

11241
1
20j

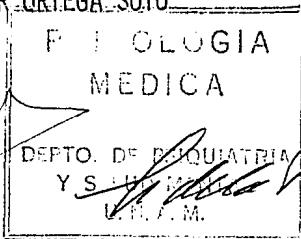
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DEPTO. DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA

" FACTORES CURATIVOS EN LA TERAPIA DE GRUPO : EL
VALOR COMPARATIVO DE LOS FACTORES CURATIVOS."

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA: TERESITA CELINA DIAZ MERCADO
TUTOR: DR: HECTOR ORTEGA SOTO
ASESOR: DR: HECTOR ORTEGA SOTO



FEBRERO, 1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN
V. b. agosto 83



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.

A Jerónimo mi hermano

por apoyarme y darme

ánimos para seguir

adelante.

A mis buenos maestros por

lo que me enseñaron,

A mis pacientes por lo que

de ellos aprendí.

INDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	41
OBJETIVOS.....	42
DISEÑO.....	44
POBLACIÓN ESTUDIADA.....	45
MÉTODO.....	46
PORCEDIMIENTO.....	47
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	52
CONCLUSIONES.....	54
INDICES DE GRÁFICAS.....	57
GRÁFICAS.....	
BIBLIOGRAFÍA.....	59

INTRODUCCION

ES EVIDENTE QUE SIEMPRE HUBO GRUPOS Y SIEMPRE LOS HABRÁ MIENTRAS EL HOMBRE EXISTA COMO FENÓMENO SOCIAL. EL GRUPO NO ES UNA INVENCION NI UN DESCUBRIMIENTO DEL HOMBRE, TIENE SUS RAÍCES EN LA NATURALEZA. EL AGRUPAMIENTO ES ESCENCIAL PARA LA SOBREVIVENCIA BIOLÓGICA Y PARA LA VIDA PSICOLÓGICA DEL HOMBRE, QUIEN UTILIZA CONCIENTEMENTE LOS GRUPOS PARA LOGRAR LA EXPANSIÓN DE SU PERSONALIDAD. EN LA SOBREVIVENCIA SOCIAL EN TODAS LAS FORMAS DE VIDA DE NUESTRO PLANETA SE HAYAN PRESENTES MANIFESTACIONES DE AGRUPAMIENTO SOLO MEDIANTE LAS RELACIONES GRUPALES, PUEDEN LOS INDIVIDUOS OBTENER EL MAYOR BENEFICIO Y SATISFACCIÓN.

SOLO A COMIENZOS DEL SIGLO XX, LOS GRUPOS Y LAS RELACIONES HUMANAS HAN ADQUIRIDO UN CARÁCTER POSITIVO Y EXPERIMENTAL. ANTERIORMENTE LAS OBRAS DEDICADAS A ESTE DOMINIO TENÍAN UN CARÁCTER DE MODELOS TEÓRICOS PRESENTANDO CARACTERÍSTICAS RACIONALISTAS Y RÍGIDAS.

JOSEPH PRATT FUE EL PRIMERO EN DESCRIBIR (1905), EL PRIMER GRUPO DE PSICOTERAPIA EN GRUPOS DE TUBERCULOSOS, SUS ESFUERZOS DESEMBOCARON EN 1920 EN LA FORMACIÓN DE CLUBS TERAPÉUTICOS PARA ENFERMOS MENTALES, ALCOHÓLICOS, NIÑOS CON TRASTORNOS

DEL CARÁCTER O RETRASADOS MENTALES. EN EUROPA, EN 1920 JACOB MORENO EMPEZÓ A EMPLEAR TÉCNICAS TEATRALES PARA HACER QUE LOS PACIENTES REPRESENTARAN SUS SITUACIONES O PROBLEMAS EN SU AMBIENTE DE GRUPO. SE CONOCIÓ POSTERIORMENTE COMO PSICODRAMAS A FINALES DE LA DÉCADA DE LOS 20'S., A PRINCIPIO DE LOS 30'S. Y DE 1940.

KURT LEWIN, EMPEZÓ A PONER EN RELIEVE LA IMPORTANCIA DE LAS ALTERACIONES DE LOS MIEMBROS Y PLANTEÓ EL CRITERIO DE LA DINÁMICA DE GRUPO. ÉL FUÉ EL CREADOR DEL TÉRMINO "DINÁMICA DE GRUPOS" Y PROMOTOR DE ESTA INTEGRACIÓN. LA EXPRESIÓN APARECE EN 1944 EN UN ARTÍCULO DE LEWIN DEDICADO A LAS RELACIONES ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL.

EN NACIMIENTO DEL HOMBRE EMPEZÓ CON LOS PRIMEROS INDIVIDUOS DE LA ESPECIE HOMO - SAPIENS, LA HISTORIA HUMANA NO ES OTRA COSA QUE EL PROCESO DE ESE NACIMIENTO. LA NECESIDAD DE VINCULARSE CON OTROS SERES VIVOS, DE RELACIONARSE CON ELLOS, ES IMPERIOSA Y DE SU SATISFACCIÓN DEPENDE LA SALUD MENTAL DEL HOMBRE.

EL INDIVIDUO DE UN GRUPO PRIMITIVO PUEDE EXPRESAR SU SENTIMIENTO DE IDENTIDAD FORMULANDO "YO SOY NOSOTROS". AÚN NO PUEDE CONCEBIRSE A SÍ MISMO COMO UN INDIVIDUO EXISTENTE APARTE DEL GRUPO, EL SER HUMANO, EL RESTO DE SU VIDA DONDE QUIERA QUE VAYA, CUALQUIERA QUE SEAN LOS HORIZONTES DE SU DESTI-

SERÁ PARTE DE UN GRUPO. TALES GRUPOS LLAMÉNSE FAMILIA, CLÁN O MASA ANÓNIMA, INDUCIRÁ A SUS PUNTOS ESCENCIALES DE CONDUCTA EN GRUPOS OPERARÁN COMO ARTÍFICES QUE MODELARON PARA BIEN O PARA MAL, SU MATERIA PRIMA, SUS FANTASIAS MÁS CERCANAS, SUS PATRONES PRIMITIVOS DE RESPUESTA, EL GRUPO EXISTE.

CUANDO DOS O MÁS INDIVIDUOS SE PERCATAN DEL OTRO, ES CARACTERÍSTICO DE TODO GRUPO, ENCONTRARSE EN ESTADO DE TENSIÓN, SER ATRAIDO O REPELIDOS UNOS POR OTROS Y MOSTRAR UNA TENDENCIA FRANCA AL EQUILIBRIO HOMEOSTÁTICO AL MISMO TIEMPO, ESTAR EN CONSTANTE AMENAZA SU INTEGRACIÓN. EXISTEN FUERZAS COHESIVAS Y TAMBIÉN ACTIVIDAD DISRUPTORA.

LA DINÁMICA DE GRUPOS HIJA DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL NACIÓ AJENA AUNQUE CONTEMPORÁNEA DEL PSICOANÁLISIS EN 1883 CON LOS TRABAJOS DE WARD L. F.

POSTERIORMENTE MUY POCO DESPUÉS SE HICIERON NUEVOS PROGRESOS CON DURKHEIM A QUIEN YA SE HABÍA MENCIONADO PARA QUIEN LA CONDUCTA HUMANA SOLO PUEDE EXPLICARSE, CONOCIENDO LA ESTRUCTURA COLECTIVA EN ESPECIAL, LAS REPRESENTACIONES COLECTIVAS QUE SON EL PRODUCTO DE LA UNIÓN DE INDIVIDUOS EN LA VIDA GRUPAL PARA EL, LA FUSIÓN DE INDIVIDUOS EN UNA UNIÓN COMÚN NO ES UN PROCESO ADITIVO DE LAS EXPERIENCIAS INDIVIDUALES, SINO QUE EL TOTAL NO ES LA SUMA DE LAS PARTES SOLAMENTE, LE BON, TAN CITADO POR FREUD APORTÓ ANTES EL CONCEPTO DE MENTALIDAD CO-

LECTIVA SIN TENER LA PRECISIÓN DE DURKHEIM, EL PRIMERO FUE ENRIQUECIDO POR OTROS AUTORES COMO LÉVY-BRUHL.

COOLEY CH. H. ESTABLECE EL CONCEPTO DE GRUPO PRIMARIO EN EL CUAL VE UNA ESTRUCTURA PSICOLÓGICA REPRESENTADA POR UN SENTIMIENTO DE CERCA, IDENTIFICACIÓN O INTIMIDAD. EL AUTOR CONSIDERABA QUE EL PROCESO Y EL CONTROL SOCIAL HALLAN SU ORIGEN EN LAS INTERACCIONES ÍNTIMAS CARA A CARA QUE SON CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO PRIMARIO.

ES MUY SENSIBLE A LAS OPINIONES Y LOS ACTOS DE LOS OTROS; EN EL SE DESARROLLAN SU NATURALEZA HUMANA Y SU PERSONALIDAD.

EL SUJETO APRENDE VICARIAMENTE DE LA EXPERIENCIA DE LOS DEMÁS, M. S. OLMSTED AL REFERIRSE AL GRUPO MENCIONA QUE NI LA PROXIMIDAD FÍSICA NI EL INTERÉS COMÚN CONSTITUYEN UN GRUPO.

UN GRUPO ESTÁ DEFINIDO COMO UNA PLURALIDAD DE INDIVIDUOS QUE SE HALLAN EN CONTACTO LOS UNOS CON LOS OTROS QUE TIENEN EN CUENTA LA EXISTENCIA DE UNOS Y OTROS Y QUE TIENEN CONCIENCIA DE CIERTO ELEMENTO COMÚN DE IMPORTANCIA QUE LOS MIEMBROS POSEEN ALGO EN COMÚN Y QUE CREEN QUE ESE ALGO ESTABLECE UNA DIFERENCIA; GRUPO PEQUEÑO Y GRUPOS PRIMARIOS, EL PEQUEÑO HACE AL NÚMERO DE LOS MIEMBROS Y NO AL GRADO DE IMPORTANCIA DE LOS QUE LO INTEGRAN LA MAYORÍA DE LOS GRUPOS PRIMARIOS SON PE

QUEÑOS CON EXCEPCIÓN DE MONASTERIOS Y COMUNIDADES SIMILARES DONDE EL GRAN NÚMERO DE PERSONAS VIVEN, PRESUMIBLEMENTE, EN INTIMIDAD Y HERMANDAD, EL GRUPO PRIMARIO TIENE POR FUNCIÓN OFRECER ENTRENAMIENTO Y SOSTÉN, FAVORECE AL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS INDIVIDUOS, DOTÁNDOLOS DEL CONTEXTO NECESARIO DENTRO DEL CUAL TIENE LUGAR EL DESENVOLVIMIENTO INTELECTUAL Y EMOCIONAL ES INDUDABLE QUE EL EJEMPLO MÁS EVIDENTE DE ESTE PROCESO ESTÁ DADO POR EL GRUPO PRIMARIO CONOCIDO COMO FAMILIA.

PROPORCIONA SATISFACCIONES AFECTIVAS O RESPUESTA PERSONAL, GRATIFICACIONES PSÍQUICAS O PLACERES. ESTA VALUACIÓN POSITIVA Y SUBJETIVA DE PORQUÉ LOS INDIVIDUOS QUIEREN FORMAR PARTE DE SUS GRUPOS, PARECE TENER UN CARÁCTER UNIVERSAL.

ANTECEDENTES

A PARTIR DE 1955 SE CREÓ EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO EL PRIMER PROGRAMA DE SALUD MENTAL PARA ESTUDIANTES Y CASI DESDE 1973 AÑO EN QUE FUE INAGURADO EL NUEVO EDIFICIO Y AMPLIADO EL PROGRAMA A TODOS LOS ESTUDIANTES DE CIUDAD UNIVERSITARIA SE INICIÓ LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO COMO UNA FORMA DE TRATAMIENTO, MÁS FUERON EN UN INICIO ESCASOS LOS GRUPOS, EN LA ACTUALIDAD CONSTITUYEN UNA MODALIDAD TERAPÉUTICA MUY UTILIZADA.

DESDE 1973 A 1980 NO SE LLEVÓ UN REGISTRO ESCRITO EN RELACIÓN A ESTOS GRUPOS. ES HASTA EL AÑO DE 1981 CUANDO SE CONTEMPLASE EXCLUSIVAMENTE EL NÚMERO, EL TURNO CORRESPONDIENTE, NÚMERO DE INTEGRANTES Y SEXO. LA DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS POR AÑOS ES LA SIGUIENTE:

AÑO	NO. DE GRUPOS	MATUTINO	VESPERTINO
1981	9	3	6
1982 - 1983	22	9	13
1984-1985	22	10	12
1986	8	4	4
1987	8	5	3
1988	11	5	6
1989	12	6	6
1990	11	5	6

1991	12	6	6
1992	7	3	4

PSICOTERAPIA DE GRUPO

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO ES UNA FORMA DE TRATAMIENTO EN LA QUE SE PRODUCEN CAMBIOS BENÉFICOS EN PACIENTES ALTERADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA EMOCIONAL COMO RESULTADO DE SUS INTERACCIONES CON OTROS PACIENTES Y, POR LO MENOS, UN TERAPEUTA PROFESIONAL CAPACITADO EN UN AMBIENTE DE GRUPO. LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CONSISTEN TANTO EN ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS COMO EN RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS INTRAPSÍQUICOS E INTERPERSONALES. LOS INSTRUMENTOS A LOS QUE RECURRE EL TERAPEUTA SON EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y TEORÍAS APLICADAS DE LA PSICODINÁMICA INDIVIDUAL Y DE LOS SISTEMAS INTERPERSONALES.

AUNQUE LAS ACTIVIDADES DE AUTOAYUDA, EL POTENCIAL HUMANO Y LOS GRUPOS QUE INCREMENTAN LA PERCEPCIÓN DEL MUNDO PUEDEN CONSIDERARSE TAMBIÉN TERAPÉUTICOS.

LA EXPERIENCIA CLÍNICA Y LAS PRUEBAS ANECDÓTICAS PARECEN CONFIRMAR QUE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO ES EFICAZ PARA LAS CATEGORÍAS APROPIADAMENTE SELECCIONADAS DE PACIENTES.

SE HAN INFORMADO ÉXITOS EN SITIOS DE TRATAMIENTO DE PACIENTES INTERNADOS Y EXTERNOS, Y CON PACIENTES TANTO PSICÓTICOS COMO NO PSICÓTICOS. SE HAN ACONSEJADO DIVERSOS CRITERIOS TEÓRICOS PARA LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

DESDE 1975 EN DIVERSAS RELIGIONES SE HA CONCLUIDO

QUE ESTA MODALIDAD TERAPÉUTICA ES EFICAZ PARA LOS PACIENTES QUE TIENEN TRASTORNOS NEURÓTICOS Y DE LA PERSONALIDAD, ESQUIZOFRENIA, ALCOHOLISMO Y ENFERMEDADES MÉDICAS, ENTRE ELLAS ASMA, INFARTO DEL MIOCARDIO, OBESIDAD, DOLOR CRÓNICO Y ÚLCERA. SE HA OBSERVADO QUE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO ES TAN EFICAZ E INCLUSO MÁS QUE LA INDIVIDUAL EN ESTUDIOS EN QUE SE COMPARAN DIRECTAMENTE AMBOS MÉTODOS.

EL NUMERO DE PACIENTES

LA MAYOR PARTE DE LOS GRUPOS ESTÁN CONSTITUIDOS POR 6 A 12 PACIENTES, Y SUELE DECIR QUE 8 ES EL NÚMERO ÓPTIMO. LA PARTICIPACIÓN D 4 O MENOS PACIENTES INHIBE LA EXPRESIÓN LIBRE PORQUE LOS MIEMBROS TEMEN NO CONCORDAR A MENOS QUE SE MARCHE ALGUNO, CUANDO UN NÚMERO ES MAYOR DE 12 HAY POCO TIEMPO PARA DEDICARLO A CADA PACIENTE.

LOS GRUPOS DE PACIENTES INTERNADOS TIENEN A SER ABIERTOS, EN LOS GRUPOS CERRADOS LOS CASOS SE CONSERVAN IGUAL DURANTE PERÍODOS PROLONGADOS SIN QUE SE AÑADEN NUEVOS MIEMBROS.

LOS LÍMITES DE EDAD DE LOS PACIENTES DE LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES ADOLESCENTES GERIÁTRICOS SE TRATAN EN GRUPOS HOMOGÉNEOS FORMADOS DE MANERA ESPECÍFICA CON LA FINALIDAD DE AFRONTAR LOS PROBLEMAS DE LAS PERSONAS DE ESTOS GRUPOS DE EDAD.

FASES DEL DESARROLLO DEL GRUPO

SE HAN DESCRITO NUMEROSAS FASES (BECK, 1981 IDENTIFICÓ NUEVE FASES). LA MAYOR PARTE DE LOS MODELOS CONCEPTUALES SEÑALAN 3 FASES PRINCIPALES DEL DESARROLLO DEL GRUPO. LA PRIMERA FASE SE CARACTERIZA POR PARTICIPACIÓN ANSIOSA Y ESTABLECIMIENTO DE NORMAS INICIALES DEL GRUPO; LOS MIEMBROS DEPENDEN DEL TERAPEUTA PARA LA ORIENTACIÓN Y LA APROBACIÓN.

DURANTE ESTA FASE DEBEN DE SER CAPACES DE PERSIBIR ALGUNA FINALIDAD COMÚN POR ESTAR ALLI Y DELCARAR SUS MÉTODOS INDIVIDUALES, EN TANTO QUE EL TERAPEUTA TRABAJA CON TRANQUILIDAD COMENTANDO EL ESTABLECIMIENTO DE LAZOS ENTRE LOS MIEMBROS. LA SEGUNDA FASE SE CARACTERIZA POR CONFLICTOS TENDENCIA AL DOMINIO Y ESTABLECIMIENTO DE JERARQUÍA, LEY DEL MÁS FUERTE ENTRE LOS PACIENTES FEMENINOS SE CONSIDERA AL TERAPEUTA UNA FIGURA APROPIADA CONTRA LA QUE SE DEBE PRODUCIR LA REBELIÓN. TERCERA FASE SE ESTABLECE UNA COHESIVIDAD VERDADERA EN EL GRUPO SIMULTÁNEAMENTE CON UNA SENSACIÓN DE INTIMIDAD AFECTO MUTUO, NECESIDAD ENTRE SUS MIEMBROS.

TIPOS DE GRUPOS Y PSICOTERAPÉUTICOS

TIPOS DE GRUPOS DE PSICOTERAPIA.- PSICOANALÍTICO, INTERACCIONAL, ANÁLISIS TRANSACCIONAL, GESTAL, PSICODRAMA, EXISTENCIAL, DE LA CONDUCTA,

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO ES UN MÉTODO ESTABLECIDO DE TRATAMIENTO EN EL CUAL LOS PACIENTES PUEDEN LOGRAR ALIVIO DE SUS SÍNTOMAS Y RESOLUCIÓN DE SUS PROBLEMAS INTRAPSIQUICOS E INTERPERSONALES COMO RESULTADO DE LAS INTERACCIONES CON OTROS PACIENTES Y CON EL TERAPEUTA, TANTO EN CENTROS DE PACIENTES INTERNADOS COMO EN GRUPOS DE PACIENTES EXTERNOS. DEBEN TOMARSE EN CUENTA LAS CONDICIONES DIAGNÓSTICAS Y LOS FACTORES PSICODINÁMICOS INDIVIDUALES CUANDO SE ENVÍA A LOS PACIENTES A LOS GRUPOS ADECUADOS Y SON POCAS LAS CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS. LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS PUEDEN SER HETEROGÉNEOS (DIVERSOS TRASTORNOS U HOMOGÉNEOS) (LA MISMA ALTERACIÓN), ABIERTOS O CERRADOS. LA PREPARACIÓN ADECUADA DE LOS PACIENTES PARA LA PSICOTERAPIA DE GRUPO REDUCE EL NÚMERO DE ABANDONOS, ALGUNOS PACIENTES SE BENEFICIAN CON LA TERAPÉUTICA COMBINADA O LA CONJUNTA EN LAS CUALES SE TRATA DE MANERA TANTO INDIVIDUAL COMO EN GRUPO DURANTE EL MISMO PERÍODO.

LA APORTACION DE FREUD A LOS GRUPOS HUMANOS

LAS IDEAS DE FREUD (1921) PUEDEN RESUMIRSE DE FORMA MÁS BREVE, DADO QUE GRAN PARTE DE SU CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO PSICOLÓGICO ESTÁ FORMADA POR LA DE LEON Y LA McDUGAL. TRATA DE EXPLICAR LAS ESPECIALES CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO, EN PRIMER LUGAR EL INCREMENTO DE SU EMOTIVIDAD. EN RELACIÓN CON SU TEORÍA PSICOANALÍTICA, POR EJEMPLO, EN VEZ DE CONTEMPLAR LA PSICOLOGÍA DEL GRUPO COMO LA REGRESIÓN AL INCONCIENTE RACIONAL DE LEON, FREUD CONSIDERA QUE EL GRUPO ESTÁ DIRIGIDO POR EL ELLO Y POR LOS IMPULSOS REPRIMIDOS, LAS TENDENCIAS BIOLÓGICAS INCONSCIENTES Y LOS COMPONENTES ANTISOCIALES DE LA PERSONALIDAD, SUS CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES CONSISTEN EN QUE LA GENTE SE COMPORTA DE FORMA CUALITATIVAMENTE DISTINTA EN LOS SENOS DE LOS GRUPOS A CAUSA DEL ADVENIMIENTO A LA SUPERFICIE DE LOS IMPULSOS INSTINTIVOS; EN QUE LA FORMACIÓN DE GRUPOS SE BASA EN LAZOS (SEXUAL-EMOCIONAL) SURGIDOS ENTRE SUS MIEMBROS; " EN QUE LA SUGESTIÓN ", ES INFLUENCIA MEDIDA POR ESOS LAZOS ERÓTICOS; DE AHÍ SU PREVALENCIA EN EL INTERIOR DEL GRUPO, Y EN QUE TALES LAZOS EMOCIONALES SE DERIVAN DE DOS FORMAS INTERRELACIONADAS DE IDENTIFICACIÓN DE PARTE DE LOS MIEMBROS LA IDENTIFICACIÓN PRIMARIA CON EL LÍDER DE FORMA QUE ESTE SE CONVIERTE EN PARTE DEL YO IDEAL, LO QUE LLEVA A LA IDENTIFICACIÓN MUTUA DE LOS MIEMBROS A CAUSA DE SU RELACIÓN COMPARTIDA CON EL LÍDER.

LEBON, MCDUGAL Y FREUD PRESUPONEN LA EXISTENCIA DE LA PSICOLOGÍA CARACTERÍSTICA DEL GRUPO Y TRATAN DE ANALIZARLA, LA EXPLICACIÓN DE LEBON CONSISTE EN SUMERGIR EL YO Y LA PERSONALIDAD INDIVIDUAL Y CONCIENTES EN EL INCONCIENTE RACIAL COMPARTIDO Y CONSIDERANDO LA INFLUENCIA MUTUA SE BASA EN UN PROCESO IRRACIONAL DE SUGESTIÓN.

MCDUGAL POSTULA UN PROCESO MUCHO MÁS COMPLEJO DE DESARROLLO DE LA VIDA MENTAL COLECTIVA DESDE UNA MÍNIMA EXPERIENCIA COMÚN E INTERACTIVA, HASTA LA AUTOCONCIENCIA DEL GRUPO BASADA EN LA SEMEJANZA COGNITIVA Y MOTIVACIONAL EN LA SIMPATÍA PRIMITIVA, EN LA DESPERSONALIZACIÓN, Y MUY IMPORTANTE EN LA EMERGENCIA DE UNA CONTINUIDAD Y ORGANIZACIÓN SOCIAL.

PARA FREUD LA UNIDAD PSICOLÓGICA DEL GRUPO SURGE DE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS LAZOS EMOCIONALES Y LA SUGESTIÓN Y DEL CONTENIDO COMPORTAMENTAL DEL ELLO QUE ES EL DEPÓSITO INSTINTIVO DE LA PERSONALIDAD.

LOS TRES INSISTEN EN EL PAPEL QUE DESEMPEÑA LOS INSTINTOS Y LAS EMOCIONES, LA CONCIENCIA O INCONCIENCIA DEL YO Y LA IDENTIDAD.

YA INDICAMOS QUE FREUD SE INTERESÓ DIRECTAMENTE POR LA PSICOLOGÍA COLECTIVA; PERO LUEGO LOS CONCEPTOS Y MODELOS ANALÍTICOS EJERCIERON UNA INFLUENCIA DECISIVA SOBRE NUMEROSOS

CLÍNICOS ORIENTADOS HACIA LA PSICOLOGÍA. ELLOS EXPLICAN CON FACILIDAD ANTE TODO PORQUÉ EL FREUDISMO CONSTITUYE EL TIPO MISMO DE UN ENFOQUE DINÁMICO DE LA CONDUCTA; Y LUEGO DEBIDO AL DESARROLLO DE LA TERAPIA DE GRUPO, QUE DEBÍA PONER A LOS PSIQUIATRAS FRENTE A LOS PROCESOS COLECTIVOS A MENUDO SE OPO NE LA TENDENCIA CLÍNICA A LA TENDENCIA EXPERIMENTAL Y SE SUB RAYA QUE EN LA PRIMERA SE ATIENE A LAS SITUACIONES VIVIDAS, QUE ANALIZA EN TÉRMINOS DE PSICOLOGÍA INDIVIDUAL (MOTIVA- CIÓN, ANSIEDAD, DEFENSA, DECISIONES,), EN TANTO QUE EN LA SEGUNDA TRABAJA CON SITUACIONES CONSTRUIDAS ARTIFICIALMENTE CON LA AYUDA DE CONCEPTOS TOMADOS DE LAS CIENCIAS FÍSICAS, EQUILIBRIO DE FUERZAS, REDES, VALENCIAS,), SIN EMBARGO, SE ENCUENTRAN VARIAS ANALOGÍAS FISCALISTAS EN EL LENGUAJE DEL PROPIO FREUD, PERO SOBRE TODO CIERTOS TÉRMINOS Y PROCESOS PARECEN SER COMUNES Y TRASESPECÍFICOS EN ESPECIAL LOS DE TEN SIÓN, RESISTENCIA, CONFLICTO, Y ALCANCE ES TANTO INDIVIDUAL COMO COLECTIVA, PSICOLÓGICO COMO SOCIOLÓGICO.

LA POSICIÓN REAL SOLO SUBSISTE EN LA MEDIDA EN QUE CIERTOS INVESTIGADORES TIENDEN A REDUCIR EL MECANISMO DE LOS GRUPOS. LOS MODELOS FREUDIANOS DE LA FAMILIA (LA RELACIÓN EN- TRE PADRE E HIJO Y LA DE LOS HERMANOS ENTRE SÍ), Y A RECHAZAR TODA INTERPRETACIÓN EN TÉRMINOS AJENOS AL SISTEMA DE LA PESO- NALIDAD (EN ESPECIAL LOS DE DESEOS, IDENTIFICACIÓN, FRUSTRA- CIÓN), INCLUSO A NEGAR LA INFLUENCIA DE LAS NORMAS ESPECÍFI- CAMENTE COLECTIVAS SOBRE LAS CONDUCTAS (REDUCIÉNDO POR EJEMPLO

LA PRESIÓN INTERNA DE UN GRUPO SOBRE SUS MIEMBROS A UN JUEGO DE IDENTIFICACIÓN INTERINDIVIDUAL, LOS PRINCIPALES REPRESENTANTES DE LA CORRIENTE PSICOANALÍTICA, SON SIN DUDA LOS CLÍNICOS INGLESES DEDICADOS A LA TERAPIA DE GRUPO (BION), LA FORMACIÓN DE BALINT O A LA INTERVENCIÓN (JACQUES), LOS TRABAJOS DE BION, CUYA OBRA PRINCIPAL EXPERIENCES IN GROUP CONTRIBUYERON EN GRAN MEDIDA A ESCLARECER LOS ASPECTOS INCONCIENTES DE LA VIDA COLECTIVA, EN TÉRMINOS MÁS GENERALES TODOS LOS INVESTIGADORES QUE SE INTERESAN POR LA VIDA AFECTIVA DE LOS GRUPOS TOMARON UNA PARTE DE SUS CONCEPTOS Y SUS MÉTODOS DEL ARSENAL PSICOANALÍTICO, LA MAYORÍA DE ELLOS SE ESFUERZAN POR ASOCIARLE OTROS RECURSOS TOMADOS DE LEWIN O DE ROGERS.

EL CONCEPTO DE SLAVSON ES QUE LOS ELEMENTOS COMUNES EN TODA PSICOTERAPIA INCLUYENDO LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO SON: RELACIÓN TRANSFERENCIA, CATÁRSIS, INSIGHT, PRUEBA DE REALIDAD, Y SUBLIMACIÓN. CREE QUE AUNQUE LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL PROPORCIONA LOS PRIMEROS TRES ELEMENTOS NO APORTA LOS DOS RESTANTES, COMO PARTE DE LA SITUACIÓN DEL TRATAMIENTO, LA TERAPIA DE GRUPO POR EL CONTRARIO, PROPORCIONA ESTOS CINCO ELEMENTOS DENTRO DE LA SITUACIÓN DE GRUPO, VARIOS TIPOS DE RELACIÓN PUEDEN LLEVAR AL APOYO MUTUO A LA POSIBLE DESCARGA DE LA AGRESIVIDAD O A LA MITIGACIÓN DE LOS SENTIMIENTOS DE CULPA. LOS SUBGRUPOS CARACTERÍSTICOS QUE TIENDEN A CREARSE DENTRO DEL GRAN GRUPO TERAPÉUTICO OFRECEN ALGO DE RECONOCIDO

VALOR A CADA UNO DE LOS PARTICIPANTES DE ACUERDO A LA SITUACIÓN ESPECÍFICA.

LA TRANSFERENCIA DENTRO DEL GRUPO OCURREN CICLOS TANTO LOS SENTIMIENTOS POSITIVOS COMO LOS NEGATIVOS PUEDEN SER INTENSIFICADOS MEDIANTE LA IDENTIFICACIÓN Y LA RIVALIDAD.

FACTORES CURATIVOS

ALTRUISMO FACTOR 1

LA BASE DEL ALTRUISMO ES QUE EL PACIENTES PUEDE SENTIRSE MEJOR Y/O APRENDER ALGO DISPOSITIVO DE SÍ MISMO, A TRAVÉS DE LA AYUDA QUE PRESTA A OTROS MIEMBROS DEL GRUPO.

ESTE FACTOR OPERA CUANDO EL PACIENTE:

- OFRECE APOYO, TRANQUILIDAD, SUGERENCIAS O COMENTARIOS PARA AYUDAR A OTROS MIEMBROS DEL GRUPO.
- COMPARTE PROBLEMAS SIMILARES CON EL PROPÓSITO DE AYUDAR A OTROS MIEMBROS DEL GRUPO.
- SE SIENTE NECESITARIO Y ÚTIL.
- PUEDE OLVIDARSE DE SÍ MISMO EN FAVOR DE OTROS MIEMBROS DEL GRUPO.

EN LOS GRUPOS DE TERAPIA LOS PACIENTES TAMBIÉN -
RECIBEN DANDO, NO SÓLO COMO PARTE DE LA SECUENCIA RECÍPROCA
DE DAR Y RECIBIR, SINO TAMBIÉN EN EL ACTO INTRÍNSECO DE DAR.
LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS QUE EMPIEZAN LA TERAPIA ESTÁN

DESMORALIZADOS Y POSEEN UN PROFUNDO SENTIMIENTO DE NO TENER NADA DE VALOR PARA OFRECERLE A LOS DEMÁS. DESDE HACE MUCHO SE HAN CONSIDERADO UN ESTORBO, Y ES UNA EXPERIENCIA CONSOLADORA Y QUE EXALTA EL AMOR PROPIO DESCUBRIR QUE PUEDEN SER IMPORTANTES PARA LOS OTROS.

DESDE LUEGO, LOS PACIENTES SE AYUDAN ENORMEMENTE LOS UNOS A LOS OTROS, EN EL DESARROLLO DEL GRUPO TERAPÉUTICO. OFRECEN APOYO, SEGURIDAD, SUGERENCIAS, IDEAS, Y COMPARTEN PROBLEMAS SIMILARES MUTUOS. CON FRECUENCIA LOS PACIENTES ESCUCHAN Y ABSORBEN LAS OBSERVACIONES DE LOS OTROS MIEMBROS CON MÁS FACILIDAD QUE LAS DEL TERAPEUTA DEL GRUPO. PARA MUCHOS, EL TERAPEUTA CONSERVA SU IDENTIDAD DE PROFESIONAL. ESTE FACTOR CURATIVO TAMBIÉN ES USUAL EN OTROS SISTEMAS PSICOTERAPÉUTICOS.

EL ALTRUISMO DESEMPEÑA UNA PARTE IMPORTANTE EN EL PROCESO CURATIVO. LA GENTE NECESITA SENTIRSE NECESARIA.

HAY OTRO BENEFICIO MÁS SUTIL, INHERENTE AL ACTO ALTRUISTA. MUCHOS PACIENTES SE ENCUENTRAN INMERSOS EN UN ENSIMISMAMIENTO MORBOSO, QUE TOMA LA FORMA DE UNA INTROSPECCIÓN OBSESIVA O DE UN ESFUERZO DESESPERADO POR "REALIZARSE" A SÍ MISMOS. PERO LA AUTORREALIZACIÓN O EL SIGNIFICADO EN LA VIDA NO PUEDEN LOGRARSE POR MEDIO DE UN ESFUERZO CONSCIENTE DELIBERADO.

LA TERAPIA DE GRUPO, IMPLÍCITAMENTE, LE ENSEÑA A SUS MIEMBROS ESTA LECCIÓN Y LES OFRECE UNA NUEVA PERSPECTIVA CONTRASOLIPSÍSTICA.

COHESION DE GRUPO - FACTOR 2

LA COHESIÓN ES UNA PROPIEDAD BÁSICA DE LOS GRUPOS, "EL RESULTADO DE TODAS LAS FUERZAS QUE ACTÚAN EN TODOS LOS MIEMBROS PARA PERMANECER EN EL GRUPO", "LA ATRACCIÓN QUE EJERCE EL GRUPO SOBRE SUS MIEMBROS".

HAY UNA DIFERENCIA ENTRE LA COHESIÓN TOTAL DEL GRUPO Y LA COHESIÓN DE UN SOLO MIEMBROS (O, MÁS ESTRICTAMENTE, LA ATRACCIÓN QUE SIENTE EL INDIVIDUO HACIA EL GRUPO). SE MIDE SUMANDO EL NIVEL DE ATRACCIÓN QUE SIENTE CADA MIEMBRO HACIA EL GRUPO, LOS MIEMBROS DEL GRUPO SON ATRAÍDOS EN FORMA DIFERENTE POR ÉSTE, "LA COHESIÓN DEL GRUPO" NO ES PER SE UN FACTOR CURATIVO, SINO UNA CONDICIÓN PREVIA NECESARIA PARA LA EFICACIA DE LA TERAPIA, LA COHESIÓN DEL GRUPO FOMENTA EL DESARROLLO DE OTROS FENÓMENOS IMPORTANTES, NO ES SINÓNIMO DE ACEPTACIÓN MUTUA DE LOS MIEMBROS; LOS GRUPOS QUE TIENEN MIEMBROS QUE SE COMPRENDEN Y SE ACEPTAN MUTUAMENTE, POR DEFINICIÓN, TIENEN COHESIÓN.

LA COHESIÓN GRUPAL SE DESARROLLA A PARTIR DE LA UNIÓN DE LOS INDIVIDUOS EN TORNO A UN OBJETIVO O INTERÉS COMÚN A TODOS AQUELLOS QUE PARTICIPAN EN UN ESFUERZO COMPARTIDO: ESTA COMUNIDAD DE PROPÓSITO Y ESTE CARÁCTER CENTRAL DE LA CATEXIA DEL OBJETIVO DESDIBUJAN O SUBORDINAN LOS OBJETIVOS O INTERESES INDIVIDUALES. LA COHESIÓN GRUPAL SE PRODUCE CUANDO PREDOMINAN LA EMPATÍA Y LA HOMOGENEIDAD SOCIOCULTURAL.

EL GRUPO SE FUNDE EN UN TODO UNITARIO COMO EN EL CASO DE LA INTEGRACIÓN, PERO CON UNA DIFERENCIA IMPORTANTE.

EN LA INTEGRACIÓN, EL FOCO OPERATIVO ES EL INDIVIDUO, EN CUANTO SE RELACIONA CON OTROS MIEMBROS DEL GRUPO. LA INTEGRACIÓN PUEDE PRODUCIRSE AUN CUANDO LOS SENTIMIENTOS SEAN MODERADAMENTE ANTAGÓNICOS POR PARTE DEL SUJETO RESPECTO DE ALGUNOS OTROS MIEMBROS DEL GRUPO O DE UNA PARTE DE ÉSTOS RESPECTO DE ÉL. SÓLO ES NECESARIO QUE EL INDIVIDUO COMPARTA EL OBJETIVO O EL INTERÉS PRINCIPAL DEL GRUPO Y SE ADAPTE A SUS PROPÓSITOS, CÓDIGOS Y COSTUMBRES.

ES COHESIVO EL GRUPO QUE FUNCIONA COMO UNIDAD, CON UN GRADO DESPRECIABLE O PEQUEÑO DE FRICCIÓN O DE PERCEPCIÓN DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES. UN GRUPO QUE ACTÚE PARA LA EJECUCIÓN DE UN PROYECTO PUEDE MOSTRAR CON ALTO GRADO DE COOPERACIÓN Y NO SER NO OBSTANTE COHESIVO, SI LA FIDELIDAD MU-

TUA QUE PUEDA EXISTIR NO ES DE UNA NATURALEZA PREDOMINANTE-
MENTE PERSONAL (EMOCIONAL), SINO MÁS BIEN EL RESULTADO DE LA
FUERZA UNIFICADORA DEL OBJETIVO COMÚN, EL INTERÉS CENTRAL O
EL FOCO AFECTIVO, EL SENTIMIENTO BÁSICO COMÚN Y SUBYACENTE
DEBE SER DE UNA ACEPTACIÓN Y AFECTO MUTUOS, INCONDICIONALES.

EL GRUPO EN QUE LIGAZÓN ENTRE SUS MIEMBROS ES ES-
TRECHA NO ES PROGRESISTA, NO RECIBE FAVORABLEMENTE A LOS RE-
CIÉN LLEGADOS NI A LAS NUEVAS IDEAS; O BIEN LOS RECHAZA DE
PLANO, O LOS ACEPTA SÓLO DESPUÉS DE PROLONGADA DUDA Y OPOSICIÓN.

LOS MIEMBROS DEL GRUPO CON UNA COHESIÓN ELEVADA MA-
NIFESTARON MAS ENERGÍA EN LAS ACTIVIDADES DE GRUPO MIENTRAS
QUE LOS MIEMBROS DE GRUPO CON POCA COHESIÓN SE PREOCUPAN ME-
NOS POR LAS ACTIVIDADES GRUPALES LA COHESIÓN DEL GRUPO SE RE-
FLEJA MEDIANTE NUMEROSAS CLASES DIFERENTES DE CONDUCTA DE
LOS MIEMBROS, SE HA LLEGADO A CALCULAR LA COHESIÓN MEDIANTE
LA FRECUENCIA RELATIVA CON LA QUE LOS MIEMBROS DEL GRUPO
USAN LAS EXPRESIONES "NOSOTROS Y YO", EN LA INTERACCIÓN VER-
BAL A TRAVÉS DE REGULARIDAD EN LA ASISTENCIA A LAS REUNIONES
DEL GRUPO Y APELANDO A PREGUNTAS DIRECTAS CON RESPECTO AL DE-
SEO DE LOS MIEMBROS DE PERMANECER EN EL GRUPO, DEBE EXISTIR
UN GRADO MÍNIMO DE COHESIÓN DE GRUPO PARA QUE ESTE CONTINÚE
FUNCIONANDO COMO TAL.

EN UNA INVESTIGACIÓN EN 1989, DEL ESTUDIO DEL CONCEPTO DE COHESIÓN EN TRATAMIENTO GRUPAL, BUDMAN S.H. Y COL. EXPLORARON LAS RELACIONES ENTRE COHESIÓN GRUPAL, ALIANZA Y RESULTADOS TERAPÉUTICOS, LA COHESIÓN SE MIDIÓ CON EL INSTRUMENTO: DE HARVARD COMMUNITY HEALTH PLAN GROUP COHESIVENESS SCALE PARA MEDIR LA ALIANZA TERAPÉUTICA LOS AUTORES MODIFICARON LA PENNSYLVANIA HELPING ALLIANCE SCALE QUE SE CALIFICÓ DE LOS VIDEOTAPES DE LAS SESIONES GRUPALES, AMBOS INSTRUMENTOS EMPLEARON OBSERVADORES ENTRENADOS PARA HACER CALIFICACIONES DE LOS GRUPOS COMO UN TODO, LOS RESULTADOS INDICAN QUE LOS CONCEPTOS COHESIÓN Y ALIANZA COMO FUERON MEDIDOS, SON CONCEPTOS RELACIONADOS,

ENCONTRARON TAMBIÉN QUE AMBOS PARECEN TENER UNA RELACIÓN CON LA MAYORÍA DE LA AUTOESTIMA Y LA REDACCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA.

DE LOS PACIENTES DE ESTOS GRUPOS, EXISTEN DIFERENCIAS CON RESPECTO A LA COHESIÓN COMO FACTOR TERAPÉUTICO: ETRIGGER, EN 1984 ENCONTRÓ LA COHESIÓN DE GRUPO APARENTEMENTE EXITOSA, RELACIONADA A LA DESAPARICIÓN DE LA SOCIEDAD POR NICOTINA, EN CONTRASTE CON ESTE ESTUDIO, LANDO H.A. Y COL. EN 1991 NO ENCONTRARON DIFERENCIAS DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO U OTRO PUNTAJE DE COHESIÓN DEL GRUPO QUE RESULTARA EN ABSITENCIA,

EN UNA INVESTIGACIÓN SOBRE LAS DIFICULTADES EN LA

PSICOTERAPIA DE GRUPO DE PACIENTES CON SIDA, TUNNELL G. Y COL. ENCONTRARON QUE EL SIDA CONSTITUYE UNA SITUACIÓN ÚNICA QUE HACE A LA PSICOTERAPIA DE GRUPO MAS COMPLEJA QUE CON OTRAS POBLACIONES:

- 1.- LA AMENAZA DE UNA MUERTE TEMPRANA
- 2.- UN CURSO DE ENFERMEDAD ALTAMENTE VARIABLE
- 3.- CONLLEVA UN ESTIGMA RELACIONADO A LA ENFERMEDAD Y A LOS ESTILOS DE VIDA PREEXISTENTES.

SE DISCUTEN LAS VÍAS ESPECÍFICAS EN QUE ESTOS 3 FACTORES INTERFIEREN EN EL ESTABLECIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA COHESIÓN DE GRUPO.

UNIVERSALIDAD - FACTOR 3

ESTE FACTOR OPERA CUANDO EL PACIENTE:

- RECONOCE QUE SUS PROBLEMAS NO SON EXCLUSIVOS
- PERCIBE QUE OTROS MIEMBROS DEL GRUPO TIENEN PROBLEMAS Y SENTIMIENTOS SIMILARES, Y ÉSTO REDUCE SU SENTIDO DE UNICIDAD.

- EXPERIMENTA EL SENTIMIENTO DE QUE NO ESTÁ SOLO CON SUS SENTIMIENTOS Y PROBLEMAS.

MUCHOS PACIENTES ENTRAN A LA TERAPIA CON EL INQUIETANTE PENSAMIENTO DE QUE SON ÚNICOS EN SU DESGRACIA, QUE SÓLO ELLOS TIENEN CIERTOS PROBLEMAS, IDEAS, IMPULSOS Y FANTASÍAS ATERRADORES O INACEPTABLES, MUCHOS PACIENTES HAN TENIDO UNA CONSTELACIÓN POCO USUAL DE ANGUSTIA VITAL, Y COMÚNMENTE LOS AGOBIA UN MATERIAL QUE POR LO GENERAL ES INCONSCIENTE,

SU SENTIMIENTO DE SINGULARIDAD A MENUDO SE VE VIGORIZADO POR SU AISLAMIENTO SOCIAL.

EN LA TERAPIA DE GRUPO, EN ESPECIAL EN LAS PRIMERAS ETAPAS, VER NEGADO SU SENTIMIENTO DE SINGULARIDAD CONSTITUYE UNA PODEROSA FUENTE DE CONSUELO. DESPUÉS DE ESCUCHAR A OTROS MIEMBROS REVELAR PREOCUPACIONES SIMILARES, LOS PACIENTES INFORMAN SENTIRSE MÁS EN CONTACTO CON EL MUNDO, Y DESCRIBEN ESTE PROCESO COMO UNA EXPERIENCIA DE "SER BIENVENIDOS A LA RAZA HUMANA". NINGÚN HECHO O PENSAMIENTO HUMANO ES TOTALMENTE EXTRAÑO A LA EXPERIENCIA DE LOS OTROS.

LA UNIVERSALIDAD TAMBIÉN DESEMPEÑA UN PAPEL EN LA TERAPIA INDIVIDUAL, AUNQUE EN ÉSTA HAY MENOS OPORTUNIDAD PARA LA VALIDACIÓN CONSENSUAL.

Á PESAR DE LA COMPLEJIDAD DE LOS PROBLEMAS HUMANOS CIERTOS DENOMINADORES COMUNES SON MUY EVIDENTES, Y LOS MIEMBROS DE UN GRUPO DE TERAPIA PRONTO PERCIBEN SUS SIMILITUDES.

LA UNIVERSALIDAD, COMO LOS OTROS FACTORES CURATIVOS NO PUEDE APRECIARSE SEPARADAMENTE: EN LA MEDIDA EN QUE LOS PACIENTES DESCUBREN SU SIMILITUD CON LOS OTROS Y COMPARTEN SUS PREOCUPACIONES MÁS PROFUNDAS, SE BENEFICIAN MÁS CON LA CATARSIS CONSIGUIENTE Y CON LA ACEPTACIÓN ESENCIAL POR PARTE DE LOS OTROS MIEMBROS.

APRENDIZAJE INTERPERSONAL - INSUMO - FACTOR 4

APRENDIZAJE INTERPERSONAL - PRODUCTO - FACTOR 5.

APRENDIZAJE INTERPERSONAL INSUMO, ES APRENDER DEL GRUPO QUÉ EFECTO TIENEN LAS ACTITUDES PROPIAS EN LOS DEMÁS EJEMPLOS; EL GRUPO ME ENSEÑÓ EL TIPO DE IMPRESIÓN QUE CAUSÓ EN OTRAS.

APRENDIZAJE INTERPERSONAL PRODUCTO, SE REFIERE A LAS ACTITUDES NUEVAS DERIVADAS DEL APRENDIZAJE INTERPERSONAL INSUMO PARA MEJORAR LAS HABILIDADES PERSONALES PARA TRATAR A LOS DEMÁS, EJEMPLO: EL GRUPO ME DÁ UNA OPORTUNIDAD DE ABORDAR A LOS OTROS.

APRENDIZAJE INTERPERSONAL INSUMO - FACTOR 4.
APRENDIZAJE INTERPERSONAL PRODUCTO - FACTOR 5.

EL APRENDIZAJE INTERPERSONAL, ES UN FACTOR CURATIVO AMPLIO Y COMPLETO QUE REPRESENTA LA TERAPIA DE GRUPO ALGO SE-
MEJANTE A LOS FACTORES CURATIVOS DE LA TERAPIA INDIVIDUAL,
COMO LA INTROSPECCIÓN, Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA TRANSFEREN-
CIA, LA EXPERIENCIA EMOCIONAL CORREGIDA Y OTROS PROCESOS SIN-
GUALRES EN EL AMBIENTE DE GRUPO. PARA DEFINIR EL CONCEPTO DE
APRENDIZAJE INTERPERSONAL Y PARA DESCRIBIR EL MECANISMO QUE
INFLUEYEN EL CAMBIO TERAPÉUTICO DEL INDIVIDUO, PRIMERO NECE-
SITA EXAMINAR ESTOS TRES CONCEPTOS, LA IMPORTANCIA DE LAS RE-
LACIONES INTERPERSONALES; LA EXPERIENCIA EMOCIONAL CORREGIDA,
EL GRUPO COMO MICROCOSMOS SOCIAL.

CUANDO ESTUDIAMOS A LA SOCIEDAD HUMANA DESCUBRIMOS
QUE, SIN CONSIDERAR EL CAMPO QUE ABARCAMOS, LAS RELACIONES IN-
TERPERSONALES DESEMPEÑAN UN PAPEL CRÍTICO. YA SEA QUE INVE-
STIGUEMOS LA AMPLIA HISTORIA DE LA EVOLUCIÓN HUMANA O EXAMINE-
MOS EL DESARROLLO DE UN SÓLO INDIVIDUO, SIEMPRE ESTAMOS OBLI-
GADOS A ESTUDIAR AL HOMBRE EN LA MATRIZ DE SUS RELACIONES IN-
TERPERSONALES.

EL HOMBRE SIEMPRE HA VIVIDO EN GRUPOS QUE SE HAN CA-
RACTERIZADO POR UNA RELACIÓN INTENSA Y PERSISTENTE ENTRE SUS
MIEMBROS. LA CONDUCTA INTERPERSONAL DEL HOMBRE HA SIDO CLA-

RAMENTE UNA ADAPTACIÓN EVOLUTIVA; SIN VÍNCULOS INTERPERSONALES INTENSOS, POSITIVOS, RECÍPROCOS, LA SUPERVIVENCIA DEL INDIVIDUO Y DE LA ESPECIAL NO HABRÍAN SIDO POSIBLES.

EL ESTUDIO DEL APRENDIZAJE, ES AL MISMO TIEMPO EL ESTUDIO DE UNA DISCIPLINA Y, POR LO TANTO, DE UN PROCESO DE ENSEÑANZA.

SIN EMBARGO, DEBEMOS DE CONSIDERAR, COMO ES CONOCIDO, QUE EXISTEN IMPULSOS BÁSICOS QUE DEBEN DOMINARSE DE ALGUNA FORMA. ADEMÁS, EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD ESTÁ ESTRECHAMENTE LIGADO A LA INTERACCIÓN NO SÓLO CON LOS INDIVIDUOS, SINO TAMBIÉN CON LAS RELACIONES QUE SE ESTABLECEN ENTRE PERSONAS Y MANTENER EL EQUILIBRIO O VIDA EMOCIONAL ESTABLE, QUE PUEDE LOGRARSE MEDIANTE UN PROCESO DE SOCIALIZACIÓN; QUE CONSISTE EN CONTRARIAR DELIBERADA Y REPETIDAMENTE LA EXPRESIÓN INDIVIDUAL IMPULSIVA, EN BENEFICIO DE UNA VIDA DE GRUPO ARMONIOSA Y DE LA SOBREVIVENCIA DE TODOS, SIENDO FENÓMENOS O EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS QUE SE PRESENTAN EN LA PSICOTERAPIA GRUPAL.

GUIA - FACTOR 6

LOS CONSEJOS, LAS SUGERENCIAS O LA ORIENTACIÓN DIRECTA SOBRE LOS PROBLEMAS VITALES QUE OFRECEN LOS TERAPÉUTAS

O LOS OTROS PACIENTES. CUANDO LOS TERAPEUTAS O LOS PACIENTES EXAMINAN EN FORMA RETROSPECTIVA SUS EXPERIENCIAS EN LA TERAPIA DE GRUPO INTERACCIONAL, NO APRECIAN MUCHO ESTE ASPECTO CURATIVO. UNA TERAPIA DE GRUPO INTERACCIONAL, HAN APRENDIDO MUCHO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO, EL SIGNIFICADO DE LOS SÍNTOMAS, LA DINÁMICA INTERPERSONAL Y DE GRUPO Y SOBRE EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA. SIN EMBARGO, EL PROCESO EDUCATIVO ES MUY IMPLÍCITO; LA MAYORÍA DE LOS TERAPEUTAS DE GRUPO NO OFRECEN INSTRUCCIONES DIÁDICAS EXPLÍCITAS EN LA TERAPIA DE GRUPO INTERACCIONAL.

SIN EMBARGO, ALGUNOS ENFOQUES DE ESTA TERAPIA LA INSTRUCCIÓN FORMAL ES UNA PARTE IMPORTANTE DEL PROGRAMA. LA INSTRUCCIÓN DIÁDICA SE HA EMPLEADO EN DIVERSOS TIPOS DE TERAPIA DE GRUPO: PARA TRANSMITIR INFORMACIÓN, PARA ESTRUCTURAR AL GRUPO, PARA EXPLICAR EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD. A MENUDO FUNCIONA COMO LA FUERZA VINCULADORA INICIAL DEL GRUPO HASTA QUE EMPIEZAN A OPERAR OTROS FACTORES CURATIVOS. SIN EMBARGO, LA EXPLICACIÓN Y LA ACLARACIÓN EN PARTE FUNCIONAN COMO AGENTES CURATIVOS EFICACES POR SU PROPIO DERECHO. LOS CONSEJOS DIVERSOS A LOS MIEMBROS DEL GRUPO TERAPÉUTICO APARECEN SIN EXCEPCIÓN. EN LOS GRUPOS DE TERAPIA INTERACCIONAL DINÁMICA ÉSTO ES UNA PARTE INVARIABLE DE LA VIDA TEMPRANA DE GRUPO, Y QUE OCURRE CON TAL REGULARIDAD QUE PUEDE USARSE PARA CALCULAR LA EDAD DE ÉSTE.

A PESAR DEL HECHO DE QUE DAR CONSEJOS ES COMÚN EN LA TERAPIA DE GRUPO INTERACCIONAL TEMPRANA, EN FORMA INDIRECTIVA SIRVE A UN FIN; EL PROCESO DE ACONSEJAR MÁS BIEN QUE EL CONTENIDO DEL CONSEJO PUEDE SER BENEFICIOSO, YA QUE IMPLICA Y TRASMITE UN INTERÉS Y UNA PREOCUPACIÓN MUTUA EN OTRAS PALABRAS, LO IMPORTANTE NO ES EL CONSEJO DADO SINO EL HECHO DE QUE ÉSTE SE DÉ.

LA CONDUCTA DE ACONSEJAR O DICTAR CONSEJOS A MENUENDO ES UNA CLAVE IMPORTANTE PARA ELUCIDAR LA PATOLOGÍA INTERPERSONAL, LOS GRUPOS, NO INTERACCIONALMENTE ENFOCADOS, USAN EXPLÍCITA Y EFICAZMENTE LA SUGERENCIA Y LA ORIENTACIÓN DIRECTA. POR EJEMPLO, LOS GRUPOS DE SALIDA.

C A T Á R S I S - FACTOR 7

LA BASE DE LA CATÁRSIS ES LA LIBERACIÓN EMOCIONAL. LA LIBERACIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS O NEGATIVOS, A CERCA DE LOS EVENTOS DE SU VIDA O LA DE OTROS MIEMBROS DEL GRUPO, LO CUAL PRODUCE UN ALIVIO MODERADO. ÉSTE FACTOR OPERA CUANDO EL PACIENTE LIBERA SENTIMIENTOS (CONDUCTENTES AL ALIVIO), EL GRUPO CON MATERIAL DEL PASADO O DEL AQUÍ Y AHORA EXPRESA SENTIMIENTOS TALES COMO ENOJO, AFFECTO, AFLICCIÓN Y TRISTEZA (CONDUCTENTES AL ALIVIO), LOS CUÁLES HABÍAN SIDO DIFÍCILES O IMPOSIBLES DE LIBERAR.

LA CATÁRSIS SIEMPRE HA TENIDO UN PAPEL IMPORTANTE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO PERO LA BASE TEÓRICA DETRÁS DE SU USO HA VARIADO CONSIDERABLEMENTE, DURANTE SIGLOS LOS PACIENTES SE HAN PURGADO DELIBERARSE DE LAS BILIS EXCESIVAS, DE LOS MALOS ESPÍRITUS Y DE LAS TOXINAS.

EN 1895 DE BREUER Y FREUD SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA HISTERIA, MUCHOS TERAPÉUTAS HAN INTENTADO AYUDAR A LOS PACIENTES A LIBERARSE DE LOS SENTIMIENTOS REPRIMIDOS. FREUD Y POSTERIORMENTE TODOS LOS PSICOTERAPEUTAS DINÁMICOS.

IDENTIFICACION - FACTOR 8

AUNQUE LA CONDUCTA IMITATIVA ESPECÍFICA DURE POCO, PUEDE FUNCIONAR PARA AYUDAR A "DESCONGELARSE" AL INDIVIDUO EXPERIMENTANDO NUEVAS CONDUCTAS, NO ES RARO QUE LOS PACIENTES DE LA TERAPIA REPRESENTEN PARTES DE LA CONDUCTA DE OTRA GENTE, Y DESPUÉS LA ABANDONE POR SER ALGO QUE NO LES GUSTA. ESTE PROCESO PUEDE TENER UN EFECTO TERAPÉUTICO SÓLIDO; DESCUBRIR QUE NO SOMOS ES UN PROCESO QUE SIRVE PARA DESCRIBIR QUE SOMOS.

EN LA PSICOTERAPIA LOS PACIENTES PUEDEN SENTARSE, CAMINAR, HABLAR Y HASTA PENSAR COMO SUS TERAPÉUTAS. EN LOS GRUPOS EL PROCESO IMITATIVO ES MÁS DIFUSO YA QUE LOS PACIEN-

TES PUEDEN MODELARSE CON ALGUNOS ASPECTOS DE OTROS MIEMBROS DEL GRUPO Y TAMBIÉN CON LOS TERAPEUTAS, LO IMPORTANTE DE LA CONDUCTA DE IMITACIÓN EN EL PROCESO TERAPÉUTICO ES DIFÍCIL DE MEDIR PERO LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA RECIENTE SUGIERE QUE QUIZÁS HEMOS SUBESTIMADO SU IMPORTANCIA.

BANDURA, QUIEN DESDE HACE MUCHO DECLARÓ QUE EL APRENDIZAJE SOCIAL NO PUEDE EXPLICARSE ADECUADAMENTE COMO UN REFUERZO DIRECTO, HA DEMOSTRADO DE UN MODO EXPERIMENTAL QUE LA IMITACIÓN ES UNA FUERZA TERAPÉUTICA EFICAZ. EN LA TERAPIA DE GRUPO NO ES MUY RARO QUE UN PACIENTE SE BENEFICE OBSERVANDO LA TERAPIA DE OTRO PACIENTE QUE TIENE UNA CONSTELACIÓN DE PROBLEMAS SIMILARES, FENÓMENO QUE POR LO GENERAL SE LLAMA TERAPIA VICARIA.

IDENTIFICACION

UNA DEFINICIÓN MÍNIMA Y COMPARATIVA CON LOS TÉRMINOS INCORPORACIÓN E INTROYECCIÓN.

PEDRO MICHACA EN SU LIBRO "DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD", DEFINE LA IDENTIFICACIÓN COMO LA CATEGORÍA MÁS DIFERENCIADA DE LA INTERNALIZACIÓN CONCEPTO QUE DESARROLLA KERNBERG EN SU "TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES", EN LA QUE PLANTEA COMO SE CONSTITUYE LA IDENTIFICACIÓN DEL YO CON EL MÁS ALTO NIVEL DE LOS PROCESOS DE INTERNALIZACIÓN. LA

IDENTIFICACIÓN SE REFIERE, SUMARIAMENTE, A OTRO, A UN RASGO, UN ASPECTO PARCIAL DE LA OTRA PERSONA O BIEN A UN ESTADÍO PRELIMINAR DE LA RELACIÓN CON ESTE OTRO EN LOS GRUPOS LA IDENTIFICACIÓN ES PROMOVIDA Y ACENTUADA EN ELLOS, POR EL ACCESO QUE SE TIENE A LA MIRADA, DEL OTRO EN MI, LA MÍA Y NOSOTROS Y EN EL OTRO. TODO PUEDE VERSE, LA ROPA, LOS MOVIMIENTOS, LOS GESTOS DE TODOS, LOS PARTICIPANTES Y TAMBIÉN DEL TERAPEUTA LA HUBICACIÓN EN CÍRCULO LO FAVORECE. ES ESTA LA IDENTIFICACIÓN EN ESPEJO LA IDENTIFICACIÓN DÁ PIE PARA QUE UNO HABLE SOBRE LO PROPIO A VECES CREYENDO QUE SE REFIERE AL OTRO. TODOS LOS MIEMBROS ATRAVIESAN FACETAS DONDE SE RECONOCEN LOS RASGOS DE TAL O CUAL LA PROPUESTA DEL ANÁLISIS FREUDIANA EN GRUPOS ES ASUMIR EL PROPIO DESEO Y NO SÓLO CREER QUE SE SATISFACEN LA DEMANDA DE OTRO.

CALVIN S. HALL DEFINE QUE LA IDENTIFICACIÓN COMO LA INCORPORACIÓN DE LAS CUALIDADES DE UN OBJETO EXTERNO GENERALMENTE LAS PERSONAS DE OTRA PERSONA, A LA PROPIA PERSONALIDAD LA TENDENCIA A COPIAR E IMITAR A OTRA GENTE ES UN FACTOR IMPORTANTE EN EL MODELAMIENTO DE LA PERSONALIDAD, BAJO QUE CONDICIONES TIENE LUGAR LA IDENTIFICACIÓN HAY POR LO MENOS 4 IMPORTANTES; LA PRIMERA TIENE POCO QUE VER CON LA FRUSTRACIÓN Y LA ANGUSTIA, DEPENDE SOLAMENTE DE LA CATEXIA NARCISISTA AMOR A SÍ MISMO, AQUÉLLOS RASGOS DE OTRA PERSONA QUE SE CARACTERIZAN EN UNO MISMO NO DEBEMOS CONFUNDIR IDENTIFICACIÓN NARCISISTA CON ELECCIÓN OBJETAL, CUANDO UNA PERSONA HACE UNA

ELECCIÓN OBJETAL LA HACE PORQUE DESEA EL OBJETO.

EN LA IDENTIFICACIÓN NARCISISTA, LA PERSONA YA TIENE EL OBJETO QUE DESEA, SU CATEXIA SÓLO SE AMPLÍA PARA INFLUIR A OTRA GENTE QUE POSEE EL MISMO OBJETO, ES RESPONSABLE DE LOS VÍNCULOS QUE EXISTEN ENTRE LOS MIEMBROS DEL GRUPO.

REVALIDACION DE LA FAMILIA - FACTOR 9

LOS PACIENTES ENTRAN A LA TERAPIA DE GRUPO CON LA HISTORIA DE UNA EXPERIENCIA MUY INSATISFACTORIA DE SU PRIMER Y MÁS IMPORTANTE GRUPO; EL DE LA FAMILIA PRIMARIA. EL GRUPO SE PARECE A LA FAMILIA EN MUCHOS ASPECTOS, Y MUCHOS GRUPOS SON DIRIGIDOS POR UN EQUIPO DE COTERAPIA MASCULINO-FEMENINO EN UN DELIBERADO ESFUERZO POR SIMULAR MUY ESTRECHAMENTE LA CONFIGURACIÓN DE LOS PADRES, DEPENDIENDO DE SU MUNDO SUPUESTO MODELANDO EN GRAN MEDIDA POR SUS PRIMERAS EXPERIENCIAS FAMILIARES. LOS MIEMBROS INTERACTÚAN CON LOS JEFES Y LOS MIEMBROS DEL GRUPO COMO ANTES INTERACTUARON CON SUS PADRES Y SUS HERMANOS. HAY UNA INFINITA VARIEDAD DE PATRONES: PUEDEN DEPENDER DESESPERADAMENTE DE LOS JEFES DE GRUPO A LOS QUE LES ATRIBUYEN CONOCIMIENTOS Y PODERES IRREALES; PUEDEN DESAFIAR A LOS JEFES A CADA PASO PORQUE CONSIDERAN QUE OBSTRUYEN SU DESARROLLO AUTÓNOMO O QUE LES ARREBATAN SU INDIVIDUALIDAD; PUEDEN INTENTAR DIVIDIR A LOS COTERAPEUTAS Y PROPICIAR DESACUERDOS

O RIVALIDADES ENTRE LOS DOS; PUEDEN COMPETIR CON LOS OTROS MIEMBROS EN UN ESFUERZO POR ACUMULAR ATENCIÓN Y CUIDADO DE LOS TERAPEUTAS; PUEDEN BUSCAR ALIADOS ENTRE LOS OTROS MIEMBROS EN UN ESFUERZO POR DESTRUIR A LOS TERAPEUTAS; PUEDEN RENUNCIAR A SUS PROPIOS INTERESES EN UN ESFUERZO EN APARIENCIA DESINTERESADA POR APACIGUAR O AYUDAR A LOS OTROS MIEMBROS, EL MISMO PRINCIPIO FUNCIONA EN LA TERAPIA INDIVIDUAL SIN EMBARGO, LA DIFERENCIA ES QUE EN EL GRUPO SE OFRECE UN MAYOR NÚMERO Y CONJUNTO DE POSIBILIDADES DE RECAPITULACIÓN.

LO IMPORTANTE NO ES SÓLO QUE LOS PRIMEROS CONFLICTOS FAMILIARES SEAN RECAPITULADOS, SINO QUE REVIVEN CORRECTIVAMENTE. LOS ESTEREOTIPOS DE LA CONDUCTA DEBEN DESAFIARSE CONTINUAMENTE, Y EN FORMA CONSTANTE DEBEN ALENTARSE LAS REGLAS BÁSICAS DE LA PRUEBA DE REALIDAD, EL ANÁLISIS DE LAS RELACIONES PARA MUCHOS PACIENTES RESOLVER UN PROBLEMA CUANDO ES TERAPEUTA Y CON OTROS MIEMBROS DEL GRUPO SIGNIFICA RESOLVER ASUNTOS QUE HAN ESTADO PENDIENTES DEDE HACE MUCHO. (CUÁN EXPLÍCITO NECESITA SER EL ANÁLISIS DEL PASADO ES UN TEMA COMPLEJO Y CONTROVERTIDO).

COMPRESION DE SI MISMO - FACTOR 10

LA BASE DE ESTE FACTOR ESTÁ EN QUE EL PACIENTE APRENDE ALGO IMPORTANTE DE SÍ MISMO. ÉSTO PUEDE OCURRIR CO-

MO RESULTADO DE RETROALIMENTACIÓN DIRECTA O INDIRECTA O DE INTERPRETACIÓN DE OTROS MIEMBROS DEL GRUPO, INCLUIDO EL TERAPEUTA.

ESTE FACTOR OPERA CUANDO EL PACIENTE: APRENDE ALGO IMPORTANTE DE SU CONDUCTA, SUS POSICIONES, MOTIVACIONES, FANTASÍAS O PENSAMIENTOS INCONSCIENTES.

APRENDE COMO ES APRECIADO POR OTROS MIEMBROS DEL GRUPO.

APRENDE PORQUÉ SE COMPORTA DE LA MANERA COMO LO HACE, Y COMO LLEGÓ A SER DE LA MANERA QUE ES.

APRENDE MÁS CLARAMENTE LA NATURALEZA DE SUS PROBLEMAS.

DESCUBRIRSE A SÍ MISMO PROMUEVE EL CAMBIO PORQUE ALIENTA A LOS INDIVIDUOS A RECONOCER, A INTEGRAR Y A DAR LIBRE EXPRESIÓN A PARTES ANTES DISOCIADAS DE SÍ MISMOS. CUANDO NEGAMOS O REPRIMIMOS PARTE DE NOSOTROS, PAGAMOS UN PRECIO MUY ELEVADO, EXPERIMENTAMOS UN PROFUNDO SENTIMIENTO A MORFO DE RESTRICCIÓN. EL HOMBRE TIENE NECESIDADES COGNOSCITIVAS TAN BÁSICAS COMO SUS NECESIDADES DE SEGURIDAD, AMOR Y ESTIMA PROPIA. MUCHAS OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS EXPERIMENTALES INDICAN QUE LOS INDIVIDUOS PSICOLÓGICAMENTE SANOS SE SIENTEN ATRAI

DOS EN FORMA POSITIVA POR EL MISTERIO Y LO NO EXPLICABLE. LOS PACIENTES AUTOMÁTICAMENTE BUSCAN LA COMPRESIÓN. SE EXAMINAN LOS MOTIVOS QUE SE ENCUENTRAN DETRÁS DE NUESTRA CURIOSIDAD Y DE NUESTRA TENDENCIA A EXPLORAR NUESTRO MEDIO AMBIENTE, ARROJAREMOS ALGUNA LUZ SOBRE EL PROCESO DEL CAMBIO, ESTOS MOTIVOS INCLUYEN LA EFICACIA, NUESTRO DESEO DE DOMINIO Y PODER, LA SEGURIDAD (NUESTRO DESEO DE VOLVER INOFENSIVO LO INEXPLICADO POR MEDIO DE LA COMPRESIÓN), Y LA COGNICIÓN PURA (EL DESEO DE CONOCER Y EXPLORAR MÁS POR SÍ MISMO), DE TODOS ESTOS MOTIVOS EL MENOS RELEVANTE PARA EL PROCESO DEL CAMBIO ES EL COGNOSCITIVO PURO. LOS SUJETOS ANGUSTIADOS MUESTRAN UNA ORGANIZACIÓN PERTURBADA DE LA PERCEPCIÓN VIRTUAL; SON MENOS CAPACES DE PERCIBIR Y DE ORGANIZAR LAS CLAVES VISUALES QUE LES MUESTRAN TAQUISTOSCÓPICAMENTE Y ES OBVIO QUE ACTÚAN CON MAS LENTITUD CUANDO COMPLETAN Y RECONOCEN LAS IMÁGENES INCOMPLETAS EN UN CONJUNTO EXPERIMENTAL CONTROLADO. EN LA PSICOTERAPIA LOS PACIENTES SE SIENTEN ENORMEMENTE TRANQUILOS CON LA CREENCIA DE QUE SU MUNDO INTERIOR CAÓTICO, SU SUFRIMIENTOS Y RELACIONES INTERPERSONALES TORTUOSAS PUEDEN EXPLICARSE, Y POR CONSIGUIENTE GOBERNARSE. LOS TERAPEUTAS TAMBIÉN SE SIENTEN MENOS ANGUSTIADOS Y CUANDO SE ENFRENTAN CON GRANDES SUFRIMIENTOS Y CON UN MATERIAL VOLUMINOSO Y CAÓTICO, PUEDEN CREER EN UN CONJUNTO DE PRINCIPIOS QUE LES PERMITIRÁN DAR UNA EXPLICACIÓN ORDENADA.

MASLOW VA MAS ALLÁ DE LA SEGURIDAD, DE LA REDUCCIÓN DE LA ANGUSTIA Y DEL DOMINIO CUANDO SE EXPLICA LOS EFECTOS TRANSFORMADORES DEL CONOCIMIENTO. CONSIDERA LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA UN PADECIMIENTO DE DEFICIENCIA DEL CONOCIMIENTO Y LA ACCIÓN CON FRECUENCIA SON SINÓNIMOS, IDÉNTICOS EN EL SENTIDO SOCRÁTICO DE LA PALABRA. CUANDO CONOCEMOS PLENA Y COMPLETAMENTE, LA ACCIÓN ADECUADA SURGE EN FORMA AUTOMÁTICA Y REFLEJA. ENTONCES SE HACEN ELECCIONES SIN TENER CONFLICTO, CON PLENA ESPONTANEIDAD.

EL CONOCIMIENTO DE SÍ MISMO PERMITE INTEGRAR TODAS NUESTRAS PARTES, DISMINUYE LA AMBIGÜEDAD, PERMITE UN SENTIMIENTO DE EFICACIA Y DOMINIO, Y NOS FACULTA PARA ACTUAR DE ACUERDO CON NUESTROS INTERESES.

INFUNDIR ESPERANZA - FACTOR 11

LA BASE DEL INCULCAMIENTO DE ESPERANZA ESTÁ EN QUE EL PACIENTE ADQUIERE UN SENTIDO DE OPTIMISMO ACERCA DE SU PROGRESO, O POTENCIAL PARA PROGRESAR, A TRAVÉS DE SU TRATAMIENTO EN LA TERAPIA DE GRUPO. DIFIERE DEL APRENDIZAJE DIRECTO EN EL CUAL EL PACIENTE VE COMO MEJORAN OTROS MIEMBROS DEL GRUPO.

EN EL INCLULCAMIENTO DE ESPERANZA EL PACIENTE VÉ SI

MEJORAN OTROS MIEMBROS DEL GRUPO, ÉSTE FACTOR OPERA CUANDO EL PACIENTE VE QUE EL GRUPO PUEDE SER DE AYUDA PARA SUS LOGROS TRABAJANDO HACIA SUS METAS. SE SIENTE OPTIMISTA ACERCA DEL POTENCIAL DEL GRUPO PARA AYUDAR, EJEMPLO: YO ESTOY OTIMISTA DE QUE... SIENTO QUE EL GRUPO ME AYUDARÁ; YO PUEDO VER QUE EL GRUPO ME ESTÁ LLEVANDO A ALGUNA PARTE.

INFUNDIR Y MANTENER LA ESPERANZA ES CRÍTICO EN TODA LA PSICOTERAPIA, NO SÓLO SE NECESITA LA ESPERANZA PARA MANTENER AL PACIENTE EN LA TERAPIA, MIENTRAS OTROS FACTORES CURATIVOS PUEDEN SUFRIR EFECTO, SIN QUE LA FE EN UN TIPO DE TRATAMIENTO PUEDE SER EN SÍ TERAPÉUTICAMENTE EFICAZ. VARIAS INVESTIGACIONES HAN DEMOSTRADO QUE LA EXISTENCIA, ANTES DE LA TERAPIA DE UNA ELEVADA ESPERANZA DE RECIBIR AYUDA ESTÁ SIGNIFICATIVAMENTE RELACIONADA CON EL RESULTADO POSITIVO DE LA MISMA. LAS TERAPIAS EN LAS QUE MUCHOS TIENEN QUE VER TANTO LA ESPERANZA COMO LA CONVICCIÓN EN LOS GRUPOS DE TERAPIA, INVARIABLEMENTE HAY INDIVIDUOS QUE ESTÁN EN DIFERENTES PUNTOS DE UN CONTINUO COLAPSO. LOS PACIENTES TIENEN UN CONTACTO PERMANENTE CON LOS MIEMBROS DEL GRUPO QUE HAN MEJORADO DE ÉSTE TAMBIÉN CON FRECUENCIA ENCUENTRAN PACIENTES QUE HAN TENIDO PROBLEMAS MUY SIMILARES A LOS SUYOS Y QUE SE HAN ENFRENTADO A ESTOS MÁS EFICAZMENTE.

FACTORES EXISTENCIALES - FACTOR 12

RECONOCER QUE LA VIDA A VECES ES INJUSTA, RECONOCER QUE EN ÚLTIMA INSTANCIA NADIE PUEDE LIBERARSE DE LAS PENAS DE LA VIDA NI DE LA MUERTE, RECONOCER QUE NO IMPORTA QUÉ TAN ÍNTIMAMENTE ESTÉ RELACIONADO CON OTRA GENTE, AUNQUE TENGA QUE VIVIR SÓLO MI VIDA, ENFRENTAR LOS PROBLEMAS BÁSICOS DE LA VIDA Y DE LA MUERTE; Y ASÍ VIVIR MI VIDA MÁS SINCERAMENTE Y ESTAR MENOS ATRAPADO POR LAS TRIVIALIDADES.

SABER QUE DEBO HACERME RESPONSABLE EN ÚLTIMA INSTANCIA DE LA MANERA COMO VIVO MI VIDA, SIN IMPORTAR CUANTA ORIENTACIÓN Y APOYO OBTENGA DE NOSOTROS.

VARIOS PUNTOS ESTÁN REPRESENTADOS EN ESTE CONJUNTO: LA RESPONSABILIDAD, EL AISLAMIENTO BÁSICO, LA CONTINGENCIA, EL RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN MORTAL Y LAS CONSECUENCIAS DE ÉSTO EN LA CONDUCTA DE NUESTRA VIDA.

LA TEORÍA DE PSICOANÁLÍTICA PLÁSTICA SE BASA EXPLÍCITAMENTE EN UN PUNTO DE VISTA ESPECÍFICO MUY MATERIALISTA DE LA NATURALEZA DEL HOMBRE.

FREUD NUNCA DEJÓ DE APOYAR ESTE POSTULADO Y SUS INDICACIONES ACERCA DE LA NATURALEZA DEL HOMBRE, MUCHAS DE SUS FORMULACIONES MÁS COMPLEJAS, MÁS INEXORABLES (POR EJEMPLO, LA

TEORÍA DEL INSTINTO DUAL, LA TEORÍA DE LA TRANSFORMACIÓN Y LA CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA DE LA LÍBIDO) FUERON RESULTADOS DE SUS INTENTOS INCESANTES DE SOMETER AL HOMBRE DE SU CONDUCTA A LAS REGLAS.

EL HOMBRE ES PRECISAMENTE LA SUMA DE SUS PARTES; ES DETERMINISTA, ANTIVITALISTA Y MATERIALISTA PORQUE INTENTA EXPLICAR LO MAS ALTO POR LO MAS BAJO (YALOM).

EL CAMPO ADECUADO DEL ESTUDIO DEL HOMBRE ES LA CONCIENCIA MISMA, EL CONOCIMIENTO ASÍ SE REALIZA EN EL INTERIOR AL UNIR AL MUNDO NATURAL Y PRESTARLE ATENCIÓN A LA EXPERIENCIA INTERIOR, QUE ES LA AUTORA DEL MUNDO NATURAL:

EN ENFOQUE TERAPÉUTICO EXISTENCIAL, CON SU ÉNFASIS EN LA ELECCIÓN, LA LIBERTAD, LA RESPONSABILIDAD, EL SIGNIFICADO DE LA VIDA, LA CONTINGENCIA, HASTA RECIENTEMENTE HA SIDO MUCHO MÁS ACEPTADO EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EUROPEA QUE EN LA ESTADOUNIDENSE. LA TRADICIÓN FILOSÓFICA EUROPEA, EL CONFIRMAMIENTO GEOGRÁFICO Y ETNICO, LA MAYOR FAMILIARIDAD CON LAS FRONTERAS, LA GUERRA, LA MUERTE Y LA EXISTENCIA INCIERTA FAVORECIERON LA DIFUSIÓN DE INFLUENCIA EXISTENCIAL.

JUSTIFICACION:

EL PROPÓSITO DE ESTE ESTUDIO ES IDENTIFICAR LOS FACTORES TERAPÉUTICOS QUE OCURREN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO.

LOS FACTORES TERAPÉUTICOS SON FENÓMENOS QUE INFLUYEN DIRECTAMENTE EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL, LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ÁMBITOS OCURRIDOS EN LOS PACIENTES AL TÉRMINO DEL TRATAMIENTO DEL GRUPO: EL TÉRMINO "FACTORES TERAPÉUTICOS" SE REFIERE AL PROCESO GENERADO EN EL GRUPO, QUE INFLUYE EN EL MEJORAMIENTO DE LA CONDICIÓN PATOLÓGICA DE SUS MIEMBROS, SE DERIVA DE LA INTERACCIÓN QUE SE PRODUCE ENTRE EL PACIENTE, EL TERAPEUTA Y EL RESTO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO.

ES PERTINENTE DISTINGUIR ENTRE LAS TÉCNICAS, LAS CONDICIONES PARA EL CAMBIO Y LOS FACTORES TERAPÉUTICOS; LA ASISTENCIA, LA CONSTANCIA, LA MOTIVACIÓN QUE EXISTE EN LAS SESIONES Y EN GENERAL A TODAS AQUÉLLAS CONDICIONES NECESARIAS PARA QUE PUEDAN OPERAR TALES FACTORES.

LOS FACTORES TERAPÉUTICOS SON FENÓMENOS QUE PARECEN INFLUIR DIRECTAMENTE SOBRE LOS RESULTADOS BENÉFICOS DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL. ES IMPORTANTE CONOCER EN LOS GRUPOS QUE ACUDEN A ESTE DEPARTAMENTO, QUÉ FACTOR INCLUYE MÁS PARA SU MEJORA.

OBJETIVOS:

EL PROPÓSITO DE ESTE ESTUDIO, ES IDENTIFICAR LOS FACTORES TERAPÉUTICOS PROPUESTOS POR I. D. YALOM, EN LOS 7 GRUPOS DE PSICOTERAPIA QUE ACUDEN A EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL, DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Y OBSERVAR QUÉ FACTORES TERAPÉUTICOS CONSIDERAN MÁS IMPORTANTES, LOS PACIENTES DE LOS DIVERSOS GRUPOS TERAPÉUTICOS.

CONOCER LA OPINIÓN ACERCA DE LOS DIFERENTES FACTORES TERAPÉUTICOS Y QUE ÉSTO PERMITA ABRIR NUEVAS PERSPECTIVAS PARA EL MANEJO.

OBTENER DATOS, QUE EN EL FUTURO SE UTILICEN PARA EL PROCESO DE LA TERAPIA GRUPAL.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

EL DISEÑO PROPUESTO ES PROSPECTIVO, DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO. EL TAMAÑO DE LA MUESTRA SERÁ DE ACUERDO AL NÚMERO DE PACIENTES QUE ASISTEN A PSICOTERAPIA DE GRUPO; SE INCLUYEN CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN; SE VISITARÁN 7 GRUPOS DE PSICOTERAPIA, CON DETERMINADAS CA

RACTERÍSTICAS; SE LES ENTREGARÁN LOS CUESTIONARIOS, SE LES APLICARÁ EL CONTENIDO Y CONTESTARÁN; SE HARÁ LA CALIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS POR MEDIO DE LA CALIFICACIÓN DE TRES EXPERTOS TERAPEUTAS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO, QUE FIGURARÁN COMO JUECES Y POSTERIORMENTE SE PASARÁ AL ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

DISEÑO

SE TRATA DE UN ESTUDIO CLÍNICO DE DISEÑO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL, DE PROCEDIMIENTOS DONDE SE COMPARA LA FRECUENCIA RELATIVA CON QUE APARECEN LOS FACTORES CURATIVOS REPORTADA POR LOS PACIENTES A TRAVÉS DE LAS CALIFICACIONES DE TRES JUECES INDEPENDIENTES.

POBLACION ESTUDIADA

SE ESTUDIARON SIETE GRUPOS DE PACIENTES INTEGRADOS POR ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE NIVEL LICENCIATURA O POSGRADO QUE ACUDEN A PSICOTERAPIA DE GRUPO A ESTE DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL, DE LA FACULTAD DE MEDICINA, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CON DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS DIVERSOS, SE INCLUYÓ A TODOS LOS PACIENTES QUE ACEPTARON PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, LOS DÍAS DE LA APLICACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS.

M E T O D O

SE INCLUYERON LOS SIETE GRUPOS DE PACIENTES EN PSICOTERAPIA GRUPAL EN ESTE DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL, DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE DE 1991 A ENERO DE 1992. A CADA MIEMBRO DE CADA GRUPO SE LES APLICÓ UN CUESTIONARIO SOBRE EL EVENTO MÁS SIGNIFICATIVO EN PSICOTERAPIA DE GRUPO, MISMO QUE FUE CONTESTADO POR TODOS LOS PACIENTES. TRES EXPERTOS JUECES INDEPENDIENTES IDENTIFICARON LA PRESENCIA DE LOS FACTORES CURATIVOS (YALOM, 1975).

SE PROCEDIÓ AL ANÁLISIS DE LOS DATOS.

PROCEDIMIENTO

SE SOLICITÓ Y OBTUVO DE LOS TERAPEUTAS DE CADA GRUPO SU AUTORIZACIÓN PARA APLICAR EL CUESTIONARIO A SUS MIEMBROS, TRES EXPERTOS PSICOTERAPEUTAS GRUPALES; DR. RICARDO WINCKELMANN, DR. RAFAEL FOUILLOUX Y DR. MARCOS IBAÑEZ, EN ESTE ORDEN APARECE COMO JUEZ 1, JUEZ 2 Y JUEZ 3.

ACEPTARON PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO COLABORANDO COMO JUECES INDEPENDIENTES, SE LES ENTREGÓ UNA COPIA IMPRESA DE LOS DOCE FACTORES CURATIVOS EXPUESTOS POR YALOM EN 1975, SE LE APLICÓ EL CUESTIONARIO EN TRES OCASIONES AL GRUPO 1, EN DOS OCASIONES AL GRUPO 2, 3 Y 4, Y UNA SOLA OCASIÓN A LOS GRUPOS 5, 6 Y 7; AL TÉRMINO DE LA SESIÓN GRUPAL PROGRAMADA SE PASÓ LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO. EL TERAPEUTA NOS PRESENTÓ AL GRUPO SOLICITÁNDOLE SU COLABORACIÓN, PARA NUESTRA INVESTIGACION. BREVEMENTE EXPUSIMOS EL OBJETIVO DE CONOCER CUÁL ERA EL EVENTO MÁS SIGNIFICATIVO EN LAS ÚLTIMAS TRES SESIONES EN SU PSICOTERAPIA DE GRUPO Y PORQUÉ CONSIDERARON QUE FUERA EL EVENTO MÁS IMPORTANTE.

SE EMPLEÓ COMO MUESTRA REPRESENTATIVA LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS NUMÉRICAMENTE MAYOR EN CADA GRUPO, SE TOMARON TRES FOTOCOPIAS A CADA CUESTIONARIO Y SE ENTREGÓ CADA UNO AL JUEZ CORRESPONDIENTE, SOLICITÁNDOLE QUE SELECCIONARA EL FACTOR CURATIVO AHI EXPRESADO POR CADA PACIENTE.

UNA VEZ TERMINADAS LAS APLICACIONES Y CONTESTADAS LAS RESPUESTAS, SE PROCEDIÓ AL ANÁLISIS DE LOS DATOS, SE REGISTRARON LOS FACTORES CURATIVOS IDENTIFICADOS POR LOS JUECES EN CADA PACIENTE DE CADA GRUPO, SE COMPARARON EL PORCENTAJE DE ACUERDO ENTRE ELLOS, SE EFECTUÓ EL TEST BINOMIAL PARA DETERMINAR SI LA PROBABILIDAD DE LA OCURRENCIA DE LOS FACTORES TERAPÉUTICOS ENCONTRADOS ES DEBIDO O NO AL AZAR.

EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE DE 1991 Y ENERO DE 1992 SE VALUARON UN TOTAL DE 48 PACIENTES DISTRIBUIDOS EN 7 GRUPOS DE PSICOTERAPIA CON ESTAS CARACTERÍSTICAS:

GRUPO	DIA TURNO	NÚMERO	SEXO		INICIO	TERMINACION
			MASC.	FEM.		
I	LUNES MAT.	9	4	5	8-I-90	2-XII-91
II	MARTES MAT.	10	4	6	11-VI-91	
III	MARTES VESP.	11	3	8	12-III-91	ABRIL-92
IV	MIÉRCOLES MAT.	8	4	4	4-IX-91	
V	MIÉRCOLES MAT.	9	3	6	18-IX-91	SEPT.-92
VI	VIERNES MAT?	10	4	6	14-VI-91	
VII	VIERNES VES?	9	2	7	15-III-91	Mzo. - 92

EN EL GRUPO II, IV Y VI DE LA RELACIÓN ANTERIOR, NO SE DEFINIÓ EL PLAZO DE SU TERMINACIÓN, LOS GRUPOS I, II Y VI COMPARTEN AL MISMO TERAPEUTA, LO MISMO SUCEDE CON LOS GRUPOS III, V Y VII.

LA ORIENTACIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE TODOS LOS TERAPEUTAS DE TODOS LOS GRUPOS ES INTERACCIONAL.

EL CRITERIO DE SELECCION DE LOS MIEMBROS

DE LOS GRUPOS I, II Y VI FUERON SU HOMOGENEIDAD EN TÉRMINOS DE LA ETAPA DEL CICLO VITAL EN QUE SE ENCUENTRA, SU PRODUCTIVIDAD, SUS CARACTERÍSTICAS PERSONALES QUE FAVOREZCAN EL ESPEJEJO DE UNOS CON OTROS, SU PROPORCIONALIDAD EN CUANTO A GÉNERO; UN NÚMERO NO MAYOR DE 12 NI MENOR DE 6 CON MIEMBROS CON EDAD DE RANGO DE 20-22 A 30 AÑOS Y CON PROBLEMÁTICA PERSONAL SIMILAR, EL INGRESO AL GRUPO FUE PROPUESTO POR EL TERAPEUTA DESPUÉS DE UN MÍNIMO DE TRATAMIENTO (2 MESES) INDIVIDUAL, SE EXCLUYÓ A QUIENES NO SATISFACIERON ESTOS CRITERIOS: NARCISISTAS EXTREMOS, SOCIOPATAS, PSICÓTICOS, HISTÉRICOS. LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL TERAPEUTA DE GRUPO IV INCLUYERON PACIENTES JÓVENES UNIVERSITARIOS, UN MIEMBRO TIENE NIVEL DE BACHILLERATO.

CON ESTRUCTURA DE CARÁCTER NEURÓTICO Y CON PROBLE-

MAS EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES EXCLUYÓ PACIENTES CON ESTRUCTURA PSICÓTICA, CON DEPRESIÓN MAYOR Y SOCIÓPATAS. EL TERAPEUTA DE LOS GRUPOS III, V Y VII UTILIZÓ LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DE YALOM.

LOS GRUPOS I, II, IV Y V SON GRUPOS CERRADOS CON OBJETIVOS DEFINIDOS POR SUS MIEMBROS EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO CON ÍNDICES DE DESERCIÓN NULO.

ASISTENCIA REGULAR DE LA MAYORÍA DE SUS INTEGRANTES, CABE SEÑALAR QUE EL GRUPO VI SE FORMÓ CON PACIENTES DE COMPAÑEROS RESIDENTES DEL TERCER GRADO, ASESORADAS POR EL DR. RICARDO WINCKELMANN Y QUE HA MANTENIDO REGULARMENTE SUS CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO. LOS GRUPOS III, V Y VII CORRESPONDIENTES AL TURNO VESPERTINO DE ESTE DEPARTAMENTO QUE ENFRENTA UNA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMPARATIVAMENTE MAYOR AL TURNO MATUTINO DE LOS GRUPOS I, II IV Y VI, SON GRUPOS ABIERTOS CON UN LAPSO DE VIDA PREDETERMINADO A UN AÑO CON UN NÚMERO DE INTEGRANTES MAYOR DE 10 A 12 CON UN ÍNDICE DE DESERCIÓN APROXIMADO DE UN 30% ASISTENCIA MENOS REGULAR Y UNA DIFERENCIA EN LA PROPORCIONALIDAD POR SEXOS: 2 A 3 MUJERES POR UN VARÓN.

ANALISIS DE RESULTADOS:

EL FACTOR 8 APARECIÓ 27 VECES, CORRESPONDIENDO AL 18%, EN LA PRUEBA BINOMIAL RESULTÓ SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 2 APARECIÓ 21 VECES, CORRESPONDIENDO AL 14,2% Y EN LA PRUEBA BINOMIAL RESULTÓ SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 3 APARECIÓ 18 VECES, CORRESPONDIENDO AL 12,2% Y EN LA PRUEBA BINOMIAL RESULTÓ SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 10 APARECIÓ 17 VECES, CORRESPONDIENDO AL 11,5% Y EN LA PRUEBA BINOMIAL NO RESULTÓ SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 4 APARECIÓ 14 VECES, CORRESPONDIENDO AL 9,5% Y EN LA PRUEBA BINOMIAL NO RESULTÓ SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 7 APARECIÓ 10 VECES, CORRESPONDIENDO AL 6,8% Y EN LA PRUEBA BINOMIAL NO RESULTÓ SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 6 APARECIÓ 11 VECES, CORRESPONDIENDO AL

1.36%, EN LA PRUEBA BINOMIAL RESULTÓ NO SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 1 APARECIÓ 11 VECES, CORRESPONDIENDO AL 7.4% Y EN LA PRUEBA BINOMIAL RESULTÓ NO SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 9 APARECIÓ 3 VECES, CORRESPONDIENDO AL 2.0% Y EN LA PRUEBA BINOMIAL RESULTÓ NO SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 5 APARECIÓ 9 VECES, CORRESPONDIENDO AL 6.1% Y EN LA PRUEBA BINOMIAL RESULTÓ NO SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 12 APARECIÓ 3 VECES, CORRESPONDIENDO AL 2.0% Y EN LA PRUEBA BINOMIAL NO RESULTÓ SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 11 APARECIÓ 10 VECES, CORRESPONDIENDO AL 6.8% Y EN LA PRUEBA BINOMIAL NO RESULTÓ SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

EL FACTOR 0 QUE CORRESPONDE A LO QUE LOS JUECES IDENTIFICARON COMO NULO FACTOR CURATIVO QUE A SU VEZ FUE CALIFICADO CON 0 APARECIÓ 6 VECES CON UN PORCENTAJE DE 4.0% Y EN LA PRUEBA BINOMIAL RESULTÓ NO SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

CONCLUSION:

YA QUE EL PROPÓSITO FUNDAMENTAL DE ESTE ESTUDIO FUE CONOCER QUÉ FACTORES TERAPÉUTICOS SE DABAN CON MAYOR FRECUENCIA EN PSICOTERAPIA DE GRUPO, SE OBSERVÓ QUE EL (FACTOR 8; IDENTIFICACIÓN) APARECIÓ 27 VECES.

SE HA DEMOSTRADO QUE LA IMITACIÓN ES UNA FUERZA TERAPÉUTICA. NO ES RARO QUE LOS PACIENTES EN TERAPIA REPRESENTEN PARTE DE LA CONDUCTA DE OTRA GENTE Y DESPUÉS LO ABANDONAN, ESTE PROCESO PUEDE TENER UN EFECTO TERAPÉUTICO SÓLIDO; DESCUBRIR QUE NO SOMOS, ES UN PROCESO QUE SIRVE PARA DESCUBRIR QUÉ SOMOS.

EL FACTOR 2, (COHESIÓN DE GRUPO): SE HA ESCRITO MUCHO SOBRE LA COHESIÓN, EL CONTEXTO GENERAL HABLA DE QUE LOS GRUPOS DIFIEREN UNOS DE OTROS EN EL GRADO QUE MUESTRAN UNA ACTITUD DE AGRUPAMIENTO, LOS QUE TIENEN UN GRAN SENTIDO DE SOLIDARIDAD O QUE AFIRMAN "NOSOTROS" SOMOS EL GRUPO, VALÚAN MÁS AL MISMO Y LO DEFIENDEN DE LAS AMENAZAS INTERNAS Y EXTERNAS.

EL FACTOR 10, (COMPRESIÓN DE SÍ MISMO): ES IMPORTANTE EN PSICOTERAPIA EL COMPONENTE INTELECTUAL QUE DESEMPEÑA EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO Y, RECIENTEMENTE LOS PACIENTES AL DESCUBRIR PARTES ANTES DESCONOCIDAS E INACEPTABLES, TIENE IMPLICACIONES ESPECÍFICAS; LA CAPACIDAD DE RELACIONARSE CON LOS OTROS, INTEGRARSE Y RELACIONARSE INTERNAMENTE PROMUEBE AL

CAMBIO PORQUE ALIENTA A LOS INDIVIDUOS A RECONOCER, INTEGRAR Y DAR LIBRE EXPRESIÓN A PARTES ANTES DECONOCIDAS DE SÍ MISMAS.

EL FACTOR 3 (UNIVERSALIDAD), APARECIÓ 18 VECES. CASI INVARIABLEMENTE LOS PACIENTES SIENTEN UNA PROFUNDA PREOCUPACIÓN POR SUS SENTIMIENTOS DE SER VALIOSOS Y SU SENTIMIENTO DE RELACIÓN INTERPERSONAL, EN LA MEDIDA QUE DESCUBREN LAS SEMEJANZAS CON LOS OTROS Y COMPARTEN SUS PREOCUPACIONES MÁS PROFUNDAS, SE BENEFICIAN MÁS CON LA CATÁRSIS CONSIGUIENTE Y CON LA ACEPTACIÓN ESCENCIAL POR PARTE DE LOS OTROS MIEMBROS.

EL FACTOR 4 (APRENDIZAJE INTERPERSONAL "INSUMO"), APARECIÓ 14 VECES, SURTIÓ EN LA CONDUCTA DEL HOMBRE, COMO PARTE DE UNA ADAPTACIÓN EVOLUTIVA; LA GENTE NECESITA DE LA GENTE PARA LA SUPERVIVENCIA INICIAL; NADIE TRASCIENDE DE SU NECESIDAD DE CONTACTO HUMANO. EL AMBIENTE DE GRUPO OFRECE MÁS OPORTUNIDADES PARA GENERAR EXPERIENCIAS CORRECTIVAS.

EL FACTOR 1 Y 6, APARECIERON CON EL MISMO NÚMERO DE VECES GUÍA Y ALTRUISMO. LA GUÍA DE ACONSEJAR O BUSCAR A MENUDO ES UNA CLAVE IMPORTANTE PARA ELUCIDAR LA PATOLOGÍA INTERPERSONAL. EL ALTRUISMO EN LOS GRUPOS DE TERAPIA LOS PACIENTES TAMBIÉN RECIBEN DANDO Y SE AYUDAN ENORMEMENTE LOS UNOS A LOS OTROS.

EL FACTOR 7 Y 11 APARECIÓ 10 VECES CADA UNO. LA CÁTARSIS AYUDA A LIBERAR A LOS PACIENTES DE LOS SENTIMIENTOS DEPRIMIDOS. INFUNDIR ESPERANZA NO SOLO SE NECESITA LA ESPERANZA PARA MANTENER AL PACIENTE EN LA TERAPIA EN GRAN PARTE DE LAS REUNIONES DE A. A., HACEN INCAPACIDAD EN INFUNDIR ESPERANZA.

EL FACTOR 5 (APRENDIZAJE INTERPERSONAL PRODUCTO), QUE APARECIÓ NUEVE VECES, SE DESCUBRE AQUÍ QUE EL INDIVIDUO MEJORA EN TERAPIA DE GRUPO SUS HABILIDADES PARA TRATAR A LA GENTE.

EL FACTOR 0 APARECIÓ 6 VECES, SEGÚN LA INTERPRETACIÓN DE LOS JUEVES, NULO FACTOR TERAPÉUTICO,

EL FACTOR 9 (REVALIDACIÓN DE LA FAMILIA) Y EL FACTOR 12 (FACTORES EXISTENCIALES) APARECIERON CADA UNO 3 VECES LO QUE SIGNIFICA QUE ESTOS FACTORES NO TIENEN LA RELEVANCIA DE OTROS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO.

INDICE DE GRAFICAS

NÚMERO DE VECES QUE APARECEN LOS FACTORES EN EL GRUPO I, CALIFICADO POR LOS JUECES.

NÚMERO DE VECES QUE APARECE EL FACTOR EN EL GRUPO II, CALIFICADO POR LOS JUECES.

NÚMERO DE VECES QUE APARECE EL FACTOR EN EL GRUPO III, CALIFICADO POR LOS JUECES.

NÚMERO DE VECES QUE APARECE EL FACTOR EN EL GRUPO IV, CALIFICADO POR LOS JUECES.

NÚMERO DE VECES QUE APARECE EL FACTOR EN EL GRUPO V, CALIFICADO POR LOS JUECES.

NÚMERO DE VECES QUE APARECE EL FACTOR EN EL GRUPO VI, CALIFICADO POR LOS JUECES.

NÚMERO DE VECES QUE APARECE EL FACTOR EN EL GRUPO VII, CALIFICADO POR LOS JUECES.

ACUERDO MÍNIMO, INTERMEDIO Y MÁXIMO EN LOS GRUPOS I AL VII.

EN ESTA GRÁFICA SE OBSERVA COMPARATIVAMENTE A LOS GRUPOS I, II, III Y IV EL NÚMERO DE -- VECES QUE APARECE EL FACTOR CALIFICADO POR LOS JUECES.

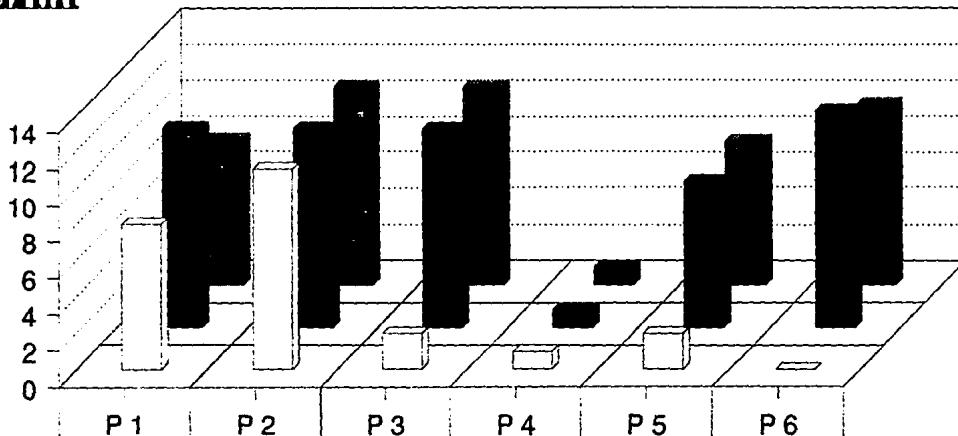
EN ESTA GRÁFICA SE OBSERVAN COMPARATIVAMENTE LOS GRUPOS V, VI Y VII EL NÚMERO DE VECES QUE APARECE EL FACTOR CALIFICADO POR -- LOS JUECES.

SE OBSERVA EL PORCENTAJE DE LA SUMA DEL FACTOR TERAPÉUTICO I AL XII, INCLUYÉNDOSE AL 0, NULO FACTOR TERAPÉUTICO.

EN ESTA GRÁFICA SE ENCUENTRA RESULTADO BINOMINAL EN EL QUE SE OBSERVÓ LA SIGNIFICANCIA Y LA PROBABILIDAD CON QUE SE PRESENTAN LOS FACTORES DEBIDO AL AZAR.



FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO



	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
JUEZ 3	8	11	11	1	8	10
JUEZ 2	11	11	11	1	8	12
JUEZ 1	8	11	2	1	2	0

GRUPO 1

□ JUEZ 1

■ JUEZ 2

■ JUEZ 3

P = PACIENTE

FUENTE : CRITERIOS PROPUESTOS POR YALOM



FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

C
U
R
A
T
I
V
O
S

F
A
C
T
O
R
E
S



GRUPO 1

	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
JUEZ 3	8	11	11	1	8	10
JUEZ 2	11	11	11	1	8	12
JUEZ 1	8	11	2	1	2	0

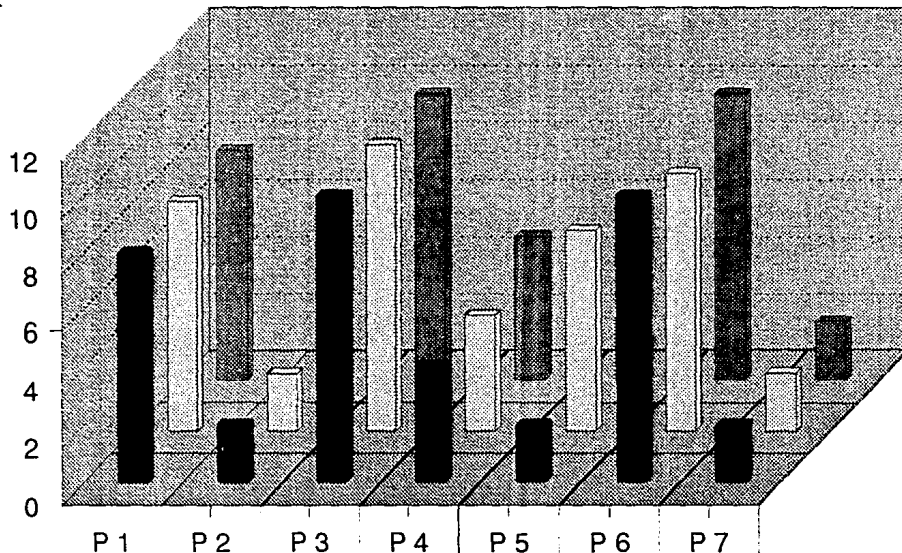
P = PACIENTE

FUENTE : CRITERIOS PROPUESTOS POR YALOM



FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

CURATIVOS
FACTORES



GRUPO 2	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7
JUEZ 3	8	2	10	5	2	10	2
JUEZ 2	8	2	10	4	7	9	2
JUEZ 1	8	2	10	4	2	10	2

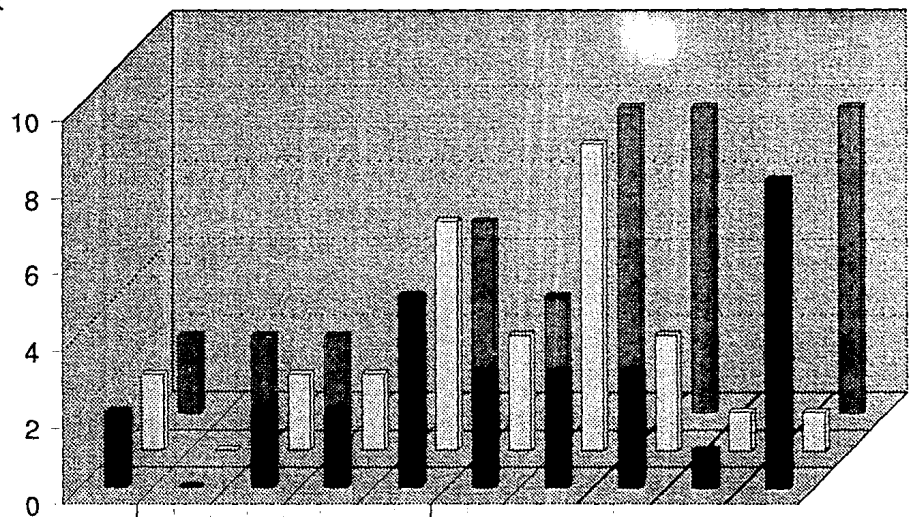
P = PACIENTE




FUENTE : CRITERIOS PROPUESTOS POR YALOM



FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

FACTORES CURATIVOS



GRUPO 3		P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10
JUEZ 3		2	2	2	2	5	3	8	8	1	8
JUEZ 2		2	0	2	2	6	3	8	3	1	1
JUEZ 1		2	0	2	2	5	3	3	3	1	8

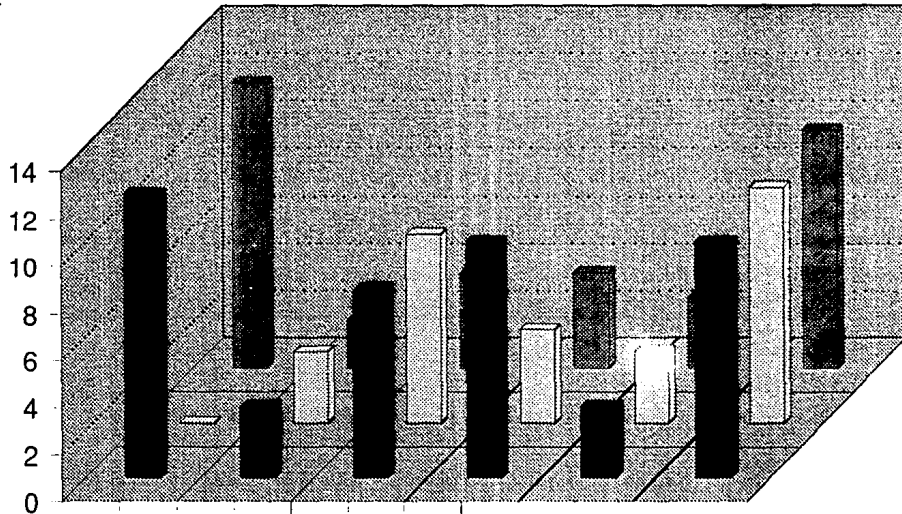
P = PACIENTE

FUENTE : CRITERIOS PROPUESTOS POR YALOM



FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

CURATIVOS
FACTORES



GRUPO 4

GRUPO 4	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
JUEZ 3	12	2	4	4	3	10
JUEZ 2	0	3	8	4	3	10
JUEZ 1	12	3	8	10	3	10

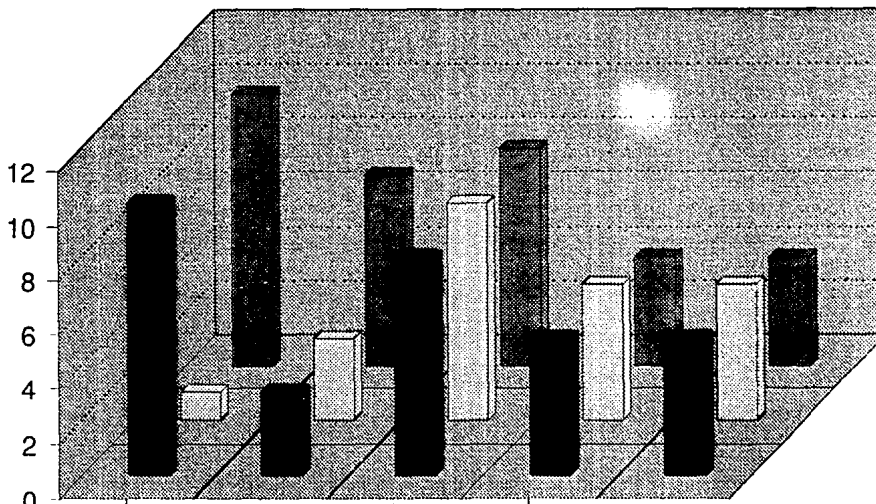
P = PACIENTE

FUENTE : CRITERIOS PROPUESTOS POR YALOM



FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

CURATIVOS
FACTORES



GRUPO 5

GRUPO 5	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5
JUEZ 3	10	7	8	4	4
JUEZ 2	1	3	8	5	5
JUEZ 1	10	3	8	5	5

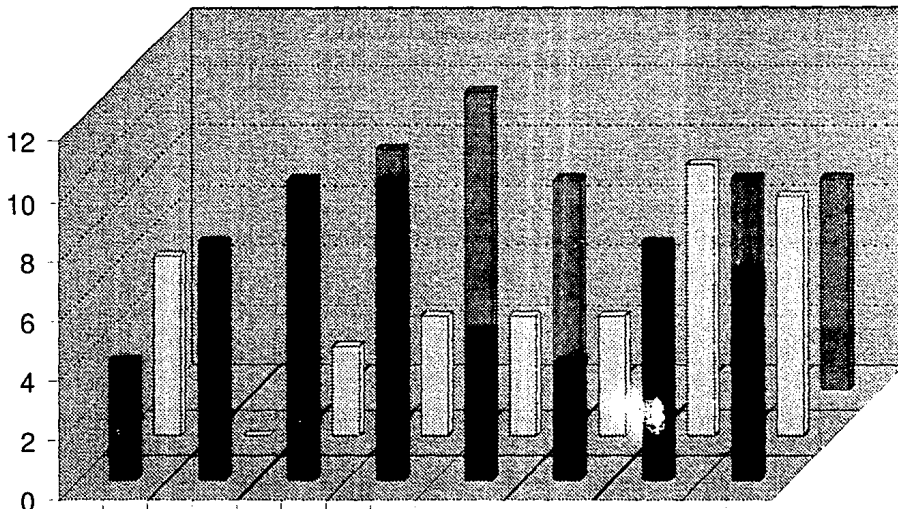
P = PACIENTE

FUENTE : CRITERIOS PROPUESTOS POR YALOM



FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

CURATIVOS
FACTORES



GRUPO 6

GRUPO 6	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8
JUEZ 3	4	7	8	10	7	3	7	7
JUEZ 2	6	0	3	4	4	4	9	8
JUEZ 1	4	8	10	10	5	4	8	7

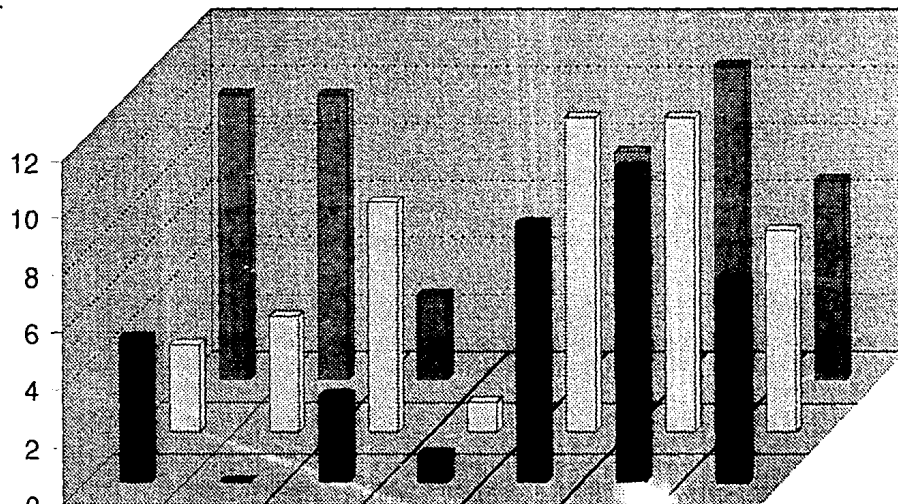
P = PACIENTE

FUENTE : CRITERIOS PROPUESTOS POR YALOM



FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

CURATIVOS
FACTORES



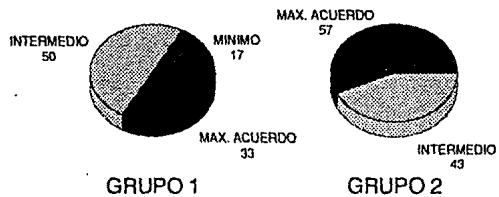
GRUPO 7

	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7
JUEZ 3	10	10	3	1	8	11	7
JUEZ 2	3	4	8	1	11	11	7
JUEZ 1	5	0	3	1	9	11	7

P = PACIENTE

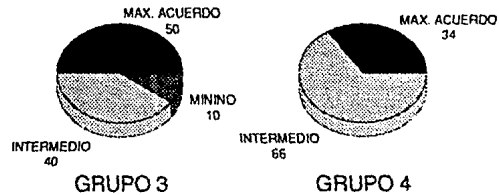
FUENTE : CRITERIOS PROPUESTOS POR YALOM

% DE MAXIMO ACUERDO, INTERMEDIO Y MINIMO



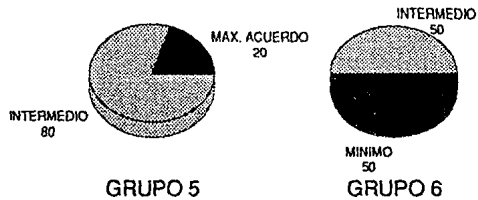
REALIZO: DR TERESITA CELINA DIAZ MERCADO

% DE MAXIMO ACUERDO, INTERMEDIO Y MINIMO



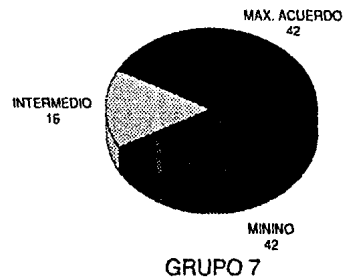
REALIZO: DR TERESITA CELINA DIAZ MERCADO

% DE MAXIMO ACUERDO, INTERMEDIO Y MINIMO



REALIZO: DR TERESITA CELINA DIAZ MERCADO

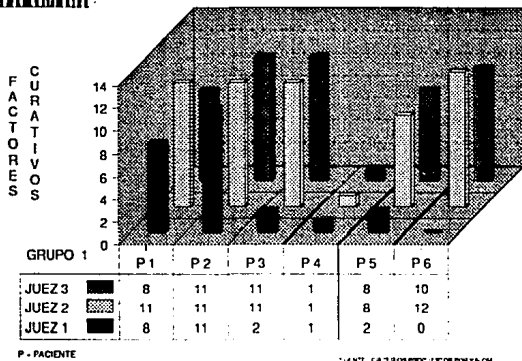
% DE MAXIMO ACUERDO, INTERMEDIO Y MINIMO



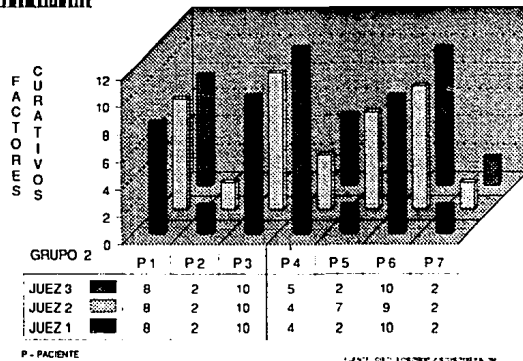
REALIZO: DR TERESITA CELINA DIAZ MERCADO



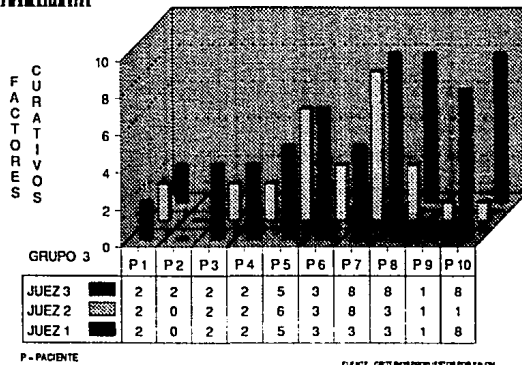
FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO



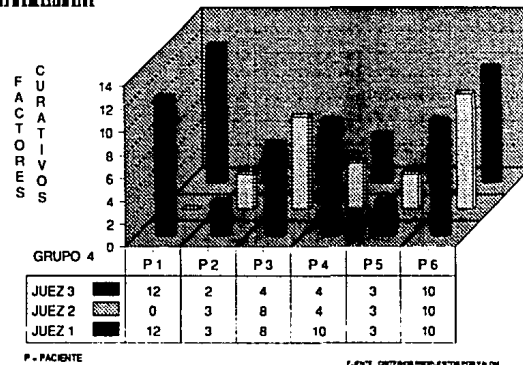
FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO



FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

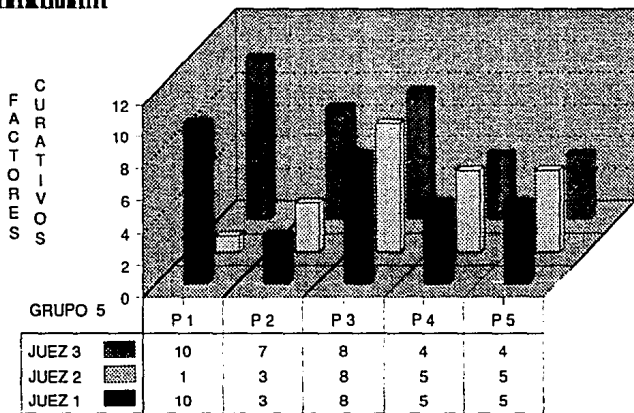


FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO





FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

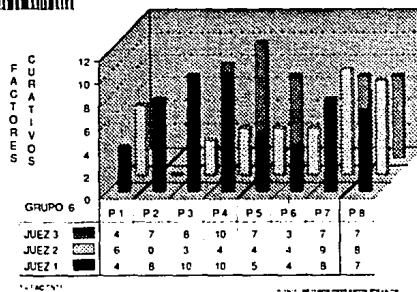


P = PACIENTE

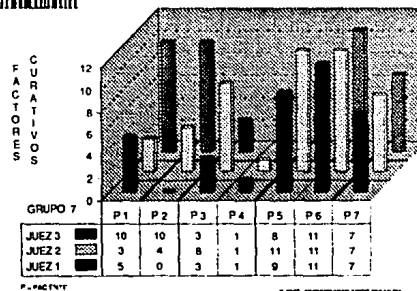
FUENTE: CRITERIOS PROPOSTOS POR YALOM



FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO



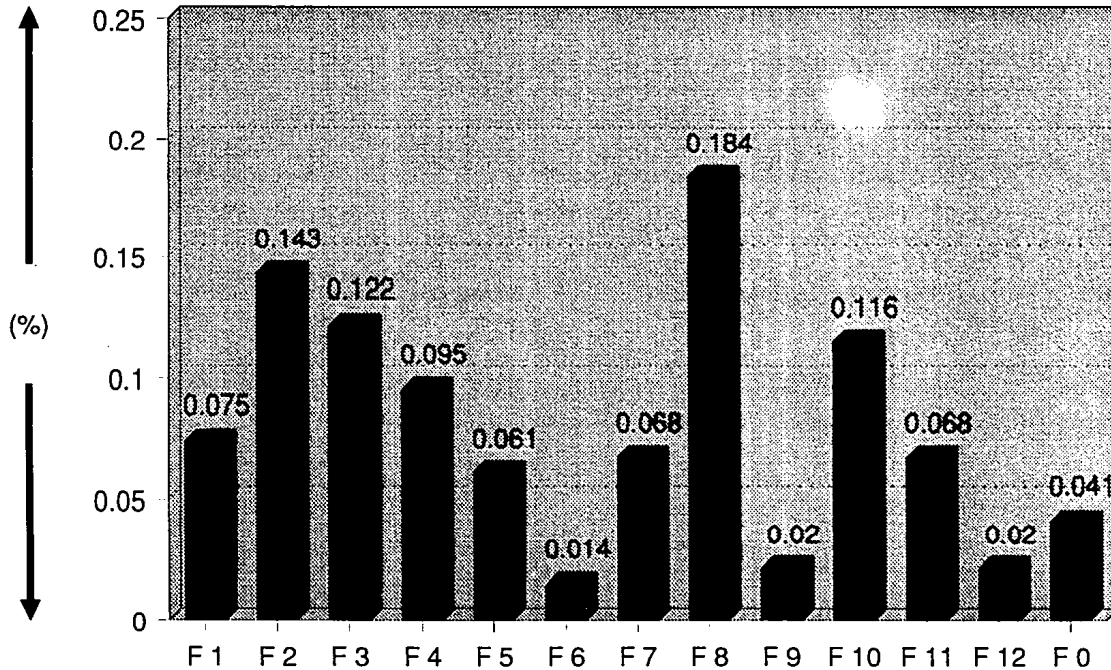
FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO



P = PACIENTE

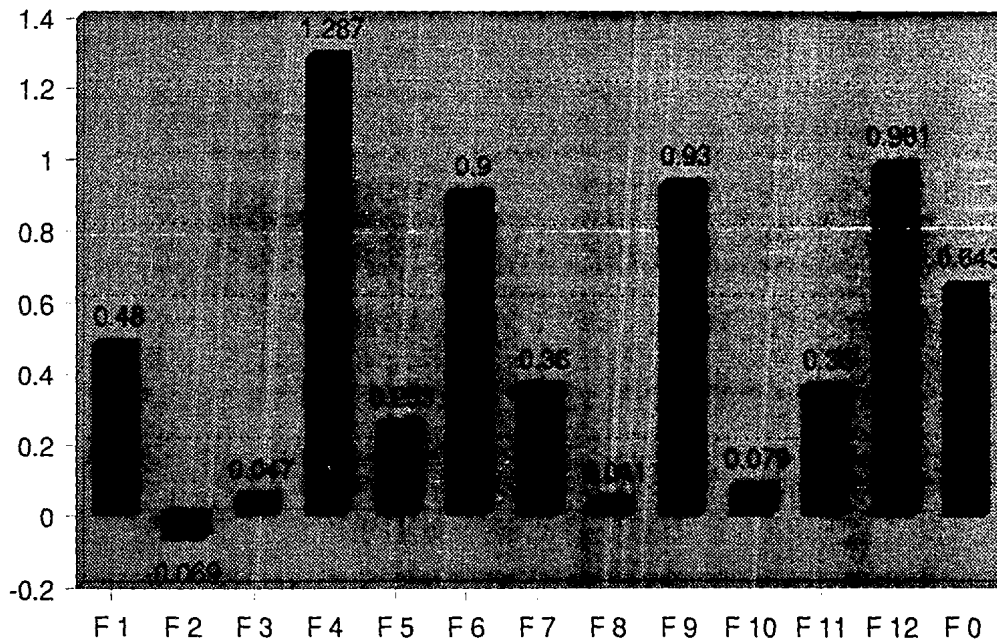
FUENTE: CRITERIOS PROPOSTOS POR YALOM

% DE FACTORES TERAPEUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPOS



F = FACTOR TERAPEUTICO FUENTE : CRITERIOS PROPUESTOS POR I.D.Y.

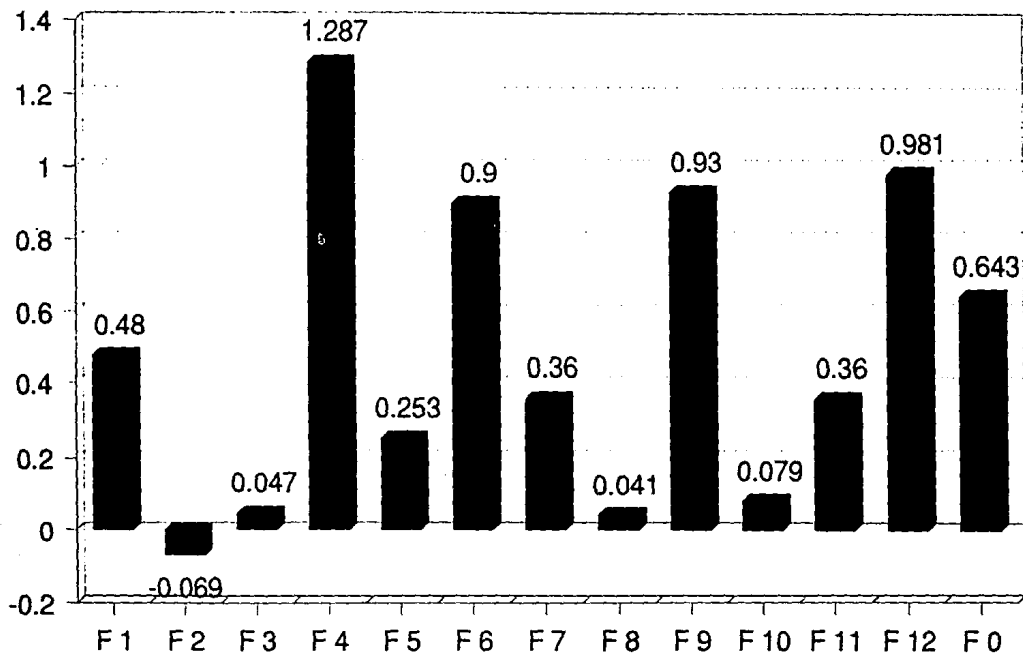
RESULTADO BINOMIAL DONDE SE OBSERVO LA SIGNIFICANCIA Y LA PROBABILIDAD CON QUE SE PRESENTAN LOS FACTORES DEBIDO AL AZAR



F = FACTOR TERAPEUTICO

FUENTE : CRITERIOS PROPUESTOS POR I.D.Y.

RESULTADO BINOMIAL DONDE SE OBSERVO LA SIGNIFICANCIA Y LA PROBABILIDAD CON QUE SE PRESENTAN LOS FACTORES DEBIDO AL AZAR



F = FACTOR TERAPEUTICO FUENTE : CRITERIOS PROPUESTOS POR I.D.Y.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- OTTO KERNBERG, "LA TEORÍA DE LAS RÉLACIONES OBJETALES", PAIDOS, 1989.
- 2.- HENRY E. Y P. BERNARD CH. BRISSET, "TRATADO DE PSIQUIATRÍA" T. Y MASSON, 1980.
- 3.- M.S. OLMSTED "EL PEQUEÑO GRUPO DE PAIDOS", 1989.
- 4.- ERICH FROMM, "PSICOANÁLISIS DE LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA" F:C:E: , 1981.
- 5.- HOWARD H. GOLDMAN, "PSIQUIATRÍA GENERAL", ED. MANUAL MODERNO., 1987.
- 6.- ROBERT MEIGNIEZ, "EL ANÁLISIS DEL GRUPO", ED. MOROVA, 1982.
- 7.- SLAVSON, S. R. ANALITIC GROUP PSYCHOTHERAPY-WITH CHILDREN ADOLESCENT ADULTS, COLUMBIA.
- 8.- S. R. SLAVSON, "TRATADO DE PSICOTERPIA GRUPAL ANALÍTICA". ED. PAIDOS, 1976.
- 9.- CALVIN S. HALL, COMPENDIO DE PSICOLOGÍA FREUDIANA, PAIDOS 1985.
- 10.- HECTOR J. FIORINI, GRACIELA PEYRA. APORTES TEÓRICOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIAS, EDICIONES NUEVA VISIÓN, 1978.
- 11.- BERNARD MAIL HIOT, DINÁMICA Y GENÉISIS DE GRUPOS, EDICIONES MOROVA, 1973.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 12.- PACHO O'DONNELL. EL ANÁLISIS FREUDIANO DE GRUPO, EDICIONES NUEVA VISIÓN, 1984.
- 13.- ENRIQUE PICHON RIVIERE. EL PROCESO GRUPAL DEL PSICOANÁLISIS, ED. NUEVA VISIÓN, 1983.
- 14.- HERBERT A. THOLEN. EL GRUPO COMO ORGANISMO, ED. NUEVA VISIÓN, 1975.
- 15.- CARL ROGERS. GRUPO DE ENCUENTRO, AMORRORTU, EDICIONES, 1990.
- 16.- PACHO O'DONNELL. TEORÍA Y TÉCNICA DE PSICOTERAPIA GRUPAL, AMORRORTU, EDICIONES, 1984.
- 17.- JEAN DREVILLAN. PSICOLOGÍA DE LOS GRUPOS HUMANOS, ED. NUEVA VISIÓN, 1978.
- 18.- JOSEPH LUFT. INTRODUCCIÓN A LA DINÁMICA DE GRUPO. ED. HERDER, 1978.
- 19.- AGUSTIN PALACIOS. TÉCNICA DE GRUPO EN PSICOANÁLISIS. LA PRENSA MÉDICA MEXICANA, 1975.
- 20.- JEAN MAISONNEUVE. LA DINÁMICA DE LOS GRUPOS ED. NUEVA VISIÓN, 1985.
- 21.- JOSÉ LUIS GONZÁLEZ CHAGOYAN. PSICOANÁLISIS Y GRUPOS. ED. PAX MEX. 1988.
- 22.- ASYA L. KADIS, JACK D. KRASNER. MANUAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO, F. C. E., 1986.
- 23.- ARMANDO BAULEO. IDEOLOGÍA GRUPO Y FAMILIA, FOLIOS EDICIONES, 1982.

- 24.- F. L. CARUFEL M. D. W. E. PIPER GRUOP PSYCHOTHERAPY OF INDIVIDUAL PSYCHOTERAPY: PREDICTIVE FACTOS. INT. J. PSY CHOTES. APR, 1988.
- 25.- J. SCOTT, RUTAN PH.
ANNS ALONSO, P. A. AND JUMES E. GROVES M. D. UNDERSTANDING DEFENSES IN GROUP PSYCHOTHERAPY, J. GROUP PSYCHOTER, OCT. 1988.
- 26.- MORTON A. LIEBERMAN P.A. UNDERSTANDING HOW GROUP WORK A STUDY OF HOMOGE NEOUS GROUP INT J. PSYCHOTER, 40, JAN, 1990.
- 27.- J. SCOTT. RUTAN PH D. MAKING SOCIETY'S GROUP, JANUARY, 1989, J. GROUP PSYCHOTER.
- 28.- MAKLER S; SIGAL M; GELKOPF M; KOCHBA BB; HOREB E. COMBAT RELATED, CHRONIC POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER. AM J. PSYCHOTHER 1990 JUL; 44(3) 381-95.
- 29.- URBANCIC JC.- J. PSYCHOSOC NURS MENT HEALTH SERV 1989, SEP. 27 (9): 4-10.
- 30.- MATANO RA; YALOM ID. APPROACHES TO CHEMICAL DEPENDENCY: CHEMICAL DEPENDENCI AND INTERACTIVE GROUP THERAPY - A SYNTHESIS.
- 31.- YALOM I: RESPONSE TO DISCUSSION OF "BEREAVEMENT GROUPS: TECHNIQUES AND THEMES: INT J: GROUP PSYCHOTER 1990, JAN 40 (1): 105-7.
- 32.- HOFFMAN S; HOROWITZ I. TREATING THE LATROGENICALLY INFAN TILIZED PATIENT. AM J. PSYCHOTER 1991 APR; 45(2):279-83.