alteraciones de la personalidad, fundamentándose en estos criterios, quizás porque a la inversa de como dice Landau, de que una concentración fuerte y el hecho de saber mucho sobre un tema, merman la posibilidad de la solución creativa, una actitud creativa ante la práctica a veces dificulta un ordenado y concienzudo desarrollo teórico. No obstante expondremos este modelo psicoterapéutico surgido en un hospital de día y nuestra visión sobre cómo pretende actuar en las alteraciones de la personalidad.

La terapia concebida como una psicoterapia interpretativa del individuo, la familia y el grupo, materializa su quehacer en la combinación de dos enfoques, el de la psicología social y dinámica de los grupos y el de la psicología general y de la personalidad.

El enfoque social y de dinámica de grupos, tiene el objetivo de utilizar el poder de los procesos grupales en el desarrollo y cambio de la personalidad en los individuos, a partir de aspectos tales como la moral del grupo, el liderazgo, los conflictos intra e inter grupos, los cambios actitudinales, el marco de referencia, la posición o rol dentro del grupo, las tareas, la distribución de tareas, la cohesión, el clima y otros.

El enfoque psicológico general y de la personalidad, aporta elementos tan importantes como son el conocimiento de las necesidades psicológicas del ser humano, el de las motivaciones rectoras, la estructura de éstas, la proyección temporal, la autovaloración, la percepción de la realidad y otros aspectos integrantes de la personalidad, lo que permite interpretar las causas y la forma en que se desarrolla la enfermedad así como las alteraciones que la caracterizan.

Este modelo que integran ambas teorías, se basa en la esencia social del individuo, pues éste al desarrollarse en un contexto social, sólo se define como persona en este contexto, lo que determina, que en éste se originen también los trastornos psicológicos por causa de relaciones interpersonales alteradas,

engendrándose necesidades patológicas y motivaciones inconscientes que determinan todas las alteraciones antes expuestas de la personalidad.

Es por estas razones que los neuróticos solucionan los conflictos inconscientes de manera más fácil en una red social, es decir en un grupo, pero en un grupo donde el individuo siga siendo de cualquier forma el centro de toda atención.

La terapia combina además de los enfoques expuestos, un conjunto de procedimientos técnicos que permiten abordar la neurosis, tanto desde el ángulo cognitivo, afectivo, como del comportamiento, esferas que están de manera integral comprometidas en la enfermedad. La razón para esta combinación, radica en la de no desperdiciar potencialidades terapéuticas a nuestro alcance, sin que esto quiera decir que no sea bueno priorizar en la psicoterapia el enfoque de un área específica de la personalidad, como ocurre en otros modelos. por supuesto que la acción en un sistema facilita, por acción indirecta su influencia en los otros, además de que los abordajes en estos modelos terapéuticos, están determinados por las concepciones que sustentan la enfermedad en cada una de las escuelas que le sirven de base, de la misma manera que el modelo que practicamos lo hace en la concepción que ya fue expuesta.

1. Procedimientos de Enfoque Psicodinámico: Entre los procedimientos técnicos de enfoque psicodinámico, se incluyen el análisis histórico genético de la personalidad, el psicodrama y técnicas dramáticas, los análisis literarios, de contenidos filmicos, la dinámica familiar en el grupo, las técnicas participativas y la terapia de movimiento y expresión corporal.
2. Procedimientos de Enfoque Dinámico Grupal: En los procedimientos de enfoque dinámico grupal se utilizan, el análisis del aquí y ahora del grupo, el análisis de los sentimientos que experimentan los miembros del grupo entre sí (sesiones sociométricas), las técnicas participativas, la terapia de movimiento y las sesiones alternas.

## **1. Descripción de los procedimientos de Enfoque Psicodinámico**

### **Análisis histórico genético:**

Con este procedimiento se realiza la sesión a partir de la catarsis de un paciente que narra su historia de manera libre y espontánea, historia que es utilizada para implicar a todos los miembros del grupo en una panorámica general de la causa y desarrollo de la enfermedad, facilitando el insight individual y colectivo de sus integrantes y del caso en particular. Estas sesiones se realizan para cada paciente a los 45 días aproximados de su incorporación al grupo, pues éste funciona en calidad de grupo semiabierto.

### **Psicodrama y técnicas dramáticas:**

Estas sesiones se realizan a partir de la reproducción de hechos, tanto reales como simbólicos, a través del juego de roles, de la técnica en espejo, de los pares múltiples, de la silla vacía, de la tienda mágica y de otras técnicas conocidas.

### **Análisis literario y de materiales filmicos:**

Se realizan con la selección de temas que permitan la expresión de conflictos específicos y los insights de nuevas interpretaciones o sucesos que contribuyen a esclarecer la esencia de estos conflictos.

Se utilizan obras que parecen realizadas por personal dedicado a la psicología, más que al terreno del arte, pues son temas que abordan problemáticas de distinta complejidad psicológica a las que están viviendo los pacientes, lo cual facilita la labor terapéutica por estar expresadas a veces desde ángulos diferentes a los que éstos viven.

### **Dinámica familiar en el grupo:**

En esta sesión puede participar una familia o más de una y se lleva a cabo con aquellos pacientes que requieren de un trabajo psicológico más integral, pues la perturbación de las relaciones interpersonales familiares es tal, que resultaría difícil para el paciente

resolverla solo, a partir de su evolución en el grupo, ya sea porque el paciente está muy enfermo, la familia está muy complicada como red social o existen otros miembros de la familia tan o más enfermos que el paciente.

Partimos del criterio de que la familia del paciente neurótico, siempre está más o menos intensamente complicada en las relaciones con éste, de una manera también neurótica. Esto no quiere decir que la neurosis no sea una enfermedad individual, pero es, que es imposible que ésta se padezca sola, pues las dificultades que el paciente presenta muy internamente, siempre son producto y a su vez se reflejan en una relación interpersonal perturbada.

De aquí que sea imposible que una persona sea neurótica en un entorno cien por ciento sano, pues aunque la persona neurótica llegue a una familia totalmente sana, después de haberse estructurado la enfermedad en dicha persona, las relaciones que tendrán lugar, de una u otra forma serán contaminadas, neurotizando en mayor o menor grado, a aquellos que tienen que convivir con el paciente, si es que la relación interpersonal se mantiene por muchos años. Esto está determinado porque el neurótico en su insatisfacción o alimenta demasiado las necesidades del otro o las deja insatisfechas.

La única forma para que esto no ocurra es que la familia o persona sana se convierta en una fuerza reorientadora y saneadora, con lo cual el neurótico podrá disminuir o resolver la enfermedad.

### **Técnicas participativas.**

Entre las técnicas participativas se cuentan aquellas que facilitan e interpretan la comunicación como son:

"Estás siguiendo mis instrucciones"

"Elige cuidadosamente tus palabras"

"Ejercicios de comunicación extraverbal de sentimientos que hay que identificar"

"Estás escuchando"

"Como ser firmes sin ofender a los demás"

Para descubrirse a sí mismo y saber cómo actuar, se utilizan:

"Mi bandera personal"

"El juego de la autoestima"

"Mi presente y mi futuro"

"Una entrevista acerca de mi persona"

"Imagen del cuerpo"

"Identificación de habilidades para el trabajo"

Para reconocer los valores personales y familiares se usan:

El "mensajes de la familia"

El "ordenamiento de valores"

y "otras".

Como terapia de movimiento y expresión corporal se utilizan: ejercicios encaminados a tolerar el contacto físico, la distancia, la expresión de emociones, la confianza en los demás, la aceptación del afecto de los demás y hacia los demás, la seguridad en la identificación sexual, la amplitud de la sexualidad, la comunicación visual, física y otras.

Objetivos de los procedimientos de enfoque psicodinámico.

Hacer consciente las necesidades, conflictos y/o motivaciones inconscientes, a través de los procedimientos técnicos referidos, lo que de una manera indirecta pero siempre espontánea y vivencial, permitirá a través de la comunicación verbal y extraverbal, la comprensión afectiva que posibilitará el insight, para ir redefiniendo la vida, al modificar la

percepción conflictiva de las relaciones interpersonales y en general de la vida, es decir del sistema de creencias y del cuerpo de hipótesis o patrones cognitivos que caracterizan el sentido de la vida del neurótico.

Este reencuentro con las experiencias pasadas y presentes de carácter perturbado ubican el centro de las necesidades en el sí mismo y no fuera de sí, por lo que el paciente adquiere crítica y responsabilidad en los hechos de su acontecer existencial.

Una visión más amplia y flexible, quizás tolerante de la realidad, lo llevan a aceptarse, para incrementar el respeto por sí mismo, logrando un equilibrio entre las aspiraciones y expectativas que tiene en la vida, con las posibilidades reales de materializarlas, sin desperdiciar las propias capacidades, las que con frecuencia creyendo no tener, dejan insatisfechas necesidades que se arrastran indefinidamente, sin tampoco poder aceptar las limitaciones supuestas o reales que lo caracterizan.

El desarrollo de la proyección temporal permite el disfrute de la vida presente, siendo capaces de mirar hacia atrás, con el valor de poder recordar las vivencias que han jugado un papel importante en su vida, sin experimentar lástima, ni limitaciones, lo que le aseguran una proyección futura sana, viviendo consciente del pasado, pero siendo capaz de utilizando el presente, garantizar y estimularse con la vida que está por venir.

## 2. Descripción de los Procedimientos de Enfoque Dinámica Grupal

### Análisis del aquí y ahora.

Este se realiza, partiendo de la consigna de que la sesión es de dinámica de grupo, lo que da lugar a que se extrovertan criterios, principios, opiniones, sentimientos, dudas o problemas que han tenido lugar en la vida del grupo o entre sus miembros, lo que desencadena una compleja pero positiva implicación afectiva del grupo a partir del cual se realizan interpretaciones individuales y grupales.

**Análisis de los sentimientos que se experimentan por los miembros del grupo entre sí (sesión sociométrica):**

La consigna indica que se debe seleccionar una ficha de color diferente, las que cada miembro del grupo entregará a otro, según los significados de cada color, la negra es para quien asume la posición más realista y objetiva en el grupo, la roja para los miembros hacia los que se tienen sentimientos positivos, la azul para aquellos que movilizan sentimientos de rechazo o malestar y la blanca para quienes no despiertan ningún sentimiento por asumir posiciones anónimas o indiferentes en el grupo.

**Técnicas participativas:**

Se utilizan con diversos fines:

- Para lograr la integración grupal, como el amigo secreto.
- Para ejercitarse la concentración, como el mundo.
- Para promover la animación, como las lanchas.
- Para facilitar la expresión emocional como, Qué es esto? esto es un beso.
- Para estimular la organización y la interacción, como las ISLAS y el juicio.

**Técnicas de movimiento:**

Se realizan ejercicios como deambular sin rumbo fijo evitando el contacto o buscando el compañero por la mirada, agrupándose por el contacto de la mano en el hombro, por afinidad, buscando pareja para salir de paseo, realizar una tarea difícil, estirarse, moverse intensamente, bailar y otras.

**Sesiones alternas:**

Son aquellas sesiones de cualquier tipo realizadas por los pacientes en ausencia de los terapeutas, discusión de temas elegidos por ellos, análisis de los problemas grupales, distracciones, juegos, fiestas y otras.

**Objetivos de los Procedimientos de Dinámica Grupal:**

Reactivación y actualización en el grupo, de los trastornos que padecen sus miembros a través de la comunicación y los patrones relacionales.

Descubrimiento de las dificultades en las relaciones interpersonales y búsqueda de solución en el contexto de la interacción grupal.

Desarrollo de la capacidad para aprender a verse tal y como son vistos por los demás, lo que posibilita el cambio de roles o funciones, desarrollando nuevas capacidades.

Desarrollo de la cohesión y sentido de pertenencia a la vida, a través del grupo.

Servir como modelo para la incorporación de nuevas experiencias y estilos de hacer.

Posibilitar la corrección de las experiencias emocionales, a partir de vivir situaciones genuinas y actuales facilitadas por el grupo.

Contribuir a la independencia de los terapeutas, pues la autoridad del mismo disminuye cuando aumenta la del grupo, ya que es menos necesaria porque sus miembros son más capaces para ocuparse y comprender sus propias dificultades.

**Papel del terapeuta:**

El proceso terapéutico es un trabajo realizado entre el grupo y los terapeutas. La dirección terapéutica activa en cuanto a participación, no es directiva en cuanto a sus objetivos y se desarrolla dándole la posibilidad al grupo y a los terapeutas de expresar de manera genuina, lo que sienten, permitiéndoles a cada uno, aparecer ante el grupo como un ser humano y no como figura ideal.

Estas vivencias del terapeuta, si bien ocurren de manera auténtica no simulada, son parte de la estrategia consciente de éste, con el fin de obtener

cambios positivos en los miembros, al sentir que todos incluidos los terapeutas, pueden enfrentar experiencias, situaciones y emociones comunes.

La función terapéutica, se completa con la posición de éste, de servir al grupo, al identificar las causas que limitan la comprensión y comunicación de sus miembros, facilitando la interpretación, pues su función es la de servir como un interlocutor en el seno del grupo.

La secuencia evolutiva de los miembros del grupo desde el comienzo del tratamiento hasta su salida de éste, es de tres etapas, aunque el grupo en sí recorre todas las fases descritas para los grupos, aunque de manera irregular, ya que este es un grupo semiabierto es decir continuo en el tiempo.

#### Las tres etapas son:

##### 1. Maduración

Aquí se da la ubicación de las emociones y los conflictos incónscientes del paciente más complejos y profundos, de los que él mismo creía tener, es decir de un primer paso en el insight, pues se amplía el campo emotivo perceptual de sus vivencias. Esto lo logran por el desarrollo que tiene el grupo y muchos de sus miembros, cuando uno nuevo se incorpora.

##### 2. Aprendizaje.

Etapa de insight psicodinámico, donde se logra vislumbrar un nuevo significado o comprensión de las experiencias, introduciéndose en la compleja gama del engranaje patológico, que explica la caracterización de las relaciones interpersonales, en particular de las intrafamiliares y el por qué de su surgimiento y desarrollo.

##### 3. Proyecto.

Etapa de reforzamiento de lo aprendido y planificación de vida, donde se desarrollan cambios que posibilitan una modificación inicial y posteriormente definitiva de la personalidad, cuando a

su salida del tratamiento son capaces de continuar estos cambios para percibir, asimilar y enfrentar de manera diferente las ulteriores experiencias de la vida.

La terapia realizada en un grupo de 35 miembros como máximo, dura 90 días con sesiones diarias mañana y tarde, pues estos permanecen ocho horas en la institución de lunes a viernes, en calidad de hospitalizados parcialmente, lo que permite la intimidad y riqueza dinámica del tratamiento, posibilitando cambios en la personalidad de sus miembros en distintos grados, lo cual corroboramos en la investigación más recientemente realizada que mencionamos en páginas anteriores.

Esta investigación sobre la caracterización de la alteraciones de la personalidad en pacientes neuróticos antes y después de recibir este tratamiento, utilizó como técnicas:

- La Entrevista Psicológica.
- La Elección de los Valores.
- El cuestionario sobre el Dibujo de la Figura Humana.
- La Prueba de Información Reveladora (PIR).
- El Dembo Rubinstein modificado.
- Los Diez Deseos.
- La Composición sobre Mis principales conflictos y Problemas.
- El T.A.N.

Las conclusiones del trabajo fueron las siguientes:

- En todos los sujetos estudiados se constataron las alteraciones de la personalidad referidas con anterioridad.
- Todas las alteraciones fueron distinguibles por los grados en los cuales se expresaron, encontrándose en grado I cuando estaban más estructuradas

patológicamente y en grado II cuando lo estaban menos.

- La alteración de la mediatización y la estructura jerárquica de motivos fueron las que con más frecuencia aparecieron en grado I antes de comenzar el tratamiento.
- La psicoterapia cuyo modelo se expone en este trabajo ejerció alta influencia en los cambios de grado de las alteraciones de la personalidad

estudiadas, pues de forma integral en todas las alteraciones se constató una menor estructuración después de concluido el tratamiento aunque fue significativo estadísticamente, en la percepción de la realidad, en la mediatización de los motivos y en la estructura jerárquica de éstos.

- El sistema de metodicas utilizado para el diagnóstico de las alteraciones de la personalidad resultó válido, siendo más útiles las técnicas directas.

#### REFERENCIAS

- ALONSO, A. (1989): **Papel del desarrollo anómalo de la personalidad en el origen de la neurosis y de sus diferentes formas clínicas**. Tesis de Doctorado, Fac. Psicología, Univ. Habana.
- ALONSO, A. y R. RODRIGUEZ (1987): "Etiología de la neurosis". **Rev. Cubana Psicología**. IV(2).
- ALONSO, A. y J. GRAU (1992): "Algunas consideraciones sobre el papel del desarrollo anómalo de la personalidad en la aparición de la neurosis". **Rev. Cubana. Psicología**. 9(2).
- ALONSO, A. y D. GONZALEZ (Ene-Mar 1983): "Estudio motivacional de las enfermedades psicógenas". **Rev. Hosp. Psiq. Habana**. XXIV.
- BAREMBLITT, G., A. BAULEO y Col. (1983): **Lo grupal**. Ed. Búsqueda. Buenos Aires.
- BERNE, E. (1983): **Introducción al tratamiento de grupo**. Ed. Gujolbo. Barcelona.
- CAMPOS AVILLAR, J. (Jul-Agos 1980): "Terapias del grupo familia desde el punto de vista grupo analítico o psicoanalítico del terapeuta". **Revista Clínica y Análisis Grupal**. 5 (23). Pág. 423- 453. España.
- CAPARROS, N. (Jul-Agos 1980): "Los ritmos del cuerpo en la psicoterapia de grupo" **Revista Clínica y Análisis Grupal**. (23). Pág. 482-489. España.
- CASTRO-LOPEZ, H. (1990): **Psicoterapia**. Ed. Pueblo y Educación. C.Habana.

- DOMÍNGUEZ, G. (1994): **Caracterización de las alteraciones de la personalidad en un grupo de pacientes neuróticos, antes y después de un tratamiento psicoterapéutico.** Trabajo de diploma . Fac. Psicología. Universidad de La Habana. Tutores: Rodríguez y A. Alonso.
- DSM-III- R(1987): American Psychiatric Association (APA). Washington, DC.
- FOULKES, SH.(1977): El problema de los grandes grupos desde el punto de vista psicoanalítico. Pag.27-29, del libro: **Los Grandes Grupos.** Ed. Stuttgart Klett. Alemania.
- GONZALEZ, F. (1992): **Personalidad, Salud y modo de vida.** Ed. Humanidades y Educación. Univ. Central Venezuela.
- HOPER, E. y A. WEYMAN (1977): "Los grandes grupos desde el punto de vista social". Pág. 154-185, del libro: **Los Grandes Grupos.** Ed. Stuttgart Klett. Alemania.
- HORNEY, K. (1956): **La personalidad neurótica de nuestro tiempo.** Ed. Paidós. Buenos Aires.
- KANFER, F.H. y P.A. GOLSTEIN (1987): **Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Un manual de métodos.** Ed. Desclee de Brower Bilbao.
- KESSELMAN, H. y E. PAVOVSKY (Jul-Agos 1980): "Curso sobre escenas temidas y análisis didáctico grupal". **Revista Clínica y Análisis Grupal.** 5 (3). Pág. 374. España.
- KREEGER, L. (1977): "Introducción a los grandes grupos". Pág. 1- 24, Del libro: **Los Grandes Grupos.** Ed. Stuttgart Klett. Alemania.
- LOWEN, A. (jul-agos 1980): "Análisis bioenergético, una aproximación total a la realidad". **Revista Clínica y Análisis Grupal.** 5 (23). Pág. 472-481. España.
- LLANES, A. y R. RODRIGUEZ (1979): Evaluación de la psicoterapia de grupo en pacientes neuróticos, presentado en la Actividad Científica Estudiantil del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
- (1989): **Evaluación de pacientes sometidos a tratamiento de psicoterapia de grandes grupos y su relación con el grupo de pertenencia** Tesis de Grado Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
- MAIN, T. (1977): "Hacia la comprensión de la psicodinámica de los grandes grupos". Pág. 50-80, Del libro: **Los Grandes Grupos.** Ed. Stuttgart Klett. Alemania.

- De MARE, P. (1977): "La política de los grandes grupos". Pág. 140-153, Del libro: **Los Grandes Grupos**. Ed. Stuttgart Kleet. Alemania.
- NARANJO, E. (jul-agos 1980): "Sobre bioenergética". **Revista Clínica y Análisis Grupal**. 5 (23). Pág. 454-471. España.
- PAVLOV, I.P. (1966): **Los reflejos condicionados aplicados a la Psiquiatría y a la Psicopatología**. Ed. Revolucionaria, La Habana.
- PAVLOVSKY, E. (jul-agos 1980): "Historia de un espacio lúdico". **Revista Clínica y Análisis Grupal**. 5 (23). Pág. 391-423. España.
- PINES, M. (may-jun 1980): "Psicoterapia de grupo; marco de referencia para la formación. Clínica y Análisis Grupal" **Revista de Psicoterapia y Psicología Social Aplicada**. 5. (22). Pág. 326- 339. España.
- POLIAKOV, I.F. (1978): La Psicología y la Psiquiatría. En "Psicología Soviética y Problemas Clínicos". Ed. Hosp. Psiq. Habana.
- RODRIGUEZ, R. (Oct-Dic 1981): "Hospitalización Parcial. Criterios de Ingresos y egresos." **Rev. Hosp. Psiq. de la Habana**. XXII(4).
- \_\_\_\_\_ (Abr-Jun 1982): "Algunos aspectos organizativos- técnicos del hospital de día". **Hospital Psiq. de La Habana**. XXIII(2).
- \_\_\_\_\_ (Ene-Mar 1982): "Psicoterapia de Grupo. Experiencias con grupos numerosos". **Rev. del Hosp. Psiquiátrico de La Habana**. XXIII(1).
- \_\_\_\_\_ (1982): **La psicoterapia de grandes grupos en el tratamiento de la neurosis**. Tesis de doctorado. Universidad de Humboldt. Berlín.
- \_\_\_\_\_ (1988): "Psicoterapia de grandes grupos. Del libro: **Psicoterapia**. Pág 79-86. Ed. Ciencias Médicas. Habana.
- SALAMA, P.H. y B.R. VILLARREAL (1988): **El enfoque Guestait. Una psicoterapia humanista**. Ed. Manual Moderno. México. DF.
- SKYNNER, R. (1977): El grupo grande como método de entrenamiento. Pág. 220-245. Del libro: **Los Grandes Grupos**. Ed. Stuttgart Kleet. Alemania.
- SPRIGMAN, R. (1977): La psicoterapia en los grupos grandes. Pág. 205-219, Del Libro: **Los Grandes Grupos**. Ed. Stuttgart Kleet. Alemania.
- STEIN, G. (1991): **Psicoanálisis Compartido**. Ed. Colección interine. Buenos Aires.

STUART, W. (1977): El grupo grande como medio para la terapia social. Pág. 186-204, Del Libro **Los Grandes Grupos**. Ed. Stuttgart Kleet. Alemania.

SUAREZ, N. y R. RODRIGUEZ (1980): **Estudio evolutivo de pacientes egresados de psicoterapia de grupo**. Tesis de grado Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

TURQUET, P. (1977): Amenaza a la identidad en los grandes grupos fenomenología de las experiencias del individuo en relación a los cambios del status de los miembros en un grupo grande. Pág. 81- 139. Del Libro: **Los Grandes Grupos**. Ed. Stuttgart Kleet. Alemania.

VILLANUEVA, M. (1992): **Caracterización de los conflictos en la neurosis**. Trabajo de Diploma, Fac. Psicología. Univ. Habana. Tutor A. Alonso.

ZALDIVAR, D. (1990): **Teoría y práctica de la psicoterapia**. Facultad de Psicología. Ed. ENPES. Habana.

ZEIGARNIK, B.W. y BS. BRATUS (1980): **Esbozos de psicología del desarrollo anómalo de la personalidad**. Ed. Univ. Estatal. Moscú.