

01941
2
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**LA DESERCIÓN Y LA SELECCIÓN DE PACIENTES
EN LA TERAPIA GRUPAL BREVE CON
OBJETIVOS FOCALIZADOS.**

T E S I S

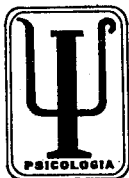
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN

PSICOLOGIA CLINICA Y PSICOTERAPIA

DE GRUPO EN INSTITUCIONES

P R E S E N T A :

LIC. ELIZABETH I. NEJAMEN SARAVIA



COMITE DE TESIS:

- DIRECTOR: MTRO. FRANCISCO A. MORALES CARMONA
MTRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ
MTRO. JORGE PEREZ ESPINOZA
- SUPLENTE: MTRA. IRMA LORENTZEN GORDILLO
DRA. LILIAN KLEIN STERN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA CLINICA Y
PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES

PROYECTO DE TESIS INTITULADO:
"LA DESERCIÓN Y LA SELECCIÓN DE PACIENTES
EN LA TERAPIA GRUPAL BREVE CON
OBJETIVOS FOCALIZADOS ".

NEJAMEN SARAVIA ELIZABETH INES.

México, Mayo de 1993.

INDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

Indice General

Página

PARTE I. MARCO TEORICO

1. Planteamiento del problema.	1
2. Justificación	4
3. Delimitación	5
4. Objetivos de Investigación	6
5. Marco Teórico	7
5.1 Psicoterapia de Grupo	7
5.2 Psicoterapia Breve	14
5.3 Psicoterapia Focalizada	17
5.4 Proceso de Selección	20
5.5 Deserción	34

PARTE II. METODOLOGIA

1. Tipo de investigación	42
2. Sujetos	44
3. Instrumento	45
4. Variables	50
5. Procedimiento	50

PARTE III. RESULTADOS

1. Análisis Cuantitativo	51
2. Análisis Cualitativo	62

PARTE IV.

1. Conclusiones	96
2. Limitaciones	101
3. Recomendaciones	103

REVISION BIBLIOGRAFICA	105
-------------------------------	------------

1. Planteamiento y Formulación del problema

Todo terapeuta se enfrenta a una delicada e importante responsabilidad cuando debe decidir cual es el tratamiento óptimo para un paciente, aún cuando su preparación profesional y su práctica con pacientes pueda llegar a ser muy amplia, esto no constituye criterio suficiente para discernir " a priori" que tipo de psicoterapia resultaría más apropiada o con cual se beneficiaría más cada paciente, ni siquiera los teóricos que se han encargado de hacer estudios más profundos al respecto, pueden ofrecer similitud en sus opiniones. Este planteamiento es apoyado por Speier (1977) cuando dice que "la psicoterapia no puede obedecer a un criterio uniforme, sino que debe ser altamente individualizada, modificar los procedimientos y concentrar su atención en distintos aspectos, según la edad, el cuadro psicopatológico, la situación de vida y las características de personalidad". La evolución de cada tipo de terapia y los objetivos que cada una de ellas persiguen, muestran la necesidad de establecer criterios que avalen tales fines y que garanticen al paciente el tratamiento y clima más idóneo (tanto en lo que se refiere a aspectos grupales como individuales).

Además de estos factores , se deben considerar las características, la personalidad y el estilo del terapeuta, así como las condiciones en que se realizará la psicoterapia, puesto que también constituyen elementos importantes de la situación terapéutica.

El desatender los más básicos criterios de selección, puede traer entre otras consecuencias la deserción, fenómeno que resulta complicado de estudiar ya que las personas que desertan de la psicoterapia grupal generalmente lo hacen sin previo aviso o bajo una justificación racionalizada; de todas maneras, sea cual fuese la razón y la manera de no proseguir el tratamiento terapéutico, analizar las causas con la persona resulta sumamente difícil, ya que generalmente se pierde el contacto o el mismo paciente manifiesta un desinterés o negación a ser objeto de estudio. No obstante, existe la posibilidad de estudiar este fenómeno, tal vez de manera menos directa, a través de algunos instrumentos con los que cuenta el terapeuta, tales como las entrevistas, la historia clínica, los datos aportados por las pruebas aplicadas con fines diagnósticos. Contando en este trabajo con la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) para el estudio de la deserción.

Siguiendo el planteamiento de Speier (1977), es necesario ser cuidadoso al seleccionar no solo el tipo de terapia (individual o grupal, psicoanalista o vivencial ,etc.), sino también la introducción del paciente a un determinado grupo. Bach (1984) opina que la psicoterapia es una experiencia muy particular, ya que en ella se pueden compartir experiencias emocionales de naturaleza muy personal y de descubrir las propias pautas de personalidad en la acción social así como también permite verificar las observaciones a cerca de uno mismo con las impresiones de los demás. "Es un método lineal para incrementar la propia estima, el conocimiento de uno mismo y del prójimo, con la debida intención terapéutica".

En lo que respecta a la Terapia Focalizada, Balint, Ornstein y Balint, E. (1986) exponen criterios básicos y necesarios para que el sujeto permanezca en la situación terapéutica y pueda aprovecharla, tales como:

- Fuerte motivación para acudir a terapia.
- Capacidad de aceptar interpretaciones, con las cuales hacer alguna elaboración constructiva (insight).
- Disposición y capacidad para analizar sentimientos.
- Disposición y capacidad para trabajar en una relación terapéutica basada en la interpretación.
- Debe existir un estado egodistónico entre la personalidad del paciente y su enfermedad, que lo motive a cambiar.
- Capacidad de establecer la alianza terapéutica permitiendo el manejo de tensiones causadas por la terapia.

Dentro del campo de investigación, estudio y aplicación de la psicoterapia grupal con objetivos focalizados, aún quedan varios aspectos por indagar, encontrándose entre ellos la deserción, fenómeno del que se haya escasa bibliografía y una gran disparidad de opiniones y criterios al respecto, sobre todo si quedan asociados de alguna manera al proceso de selección, por ello constituye un interesante elemento de estudio.

2. JUSTIFICACION

En el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se prestan servicios terapéuticos a la población de la Facultad que lo solicite. En lo que respecta al trabajo de Psicoterapia Grupal que allí se realiza; año tras año, los egresados de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones, presentan reportes sobre las terapias grupales que ofrecen, describen los procesos grupales, o realizan estudios de algún elemento específico que ocurra en la psicoterapia (como por ejemplo: la transferencia, la contratransferencia, la identificación, el proceso de observación, entre otros), pasando así desapercibido un fenómeno tan relevante como la deserción, que viene ocurriendo de tiempo atrás y que es difícil de controlar.

Hasta el momento, los estudios realizados sobre este tema no llegan a cubrir la demanda de interés y de aspectos desconocidos en relación a la deserción. Así surge la necesidad de continuar con los aportes para esclarecer o reafirmar diversos puntos en que se debaten los teóricos y para proponer nuevas expectativas de la materia en cuestión.

Constituye además un aporte para la Psicología, ya que esta disciplina junto a la Psiquiatría y la Sociología, entre otras se han interesado en el trabajo grupal y en todos los aspectos que en el acontecen, no obstante, psicológicamente es importante reconocer que

el fenómeno de deserción no es una cifra, ni un índice estadístico , ya que cuando se presenta una deserción no solo el paciente vive una pérdida, es un factor de perturbación para todo el grupo, así lo manifiesta Foulkes (1986) y debe ser considerado por la psicología.

También este estudio posee valor heurístico, debido a que con el reconocimiento de aspectos de personalidad de los desertores, se podría generar programas preventivos eficaces o darle mayor peso a estas herramientas en el proceso de selección para pacientes a la psicoterapia grupal.

3. DELIMITACION

El presente estudio se llevó a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México, en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de dicha institución, de donde se obtuvieron los reportes de pacientes que fueron atendidos en el período de Abril-Octubre de 1992 por los alumnos del 4° semestre de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones, del turno matutino.

El periodo de investigación estuvo comprendido entre los meses de Noviembre de 1992 a Marzo de 1993, correspondiendo a 5 meses de investigación.

4. OBJETIVOS DE INVESTIGACION

4.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer diferencias cualitativas y cuantitativas entre el grupo de desertores de la terapia grupal breve, con objetivos focalizados y aquellos que concluyeron el tratamiento, en cuanto a las variables siguientes : Perfiles del MMPI, en los motivos de consulta y en los datos demográficos como la edad, sexo, estado civil, semestre y ocupación.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Describir los perfiles del MMPI, los principales motivos de consulta y datos demográficos de la población total.

4.2.2 Describir los perfiles del MMPI, así como los principales motivos de consulta y datos demográficos, en el grupo de desertores.

4.2.3 Describir los perfiles del MMPI , de los principales motivos de consulta, en el grupo de los que terminaron el proceso terapéutico.

4.2.4 Comparar cualitativamente ambos grupos en cuanto a los perfiles del MMPI, del motivo de consulta y datos demográficos.

5. MARCO TEORICO

Sustentar a nivel teórico la presente investigación implica necesariamente revisar los aspectos mas relevantes de la Terapia Grupal, la Terapia Breve y la Terapia Focalizada en cuanto a su evolución y desarrollo histórico y científico, para lo cual se puede citar una bibliografía extensa, sin embargo, la idea que delimita este estudio, conlleva a tomar los datos más significativos y relacionarlos con el fenómeno de deserción y con el proceso de selección de pacientes, de tal forma el marco teórico queda expuesto a continuación:

Psicoterapia Grupal

Al regresar al origen de la Psicoterapia Grupal nos ubicamos en épocas remotas de la humanidad, donde el funcionamiento, las propiedades y los objetivos terapéuticos del grupo han estado al servicio del hombre sin este sospecharlo, ni utilizarlos propositivamente. Tal es así que al analizar la procedencia del vocablo "grupo", Anzieu (1971) y Fernandez (1989) en la revisión etimológica y semántica coinciden en remontarse al Renacimiento, a la utilización del término técnico "gropo" de las bellas artes para designar al conjunto de personas o figuras pintadas o esculpidas que componen un tema, término que fue importado por artistas franceses, a mitad del siglo XVII, luego de viajar por Italia. En 1669 aparece en una obra de Molière por primera vez el término con la misma semántica. Poco a poco se va integrando al lenguaje popular

designando un conjunto o categorías de elementos, seres u objetos, pero es solo hasta el siglo XVIII en que dicho vocablo cambia su semántica para designar (en francés) a la reunión de personas como "grupo".

Etimológicamente, la línea que sigue la palabra "gropo" está relacionada con dos aspectos importantes y características de la dinámica grupal:

NUDO (proveniente del provenzal "grop") alude a la cohesión.

MASA REDONDA (proveniente del alemán "kruppa") alude a círculo.

Finalmente la conceptualización se va adaptando al contexto en el que es analizado el grupo, definiéndose entonces, al grupo terapéutico como el conjunto restringido de personas que se reúnen en un lugar determinado (consultorio o institución), a una hora establecida, con una determinada actividad y objetivo común: la resolución o cura de conflictos. Poseen ciertas formas organizacionales donde las redes sociales se relacionan de acuerdo a la interdependencia que en ellos exista, por ello están sujetos a continuos cambios.

Teniendo en cuenta la concepción terapéutica del grupo se puede citar entonces a los diversos teóricos como Zimmerman (1969), Anzieu(1971), Bach(1984), Portuondo(1985), Foulkes (1986), Kadis(1986) y Fernandez (1989) que han hecho una revisión histórica de la evolución de la psicoterapia de grupo.

Portuondo (1985. p.11) retrocede al siglo XIII donde vemos a "Mesmer con sus famosas sesiones de magnetismo colectivo en Paris, aquí se

trataba de una psicoterapia sugestiva de grupo en la que la hipnosis jugaba el papel principal". Mientras que el resto de los autores nombrados anteriormente coinciden en que el inicio "formal" de la Psicoterapia de grupo se da en 1905, en Boston (U.S.A) cuando J.H. Pratt realizó sus primeros trabajos con pacientes tuberculosos en la Clínica de Control del Pensamiento, en el Hospital General de Massachusetts. Su método es conocido como el "método de clase", ya que a través de clases o conferencias explicaba todo lo referente al tratamiento y posibilidad de curación que tenían los pacientes tuberculosos, más adelante extiende su método a pacientes diabéticos y cardíacos, hasta que en 1930 lo utiliza con pacientes psiquiátricos. Pratt pensaba que los miembros de un grupo con una misma problemática podrían ayudarse entre sí, también se basaba en que los factores emocionales jugaban un papel importante en la recuperación de los enfermos.

En 1909 Marsh, quien era psiquiatra y ministro, utilizó el "método de clase" con pacientes psicóticos, pero con un aspecto religioso y su filosofía se basaba en que era "la masa quién había influido en la enfermedad, pues ella misma debía influir en la cura, por ello le daba gran importancia al medio del paciente (familiares, equipo médico, etc.).

Howard y Lazell se destacaron en 1910 por sus trabajos grupales con esquizofrénicos, así como Low y Klapman por dar mayor énfasis en las interacciones de los pacientes. Low funda en Chicago una asociación llamada Recovery INC. en la que la técnica grupal es aplicada a pacientes en una fase post-hospitalaria.

Estos primeros trabajos realizados con grupos tenían principalmente un carácter didáctico, donde la cohesión, la sugestionabilidad, la idealización y la transferencia en el funcionamiento grupal, así como la disminución del sentimiento de aislamiento en los pacientes, constituían los elementos principales de la psicoterapia grupal.

Los primeros ensayos en los que se utilizaron los conceptos psicoanalíticos, en la psicoterapia grupal son atribuidos a Trigant Burrow, cuya teoría centrada en el individuo como ser social, permitía trasladar elementos de la terapia analítica individual al contexto grupal, tal es el caso del material que se verbaliza, la manifestación de situaciones transferenciales y los mecanismos de defensa, resaltando la disminución de la resistencia en la terapia grupal, al advertir que su problema no es único, disminuye la necesidad de reserva y aislamiento. Al mismo tiempo en Alemania, Kurt Lewin perfeccionaba sus conceptos de la teoría de campo y la dinámica de grupo.

A principios de la década de los treinta, Louis Wender en 1936, empleó la Terapia de Grupo psicoanalíticamente orientada en un marco teórico, ampliándolo a ciertos tipos de enfermedades mentales leves. Para la misma época Schilder empezó a utilizar el método de grupo como técnica psicoterapéutica, "momento que puede decirse que queda estructurada en forma racional y científica la psicoterapia de grupo aplicada a neuróticos" (Portuondo 1986 p. 12). En 1937 Slavson inicia sus experiencias con grupos y su método se basa en el psicoanálisis

individual (utiliza la catarsis, interpretación de contenidos latentes, análisis de sueños, etc) solo que lo trata de adaptar a la dinámica grupal. Para 1939 Alexander Wolf comenzó a practicar el psicoanálisis en grupos.

El desarrollo de esta técnica en Inglaterra tiene como precursores a Breier, y entrando en la época de los cuarenta, se destacó Foulkes, que inició su trabajo de Terapia Grupal en la práctica psiquiátrica privada, con pacientes ambulatorios, estableció el método y principios de la Psicoterapia de Grupo Analítica, orientada no hacia el individuo en grupo, sino por y del grupo, incluyendo a su terapeuta o analista (que recibe el nombre de conductor) y que en la actualidad sirve de modelo a aquellas formas de terapia grupal profundas que pretenden: ayudar a aliviar el sufrimiento, mediante la discusión abierta y la comprensión, la liberación de inhibiciones sociales, sexuales, de expresión de afectos, develar conflictos inconscientes y abrir caminos hacia su resolución, basados en formas verbales de comunicación en lugar de la acción. Otro mérito y reconocimiento que se le atribuye a Foulkes es la formación de la Sociedad Analítica de Grupo en Londres. Más adelante, ya casi en los cincuenta, Moreno aportó grandes avances con su Psicodrama y Sociometría.

Cabe mencionar que aunque estos autores han elaborado toda una metodología y principios para aplicar un cierto tipo de terapia; se han basado en antecedentes tales como las teorías de Freud, expuestas

en "psicología de las Masa y Análisis del Yo" (1981) en la que se advierte que la conducta del individuo adquiere características muy particulares y específicas al interactuar en un grupo, ocupar un determinado papel y activar algunos aspectos de la personalidad que solo competen al instinto y necesidad del hombre en su carácter social y gregario; así como también se puede ver entre líneas algunas aportaciones de la teoría de la Relación de Objetos de Klein, entre otras.

Desde que la psicoterapia grupal se comenzó a expandir, se destacaron en Norteamérica (Estados Unidos y Canadá) y en Europa (en Inglaterra y Francia); en la actualidad ha invadido todo el mundo.

Como dice Kadis (1986) *"el individuo no existe aislado y menos en un profundo sentido psicológico... como si tuviera que mantener un equilibrio dentro de su propio sistema y de un sistema que comprende a cierto número de personas significativas"*. La Terapia Grupal extrae al sujeto de su red primaria mezclándolo con otros individuos, hasta formar un nuevo campo de interacción, en el que cada quien vuelve a empezar, en una red de acción recíproca, donde los cambios de uno de los miembros es inevitable que ocasione cambios en los otros, aun cuando ofrezcan resistencia, ya que la Terapia Grupal permite comparar y contrastar su modo de obrar con el de los demás, ya que el grupo se constituye como un organismo funcional específico, estructurado con métodos definidos y que persigue metas concretas que corresponden a la vida real, en el "aquí y ahora" y en la capacidad de ajuste a la situación presente.

Formalmente el grupo se definiría según Grinberg, Langer y Rodrigué (1957) como "el conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado (consultorio o institución), 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 y cada una de ellas desempeñan inconscientemente determinados roles o funciones en estrecha relación de interdependencia, sujetos a cambios continuos de roles"... La terapia grupal ha de centrarse en la dinámica del grupo, como un todo y como el elemento principal de tratamiento, teniendo en cuenta que es fundamentalmente un proceso reeducador a través del cual los patrones patológicos pueden remplazarse por otros más adecuados, que le permitan al sujeto una mayor adaptación tanto emocional como social; es un espacio de entrenamiento para desarrollar actitudes más funcionales.

La Psicoterapia Grupal es vista por Bach (1986 p. 15) como..." La oportunidad de observar al propio yo en el contacto interpersonal, de descubrir las propias pautas de personalidad en la acción social y de verificar las propias observaciones a cerca de uno mismo y del prójimo con la debida intención terapéutica... La tendencia de los grupos a despertar fuertes emociones permite a los pacientes, exteriorizar y percibir aspectos de los problemas de su personalidad que permanecen generalmente inconscientes".

Psicoterapia Breve

Cuando se habla de Psicoanálisis se piensa en un proceso terapéutico prolongado, así mismo es imposible referirse al Psicoanálisis sin asociarlo con el apellido Freud, sin embargo, como lo cita Small (1986 p.21) "Así como la psicoterapia moderna debe sus orígenes a la teoría psicoanalítica, también lo hace el concepto de psicoterapia breve. Es un hecho histórico que Freud comenzó por buscar curas rápidas... Creía Freud que el hecho de conocer la causa de la neurosis llevaría rápidamente a su solución y resolución y en los primeros tiempos insistió en la obtención de un diagnóstico rápido de la psicodinámica responsable de la afección y su anulación por medio de la interpretación activa".

Balint, Ornstein y Balint E. (1986) remiten a 1895 una de las primeras psicoterapias breves con orientación analítica, al "studie on Hysteria" (Estudio sobre la histeria) escrito por Freud en la reproducción de un diálogo con una paciente que en una sesión obtiene alivio y un cambio notable en toda su conducta..." en su rostro antes entristecedor y doliente se pinta ahora una expresión llena de vida. Sus ojos han recobrado su brillo juvenil y se muestra animada y alegre..."

Mientras se ampliaba la comprensión teórica de Freud a cerca del desarrollo de la personalidad y de la formación neurótica surgía mayor preocupación por la prolongación temporal del tratamiento. Algunos psicoanalistas expertos aisladamente iban buscando psicoterapias que produjeran cambios a menor plazo. Pero realmente

resultaron escasas las publicaciones sobre Terapias Analíticas Breves, sobre todo antes de la Primera Guerra Mundial, luego de que esta acontece, la demanda empieza a superar la oferta y surge la necesidad de la Psicoterapia Breve, uno de los primeros en experimentar nuevos enfoques es Ferencsi en 1925, quién desafía la teoría de Freud, aceptando la consideración de que un proceso menos prolongado podría seguir las bases analíticas para ofrecer terapia psicoanalítica en gran escala, sin embargo tales aportaciones en su momento fueron considerados ineficaces. En 1941, el Instituto de Psicoanálisis de Chicago auspició el congreso llamado Council of brief psychotherapy, Small(1986 p.22) expone que el punto común en los trabajos presentados radicaba en la "viabilidad de una terapia breve derivada de la comprensión psicoanalítica de la personalidad". En 1946, Alexander y French retomaron el trabajo de Ferencsi, pero esta vez con la colaboración y reconocimiento de diversos psicoanalistas. No obstante, este intento volvió a fracasar. La demanda creciente debido a las secuelas de la segunda guerra y a la necesidad de atender una cantidad de población con una diversidad de alteraciones mentales permitió considerar a la psicoterapia como un método capaz de encargarse de los sufrimientos que contienen un componente psicológico y ampliar aún más su objetivo en dirección al desarrollo emocional y de la integración de la personalidad. Así mismo se vio impulsada por la cantidad de personas que reconocen necesitar tratamiento psicológico, por la poca disponibilidad económica y de tiempo que exigiría un tratamiento prolongado.

A medida que han cambiado las condiciones sociales la balanza se ha inclinado a este tipo de psicoterapia en una proporción mayor que en otras épocas. Al respecto Small (1986) presenta las observaciones que hace Pearlman sobre el desproporcionado incremento del 31% de estudiantes jóvenes en niveles superiores, (entre 18 y 21 años), la Oficina de Censos predecía que en menos de una década subiría a 44%. Pearlman cree que con este incremento surgirá la necesidad de atender los problemas emocionales de esta población (jóvenes en el último período de adolescencia).

La Psicoterapia Breve desempeña un papel preventivo en situaciones agudas y crónicas, permitiendo atender de manera rápida las crisis y tensiones que surgen en etapas críticas de la vida, o bien en catástrofes o sucesos inesperados que pueden causar desequilibrio emocional. Es además el tratamiento por excelencia que pueden ofrecer instituciones que permanecen abarrotadas de pacientes demandantes de tratamiento psicológico.

En el texto de Small (1986 p.36) la Psicoterapia Breve es definida por Garner "como tratamiento en el que la extensión y la frecuencia de las entrevistas, así como la duración total de la interacción, se ajustan al mínimo necesario para obtener las metas más viables para el paciente".

Bellack y Small (1970 p.10) ven la Psicoterapia Breve como "una aplicación esforzada de la psicoterapia tradicional que cobra vida por la situación vital del paciente o por el medio en el que se ofrece el tratamiento". Siendo un tipo de psicoterapia breve, la terapia de emergencia ya que es aplicada en situaciones de crisis.

Las características o condiciones de la Psicoterapia "rápida" que describen estos autores son las siguientes:

- El terapeuta trabaja sobre hipótesis bien fundamentadas o conjunto de hechos firmemente asentados.
- Con una previsión de pensamiento y economía de intervenciones.
- Cumpliéndose entre un lapso de 6 meses aproximadamente.
- No se espera a desarrollar el insight, este se crea, estimulando la elaboración.

Varios autores sitúan como objetivo primordial de la psicoterapia breve el alivio de la sintomatología, destacando la importancia del refuerzo de las defensas disponibles en el paciente y restablecer el equilibrio preexistente y tal vez mejorado para cooperar en la readaptación o rehabilitación. Rado afirma que la psicoterapia breve no es psicoanálisis abreviado, tienen diferentes objetivos, puntos de abordaje y condiciones de administración...en vez de reformar desde adentro, afirma desde afuera (Small 1986 p.39). Una diferencia básica es que el terapeuta adquiere una posición más activa, en la que su concentración está en el paciente y permite rescatar el potencial y los recursos antes de subrayar las debilidades.

Terapia Focalizada

El desarrollo de la terapia focalizada está directamente relacionado con la Terapia Breve, en los estudios que se citaron de Alexander y

French realizados en 1946, Fiorini (1990 p. 86) refiere al respecto "... es importante que el terapeuta descubra primero qué es exactamente lo que desea el paciente". En relación a French, luego del intento fracasado en la terapia breve, continuó desarrollando un método sistemático y sencillo para manejar los datos psicoanalíticos, para ello introdujo un concepto clave "el conflicto focal" como un elemento derivado del "conflicto nuclear".

Malan (1963) ofrece un análisis más cuidadoso sobre técnicas focales con base psicoanalítica, este autor plantea que se debe tener una meta que sirva de fundamento al tratamiento que recibirá ese paciente, para ello es necesario seleccionar elementos determinantes y descartar todo aquello que no siga la línea de trabajo y el material de atención seleccionado por el terapeuta, para la exclusiva resolución del conflicto. Tal posición podría observarse como una limitación, pues pasa desapercibido material que con otro enfoque podría resultar significativo, pero al igual que la terapia breve, la terapia focalizada se concentra en aquellos elementos que se relacionan con la situación que afecta al paciente en el presente.

Fiorini (1990) ofrece una visión de la terapia focalizada donde el foco representa una estructura capaz de organizar un campo diagnóstico y terapéutico que tenga elementos comunes, unificadores y que permita la elaboración de una "línea directriz", así como una "jerarquización de tareas en relación a la motivación del sujeto".
..." El foco tiene un eje central. Con mayor frecuencia este eje

está dado por el motivo de consulta (síntomas más perturbadores, situación de crisis, amenazas de descompensación que alarman al paciente o al grupo familiar, fracasos adaptativos). Intimamente ligado al motivo de consulta, subyacente al mismo, se localiza cierto conflicto nuclear exacerbado". (p.87)

La terapia focalizada requiere de ciertas condiciones tanto por parte del paciente como por parte del terapeuta, puesto que es un trabajo centralizado en aspectos fundamentales y específicos de la psicodinamia del sujeto, que pueden ser traídos a la situación presente, al "aquí y ahora". Para ello necesita:

- * Fuerte motivación para asistir a terapia y promover un cambio, por un estado egodistónico entre la personalidad del individuo y la patología.

- * Capacidad de Insight, aceptando las interpretaciones que le permitan hacer una elaboración constructiva y analizar los propios sentimientos.

- * Disposición para trabajar en una relación terapéutica basada en la interpretación y en las tensiones propias de la terapia, ambos aspectos dependen de una alianza terapéutica firme y confiable.

Por parte el terapeuta también se requiere:

- * Capacidad para entender el problema del paciente psicodinámicamente y para que formule un tipo de plan terapéutico.

Proceso de Selección

Se puede decir que la selección de pacientes incluye dos fases: la primera se refiere a la investigación de las características de los pacientes a fin de verificar si la indicación terapéutica será la más efectiva, la segunda corresponde al agrupamiento, que es la elección adecuada del paciente ya seleccionado, para determinado grupo terapéutico, como lo dice Zimmermann (1969). Además de las características de los pacientes, es importante considerar las características del psicoterapeuta, su concepción general sobre la psicoterapia grupal, las metas específicas que se desea lograr con la terapia grupal, así como las condiciones especiales del ejercicio de la psicoterapia a que tiene acceso cada terapeuta, según Palacios (1975), es decir, si trabaja en institución, práctica privada, en coterapia, etc. Sin embargo, Bach (1984 p.25) dice que el "usar un grupo de pacientes como medio psicoterapéutico, su cuidadosa selección es una responsabilidad clínica esencial. Pero, aún la mejor técnica de selección no garantiza el éxito o el fracaso de un plan de psicoterapia de grupo, puesto que psicológicamente un grupo terapéutico es más que la suma de sus cuidadosamente elegidos miembros individuales. Todo grupo terapéutico desenvuelve sus propias configuraciones, su red peculiar de relaciones interpersonales, sus

distintos papeles y valores".

Se puede suponer con cierto margen de probabilidad que un grupo funcione efectivamente si se toma en cuenta los factores de Personalidad, los ambientales, la dinámica del grupo, los diagnósticos clínicos y otros criterios como las variables demográficas en los que coinciden abiertamente Slavson (1953), Zimmermann (1969), Palacios (1975), Speier (1977) y Bach (1984).

Personalidad

Existen factores de la personalidad que en determinadas situaciones grupales pueden tender a complicar la dinámica del grupo, elevando el nivel de ansiedad y tensión de los demás miembros. Por ello se deben considerar algunas características personales con el fin de evitar fuentes de excesiva angustia, aunque no es una garantía con 100% de seguridad, se debe prestar atención a la idiosincrasia del comportamiento individual, considerando entre otros aspectos:

- * La capacidad del paciente para establecer contacto con la realidad, pues aquellos que constantemente insertan sus propias producciones irracionales no pueden ser alcanzados por los demás. Lo que está asociado en cierta forma con la capacidad para mantener y seguir el curso del pensamiento del grupo.

- * Presentar conductas sociales que no sean en extremo perturbadoras para el resto de los miembros; los que presentan comportamiento muy destructivo, muy impulsivo o antisocial suscitan temores reales en otros integrantes.

* Los de carácter dominante o monopolistas que tratan de controlar durante un lapso prolongado , bloqueando el resto de las interacciones, entorpeciendo o impidiendo el desarrollo del proceso dinámico del grupo. La identificación y empatía con los otros , que es tan necesaria en este proceso se ve interferida.

* Capacidad de control de impulsos y adecuada manifestación de afectos, se requiere de flexibilidad suficiente para aumentar o reducir las tensiones del grupo, así como el manejo de producciones inconscientes de los demás integrantes que puedan provocar angustia.

* Capacidad de insight, reconocer lo difícil que le puede resultar al paciente adquirir conciencia de algo que permanecía inadvertido previamente y acerca de la distancia que tenga que recorrer para aceptar partes desconocidas de sí mismo.

Slavson (1953) sugiere cuatro criterios generales para la aplicación de una psicoterapia grupal analítica, que se relaciona con aspectos de la personalidad, tales como:

1. Relaciones primarias mínimas:

Para poseer una capacidad de establecer este tipo de relación terapéutica, es necesario que el paciente halla experimentado satisfacción mínima en sus experiencias emocionales tempranas.

2. Perturbación Sexual:

Es necesario que el grado de perturbación sexual esté reducido al mínimo, ya que el grupo no está en capacidad de satisfacer las necesidades de estos pacientes.

3. Fortaleza del yo:

La situación grupal exige la exposición de pacientes a fuertes tensiones y demandas, para lo cual algunos se pueden sentir incapaces de enfrentar, por ello se requiere cierta fortaleza yoica.

4. Desarrollo del super-yo:

"El super-yo básico no puede derivarse de las costumbres del grupo, aunque estas pueden sí reforzar y modificar el super-yo de origen paterno" (p. 167).

Es necesario hacer una valoración clínica de la capacidad del paciente para funcionar en una situación de grupo, incluyendo su desempeño vital, su adaptación e integración a otros grupos (familiar, escolar, laboral, social, etc.). Su capacidad de contención o de tolerancia a la frustración debe ser un atributo mínimo, así como cierta fortaleza yoica (quedando fuera de este criterio algunos psicóticos, bourderline y sociópatas). La capacidad de confidencialidad también es otro requisito indispensable.

Este criterio que se relaciona con la psicodinamia de los pacientes, está asociado a la capacidad de cambiar papeles con otros, es decir, de identificarse proyectivamente, en extensión, profundidad y sentimientos correspondientes. La mejor manera de evaluar tales capacidades es establecer la correspondencia de la impresión y sentimientos del terapeuta hacia el paciente, con su propia historia clínica y el relato del paciente.

Ambientales

Cuando se presenta o está próxima a presentarse una presión o crisis en el medio ambiente, es el momento en el que la mayoría de los pacientes acuden en busca de ayuda psicológica, sin embargo no es el mejor momento para hacer tomar conciencia de la problemática psíquica, puesto que la tendencia se dirige a la acción, a los "acting out". El grupo junto con el terapeuta no puede hacer mucho más que prestar apoyo y ayudar a un miembro a ampliar su perspectiva temporal. Suele ocurrir, pese a la necesidad de recibir psicoterapia, que los pacientes en estas condiciones abandonan la terapia, al sentir frustración por no poder ser ayudados por el grupo a resolver su conflicto. " La psicoterapia grupal no constituye un remedio inmediato para quienes padecen situaciones de tensión ", sin embargo puede resultar un servicio constructivo al servir de guía de auxilio psicológico ante la emergencia. La mayoría , por no decir casi todos los pacientes que solicitan psicoterapia, sufren de algún tipo de tensión , pero se debe seleccionar aquellos pacientes en quienes

pueda percibirse la capacidad de comprender su propia contribución o grado de responsabilidad en la situación de tensión, lo que en otras palabras se refiere a la capacidad de insight.

Para Zimmerman la clasificación de este criterio es nominada como factores externos y se refiere a los aspectos prácticos concretos de la terapia, como las condiciones del terapeuta (ubicación geográfica, honorarios, idioma, etc.), las del paciente (el sujeto pobre vive en un universo de perspectivas estrechas inmediatas y descorazonantes, sus necesidades de satisfactores se reducen a los básicos y de conservación, mientras que la solución a los problemas emocionales se relegan a un segundo plano, de tal manera que la enfermedad mental se convierte en sintónica y tolerada por el medio, obteniendo ganancias secundarias; no obstante, esto no es aplicable para los casos más graves).

Dinámica de grupo

El grupo requiere de una variedad en el repertorio de papeles, para obtener una mejor complementación, previniendo el aislamiento, para lo cual se busca cierta homogeneidad, un punto referencial, o circunstancias vitales similares en algún aspecto fundamental.

Como lo proponen Grinberg, Langer y Rodrigué (1957) el grupo cuya dinámica permanezca estática, no funcionará bien, ya que una forma de evidenciar el progreso, se logra a través de los cambios manifiestos

en sus estructuras y funciones, correspondiendo a la necesidad de movilizar la patología. La capacidad de poder cambiar papeles con otros pacientes, significa, capacidad de identificación por proyecciones, esta capacidad puede medirse contratransferencialmente, por lo que depende de cada terapeuta, permitiendo construir un agrupamiento adecuado a la personalidad del psicoterapeuta, quien funciona como eje significativo en la elaboración y dinamismo de los procesos grupales.

Respecto a la dinámica grupal se presenta un elemento que está relacionado con la selección de pacientes y es el criterio de "agrupamiento", expuesto por Zimmerman que se refiere a la elección adecuada de pacientes ya seleccionados para la terapia grupal, teniendo en cuenta las características de los demás miembros del grupo y del terapeuta para construir un grupo equilibrado, pues de ello depende el buen funcionamiento del grupo tanto en su inicio como en su prosecución o el fracaso terapéutico con la desilusión del grupo o la deserción de sus miembros.

Palacios (1975) condensa varias citas de Freud, acerca de las limitaciones, indicaciones y criterios de analizabilidad, en relación al tratamiento psicoanalítico y que pueden ser traslapadas a la Psicoterapia de Grupo. En relación a la analizabilidad, Freud en el año de 1904 señaló:

"La naturaleza del método psicoanalítico crea indicaciones y contraindicaciones, tanto en lo que se refiere a las personas a las cuales ha de aplicarse el tratamiento como cuadro patológico... Los

casos más favorables para su aplicación son: los de psiconeurósis crónica, con síntomas poco violentos y peligrosos... (el enfermo) deberá poseer cierto grado de inteligencia y un cierto nivel ético... las deformaciones graves del carácter y los rasgos de una constitución degenerada se hacen sentir durante el tratamiento como fuentes de resistencias apenas superables".

En un trabajo titulado "Nuevas aportaciones al Psicoanálisis" publicado en 1933, establece los siguientes criterios de analizabilidad al Psicoanálisis:

"Es el más penoso y prolongado ...El sector de aplicación de la terapéutica analítica está constituido por las neurósis de transferencias, las fobias, las histerias, neurósis obsesivas y aquellas anormalidades que se han desarrollado en lugar de las primeras; todo lo demás, los estados narcisistas y psicóticos, están fuera de su alcance, será pues muy legítimo prever los fracasos excluyendo tales casos... nuestros diagnósticos se establecen muchas veces a posteriori, o sea, que solo algún tiempo después de haberse iniciado el psicoanálisis se puede juzgar al paciente o al candidato a analista. El paciente trae trastornos indeterminados que podrían ocultar procesos más graves..."

Estos criterios de analizabilidad que retoma Palacios al citar a Freud, se corresponden con los criterios de agrupamiento. La posibilidad de conseguir un agrupamiento equilibrado depende directamente del proceso selectivo; una vez identificado el candidato

para la terapia grupal, se analizará a que grupo conviene integrarlo, para ello es necesario considerar los criterios de agrupamiento que están en función de:

Diagnóstico Clínico

El preveer el nivel de funcionamiento de la personalidad, sirve de guía inicial de agrupamiento, se trata de una separación rudimentaria y grosera de los casos y sirve más como elemento de exclusión que de conclusión a efectos del agrupamiento.

Se han establecido cinco categorías de entidades clínicas:

- Psicosis afectivas (reacciones maniaco - depresivas y esquizofrénicas).
- Personalidades psicopáticas con evidentes y frecuentes perturbaciones antisociales.
- Psiconeurósis (secuelas de enfermedades psicosomáticas y neurósis traumáticas).
- Personalidades con rendimiento intelectual bajo, demencias y oligofrenias.
- Psicosis y carácter epiléptico

La terapia grupal favorece a los neuróticos y descarta a los paranoides, sociópatas, deprimidos graves, personas que sufren de trastornos psicopatológicos muy agudos. Para individuos socialmente marginados y personas que rehuyen al contacto social también está indicada.

Sexo

Resulta más ventajoso agrupar pacientes de ambos sexos, ya que se presenta la posibilidad de verificar las dificultades con personas del sexo opuesto. Existen otras consecuencias que pudieran volverse negativas, ya que dependen del manejo del terapeuta, como en el caso de los acting-out en lugar del análisis y de comprensión del problema y la posibilidad de promiscuidad.

Síntomas, Síndromes y Problemas

Esta categoría está sustentada por una mayor interacción en el grupo y como consecuencia, el mayor efecto terapéutico. Algunos autores describen fracasos terapéuticos con este criterio de agrupamiento, por lo que no parece un criterio adecuado, ya que tales exteriorizaciones mórbidas representan apenas un aspecto de la personalidad del paciente y para el agrupamiento es necesario tener en cuenta la personalidad total. Sin embargo, en algunas circunstancias podría resultar beneficioso.

Otros Factores

Tales como la edad, sexo, raza, religión, profesión, estado civil, nivel de instrucción, nivel social, pueden dividirse en dos tipos:

De uniformidad en cuanto a edad, nivel de instrucción y nivel social y para los otros factores el tipo que se recomienda es de contraste. Foulkes se refiere al contraste en la relación de factores a aspectos más profundos de la personalidad (como incluir en un grupo pacientes

esquizotímicos con ciclotímicos, fóbicos con contrafóbicos, para lograr una "mezcla favorable" sin recargar ninguno de los dos extremos o características.

Con este criterio de agrupamiento se logra mayor número de posibilidades funcionales y grupos más naturales, pueden resultar insuficientes por ser generales, estáticos e inespecíficos.

Los criterios para agrupar pacientes podrían enumerarse en una prolongada lista, entre los que existen relación, sobre todo si se yuxtaponen las Psicoterapias de Grupo, Focalizada y Breve, a pesar de la relación entre los criterios, las opiniones se pueden dividir en dos grandes direcciones, aquellos que están a favor de lograr la homogeneidad del grupo en aspectos básicos y los que apoyan la búsqueda de heterogeneidad.

El terapeuta que considera a los pacientes con distintos tipos de patología en función de su relación mutua tiende a confiar cada vez menos en categorías absolutas y cada vez más en las interacciones e interrelaciones que en el grupo se tejen; al considerar la situación grupal, las categorías formales se reducen a factores de menor importancia. Es complicado decidir si un paciente pueda progresar más en un grupo homogéneo (con diagnóstico, sintomatología o condiciones similares, aunque no se pueda lograr una homogeneidad absoluta) o en un grupo con elementos disímiles. En los grupos heterogéneos las grandes diferencias entre los pacientes causan tensiones, sin embargo

el equilibrio de "personalidades contrastantes", como refiere Foulkes (1964), las patologías y los problemas tienden a facilitar la dinámica del grupo. Al respecto Grinberg, Langer y Rodrigué (1977) consideran que el equilibrio que se logra mediante el contacto de personalidades opuestas favorece la manifestación de características reprimidas, sin olvidar que una de las principales funciones del grupo es adaptar al individuo a la vida exterior y en estos grupos tienen mayores posibilidades de encontrar situaciones que se semejan a las del mundo externo.

En general, es terapéuticamente deseable combinar pacientes con amplias diferencias de educación, ocupación entre otras características, pero dentro de ciertos límites razonables, pues la excesiva disparidad puede resultar contraproducente para el trabajo grupal.

La mayoría coincide en formar grupos heterogéneos en cuanto a sexo, ocupación y diagnósticos como los de pacientes neuróticos, borderline y trastorno de la personalidad susceptible de modificarse, la temática fundamental del tratamiento está dada por la coincidencia de conflictos inconscientes que prevalecen en los miembros del grupo. Es preferible colocar en grupos homogéneos a pacientes que pueden despertar fuertes reacciones de temor, culpa, compasión y hostilidad (ej. alcohólicos, psicóticos graves, drogadictos, epilépticos, personalidades psicopáticas, tartamudos y pacientes con úlceras, parálisis o afasias). Se recomiendan que sean homogéneos en cuanto a edad, (uniformidad dentro de ciertos parámetros: niños escolares, preadolescentes, adolescentes y mayores de 50 años en

grupos de la misma edad, para adultos entre 20 y 45 años, se acepta una diferencia menor de 20 años); estado civil, nivel socioeconómico y cultural. Ninguno de los dos polos, la heterogeneidad y la homogeneidad pueden rigidizarse, por ello es necesario atender a las condiciones específicas de los pacientes, del grupo, del terapeuta y de la situación terapéutica.

Tomando en cuenta el proceso de selección y agrupabilidad los criterios de indicación y contraindicación de la Psicoterapia Grupal Breve Focalizada deben sujetarse al enriquecimiento y afinamiento de las técnicas de psicoterapia y su diferenciación para grupos específicos. Es importante indagar en la estructura de la personalidad, la potencialidad de un desarrollo psicótico, para el suicidio, para un control defectuoso de impulsos y para una conducta ilegal de tipo antisocial. De esta manera la terapia grupal breve con objetivos focalizados queda indicada y contraindicada en los siguientes casos:

Se recomienda a personas con rechazo a la terapia individual (motivado por sentimientos de rivalidad, antagonismo o rebeldía contra una figura de autoridad, por la espera de una relación de dependencia excesiva, por temores homosexuales o transferenciales).

En el seno del grupo tienden a reproducirse, en cierta medida, las características de las estructuras sociales del medio ambiente y que se superponen al encuadre familiar subyacente, pacientes con esta

problemática encontraran en este tipo de psicoterapia, oportunidades para enfrentarse a ella, con la posibilidad de elaborarla y superarla, a través de la relación con sus compañeros.

Está indicada para aquellos que se dedican al manejo de las dinámicas grupales o al conocimiento de sus procesos psicosociológicos (disciplinas humanistas y biológicas). Por razones prácticas se recomienda a pacientes con escasez de tiempo y dinero.

Se excluyen a individuos con insuficiente contacto con la realidad, con síntomas de desviación social o carácter dominante, aquellos con una defensa psicótica impulsiva. Se debe tomar en cuenta la "situación de vida", según Speier (1977), contraindicándose a individuos en situaciones de crisis agudas (este tipo de pacientes requieren de un contacto más estrecho y frecuente con el terapeuta). Ciertos tipos de borderline pueden perturbar el funcionamiento del grupo, como los que pretenden absorber la atención del terapeuta y del grupo, pues luego se cargan de culpabilidad, además de que perturban al grupo.

No es muy útil hablar de individuos en términos de "Diagnósticos", obviamente existen síndromes muy claros y que la etiqueta diagnóstica ilustra ciertos casos como puede ser el de las personas pronunciadamente paranoides, los psicóticos agudos, los suicidas o los psicópatas antisociales, sin embargo es necesario considerar la posibilidad de observación de su enfoque personal de los problemas, su capacidad de respuesta y de insight, la motivación y recursos de su personalidad.

Deserciones

La selección es una variable entre otras, que influye en el desarrollo y conservación de una atmósfera terapéutica favorable, teniendo como prioridad la dinámica del grupo para seleccionar a un determinado paciente. Además está considerada como una de las razones principales para que ocurran las deserciones; la selección poco cuidadosa encabeza la lista, siguiendo el apareamiento desafortunado, las fallas técnicas por parte del conductor y las respuestas del grupo en un momento dado.

Foulkes (1986) define a los desertores como "aquellos pacientes que asisten al grupo algunas sesiones y lo abandonan sin el acuerdo del terapeuta". Debido a que se espera que los pacientes, en la medida de lo posible, otorguen prioridad a la psicoterapia sobre otras obligaciones, cuando un individuo deserta la pérdida es para el paciente individual y fuente de perturbación para el grupo.

Grotjhan (1979) es uno de los autores que ha estudiado más afondo el fenómeno de deserción, expone una revisión de las estadísticas en cinco años de trabajo (desde 1966 a 1971), con 122 pacientes, de los cuales 49 continuaban recibiendo terapia; 34 terminaron su tratamiento y 43 lo interrumpieron o decidieron abandonar la terapia. Estableciendo así cinco categorías; en las que se puede apreciar algunos motivos para la constancia, culminación e interrupción y abandono de la terapia:

*** Insuficiente Motivación**

El 30% carecía de la motivación suficiente para continuar bajo la tensión de la experiencia grupal, la terapia grupal estaba considerada, por la mayoría como una especie de tratamiento en crisis, pues al resolver los síntomas de la emergencia se retiraban.

*** Temor de mayor enfrentamiento**

El 16% que abandonaba el tratamiento por esta causa, era porque la terapia los llevó a tomar decisiones o enfrentarse a posibilidades que les resultaban intolerables y significaban cambios profundos.

*** Cuando está contraindicada la terapia grupal**

El 30% conformaba este grupo de pacientes que desertaron debido a que se les agudizaron los brotes patológicos (psicóticos, depresiones, alcoholismo) por lo que requirieron otro tipo de tratamiento.

*** Circunstancias externas**

La realidad de la vida puede llevar a la persona a dejar la terapia, algunas situaciones relacionadas con necesidades vitales se convierten en prioridades y conducen a la interrupción del tratamiento aún cuando en algunas oportunidades pudieran interpretarse como resistencias.

* Reacción Transferencial y contratransferencial negativa
intensa

Un 12% de los pacientes que abandonaron la terapia se debió a que la alianza entre terapeuta- paciente no había logrado darse, por tornarse negativa la atracción entre ambos. Sobre todo con pacientes que interfieren en el proceso grupal y lo ponen en peligro (el caso de dominantes, controladores o manipuladores).

Los comentarios de Grotjhan al respecto; exponen que el 42 % de estos desertores era predecible, el 16% pudo haberse evitado, algunas con un tratamiento individual previo, preparatorio y más intenso, sobre todo en pacientes sensibles, esquizoides, personas aisladas que necesitan desarrollar una relación de trabajo factible con el grupo, ya que algunos pacientes tienen necesidad de un tiempo terapéutico. El 42% restante de los desertores sorprendieron tanto al grupo como al terapeuta por su decisión.

Cuando ocurre una terminación prematura, sucede dicho fenómeno, dentro del paciente, del terapeuta y de la dinámica grupal.

Reconociendo algunas características básicas de estos desertores, las predicciones pudieran resultar más acertadas y se podría tomar algunas medidas preventivas, además de que permitiría afinar más los criterios de selección, ya que hasta el momento estos criterios varían en un margen bastante amplio.

Con el fin de dilucidar la problemática de selección y de agrupabilidad , el conocimiento previo del paciente antes de ingresar al grupo, es fundamental, así el estudio de los motivos de precoz abandono de la psicoterapia se podría realizar a través del análisis de los casos.

PARTE II. METODOLOGIA

1. TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio consistió primordialmente en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos y obtener información del estado de los mismos en una circunstancia temporo-espacial determinada, en la cual no existe control directo sobre las variables porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables, se hicieron inferencias sobre las relaciones de ellas sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes, según expone Kerlinger (1975) .

El interés del estudio descartó la aplicación y control de tratamiento, así como la comprobación de hipótesis, ya que se consideró más ventajoso describir el estudio tal cual se presentó en la población estudiada.

Según lo que refieren Ander-Egg (1980) y Sabino (1978) dichas características corresponden a un nivel de investigación de tipo descriptivo, para lo cual se utilizó un tratamiento de estadística descriptiva que incluye media, moda, mediana, rangos y desviación estandar.

Para medir las diferencias se aplicó una prueba t para muestras de diferentes tamaños.

2. SUJETOS

Población y Muestra.

Para la selección de la población se recurrió a los reportes y expedientes de los tres grupos de Terapia Grupal con Tiempo Limitado y Objetivos Focalizados, con un enfoque psicodinámico, dirigidos en situación de coterapia por los estudiantes del último semestre (IV) de la Especialidad de Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones, en observación en Cámara de Gessel por el equipo de estudiantes, bajo la supervisión de la Psic. Irma Lorentzen, en el periodo de terapia comprendido entre Abril y Octubre de 1992, obteniéndose un total de 25 pacientes derivados por este equipo a la Terapia Grupal, quedando constituida así una población en su mayoría con las siguientes características:

Estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), mujeres entre 21 y 22 años, solteras, estudiantes sin empleos. De los cuales 5 pacientes se retiraron del tratamiento antes de la fecha prevista para la terminación, y sin haber concluido su tratamiento. Por lo que se conformó dos grupos: El de los desertores, y el de los que terminaron su terapia.

El muestreo que se utilizó fue de tipo no probabilístico no intencional, según Kerlinger se caracteriza por "el empleo del

criterio y de un esfuerzo deliberado por obtener muestras representativas mediante la inclusión de áreas típicas o grupos supuestamente típicos en la muestra".

Selltiz (1980) expresa "... cuando la población es pequeña, el investigador quizá trate de someter a estudio al grupo entero... " No se justificó una selección más exhaustiva de la muestra debido a lo reducido de la población (25 casos), esta se conformó en muestra.

3. INSTRUMENTO

Con el fin de cumplir con los objetivos planteados en la Investigación, se seleccionó un instrumento que fue aplicado a los pacientes en el momento que solicitaron terapia en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, con fines diagnósticos. Esta prueba es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) que será explicado a continuación.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA

Es una técnica de inventario, que fue publicada por vez primera en 1943 aproximadamente por Hathaway y Mackinley, a través de la Psychological Corporation (según Graham 1987). Originalmente las normas de calificación provinieron de una muestra de 700 sujetos, que eran visitantes y familiares de los pacientes internos en los Hospitales de la Universidad de Minnesota, por estudiantes recién

graduados de bachillerato que asistían a conferencias en la Universidad, por un grupo de obreros y por un grupo de pacientes médicos (no psiquiátricos); los cuales fueron comparados con un grupo de 800 pacientes psiquiátricos de los mismos hospitales, entre los que se encontraban pacientes representativos de las categorías diagnósticas psiquiátricas en uso en la época en que se elaboró la prueba; dividiéndose en subgrupos de los siguientes diagnósticos clínicos: hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía. Se aplicaron 504 reactivos a ambos grupos, analizándose los reactivos para cada subgrupo de diagnóstico clínico. Posteriormente se añadieron los reactivos de las escalas de Masculinidad-Femineidad y de Introversión social. Quedando constituida finalmente por 566 reactivos estandarizados, autodescriptivos, a los que la persona contesta con lápiz y papel, en una hoja de respuestas estructurada con las opciones de verdadero y falso, según el enunciado, permitiendo que la persona se defina a sí misma dentro de ciertas categorías (tomado de Rivera 1987).

El MMPI está considerada una técnica objetiva de la evaluación de la personalidad, por no ser ambigua (relativamente) y por la estructuración del formato de respuesta, posee importantes características psicométricas que la hacen uno de los instrumentos más firmes, dentro del conjunto de técnicas que evalúan la personalidad; el MMPI cumple con una rígida validez de constructo, que permite un serio tratamiento estadístico de los datos obtenidos.

Además adquiere un tinte proyectivo (Rivera 1991) ya que permite manifestar algunos elementos inconscientes, siendo así que su utilización puede ajustarse a la utilización que se desee hacer en función de objetivos concretos, incluyendo rasgos finos de la organización psicodinámica de la personalidad, o en su uso más frecuente de psicodiagnóstico.

Las ventajas de esta técnica sobre otras se encuentra en que:

- * Se requiere poco personal especializado para su aplicación y calificación.
- * Se puede autoaplicar o hacerlo colectivamente
- * Se aplica con un mínimo de información en las instrucciones
- * El rango de edad de 4 a 64 años, inteligencia promedio, leer con fluidez y no tener alterado el estado de consciencia, permite aplicarlo a un grupo variado de personas.

Los 566 reactivos se construyeron a partir de diversos criterios; desde aspectos clínicos, psicológicos, neurológicos, somatizaciones, interés ocupacional, religioso y otras experiencias de vida, quedando conformadas en escalas o Categorías, 3 de validez y control (L; F; K) con el fin de determinar algunas características de la forma de respuesta que una persona tiene frente al inventario, permiten determinar si las respuestas del inventario no fueron distorsionadas en grado tal, que pudiera alterar tanto la calificación como la interpretación de la prueba.

La escala L , originalmente llamada de la "mentira", está diseñada para evaluar la alteración de la respuesta, tratando de presentarse a sí mismo de manera muy favorable o adaptado socialmente, o muy rígido.

La escala F se refiere a elementos de alteración psicológica o emocional, tensión interna, exageración de la problemática o falta de comprensión a los reactivos o falta de insight.

La escala K está diseñada para explorar la defensividad clínica y al reconocimiento de la propia problemática, además de corrector para otras escalas.

A parte de estas tres escalas, consta de diez escalas clínicas que pretenden evaluar elementos de personalidad, fundamentalmente, desde el punto de vista de las alteraciones tales como: 1 Hipocondriasis, 2 Depresión, 3 Histeria, 4 Desviaciones Psicopáticas, 5 Intereses Masculinos- Femeninos, 6 Paranoia, 7 Psicastenia, 8 Esquizofrenia, 9 Hipomanía y 0 Introversión-Extroversión..

La escala 1 (Hs) consta de 33 enunciados que se refieren a la sensación de problemas somáticos y preocupación por la salud física.

La escala 2 (D) está compuesta por 60 frases que se pueden dividir en subgrupos, también es llamada la del estado de ánimo, se relaciona con sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa.

La escala 3 (Hi) integrada por 60 reactivos que se refieren a la búsqueda e aceptación, cariño y tolerancia que el individuo demanda de su grupo,

La escala 4 (Dp) se presenta en la agrupación de 50 items y son interpretados como una medida muy general de la posibilidad de que el individuo manifieste sus descargas impulsivas en forma abierta y sin control.

La escala 5 (Mf) se compone de 60 frases y está considerada como la medida de las actividades de ajuste ante diversas situaciones sociales y los intentos de ofrecer una apariencia determinada en relación con la vivencia de un papel psicosexual.

La escala 6 (Pa) En 40 frases manifiesta la tendencia a interpretar erróneamente los estímulos, provocando suspicacia, desconfianza y cautela excesiva, además de una manifestación pasivo-agresiva de los impulsos.

La escala 7 (Pt) elaborada por 48 enunciados, está considerada como un "termómetro de angustia" y como es manejada para enfrentar distintas situaciones de la vida.

La escala 8 (Es) con sus 87 afirmaciones, pueden revelar la tendencia al aislamiento, a la fantasía, a la realidad y la socialización, dependiendo del extremo hacia el que se dirija.

La escala 9 (Ma) Puede considerarse una forma para evaluar la energía que posee el sujeto para fijarse a metas, ambiciones y alcanzar algo.

La escala 0 (Si) Mide la tendencia hacia la Introversión o Extroversión Social.

Existen criterios de validez de la aplicación que permiten evaluar si las respuestas del sujeto pueden considerarse con un mínimo de validez, para ello deben cumplir cuatro condiciones simultáneamente (Nuñez, 1979), (Rivera, 1987):

- * El puntaje t de la escala F debe ser igual o superior a 80.
- * El índice de Gough (F-K) debe ser igual o superior a +9 (con puntajes brutos).
- * Deben existir 30 o más reactivos omitidos (Escala ?)
- * No exista ninguna escala clínica localizada entre T45 y T55.

4. VARIABLES

Se tomó en cuenta la edad, el sexo, el estado civil, el semestre, condición de estudiante y de trabajadora, las trece escalas del MMPI y el motivo de Consulta, con el fin de seleccionar las variables Dependientes.

Para la Variable Independiente se consideró la deserción o el abandono del tratamiento terapéutico.

5. PROCEDIMIENTO

* Identificación de los pacientes que fueron seleccionados a Terapia de Grupo por el equipo de la Especialidad, bajo la supervisión de la Psic. Irma Lorentzen, a través de la revisión de los reportes grupales.

* Revisión de los expedientes individuales para obtener los perfiles del MMPI, el motivo de consulta y los datos demográficos.

* Contacto a través de una entrevista con al menos un terapeuta de cada grupo para definir los casos de deserción.

* Una vez establecidos los dos grupos; el de desertores y el de los que concluyeron el proceso terapéutico se procedió al análisis de los resultados, para lo cual se realizaron los siguientes pasos:

* Se procedió a codificar cada ítem y opción de respuesta presentes en el instrumento de recolección de datos con el fin de facilitar el análisis en computación, quedando así para las variables de SEXO (femenino y masculino), ESTADO CIVIL (soltero y casado), OCUPACION (estudiante y trabaja y estudia) y DESERCIÓN (los que terminaron su terapia y los desertores) con un valor de 1 y 2 respectivamente para todos los casos; en el caso de la EDAD, SEMESTRE y los puntajes de las escalas del MMPI (puntajes t) se utilizó el valor numérico que corresponde a cada reactivo. Para el MOTIVO DE CONSULTA se establecieron las categorías de: Trabajo Emocional [1] (que incluye inseguridad, depresión, falta de motivación, dificultad para asumir responsabilidades, sentimientos de culpa, frecuente irritación, nerviosismo, angustia, ansiedad, escaso control de agresividad o carácter agresivo, combinado en ocasiones con pasivo, necesidad de superación personal, inmadurez, traumas por accidente o por la muerte de alguna persona significativa y cercana, estrés, dependencia, autoestima, expresión de afectos y aspectos generalizados en el trabajo de la personalidad o del carácter. Problemas académicos [2] (incluye el desinterés por la escuela, la falta de motivación hacia la carrera, la dificultad para estudiar por bloqueo o por memoria, bajo rendimiento y temor a participar en clase). Terapia como parte de la Formación Académica [3] (necesidad de superación profesional y como requisito para ser terapeuta). Interrelaciones personales [4] (abarca a aquellos que solicitan la terapia por dificultades para mantener amistades, para iniciarlas o para compartir y comunicarse con otras personas; relaciones Familiares : casos que presentan

dificultad en la relación con el padre o con la madre o con los hermanos, cuando se percibe presión y desintegración familiar; relación de Pareja: inconstancia en las relaciones de pareja, dificultad en la comunicación o interacción con la pareja). Orientación y Toma de Decisiones [5] (necesidad de organización de actividades, de metas, desubicación, desorientación, insatisfacción en varios aspectos generalizados, necesidad de autoconocimiento y de la capacidad de resolución de problemas, indecisión). Problemas Psicofisiológicos [6] (somatizaciones).

* Se realizaron distribuciones de frecuencias para las variables tanto en la población total, como en el grupo de los que desertaron y los que no desertaron.

* Se procedió a establecer la comparación entre los dos grupos, con sus respectivas diferencias y semejanzas.

PARTE III. RESULTADOS

FRECUENCIAS PARA LA POBLACION TOTAL

SEXO

	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Femenino		1	23	92.0	92.0
Masculino		2	2	8.0	100.0
		Total	25	100.0	100.0
Media	1.080	Desv. Estandar	.277	Mínimo	1.000
Máximo	2.000				
Total de casos			25		

ESTADO CIVIL

	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Soltero		1	24	96.0	96.0
Casado		2	1	4.0	100.0
		Total	25	100.0	100.0
Media	1.040	Desv. Estandar	.200	Mínimo	1.000
Máximo	2.000				
Total de casos			25		

EDAD

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
19	3	12.0	12.0	12.0
20	1	4.0	4.0	16.0
21	8	32.0	32.0	48.0
22	9	36.0	36.0	84.0
23	1	4.0	4.0	88.0
24	1	4.0	4.0	92.0
25	1	4.0	4.0	96.0
27	1	4.0	4.0	100.0
<hr/>				
Total	25	100.0	100.0	
Media	21.680	Desv. Estandar	1.773	
Mínimo	19.000	Máximo	27.000	
Total de casos	25			

SEMESTRE

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
2	1	4.0	4.0	4.0
3	1	4.0	4.0	8.0
4	3	12.0	12.0	20.0
5	3	12.0	12.0	32.0
6	12	48.0	48.0	80.0
7	1	4.0	4.0	84.0
8	2	8.0	8.0	92.0
9	2	8.0	8.0	100.0
<hr/>				
Total	25	100.0	100.0	
Media	5.800	Desv. Estandar	1.658	
Mínimo	2.000	Máximo	9.000	
Total de casos	25			

OCUPACION

	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Estudiante	1	18	72.0	72.0	72.0
Trabaja y Estudia	2	7	28.0	28.0	100.0

Total		25	100.0	100.0	
Media	1.280	Desv. Estandar	.458	Mínimo	1.000
Máximo	2.000				
Total de casos	25				

ESCALAS DEL MMPI PARA POBLACION TOTAL

Variable	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Total
Escala L	51.360	8.855	36.000	73.000	25
Escala F	55.560	8.617	46.000	76.000	25
Escala K	55.760	10.244	33.000	77.000	25
Escala HS	59.400	9.318	42.000	76.000	25
Escala D	67.280	14.613	38.000	90.000	25
Escala HI	58.600	9.265	43.000	78.000	25
Escala DP	62.880	8.676	48.000	81.000	25
Escala Mc	58.760	8.618	43.000	78.000	25
Escala FA	56.720	15.757	.000	85.000	25
Escala PT	59.400	12.796	27.000	84.000	25
Escala ES	62.600	11.383	43.000	89.000	25
Escala MA	54.080	10.299	38.000	86.000	25

MOTIVO PRINCIPAL

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Trabajo emocional	1	13	52.0	52.0
Problemas académicos	2	1	4.0	56.0
Terapia como formaci	3	2	8.0	64.0
Interrelaciones	4	5	20.0	84.0
Orient. y toma decisi.	5	3	12.0	96.0
Somatizaciones	6	1	4.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

MOTIVO SECUNDARIO

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ninguno	0	4	16.0	16.0
Trabajo emocional	1	7	28.0	44.0
Problemas académicos	2	3	12.0	56.0
Terapia como formaci	3	1	4.0	60.0
Interrelaciones	4	6	24.0	84.0
Orient y toma decisi.	5	4	16.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

DESERCIÓN - NO DESERCIÓN

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No deserción	1	20	80.0	80.0
Deserción	2	5	20.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

FRECUENCIAS NO DESERTORES

	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Total
Escala L	51.600	9.800	36.000	73.000	20
Escala P	56.750	9.101	46.000	76.000	20
Escala K	55.450	10.719	33.000	77.000	20
Escala HS	60.550	8.593	46.000	76.000	20
Escala D	68.850	15.326	38.000	90.000	20
Escala HI	59.300	8.597	43.000	78.000	20
Escala DP	63.700	8.253	48.000	81.000	20
Escala MF	58.400	8.894	43.000	78.000	20
Escala PA	57.250	17.146	0.000	85.000	20
Escala PT	61.600	13.141	27.000	84.000	20
Escala ES	64.500	11.454	46.000	89.000	20
Escala MA	54.250	10.735	38.000	86.000	20
Escala IS	56.350	11.245	39.000	76.000	20

MOTIVO PRINCIPAL

	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Trabajo emocional	1	12	60.0	60.0	60.0
Problemas académicos	2	1	5.0	5.0	65.0
Terapia como formaci.	3	2	10.0	10.0	75.0
Interrelaciones	4	2	10.0	10.0	85.0
Orient. y toma decis.	5	2	10.0	10.0	95.0
Somatizaciones	6	1	5.0	5.0	100.0
Total		20	100.0	100.0	

MOTIVO SECUNDARIO

	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	0	4	20.0	20.0	20.0
Trabajo emocional	1	4	20.0	20.0	40.0
Problemas académicos	2	2	10.0	10.0	50.0
Terapia como formaci	3	1	5.0	5.0	55.0
Interrrelaciones	4	6	30.0	30.0	85.0
Orient y toma decis.	5	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

FRECUENCIAS DESERTORES

	Media	Desviación Estandar	Mínimo	Máximo	Total
Escala L	50.400	3.578	46.000	56.000	5
Escala F	50.600	4.097	46.000	55.000	5
Escala K	57.000	9.028	49.000	70.000	5
Escala HS	54.800	11.713	42.000	68.000	5
Escala D	61.000	10.198	47.000	71.000	5
Escala HI	55.800	12.317	43.000	70.000	5
Escala DP	59.600	10.550	49.000	71.000	5
Escala MP	60.200	8.167	51.000	70.000	5
Escala PA	54.600	9.290	47.000	67.000	5
Escala PT	50.600	6.427	41.000	58.000	5
Escala EG	55.000	7.937	43.000	64.000	5
Escala MA	53.400	9.397	43.000	68.000	5
Escala IS	51.200	9.418	44.000	62.000	5

COMPARACION DE LAS ESCALAS DEL MMPI PARA AMBOS GRUPOS

Escala	Grupo	Número de casos	Media	Desviación Estándar	Error Estándar
L	No desertores	20	51.6000	9.800	2.191
	Desertores	5	50.4000	3.578	1.600
F	No desertores	20	56.7500	9.101	2.035
	Desertores	5	50.8000	4.087	1.828
K	No desertores	20	55.4500	10.719	2.397
	Desertores	5	57.0000	9.028	4.037
HB	No desertores	20	60.5500	8.593	1.921
	Desertores	5	54.8000	11.713	5.238
D	No desertores	20	68.8500	15.326	3.427
	Desertores	5	61.0000	10.198	4.561
HI	No desertores	20	59.3000	8.597	1.922
	Desertores	5	55.8000	12.317	5.508
DP	No desertores	20	63.7000	8.253	1.845
	Desertores	5	59.6000	10.550	4.718
HF	No desertores	20	52.4000	8.894	1.989
	Desertores	5	60.2000	8.167	3.652
PA	No desertores	20	57.2500	17.146	3.834
	Desertores	5	54.6000	9.290	4.155
PT	No desertores	20	61.6000	13.141	2.938
	Desertores	5	50.6000	6.427	2.874
EB	No desertores	20	64.5000	11.464	2.563
	Desertores	5	55.0000	7.937	3.550
MA	No desertores	20	54.2500	10.735	2.401
	Desertores	5	53.4000	9.397	4.202
IS	No desertores	20	56.3500	11.245	2.514
	Desertores	5	51.2000	9.418	4.212

COMPARACION DE LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS EN AMBOS GRUPOS

OCUPACION	No. Desertores		Total Desertores	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Trabaja	15	60	3	12
Trabaja y Estudia	5	20	2	8
Total		80		20

SEXO	No. desertores		Total Desertores	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Femenino	18	72	5	20
Masculino	2	8		
Total		80		20

ESTADO CIVIL	No. Desertores		Total Desertores	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltero	19	76	5	20
Casado	1	4		
Total		80		20

EDAD	No Desertores Frecuencia	%	No Desertores Frecuencia	%
19	2	8	1	4
20	1	4		
21	8	8		
22	5	20	4	16
23	1	4		
24	1	4		
25	1	4		
27	1	4		
Total		80		20

SEMESTRE	No Desertores Frecuencia	%	No Desertores Frecuencia	%
2º	1	4		
3º	1	4		
4º	2	8	1	4
5º	3	12		
6º	6	32	4	16
7º	1	4		
8º	2	8		
9º	2	8		
Total		80		20

MOTIVO DE CONSULTA PRINCIPAL	No Desertores Frecuencia	%	No Desertores Frecuencia	%
Trabajo Emocional	12	48	1	4
Probl. Académicos	1	4		
Como formación	2	8		
Interrelaciones	2	8	3	12
Orient. y Toma Decis.	2	4	1	4
Somatizaciones	1	4		
Total		80		20

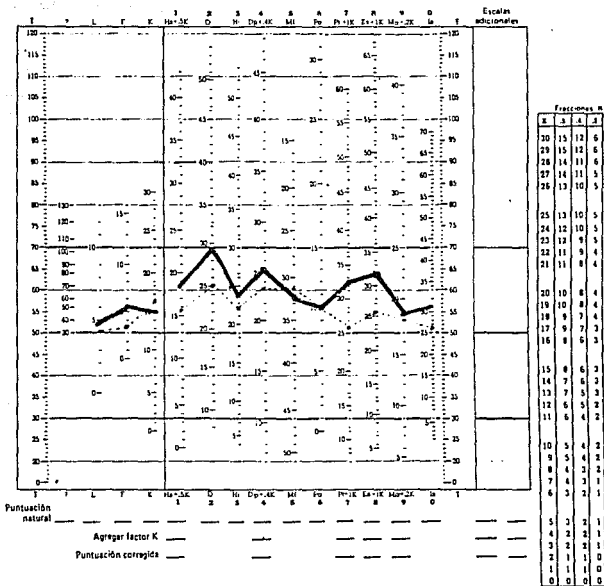
GRAFICA COMPARATIVA DE LOS PERFILES DEL MMPI

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chanley McKinley



2. ANALISIS CUALITATIVO

POBLACION TOTAL

Los datos demográficos (edad, sexo, semestre, ocupación y estado civil), obtenidos para todos los sujetos (25 casos), son representativos y se corresponden con el grupo de estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la UNAM, obteniéndose en el presente estudio que en su mayoría eran mujeres (92%), solteras (96%), entre los 21 y 22 años (86%), de ocupación estudiantes (72%), del 6° semestre (48%).

Respecto al motivo de consulta, se obtuvo que el 52% solicitó ayuda terapéutica por alguna dificultad en el área emocional (que incluyen dificultad en la expresión de afectos, en el control de la agresividad, de la ansiedad, traumas por accidentes o por la muerte de algún familiar, inseguridad, dependencia, inmadurez, estrés, autoestima, depresión, sentimientos de culpa, frecuente irritación y nerviosismo), el 20% estableció como causa principal de motivo de consulta alguna dificultad en el área de interrelaciones (relaciones sociales, para establecer y mantener amistades, dificultad para relacionarse y comunicarse satisfactoriamente con otras personas, en el caso de las relaciones familiares, problemas con los padres o hermanos, desintegración y presión familiar que afectan al paciente y en el caso de las relaciones de pareja por dificultades para comunicarse o inconstancia en las relaciones), un 12% se relacionó

en el caso de las relaciones de pareja por dificultades para comunicarse o inconstancia en las relaciones), un 12% se relacionó con el aspecto académico; por buscar psicoterapia como parte de la formación profesional o por presentar alguna dificultad académica (como falta de motivación o interés, problemas de memoria o bloqueo para estudiar, bajo rendimiento y temor de participar en clase).

Un 12% solicitaron los servicios terapéuticos para orientación y toma de decisiones e incapacidad para resolver situaciones conflictivas, el 4% restante, lo hizo por presentar algún tipo de problema psicofisiológico o somatización.

Como causa secundaria para buscar ayuda psicológica, en primer lugar con un 28% la necesidad de algún trabajo emocional, 24% por dificultades en las relaciones interpersonales, el 16% tomó como causa secundaria la necesidad de orientación y toma de decisiones, el 4% de esta población reconoció aunque no como prioridad la necesidad de terapia como parte de la formación académica y profesional, mientras que un 16% no consideró alguna causa secundaria.

Para los perfiles del MMPI, en las escalas de validez se obtuvo para la escala L, un puntaje T51, mientras que para la F y K el puntaje fue de T56, asociado al intento por parte de los sujetos a ofrecer una imagen favorable de sí mismos (+L), con una capacidad reducida de autocrítica, que les impide un adecuado reconocimiento de sus problemas, distorcionándolos (+F), pero sintiendo que poseen una buena capacidad para enfrentarlos sin necesidad de ayuda.

Para las escalas clínicas; las puntuaciones que se ubicaron en la zona de "normalidad" estadística, es decir, entre T45 a T55 (Rivera, Ampudia, 1976) fueron para la escala de Hipomanía (Ma) con media de T54 para la población total , en este grupo se encuentran personas normales, cuya actividad y energía es característica de personas sanas; para la escala de Introversión- Extroversión (Is) la media ubicada en nivel de T55, se encuentra el grupo de personas normales caracterizado por su capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria.

T57 en la escala de Paranoia (Pa), se asocia con personas consideradas con los demás, que se caracterizan por una adecuada flexibilidad y sensibilidad, muy alertas y astutos. Sin embargo el 32% se ubica en puntajes entre T62 y T65 que corresponde a personas hipersensibles, rígidas con sentimientos de limitaciones y presiones ante aspectos sociales . Exhiben desconfianza y son capaces de expresar hostilidad en forma indirecta.

Las medias para las escalas de Hipocondriasis (Hs), Histeria (Hi), Masculino-Femenino (Mf) y Psicastenia (Pt) corresponden a un puntaje T59, asociado con personas realistas respecto a su salud y pocas manifestaciones de sintomatología somática o personas con síntomas físicos reales en tratamiento médico, con características de seguridad, capacidad de competencia, actividad, ansiedad, tensión, perfeccionismo, orden, responsabilidad y autocrítica.

El puntaje T63 para las medias de las escalas de Desviación Psicopática (Dp) y Esquizofrenia (Es) está relacionado con personas independientes e inconformistas, no son impulsivas ni presentan sentimientos inapropiados, son enérgicas y activas; pueden haber tenido dificultades con la aceptación de normas sociales, a pesar de que el 20 % puntuaron con T57 y se refiere a personas que tienen dificultad para controlarse y restringirse. Muchos adolescentes presentan esta elevación en la escala de Esquizofrenia (Es) también en perfiles neuróticos con tendencias hacia intereses abstractos, más que a los prácticos. El estudiante universitario con esta escala elevada " se caracteriza por su tendencia a preocuparse demasiado; tiene un buen temperamento, es versátil, expresivo, con amplitud de intereses que en su mayoría son estéticos, es franco, bondadoso, sentimental y tranquilo" (Nuñez 1979 p.74)

La media de T67 para la escala de Depresión (D) pertenece al grupo de personas levemente depresivas, preocupadas y pesimistas, lo que puede ser producto de situaciones temporales que le preocupan, reflejando características más estables y duraderas, sin embargo el 16% de la población se ubicó en un nivel de T78 perteneciente a un grupo con niveles de depresión significativos por su importancia, se preocupan por minuciosidades. La molestia expresada por esta elevación ofrece la motivación necesaria para sugerir un pronóstico favorable.

La población constituida en total por 25 casos, se distribuyó en dos grupos, 80% de los que terminaron su proceso terapéutico y un 20% que constituyen 5 casos de deserción, margen que entra dentro de lo esperado según lo que sustenta la teoría.

GRUPO DE NO DESERTORES

Para este grupo de 20 pacientes se observó que el 90% eran mujeres, 95% solteros, en un 40% de 21 años, cursando el 6° semestre de la carrera de Psicología, de los cuales el 75% tenía como única ocupación la de estudiante.

Respecto a los motivos principales de consulta, el 60% consideró prioritario asistir para realizar algún trabajo emocional, 2 de los casos lo hicieron por dificultades en el área de interrelaciones sociales y familiares (10%), de igual manera 10% consideró asistir a terapia por la necesidad de orientación y ayuda en la toma de decisiones y otro 10% como parte de la formación profesional mientras que el 10% restante se distribuyó equitativamente entre los problemas académicos y los psicofisiológicos o somatizaciones.

Estos mismos sujetos, ubicaron a nivel secundario la necesidad de asistir a terapia para realizar algún trabajo en el área emocional. Un 30 % se distribuyó entre las interrelaciones(familiares , sociales y de pareja), un 15 % correspondió a la necesidad de orientación y toma de decisiones.

El 15 % restante fue repartido entre los problemas del área académica y como parte de la formación profesional .

El perfil del MMPI que corresponde a este grupo en las escalas de validez indicó para la escala L, T52 que los sujetos se empeñaron en ofrecer una imagen favorable de sí mismos.

Para la escala F, el puntaje de T57 implica independencia de pensamiento y negativismo. Son personas temperamentales, insatisfechas, inquietas y malhumoradas, obstinadas en sus opiniones e inestables, esta elevación es presentada por neuróticos agudos, personas normales poco convencionales e inusuales en algún sentido. Reflejan problemas específicos en situaciones sociales, o reacciones a situaciones de tensión. La escala K de T55 indica un equilibrio entre abrirse y protegerse uno mismo, personas abiertas en sus autodescripciones, admiten sus limitaciones. Indica adaptabilidad, fuerza de ego adecuada e imagen positiva de si mismo. Al elevarse la escala F sobre la K y la L, los problemas de índole emocional se relacionan con las respuestas que da el paciente como "llamada de ayuda"

De las diez escalas clínicas, solo la escala de Hipomanía (Ma) se encuentra dentro de la zona de "normalidad estadística", es decir, entre T45 y T55, para ella la T54 se encuentra , con frecuencia en el nivel de personas normales, cuya actividad y energía es característica de personas sanas.

En el puntaje T56 para la escala de Introversión-Extroversión se encuentra el grupo de personas normales caracterizado por su capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria.

Para la escala de Paranoia (Pa), con la media T57, son personas consideradas con los demás, que se caracterizan por su adecuada flexibilidad y sensibilidad, son astutos y están alerta. Sin embargo el 20% del grupo que terminó su proceso terapéutico se ubicó en un nivel T65 de esta escala, caracterizando a personas hipersensibles, rígidas, con sentimientos de limitaciones y presiones ante los aspectos sociales y vocacionales de la vida. Personas desconfiadas, capaces de mostrar hostilidad en forma indirecta.

El nivel T58 en la escala de Masculino - Femenino (Mf), en los hombres se caracterizan por intereses estéticos, son imaginativos y presentan sensibilidad y tendencia a apartarse de intereses masculinos estereotipados de la cultura. En el caso de mujeres con esta media sugiere características de seguridad y capacidad en la competencia.

La elevación media de este grupo en la escala de Histeria (Hi) con T59 reveló la búsqueda de aceptación y tolerancia por el grupo y cierta dependencia con aquellos por los que desea sentirse aceptado, para la escala de Hipocondriasis (Hs) la elevación de T61 sugirió la pertenencia al grupo de personas levemente depresivas, preocupadas y

pesimistas, resultado de situaciones temporales que les preocupan, refleja características estables y duraderas, en ella el 20% obtuvo T58 asociado a personas con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo; que se caracterizan por mucha energía y entusiasmo.

El perfeccionismo, orden, responsabilidad, autocrítica, preocupación por problemas más insignificantes, la indecisión, tensión y ansiedad, el reconocimiento de sus fallas, de los problemas y las causas para modificarlos, caracterizan a las personas con T62 para la escala de Psicastonia (Pt).

Respecto a la Desviación Psicopática (Dp), las características de personas independientes, inconformes, enérgicas y activas que pueden haber tenido dificultades con la aceptación de normas sociales, para establecer relaciones interpersonales profundas, evitando responsabilidades y compromisos, son las que se agruparon en una media de T64. No obstante el 25 % del grupo se ubicó en un puntaje T57 que representa a personas no controladas, ni restringidas, con un grado de conformismo a las reglas sociales.

La media de T65 para la escala de Esquizofrenia (Es) en el caso de estudiantes universitarios, es característico de personas con tendencias a preocuparse demasiado; tienen un buen temperamento, son versátiles, expresivos, con amplitud de intereses, en su mayoría

estéticos, francos, bondadosos, sentimentales y tranquilos, aunque su tendencia los guíe hacia el aislamiento y la fantasía, obstaculizando en cierto modo, la capacidad de establecer relaciones interpersonales satisfactorias.

El grupo en el que se encontró a personas levemente depresivas, preocupadas y pesimistas, producto de preocupaciones temporales, de acuerdo al nivel obtenido en la escala de Depresión (D), T69 fue el más importante "como pico del perfil" , pudiendose interpretar como la presencia de intensos sentimientos de inseguridad ante una actitud autocrítica. El 20%, que corresponde a 4 casos, (entre ellos el de elevación más significativa con T90 correspondió a un sujeto del sexo masculino) se encontró pacientes con depresión severa, preocupación extrema y pesimismo que se caracterizan por conducta indecisa y aislamiento, anorexia e insomnio, así como sentimientos de inadecuación y depresión con rasgos delirantes.

La combinación de las escalas 2 8 establece la relación entre el aislamiento por sentimientos de minusvalía, siendo esta tendencia al aislamiento una expresión de la reducción de energía y el incremento de las características depresivas, con tendencias a fijarse metas por debajo de las capacidades reales y a mostrar una actitud de timidez ante las relaciones interpersonales.

GRUPO DE DESERTORES

Formado por 5 sujetos que representan el 22% de la población total, siendo el 100% mujeres, solteras, el 80% de 22 años, el 20% restante se ubicó en el grupo de 19 años, estudiantes del 6° semestre en un 80% y el 20% estudiante del 4° semestre, en un 60% este grupo solo se dedica a trabajar, el 40% además de estudiar, trabaja.

Respecto al motivo de consulta, se apreció que el 40% solicitó terapia con el fin de elaborar las dificultades en las relaciones familiares. Tanto las dificultades en la relación de pareja; como aspectos emocionales y la necesidad de orientación y toma de decisiones, obtuvieron el 20% para cada uno.

En relación a las características generales de este grupo en el perfil del MMPI; para la escala L, el nivel de T52 sugirió que los individuos respondieron francamente a los reactivos y con suficiente confianza en si mismos como para ser capaces de admitir los defectos y las desventajas personales menores.

El rango en el que se ubica T51 para la escala F, indicó que los sujetos respondieron de una manera racional y pertinente, relativamente libres de tensión, tienden a mantene una buena adaptación, aunque en algunos casos se pueda tratar de un buen intento por fingir un perfil adecuado.

Para la escala K, T57 se asoció con la necesidad de impresionar en forma favorable y de ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación al control de uno mismo y principios morales establecidos. Convencionalistas, conformistas, no parecen darse cuenta de la manera que su conducta impacta a otros. Al elevarse la K por encima de las escalas L y F, se relacionó con personas que utilizan evasiones defensivas con el fin de aparecer bien, u ofrecer la idea de que nada les pasa.

Interpretación conjunta de las escalas de validez.

Durante la prueba el sujeto trató de ofrecer una imagen favorable de si mismo (+L), con una reducida capacidad de autocrítica que le impide un adecuado reconocimiento de sus problemas, distorcionandolos (+F) y sintiendo que posee buena capacidad para enfrentarlos sin necesidad de ayuda (+K).

Para las escalas clínicas, fueron cinco las que se ubicaron en la zona de "normalidad" estadística, siendo la escala de Introversión-Extroversión, la de menor T, con 51, donde se encontró el grupo de personas normales que se caracterizan por sus capacidades para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria. Tanto para la escala de Hipomanía como la de Psicastenia, el puntaje T54, indicó que se encuentran personas cuya actividad y energía es característica de personas sanas, con un adecuado nivel de

angustia, resultado de una actitud crítica ante la vida, que permite al sujeto ser consciente de sus fallas, problemas y las posibles causas para tratar de modificarlos. Las escalas de Hipocondriasis y Paranoia, ubicadas en el rango de T55 reflejan personas realistas a cerca de su salud y que presentan pocas manifestaciones de sintomatología somática o pacientes con síntomas físicos reales que estan bajo tratamiento médico, son considerados con los demás, se caracterizan por su adecuada sensibilidad, flexibilidad, son alertas y astutos.

El puntaje de T56 para la escala de Histeria se presenta en personas cuyas relaciones interpersonales no se caracterizan por una excesiva demanda de afecto, son personas a las que se les percibe confiadas y que tienden a tener relaciones interpersonales favorables.

Características de seguridad, capacidad en la competencia y gran actividad son propias de los que apuntan en un nivel medio, como de T57 para la escala de Masculinidad-Femineidad.

El tipo de personas creativas, algo imaginativas, percibidas solitarias y sin involucrarse con la gente se ubicaron en el rango de T59 para la escala de Esquizofrenia.

En la escala de Depresión, T61 se encontró personas levemente depresivas, preocupadas y pesimistas, lo que puede resultar de

situaciones temporales que le preocupan, al no pasar de T70 se puede interpretar como la presencia de intensos sentimientos de inseguridad ante una actitud autocrítica.

El pico que se eleva a T 62 en la escala de Desviación Psicopática se refiere a sujetos que suelen ser independientes e inconformes, pueden haber tenido dificultades con la aceptación de normas sociales, sin embargo no son impulsivas, son activos y enérgicos, aunque tratan de evitar responsabilidades y compromisos. Desde el punto de vista del pronóstico en psicoterapia esta escala elevada señala "la presencia de posibles dificultades que se manifiestan a través de la exigencia, por parte del paciente, de soluciones rápidas, prácticas e inmediatas a sus problemas . No obtener dichas soluciones le hará rechazar la ayuda y abandonar el tratamiento" (Rivera 1991. p.16).

La combinación 4 2 establece la relación entre la inseguridad, los sentimientos de culpa con las descargas impulsivas, vividas con severa autocrítica. El control de los impulsos resulta ineficaz ya que es posterior a su ocurrencia, lo que aumenta los sentimientos de culpa, de inconformidad e inseguridad. También se asocia con conflictos en las relaciones interpersonales pues no consiguen autoafirmación, se vuelven hipersensibles a la crítica y pesimistas en los contactos que establecen.

En relación a los perfiles del MMPI se consideró apropiado hacer un análisis para cada sujeto obteniéndose así:

R E S U L T A D O S .

=====

Sujeto 1.
19 años
Femenino
Soltera
Estudiante
6° semestre

Puntajes	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Si
Crudos	4	5	12	3	23	15	13	33	8	8	13	12	35
Corregidos				9			18			20	25	14	

Indice de Gough = -7

Escala ? = 0

Escala L. (Puntuación Natural: 4 Puntaje t: 50).

Las puntuaciones bajas sugieren que el individuo respondió francamente a los reactivos y tuvo suficiente confianza en sí mismo como para ser capaz de admitir defectos y desventajas personales menores.

Escala F. (Puntuación Natural: 5 Puntaje t: 55).

Indica independencia de pensamiento y negativismo; se puede hablar de una persona poco convencional, y poco común en algún sentido. Pueden presentar problemas específicos en situaciones sociales.

Escala K. (Puntuación Natural: 12 Puntaje t: 49).

Una puntuación promedio de la escala K habla de un balance entre la autoevaluación y la autocrítica del paciente sin una marcada necesidad de parecer psicológicamente adaptado al entorno. Parece tener una capacidad intelectual elevada y mostrarse independiente y seguro de sí mismo, suelen ser personas emprendedoras y dinámicas. Tienen un pensamiento claro y enfocan los problemas en una forma sistemática y razonable.

Interpretación Conjunta de las Escalas de Validez:

Durante la prueba, el sujeto trató de ofrecer una imagen favorable de sí mismo ($\pm L$), con una reducida capacidad de autocrítica que le impide un adecuado reconocimiento de sus problemas, distorsionándolos ($\pm F$), pero sintiéndose que posee una buena capacidad para enfrentarlos, sin necesidad de ayuda ($\pm K$).

Escala 1. (Puntuación Natural: 3 Puntaje t: 42).

La disminución de los puntajes en esta escala se relacionan con personas que presentan muy pocas veces quejas o molestias somáticas y poco interés acerca de su propia salud. Puede indicar la búsqueda de seguridad a través del autorreconocimiento de poseer una excelente salud física. Parecen ser optimistas, y por lo común efectivos en su vida diaria. En ocasiones, cuando las personas tienen algún defecto físico permanente severo, la escala se observa reducida, indicando entonces la presencia de mecanismos de sobre compensación, a través de los cuales, el individuo intenta minimizar la importancia de su problema físico, buscando que pase inadvertido, especialmente para sí mismo.

Escala 2. (Puntuación Natural: 23 Puntaje t: 57).

Los puntajes medios indican personas con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo; caracterizadas por mucha energía y entusiasmo.

Escala 3. (Puntuación Natural: 15 Puntaje t: 43).

Cuando esta escala resulta reducida en puntaje, la interpretación se relaciona con la necesidad del sujeto de mostrarse independiente, tratando de romper cualquier relación

en la que pueda llegar a sentirse sometido, por lo que en ocasiones se aíslan un poco del contacto social. Tienen dificultades para confiar en otras personas, y en general, parecen ser más bien suspicaces. Parecen estar contentos con lo que los demás juzgarían como una situación en la vida más bien sin cambios y sin incidentes.

Escala 4. (Puntuación Natural: 13 Puntaje t: 48).

Las personas que presentan puntajes medios, no son controladas ni restringidas, aunque sí puede observarse que exista un grado aceptable de conformismo a las reglas sociales.

Escala 5. (Puntuación Natural: 33 ,Puntaje t: 57).

Este puntaje puede sugerir características de gran seguridad, capacidad en la competencia, y gran actividad .

Escala 6. (Puntuación Natural: 8 Puntaje t: 50).

Las personas que presentan puntajes medios, suelen ser consideradas con los demás, se caracterizan por su adecuada flexibilidad y falta de sensibilidad inadecuada; tienden a ser perceptivos hacia lo que les rodea y confían en los demás, aunque son cooperadores, tienden a ser sinceros. Tienen un amplio rango de intereses y parecen ser enérgicos y laboriosos, muestran iniciativa y se involucran en el trabajo. Son vistos como equilibrados, racionales, y con insight.

Escala 7. (Puntuación Natural: 8 Puntaje t: 41).

La disminución en los puntajes de esta escala indica, muy posiblemente, una falta de valoración de las experiencias, con la consecuente imposibilidad de cambiar pautas de comportamiento que pudieran llegar a ser problemáticas para el sujeto. En estos casos se puede considerar disminuída la capacidad de insight y la consecuente angustia que se ocasiona ante el reconocimiento de la propia conflictiva. Se encuentran puntajes bajos, cuando la prueba se aplica bajo presión, sin la suficiente motivación de la persona.

Escala 8. (Puntuación Natural: 13 Puntaje t: 54).

Las personas que presentan una combinación de intereses prácticos y teóricos ofrecen puntuación a este nivel.

Escala 9. (Puntuación Natural: 12 Puntaje t: 43).

Los puntajes bajos indican principalmente la falta de energía y motivación para realizar cualquier actividad. con frecuencia se relaciona con la elevación de la escala 2 lo que señala que son bastante importantes los componentes depresivos en la personalidad del sujeto. En estos casos la reducción de la energía puede ser entendida como una forma de defensa ante los sentimientos de inseguridad de la persona.

Escala 0. (Puntuación Natural: 35 Puntaje t: 62).

Estas personas son bastante reservadas, y aparentemente tímidas en situaciones sociales que les son extrañas.

R E S U L T A D O S .

=====

Sujeto 2
22 años
Femenino
Soltera
Trabaja - Estudia
6° semestre

Puntajes	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Si
Crudos	3	3	15	3	24	24	17	32	7	9	10	16	21
Corregidos				11			23			24	25	19	

Indice de Gough = -12

Escala ? = 0

Escala L. (Puntuación Natural: 3 Puntaje t: 46).

Cuando se presentan puntajes bajos en esta escala, el individuo trata de demostrar ser sumamente rígido y estricto en su autodescripción, sin importarle demasiado el hecho de que pueda ser rechazado por el grupo al que pertenece.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Escala F. (Puntuación Natural: 3 Puntaje t: 50).

Los perfiles cuya calificación de la escala F se encuentra en este rango, indican que el sujeto ha respondido de una manera racional y pertinente. Es un sujeto relativamente libre de tensión y que mantiene una buena adaptación, aunque puede tratarse de un buen intento por fingir un perfil adecuado.

Escala K. (Puntuación Natural: 15 Puntaje t: 55).

Una puntuación promedio de la escala K habla de un balance entre la autoevaluación y la autocrítica del paciente, sin una marcada necesidad de parecer psicológicamente adaptado al entorno. Parece tener una capacidad intelectual elevada y mostrarse independiente y seguro de sí mismo, suelen ser personas emprendedoras y dinámicas. Tienen un pensamiento claro y enfocan los problemas en una forma sistemática y razonable.

Interpretación Conjunta de las Escalas de Validez:

Durante la prueba, el sujeto trató de ofrecer una imagen favorable de sí mismo ($\pm L$), con una reducida capacidad de autocrítica que le impide un adecuado reconocimiento de sus problemas, distorsionándolos ($\pm F$), pero sintiéndose que posee una buena capacidad para enfrentarlos, sin necesidad de ayuda ($\pm K$).

Escala 1. (Puntuación Natural: 3 Puntaje t: 46).

Los puntajes medios en esta escala, son frecuentes en personas realistas acerca de su salud y que presentan pocas manifestaciones de sintomatología somática. También se encuentran pacientes con síntomas físicos reales, que están bajo tratamiento médico.

Escala 2. (Puntuación Natural: 24 Puntaje t: 59).

Los puntajes medios indican personas con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo; caracterizadas por mucha energía y entusiasmo.

Escala 3. (Puntuación Natural: 24 Puntaje t: 59).

Los puntajes medios de esta escala se presentan en personas cuyas relaciones interpersonales no se caracterizan por una excesiva demanda de afecto, son personas a las que se les percibe confiadas y que tienden a tener relaciones interpersonales favorables.

Escala 4. (Puntuación Natural: 17 Puntaje t: 60).

"Desde el punto de vista del pronóstico en Psicoterapia, la escala 4 elevada señala la presencia de posibles dificultades que se manifiestan a través de la exigencia, por parte del paciente, de soluciones rápidas, prácticas e inmediatas a sus problemas. No obstante dichas soluciones le hará rechazar la ayuda y abandonar el tratamiento."(Rivera 1991, p.16)

Escala 5. (Puntuación Natural: 32 ,Puntaje t: 59).

Este puntaje puede sugerir características de gran seguridad, capacidad en la competencia.

Escala 6. (Puntuación Natural: 7 Puntaje t: 47).

Las personas que presentan puntajes medios, suelen ser consideradas con los demás, se caracterizan por su adecuada flexibilidad y falta de sensibilidad inadecuada; tienden a ser perceptivos hacia lo que les rodea y confían en los demás, aunque son cooperadores, tienden a ser sinceros. Tienen un amplio rango de intereses y parecen ser enérgicos y laboriosos, muestran iniciativa y se involucran en el trabajo. Son vistos como equilibrados, racionales, y con insight.

Escala 7. (Puntuación Natural: 9 Puntaje t: 43).

A este nivel se encuentran personas con capacidad adecuada para organizar trabajo, que no presentan dudas en sus actitudes, como tampoco preocupaciones indebidas

Escala 8. (Puntuación Natural: 10 Puntaje t: 54).

Las personas que presentan una combinación de intereses prácticos y teóricos ofrecen puntuación a este nivel.

Escala 9. (Puntuación Natural: 16 Puntaje t: 55).

Esta es la puntuación que con frecuencia se encuentra en personas cuya actividad y energía es característica de personas sanas.

Escala 0. (Puntuación Natural: 21 Puntaje t: 46).

Dentro de este nivel se encuentra el grupo de personas caracterizado por su capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria.

R E S U L T A D O S .

=====

Sujeto J
22 años
Femenino
Soltera
Trabaja-Estudia
6° semestre

Puntajes	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Si
Crudos	7	1	23	9	18	27	19	35	14	7	9	11	19
Corregidos				21			28			30	32	16	

Indice de Gough = -22
Escala ? = 0

Escala L. (Puntuación Natural: 7 Puntaje t: 60).

Con una elevación en este nivel, parece existir mucha necesidad de impresionar en forma favorable y de ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación al control de uno mismo y a principios morales establecidos. Existen actitudes de convencionalismo y conformismo; no se dan cuenta de la manera que su conducta impacta a otros.

Escala F. (Puntuación Natural: 1 Puntaje t: 46).

Los perfiles cuya calificación de la escala F se encuentra en este rango, indican que el sujeto ha respondido de una manera racional y pertinente. Es un sujeto relativamente libre de tensión y que mantiene una buena adaptación, aunque puede tratarse de un buen intento por fingir un perfil adecuado.

Escala K. (Puntuación Natural: 23 Puntaje t: 70).

Las personas que presentan puntajes en este nivel, tienden a no dar valor a sus faltas, a las de sus familiares y a las circunstancias. tienen una actitud defensiva leve o moderada y falta de comprensión de sus problemas.

Escala 1. (Puntuación Natural: 9 Puntaje t: 66).

En este grupo se observa que las personas expresan interés significativo acerca de su salud; otros presentan quejas somáticas difusas y vagas. Los pacientes con patología física que presentan puntuación superior a T 65 tienden a realizar sus dificultades y pueden, en realidad, controlar sus impulsos por medio de defensas de somatización. En los adolescentes con frecuencia se eleva esta escala por la preocupación acerca de su imagen corporal, sin relacionarse con ningún tipo de sintomatología física.

Escala 2. (Puntuación Natural: 18 Puntaje t: 47).

Los puntajes medios indican personas con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo; caracterizadas por mucha energía y entusiasmo.

Escala 3. (Puntuación Natural: 27 Puntaje t: 64).

Si la escala 1 es también elevada y la escala 2 es 10 puntos (t) menor que la 1 y la 3 lo más frecuente es un cuadro de histeria. También se observan tendencias a la somatización durante periodos de tensión.

Escala 4. (Puntuación Natural: 19 Puntaje t: 71).

A este nivel se encuentran individuos rebeldes, resentidos e inconformes. Son personas con una limitada tolerancia a la frustración. Además se observan impulsivas, sus relaciones interpersonales son superficiales, tienen conflicto con el grupo

social. Entre universitarios brillantes y de inteligencia superior, estos aspectos pueden ser modificados por la habilidad intelectual, presentando adecuadas técnicas sociales en relaciones casuales. Cuando estas personas expresan sus impulsos, tienen éxito en evadir la censura y evitan conflictos con las autoridades.

Escala 5. (Puntuación Natural: 35 ,Puntaje t: 53).

Las puntuaciones en este nivel, son frecuentes entre mujeres con intereses vocacionales, y que generalmente pertenecen a la clase media, que sugieren características de capacidad de competencia, y actividad promedio.

Escala 6. (Puntuación Natural: 14 Puntaje t: 67).

Se caracterizan por su sensibilidad, rigidez y sentimientos de limitaciones y presiones ante los aspectos sociales y vocacionales de la vida. Son personas que exhiben mucha desconfianza, parecen resentidos acerca de males reales e imaginados que sienten que se les hacen; son personas muy capaces de expresar hostilidad en forma indirecta.

Escala 7. (Puntuación Natural: 7 Puntaje t: 58).

Con esta elevación puede indicar una adecuado nivel de angustia, que con frecuencia es el resultado de una actitud crítica frente a la vida, que permite al sujeto ser consciente de sus fallas, sus problemas y sus posibles causas llevándolo a tratar de modificarlos.

Escala 8. (Puntuación Natural: 9 Puntaje t: 64).

Este tipo de personas pueden ser creativas y algo imaginativas. Se les percibe solitarios y sin involucrarse con la gente.

Escala 9. (Puntuación Natural: 11 Puntaje t: 48).

Esta es la puntuación que con frecuencia se encuentra en personas cuya actividad y energía es característica de personas sanas.

Escala O. (Puntuación Natural: 19 Puntaje t: 44).

Las implicaciones de la puntuación de perfiles con esta calificación es el de personas afectuosas, sociables y amistosas.

R E S U L T A D O S.

Sujeto 4
22 años
Femenino
Soltera
Estudiante
6° semestre

Puntajes	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Si
Crudos	4	5	12	9	30	15	13	29	7	15	17	17	35
Corregidos				15			18			27	29	19	

Indice de Gough = -7
Escala ? = 4

Escala L. (Puntuación Natural: 4 Puntaje t: 50).

Las puntuaciones baja sugieren que el individuo respondió francamente a los reactivos y tuvo suficiente confianza en sí mismo para ser capaz de admitir afectos y desventajas personales menores.

Escala F. (Puntuación Natural: 5 Puntaje t: 55).

Indica independencia de pensamiento y negativismo; se pueda hablar de una persona poco convencional, y poco común en algún sentido. Pueden presentar problemas específicos en situaciones sociales.

Escala K. (Puntuación Natural: 12 Puntaje t: 49).

Una puntuación promedio de la escala K habla de un balance entre la autoevaluación y la autocrítica del paciente, sin una marcada necesidad de parecer psicológicamente adaptado al entorno. Parece tener una capacidad intelectual elevada y mostrarse independiente y seguro de sí mismo, suelen ser personas emprendedoras y dinámicas. Tienen un pensamiento claro y enfocan los problemas en una forma sistemática y razonable.

Interpretación Conjunta de las Escalas de Validez:

Durante la prueba, el sujeto trató de ofrecer una imagen favorable de sí mismo ($\pm I$), con una reducida capacidad de autocrítica que le impide un adecuado reconocimiento de sus problemas, distorsionándolos ($\pm F$), pero sintiéndose que posee una buena capacidad para enfrentarlos, sin necesidad de ayuda ($\pm K$).

Escala 1. (Puntuación Natural: 9 Puntaje t: 54).

Los puntajes medios en esta escala, son frecuentes en personas realistas acerca de su salud y que presentan pocas manifestaciones de sintomatología somática. También se encuentran pacientes con síntomas físicos reales, que están bajo tratamiento médico.

Escala 2. (Puntuación Natural: 30 Puntaje t: 71).

Las personas que presentan puntuaciones elevadas en esta escala, presentan niveles de depresión clínicamente significativos por su importancia, con preocupación extrema y pesimismo. Los pacientes psiquiátricos caen dentro de esta posibilidad. La molestia expresada por esta puntuación ofrece la motivación necesaria para sugerir un pronóstico favorable.

Escala 3. (Puntuación Natural: 15 Puntaje t: 43).

Cuando esta escala resulta reducida en puntaje, la interpretación se relaciona con la necesidad del sujeto de mostrarse independiente, tratando de romper cualquier relación en la que pueda llegar a sentirse sometido, por lo que en ocasiones se aíslan un poco del contacto social. Tienen dificultades para confiar en otras personas, y en general, parecen ser más bien suspicaces. Parecen estar contentos con lo que los demás juzgarían como una situación en la vida más bien sin cambios y sin incidentes.

Escala 4. (Puntuación Natural: 13 Puntaje t: 48).

Las personas que presentan puntajes medios, no son controladas ni restringidas, aunque sí puede observarse que exista un grado aceptable de conformismo a las reglas sociales.

Escala 5. (Puntuación Natural: 29 ,Puntaje t: 66).

Los puntajes elevados indican la tendencia a aparecer firme, autosuficiente y capacitada para tomar decisiones, sin necesidad de la ayuda de los demás. Es frecuente encontrar elevada la puntuación de la escala 5 en la mujeres estudiantes, profesionistas o trabajadoras, ya que en cierta forma, no llenan las características que convencionalmente se asignan al papel femenino; sus intereses y la elección de ocupación y profesión, tienden a ser más tradicionalmente masculinos. Son muy sociables, y desinhibidas suelen tener una manera de proceder fácil, relajada y equilibrada. Su conducta es más bien lógica y calculadora, pueden no ser muy emotivas.

Escala 6. (Puntuación Natural: 7 Puntaje t: 47).

Las personas que presentan puntajes medios, suelen ser consideradas con los demás, se caracterizan por su adecuada flexibilidad y falta de sensibilidad inadecuada; tienden a ser perceptivos hacia lo que les rodea y confían en los demás, aunque son cooperadores, tienden a ser sinceros. Tienen un amplio rango de intereses y parecen ser enérgicos y laboriosos, muestran iniciativa y se involucran en el trabajo. Son vistos como equilibrados, racionales, y con insight.

Escala 7. (Puntuación Natural: 15 Puntaje t: 53).

Con esta elevación puede indicar una adecuado nivel de angustia, que con frecuencia es el resultado de una actitud crítica frente a la vida, que permite al sujeto ser consciente de sus fallas, sus problemas y sus posibles causas llevándolo a tratar de modificarlos.

Escala 8. (Puntuación Natural: 17 Puntaje t: 60).

Este tipo de personas pueden ser creativas y algo imaginativas. Se les percibe solitarios y sin involucrarse con la gente,

Escala 9. (Puntuación Natural: 17 Puntaje t: 55).

Esta es la puntuación que con frecuencia se encuentra en personas cuya actividad y energía es característica de personas sanas.

Escala 0. (Puntuación Natural: 35 Puntaje t: 62).

Estas personas son bastante reservadas, y aparentemente tímidas en situaciones sociales que les son extrañas.

R E S U L T A D O S.

=====

Sujeto 5
22 años
Femenino
Soltera
Estudia
4° semestre

Puntajes	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Si
Crudos	4	2	19	12	30	30	19	36	12	17	8	20	19
Corregidos				22			27			36	27	24	

Indice de Gough = -17

Escala ? = 1

Escala L. (Puntuación Natural: 4 Puntaje t: 50).

Las puntuaciones bajas sugieren que el individuo respondió francamente a los reactivos y tuvo suficiente confianza en sí mismo como para ser capaz de admitir defectos y desventajas personales menores.

Escala F. (Puntuación Natural: 2 Puntaje t: 48).

Los perfiles cuya calificación de la escala F se encuentra en este rango, indican que el sujeto ha respondido de una manera racional y pertinente. Es un sujeto relativamente libre de tensión y que mantiene una buena adaptación, aunque puede tratarse de un buen intento por fingir un perfil adecuado.

Escala K. (Puntuación Natural: 19 Puntaje t: 62).

Las personas que presentan puntajes en este nivel, tienden a no dar valor a sus faltas, a las de sus familiares y a las circunstancias. tienen una actitud defensiva leve o moderada y falta de comprensión de sus problemas.

Las personas con educación universitaria, y personas de clase media alta, y clase alta, ofrecen puntuaciones entre 55 y 65 sugiriendo cierta prudencia, circunspección y disminución de las dificultades de la vida. Esta puntuación puede presentarse también en personas altamente defensivas que no tienen educación universitaria ni son de clase alta.

Interpretación Conjunta de las Escalas de Validez:

Durante la prueba, el sujeto trató de ofrecer una imagen favorable de sí mismo (±L), con una reducida capacidad de autocrítica que le impide un adecuado reconocimiento de sus problemas, distorsionándolos (±F), pero sintiéndose que posee una buena capacidad para enfrentarlos, sin necesidad de ayuda (±K).

Escala 1. (Puntuación Natural: 12 Puntaje t: 68).

En este grupo se observa que las personas expresan interés significativo acerca de su salud; otros presentan quejas somáticas difusas y vagas. Los pacientes con patología física que presentan puntuación superior a T 65 tienden a realizar sus dificultades y pueden, en realidad, controlar sus impulsos por medio de defensas de somatización. En los adolescentes con frecuencia se eleva esta escala por la preocupación acerca de su imagen corporal, sin relacionarse con ningún tipo de sintomatología física.

Escala 2. (Puntuación Natural: 30 Puntaje t: 71).

Las personas que presentan puntuaciones elevadas en esta escala, presentan niveles de depresión clínicamente significativos por su importancia, con preocupación extrema y pesimismo. Los pacientes psiquiátricos caen dentro de esta posibilidad.

La molestia expresada por esta puntuación ofrece la motivación necesaria para sugerir un pronóstico favorable.

Escala 3. (Puntuación Natural: 30 Puntaje t: 70).

Las personas que presentan puntajes en este nivel, suelen ser sujetos con características histeroides y mecanismos de defensa represivos. Refleja la presencia de una fuerte necesidad de dependencia, inmadurez social e incapacidad para manejar la vivencia de hostilidad hacia los demás. Presentan fuertes exigencias de afecto, apoyo y atención.

Escala 4. (Puntuación Natural: 19 Puntaje t: 69)

Estos sujetos suelen ser independientes e inconformes que pueden haber tenido experiencias de dificultades con la aceptación de normas sociales, sin embargo, no son impulsivas y son activas y enérgicas.

Escala 5. (Puntuación Natural: 36 ,Puntaje t: 51).

Las puntuaciones en este nivel, son frecuentes entre mujeres con intereses vocacionales, y que generalmente pertenecen a la clase media, que sugieren características de capacidad de competencia y actividad promedio.

Escala 6. (Puntuación Natural: 12 Puntaje t: 62).

Se caracterizan por su sensibilidad, rigidez y sentimientos de limitaciones y presiones ante los aspectos sociales y vocacionales de la vida. Son personas que exhiben mucha desconfianza, parecen resentidos acerca de males reales e imaginados que sienten que se les hacen; son personas muy capaces de expresar hostilidad en forma indirecta.

Escala 7. (Puntuación Natural: 17 Puntaje t: 68).

Características tales como el perfeccionismo, el orden, la responsabilidad y autocrítica; se encuentran en personas que presentan estos puntajes, suelen presentar ansiedad, indecisión y tensión. La puntuación que pasa de T 70 se observa en personas con racionalización ineficiente e intelectualización sin propósito aparente.

Escala 8. (Puntuación Natural: 8 Puntaje t: 57).

Las personas que presentan una combinación de intereses prácticos y teóricos ofrecen puntuación a este nivel.

Escala 9. (Puntuación Natural: 20 Puntaje t: 68).

Las personas que presentan estos puntajes son usualmente agradables, entusiastas, sociables, que tienen la particularidad de ser amables, de buen temperamento e interesados en muchos aspectos de la vida.

Son personas a quienes los demás consideran felices, es decir se caracterizan por su optimismo, confianza en sí mismos, independencia y libertad (generalmente las puntuaciones en las escalas 2 y 0, son relativamente bajas).

Escala 0. (Puntuación Natural: 19 Puntaje t: 44).

Las implicaciones de la puntuación de perfiles con esta calificación es el de personas afectuosas, sociables y amistosas.

COMPARACION ENTRE EL GRUPO DE DESERTORES Y NO DESERTORES

A nivel estadístico las diferencias obtenidas no resultaron significativas, sin embargo a nivel descriptivo resultó que para las variables demográficas, en cuanto a sexo, 23 eran mujeres y 2 hombres, de los cuales, los 5 desertores de la terapia fueron mujeres solteras.

Para la variable de edad, el rango que osciló entre los 19 y 27 años, obtuvo la mayor frecuencia para las edades de 21 y 22 años, 8 y 9 casos respectivamente, siendo estos 8 de los 20 sujetos del grupo que culminó su proceso terapéutico las que tenían 21 años y 5 de las mismas tenían 22, mientras que para el grupo de los desertores 4 de los 5 casos (80%) tenían 22 años, el sujeto restante de este grupo tenía 19 años.

En relación al semestre en el que se ubicaron ambos grupos, 12 sujetos (48%) lo hicieron en el 6° semestre, 4 de los desertores (80%) y 8 de los que terminaron su proceso terapéutico.

Para el grupo total 18 solo estudiaban, de estos, 3 sujetos decidieron no continuar su terapia y de los 7 que estudiaban y trabajaban, 2 se retiraron, los otros 5 no desertaron.

En relación al motivo de consulta, como causa principal para asistir a terapia, 12 sujetos de los 20 que no desertaron asistieron al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la

UNAM porque consideraron que necesitaban trabajar algún aspecto en el área emocional (tales como la dificultad en la expresión de afectos, en el control de la agresividad, de los impulsos, de la ansiedad, traumas por algún accidente donde corriera peligro la vida del sujeto o por fallecimiento de algún familiar, inseguridad, dependencia, inmadurez, estrés, autoestima, depresión, sentimientos de culpa, frecuente irritación y nerviosismo), 1 de los 5 desertores buscó ayuda por la misma causa; de los 5 sujetos que decidieron solicitar terapia por dificultades en las relaciones interpersonales, 3 de ellos no concluyeron su proceso; solo 1 de los 3 que lo hicieron por orientación y toma de decisiones, desertó. Los que consideraron como motivo de consulta principal los problemas académicos, la terapia como formación profesional y los problemas psicofisiológicos no desertaron en ningún caso.

Como causa secundaria para el motivo de consulta, las causa de trabajo emocional y de interrelaciones personales, obtuvieron las mayores frecuencias; de los 7 casos para la primera, 3 sujetos desistieron de continuar su tratamiento terapéutico sin previo aviso, en el caso de la segunda, los 6 sujetos que buscaron ayuda permanecieron en el proceso terapéutico hasta el final. 4 solicitaron tratamiento psicológico por dificultad en la toma de decisiones y necesidad de orientación, de ellos 1 desertó, así mismo ocurrió para los 3 que buscaron ayuda por problemas académicos.

Respecto a los perfiles del MMPI para ambos grupos se obtuvo más que significaciones estadísticas, diferencias leves a nivel cualitativo, algunas escalas permanecieron con la misma puntuación para ambos grupos, como fué el caso de la escala L y la 9 (Hipomanía) ambas dentro de la zona de "normalidad" estadística (T45-T55).

Solamente la escala K estuvo ligeramente elevada en el grupo de los desertores; lo que de alguna manera se relaciona con la tendencia a reconocer la propia problemática, mientras más se eleva hay mayor dificultad, por ello, estos sujetos se esfuerzan en mostrarse con capacidad de enfretar y resolver problemas por sí mismos, rechazando las sugerencias terapéuticas y restando importancia a sus conflictos.

Las escalas que obtuvieron diferencias más significativas en la comparación de ambos grupos fueron la escala 2 (Depresión) y la 7 (Psicastenia), elevándose para los no desertores en la escala 7 a la zona fuera de la "normalidad" estadística, lo que se asocia con el nivel de angustia; en el caso de la escala 2 para ambos grupos estaba como los picos de los perfiles.

En las escalas 1 (Hipocondría) y 8 (Esquizofrenia) la diferencia fué un poco menor, en el caso de la escala 8 no cambió el rango, no obstante en la escala 1 para los desertores T55 refleja personas realistas a cerca de su salud y presentan pocas manifestaciones de sintomatología somática, mientras que para el grupo de no desertores

la media de T61 sugiere grupo de personas levemente deprimidas, preocupadas y pesimistas, resultado de situaciones temporales que les preocupan .

Aunque en ambos grupos el componente depresivo es alto, las combinaciones para los 2 grupos resultó diferente, ya que para el grupo de desertores la combinación 4 2 se asoció a sentimientos de inseguridad y de culpa con las descargas impulsivas, mientras que la combinación 2 8 para los no desertores se asoció con sentimientos de minusvalía, aislamiento y reducción de la energía con tendencia a fijarse metas que están por debajo de las capacidades reales.

Para las escalas 3, 2, 5, 6 y 0 la diferencia fue mucho menor y no varió de rango.

Respecto a las escalas de validez, a pesar de que todas ellas estaban en T+-, para el grupo de desertores la elevación de la escala K fue mayor respecto a la L y F, donde se ubicaron personas que utilizan evasiones defensivas con el fin de aparecer bien u ofrecer la idea de que no pasa nada. Mientras que para los que no desertaron la que más se elevó fue la escala F que refleja cierta perturbación emocional relacionada a una respuesta del sujeto como una llamada de ayuda.

**PARTE IV. CONCLUSIONES
LIMITACIONES Y
RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES

Realmente el número reducido de casos, ha sido una limitación para poder obtener a nivel estadístico diferencias que resulten significativas, no obstante a nivel descriptivo se pudo observar ciertas características y diferencias para cada uno de los grupos que fueron analizados, como es el caso de:

* La población total : Grupo compuesto en su mayoría por mujeres, solteras, con edades entre los 21 y los 22 años, que estudian unicamente y se encontraban cursando el 6° semestre de la Licenciatura en Psicología. Los cuales asistieron a terapia primordialmente por presentar dificultades de tipo personales en el área emocional , en segundo lugar, por problemas en las interrelaciones (sociales, familiares y de pareja). Respecto al perfil del MMPI que se obtuvo para este grupo se observó que en general los sujetos que asistieron a la terapia trataron de ofrecer una imagen favorable de sí mismos, aunque con cierta limitación para reconocer su propia problemática, creen poder resolver los problemas sin necesidad de ayuda. Los puntajes de las escalas clínicas se mantuvieron dentro de los parámetros del promedio o de la gente sin patología demasiado disfuncional ya que en general son sujetos que quizás pueden presentar dificultades en la aceptación de ciertas normas sociales, sin embargo, no presentan dificultades severas de adaptación ya que pueden establecer relaciones

interpersonales satisfactorias y favorables. Son personas levemente depresivas, pesimistas que tienden a estresarse y a elevar su nivel de angustia y ansiedad ante situaciones temporales que les preocupan, son realistas acerca de su salud y manifestaciones somáticas, la sensibilidad y necesidad en el control de emociones e impulsos son equilibradas, lo que puede estar relacionado a las habilidades que se deben ir desarrollando a lo largo de la formación académica y profesional .

* El Grupo de los No Desertores: Los datos demográficos, (sexo, edad, semestre, ocupación y estado civil), al igual que los motivos de consulta se distribuyeron en características y proporciones semejantes a las que se describieron para la población total. En lo que respecta al perfil del MMPI, este grupo, en general, trató de mostrar una imagen favorable de sí mismo, aunque su necesidad de ayuda y reconocimiento de las dificultades en el área emocional y social se hicieron evidentes, revelando la búsqueda de aceptación y tolerancia, así como la necesidad de dependencia; este grupo se caracterizó por presentar cierta inseguridad, tendencia al pesimismo y al aislamiento, reducción de la energía y características depresivas, parecieran sujetos que se estresan de una manera más intensa por lo que les preocupa y angustia aunque sea una situación temporal.

* El Grupo de los Desertores: Tampoco se encontró mucha variación en las variables demográficas, no obstante, en cuanto al motivo de consulta se pudo observar que la mayoría de los que conformaron este grupo, solicitó ayuda terapéutica por presentar dificultades en las relaciones interpersonales sobre todo en las familiares, el resto lo hizo por aspectos del área emocional, por la necesidad de orientación y toma de decisiones. Las características generales obtenidas por este grupo en el perfil del MMPI, describen a sujetos que han respondido honestamente a los reactivos, tienen confianza en sí mismos a pesar de que se les dificulta admitir los defectos y desventajas personales, por ello tratan de impresionar favorablemente, ofreciendo respuestas que parecen aceptables socialmente; en relación al control de sus propios impulsos, les resulta difícil darse cuenta la manera en que su conducta puede afectar a otros, se defienden con evasiones para parecer que no tienen dificultades y están bien; por ello resulta ineficaz, ya que el control de impulsos es posterior a su ocurrencia, ocasionando un aumento en los sentimientos de inseguridad, relacionados a ciertas características depresivas, se generan sentimientos de culpa y dificultades en las relaciones interpersonales porque se vuelven hipersensibles a las críticas y pesimistas en los contactos que establecen. Se caracterizan por ser independientes, inconformes, tratan de evitar responsabilidades y compromisos y es probable que su nivel de exigencia, de soluciones rápidas, prácticas o inmediatas, los lleven a rechazar la ayuda y abandonar el tratamiento terapéutico.

* Comparación entre ambos grupos: Para ambos grupos, los datos demográficos resultaron similares , en la distribución de las edades la mayoría de los que no desertaron tenían 21 años y los que desertaron 22 años.

En relación a sus motivos para solicitar psicoterapia la mayoría de los que desertaron buscaron este apoyo por dificultades familiares, mientras que los que no abandonaron su proceso terapéutico lo hicieron por reconocer dificultades en el área emocional, principalmente. A pesar de que los no desertores asisten a terapia por algún trabajo emocional, sus preocupaciones y angustias están asociadas a las dificultades que les trae el establecimiento de las relaciones sociales, ya que se sienten inseguros y necesitan demostraciones de aceptación y cierta dependencia, lo que puede resultar valioso sobre todo en la Psicoterapia de Grupo, pues estos sujetos al poder establecer la alianza terapéutica con el grupo y con el terapeuta , además de sentir un mayor compromiso , encuentran en la terapia un espacio donde poder ventilar sus preocupaciones y dificultades de tipo emocional.

Mientras que los Desertores, solicitan psicoterapia por conflictos familiares y sus problemas están relacionados con la dificultad en el control de los impulsos, (asociados con sentimientos de culpa e hipersensibilidad en las relaciones interpersonales). Esta incongruencia entre el motivo de consulta y la problemática subyacente que presentan los sujetos desertores está ligada a lo que refleja el perfil del MMPI en cuanto a la dificultad para reconocer su propia problemática, rechazando las sugerencias terapéuticas y

restando importancia a sus dificultades, esta limitación en la capacidad de insight resulta significativa para poder establecer el pronóstico del sujeto en la psicoterapia Grupal Breves, ya que estos datos describen a sujetos que no se comprometen ni involucran con el grupo y el proceso grupal, resultando difícil el establecimiento de la alianza terapéutica firme. La conjugación de la limitada capacidad de insight, las dificultades en el área de interrelaciones, la dificultad en el control de impulsos, junto con el nivel de angustia parecen ser índices de que estas personas no podrán soportar la presión y demanda que exige la Psicoterapia Grupal Breve con Objetivos Focalizados.

LIMITACIONES

* Una de las principales limitaciones se refiere a la cantidad de sujetos que configuraron la muestra, la cual resultó demasiado pequeña para poder hacer generalizaciones, incluso para poder establecer comparaciones estadísticas entre el grupo de desertores (5 sujetos) y el grupo que concluyó su terapia.

* Las variables de sexo y estado civil, sobre todo estaban sesgadas, pues las características propias de la población que estudia en la UNAM, la carrera de Psicología, son mujeres solteras, por ello estos datos, era de esperarse que no variaran.

* Cuando ocurre una deserción es importante considerar los factores que pudieron haber influido por parte del sujeto a abandonar la terapia; como la falta de motivación, temor al enfrentamiento, por circunstancias externas o por las propias características del individuo y estas pueden verse de manera indirecta a través del análisis de los instrumentos y otras variables, sin embargo cuando se analiza la situación grupal y los factores que pueden influir por parte del terapeuta y de su relación con el paciente, estos elementos no pueden ofrecer suficiente ayuda.

* Los estudiantes del último semestre de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones del turno matutino formaron 4 grupos terapéuticos, sin embargo uno de ellos

tuvo que descartarse,(eliminando 9 casos) ya que el procedimiento que utilizaron los terapeutas difería en gran manera de los restantes grupos, incluso su fundamentación teórica se basaba en una combinación de enfoques, por lo que el manejo de grupo permitía abandonar la terapia en un momento determinado , sin ser visto como deserción.

* Otra limitación que se tuvo que enfrentar fué la reducida bibliografía existente a cerca de la deserción, pero aún es menor la cantidad de investigaciones realizadas sobre este fenómeno, ya que es difícil conseguir entrevistar y en algunos casos ubicar a quienes se retiran de la terapia, pues lo hacen sin previo aviso y sin intención de proporcionar información, no obstante en el caso de que esto pudiera darse sería muy enriquecedor conseguir información directa de los sujetos que se retiran de la terapia.

* No hay registros de las deserciones, a pesar de que se lleva control de los casos en los que se dan de baja los pacientes.

RECOMENDACIONES

* Sería conveniente en los próximos estudios analizar los otros instrumentos con los que se cuenta en el expediente del Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM, que son el HDL y el FES, quizás estudiando los aspectos socioeconómicos y la percepción de los sujetos respecto a su ambiente familiar se puedan hallar otro tipo de diferencias, y de allí tomar medidas preventivas en relación a los posibles desertores.

* Otra recomendación estaría orientada a realizar un estudio similar aumentando el número de la muestra, para ello se podría tomar un período más extenso en los que se ha dado terapia, bien sea considerando la labor de uno de los terapeutas o incluir varios terapeutas en un mismo período, entonces habría de considerar aquellas variables que influyen en la deserción y que provienen por parte del terapeuta y de la relación terapeuta paciente.

REVISION BIBLIOGRAFICA

1. Ander-Egg, E. (1984). *Psicología de la investigación*.
Argentina: El Cid.
2. Anzieu, D., Marin, J., (1971) *La dinámica de los grupos pequeños*.
Buenos Aires: Kapeluz
3. Bach, G. (1984) *Psicoterapia intensiva de grupo*.(3a. ed.)
Argentina: Hormé.
4. Balint, M. Ornstein, P.H y Balint, E. (1986). *Psicoterapia focal*.
Terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la
clínica Tavistovick. Buenos Aires : Gedisa
5. Bellack y Small (1990). *Psicoterapia breve y de emergencia*.
(6a reimpresión). México: Pax.
6. Fernandez, A.M., (1989) *El campo grupal*. Notas para una
genealogía. Buenos Aires: Nueva Visión.
7. Fiorini, H. J., (1990). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos
Aires: Nueva Visión
8. Foulkes, S. (1986). *Psicoterapia grupo analítica*. México: Gedisa.
9. Foulkes, S. y Anthony, E.S. (1964) *Psicoterapia psicoanalítica
de grupo*.(1a. ed). Argentina: Paidós.

10. Freud, S. (1981) . *Psicología de las masas y análisis del yo.*(4a. ed). Obras completas. Tomo 3. España: Biblioteca Nueva.
11. Grinberg, L. Langer, M. y Rodrigué E. (1957). *Psicoterapia de grupo.*Su enfoque psicoanalítico. Argentina: Paidós.
12. Graham, J. (1987). *MMPI guía práctica.*México: Manual Moderno.
13. Grotjham, M. (1979). *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica.* (1a. ed). Argentina : Paidós.
14. Kadis y colaboradores (1986). *Manual de psicoterapia de grupo.* (3a. reimpresión). México: Fondo de cultura económica.
15. Kerlinger, F. (1975). *Investigación del comportamiento.* Técnicas y metodología. (2a. ed). México: Interamericana
16. Malan, (1963). *Psicoterapia breve .* Argentina: Centro editor de américa latina.
17. Nuñez, R., (1979) *Aplicación del inventario multifásico de personalidad (MMPI) a la psicopatología.* 2ª edición .México: El Manual Moderno.
18. Palacios, A. (1975) *La técnica de grupo en psicoanálisis .* México: La prensa mexicana.

19. Portuondo, J., (1985) *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama*. México: Biblioteca Nueva
20. Rivera, O, Ampudia I., (1976) *El mmpi en la detección precoz de las alteraciones mentales en poblaciones universitarias :* Revista de Psiquiatría, Vol. 6, N°2, Mayo-Agosto, México.
21. Rivera, O. (1987). *Interpretación clínica y psicodinámica del MMPI* . México: Diana.
22. Rivera, O. (1991). *Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa*. México: Manual Moderno.
23. Sabino, C. (1978). *Metodología de la investigación*. Argentina: El Cid.
24. Selltiz, C. (1980) *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. España: Rialp.
25. Slavson, R. S., (1953) *Tratado de psicoterapia grupal analítica*. Argentina: Paidós.
26. Small, L. (1986). *Psicoterapias Breves*. (1a. reimpresión). México: Gedisa.

27. Speier . (1977) *Psicoterapia de grupo en la adolescencia*. Un enfoque basado en la expresión personal y simbólica. Buenos Aires: Nueva Visión.

28. Zimmermann, D. (1969). *Estudios sobre psicoterapia analítica de grupo* . Argentina: Paidós