

01941



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

1  
207

**MANIFESTACION DE LA RESISTENCIA Y SU MANEJO  
TERAPEUTICO EN UNA TERAPIA GRUPAL AL CORTO PLAZO.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA Y  
PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES**

**P R E S E N T A :**

**ROSA ELENA GOMEZ JIMENEZ**

Director: Irma Lorentzen Gordillo

Dr. José de Jesús González Núñez

Mtra. Fayne Esquivel Ancona

Mtro. Samuel Jurado Cárdenas

Mtra. Georgina Martínez Montes de Oca

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**A la UNAM y a mis maestros,  
a quienes les debo lo que soy  
como profesionista.**

**A mis padres por su apoyo  
y comprensión incondicional.**

**A mis hermanos por la  
confianza depositada en mí  
y por todo el cariño.**

**A mi esposo por haberme ayudado  
a lograr esta meta, por su apoyo,  
amor y comprensión.**

**A mi hijo de quien deseo siga el ejemplo  
de esfuerzo y superación de sus padres.**

## INDICE

	Página
<b>INTRODUCCION</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO I. MARCO TEORICO.</b>	<b>7</b>
1.1. FENOMENO RESISTENCIAL.	7
1.1.1. Resistencia y Mecanismos de Defensa.	8
1.1.2. Manifestaciones Resistenciales.	10
1.1.3. Manejo Terapéutico de la Resistencia.	12
1.2. ASPECTOS PRINCIPALES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPOS.	14
1.2.1. Modelos de la Psicoterapia Grupal.	14
1.2.2. Generalidades sobre el Proceso Terapéutico.	15
1.2.3. Manifestaciones Grupales de la Resistencia.	18
1.2.4. Técnicas grupales de manejo resistencial.	21
1.2.4.1. La activación del Aquí y Ahora.	21
1.2.4.2. La iluminación del proceso.	22
1.3. ASPECTOS PRINCIPALES DE LA PSICOTERAPIA BREVE.	24
1.3.1. Método de Tratamiento en Psicoterapia Breve.	25
1.3.2. Análisis de la Resistencia en la Psicoterapia Breve.	27
1.3.3. Resultados Terapéuticos de la Psicoterapia Breve.	28
1.4. TERAPIA BREVE DE GRUPO EN ADOLESCENTES.	29
1.4.1. Características del Adolescente.	29
1.4.2. Ventajas de la Psicoterapia Breve de Grupo en Adolescentes.	33
1.4.3. Intervención y Estrategias de Tratamiento.	33
<b>CAPITULO II. METODOLOGIA.</b>	<b>35</b>
2.1. OBJETIVO.	35
2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	35
2.3. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.	35
2.3.1. Hipótesis Conceptual.	35
2.3.2. Hipótesis de Trabajo.	35
2.3.3. Hipótesis Nula.	35
2.4. VARIABLES.	36
2.4.1. Identificación de Variables.	36
2.4.1.1. Variable Independiente.	36
2.4.1.2. Variable Dependiente.	36
2.4.2. Definición de Variables.	36
2.4.2.1. Definición Conceptual de la Variable Independiente.	36
2.4.2.2. Definición Operacional de la Variable Independiente.	37

2.4.2.3. Definición Conceptual de la Variable Dependiente.	37
2.4.2.4. Definición Operacional de la Variable Dependiente.	38
2.5. CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.	39
2.6. DISEÑO DE INVESTIGACION.	39
2.7. INSTRUMENTOS.	40
2.7.1. Fase Pretratamiento.	40
2.7.2. Fase de Tratamiento.	41
2.7.3. Fase Postratamiento.	41
2.8. PROCEDIMIENTO.	42
2.8.1. Selección de los pacientes.	42
2.8.2. Aplicación de técnicas e instrumentos.	42
2.8.3. Proceso Terapéutico.	42
<b>CAPITULO III. EXPOSICION Y ANALISIS DE RESULTADOS.</b>	<b>43</b>
3.1. FASE PRETRATAMIENTO.	43
3.2. FASE DE TRATAMIENTO.	48
3.3. FASE POSTRATAMIENTO.	59
<b>CAPITULO IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES.</b>	<b>63</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO A. CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO B. SESIONES TERAPEUTICAS.</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO C. PERFILES DE PERSONALIDAD.</b>	<b>123</b>

## INTRODUCCION.

El presente trabajo pretende sistematizar, en la medida de lo posible, las experiencias obtenidas a lo largo del curso de formación como psicoterapeuta de grupos llevado a cabo en la Especialidad de Psicología Clínica y Psicoterapia de grupos en Instituciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Dichas experiencias se enfocan específicamente al trabajo terapéutico realizado con un grupo de jóvenes adolescentes, estudiantes de la propia facultad, en un plazo de seis meses de terapia grupal. Se pretende analizar las diferentes manifestaciones de la resistencia, individual y grupal, así como su manejo terapéutico. Para llevar a cabo este objetivo es necesario ubicar teóricamente el problema de estudio en toda su extensión: el fenómeno a analizar (la resistencia terapéutica); las técnicas empleadas (Terapia Breve de Grupos), y; las características de la población (adolescentes). Por este motivo el marco teórico del presente trabajo se desarrolla a partir de cuatro puntos fundamentales: 1). Fenómeno resistencial; 2). Aspectos principales de la Terapia de Grupos; 3). Aspectos principales de la Terapia Breve; 4). Terapia Breve de Grupos con Adolescentes.

## CAPITULO I.

### MARCO TEORICO

#### 1.1. FENOMENO RESISTENCIAL

El concepto de resistencia ha sido definido por diversos autores de manera similar a como lo conceptualizó Sigmund Freud en 1912. Para S. Freud, cada acto o cada ocurrencia del paciente cuenta con cierto grado de resistencia, presentándose ésta como una transacción entre las fuerzas favorables a la cura y las fuerzas que se oponen a ella. Afirmó que la resistencia acompaña el tratamiento a lo largo de éste y que es una parte integral de la experiencia terapéutica. Otros autores han definido la resistencia de las siguientes maneras: Para Laplanche, J. y Pontalis, J. (1981) "se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente"(p. 384).

Fenichel (1964), por su parte, dice que "todo aquello que impide al sujeto producir material derivado del inconsciente es una resistencia" (p. 42).

Bauer (1990), define la resistencia como "cualquier conducta en terapia que interfiera con el proceso de descubrimiento, expresión afectiva y trabajo a través de los conflictos del paciente" (p. 182).

Greenson (1967), señala que "resistencia significa oposición, conjunto de fuerzas que obstruyen los procedimientos y procesos del análisis, estorban la libre asociación, obstaculizan los intentos del paciente por recordar y lograr y asimilar insight que operan bajo su Yo razonable y su deseo de cambio. La resistencia puede ser consciente, preconscious o inconsciente, y expresarse por medio de emociones, actitudes, ideas impulsos, pensamientos, fantasías o acciones" (en Díaz portillo, 1989, p. ).

De estas definiciones puede concluirse que las resistencias son actos del paciente que, ya sea a nivel consciente, preconscious o inconsciente, impiden durante el proceso terapéutico la libre manifestación de aquellos aspectos inconscientes relacionados con su conflictiva personal y su necesidad de cambio.

S. Freud (1923), describió cinco tipos de resistencia y las clasificó según su origen, de la siguiente manera:

1. . Resistencia de Represión. Resulta de los intentos del ego por eludir impulsos amenazantes manteniéndolos fuera de la conciencia, de esta manera el paciente no desarrolla conciencia del conflicto que subyace a sus síntomas.
2. . Resistencia de Transferencia. El paciente, en vez de resolver sus conflictos básicos, busca, a través de sus aspectos transferenciales, una determinada relación con el terapeuta que puede ser de compenación, búsqueda de afecto, cura mágica



omnipotente, y en vez de colaborar con él se interesa simplemente en rivalizar, gustarle o adorarlo.

3. . Resistencia de Ganancia Secundaria. Se presenta en la negación del paciente de renunciar a los beneficios secundarios que acompañan a su enfermedad.
4. . Resistencia del Superego. Consiste en la necesidad inconsciente del paciente a ser castigado, sus síntomas le imponen ciertos sufrimientos que se resiste a abandonar.
5. . Resistencia de Repetición-Compulsión. Esta es una manifestación de un aspecto biológico del organismo en el cual los pacientes conservan patrones fijos de mala adaptación de conducta a pesar de la comprensión y la anulación de la represión.

Dicho de otra forma, S. Freud consideró varios motivos por los cuales un paciente se resiste al cambio. Principalmente porque existe una sensación de ser atacados o amenazados por sentimientos y pensamientos que son vistos como la causa de su pesar y dolor psíquico (resistencia de represión). Ellos se adhieren a sus problemas y frecuentemente manifiestan una fuerte aversión a abandonarlos porque, aunque conscientemente resultan dolorosos, una vez durante la infancia lo fue todo para ellos, la base del desarrollo del sentido del Yo, lo que les sirve como garantía de sobrevivencia y sentido de continuidad (resistencia de repetición- compulsión). Además, los problemas le traen al paciente atención y simpatía de los demás (resistencia de ganancia secundaria). Para Freud, el que un paciente se aferre a sus problemas implica también un factor de alivio para la culpa inconsciente, es decir, es la gratificación del deseo del paciente a ser castigado como consecuencia a sus fantasías prohibidas (resistencia del superego). Por otra parte, el paciente puede también permanecer en sus problemas como un medio para derrotar al terapeuta, como fenómeno transferencial, en el inconsciente tal acto puede simbolizar el tomar revancha o competir con el padre o la madre (resistencia de transferencia) (Bauer, 1990).

Ahora bien, un mismo paciente puede presentar conductas resistenciales pertenecientes a una o más de las categorías antes mencionadas, y cada una de las categorías pueden manifestarse de diversas formas según el paciente de que se trate. La manera en que un paciente se resiste está directamente relacionada con sus rasgos de carácter y, por consiguiente, con sus patrones defensivos habituales.

### **1.1.1. Resistencia y Mecanismos de Defensa.**

S. Freud (1936), afirmó que la manera en la cual un paciente se resiste asemeja la organización defensiva del Yo del paciente. Se sabe que una defensa es una medida utilizada por el Yo para disminuir la ansiedad y resolver el conflicto intrapsíquico e interpersonal del paciente. Las defensas implican tanto operaciones intrapsíquicas utilizadas para evadir pensamientos y sentimientos amenazantes, como estrategias interpersonales para proteger la seguridad y la autoestima (Bauer, op. cit.). Todo individuo presenta una estructura defensiva que con el tiempo y el empleo permanente llegan a formar parte de los rasgos del carácter (por ejemplo, una persona con rasgos obsesivos del carácter tenderá a la intelectualización y al aislamiento como mecanismos de defensa).

Cuando un individuo se enfrenta a un proceso terapéutico, a un análisis de su conflictiva, su organización defensiva se presenta bajo la forma de una resistencia contra el análisis del Yo (Ana Freud, 1983). Dicho de otra forma, la resistencia es la manifestación conductual de la estructura de defensa de un paciente frente a una situación de análisis:

"Si ocurre durante el análisis, toda defensa del Yo contra el Ello sólo puede estimarse como una forma de resistencia contra el trabajo analítico" (ibid., p. 41).

En muchas ocasiones los mecanismos defensivos se rigidizan o estereotipan, esto es que el Yo del individuo utiliza un solo método de defensa ( fijación) contra una particular exigencia instintiva que se repite con frecuencia, como resultado aparecen los síntomas neuróticos.

Ana Freud afirma que ciertas neurosis guardan relaciones estables con determinados tipos de defensa, por ejemplo, la histeria con la represión y la neurosis obsesiva con los procesos de aislamiento y anulación. Semejante relación se encuentra al estudiar los tipos de defensa que un paciente utiliza contra sus afectos y la forma de defensa adoptada por su Yo. Esquemáticamente se observa una relación entre síntomas neuróticos-defensas-resistencia.

Este paralelismo resulta ser más familiar en los casos de histeria y neurosis obsesiva. Los pacientes histéricos emplean la represión como mecanismo de defensa (sustraen a la conciencia las representaciones ideativas de sus impulsos sexuales) y adoptan un modo análogo de resistencia; en sus asociaciones de ideas se produce una interrupción y el paciente solo experimenta un vacío en la conciencia y calla:

SINTOMA - DEFENSA - RESISTENCIA  
HISTERIA - REPRESION - SILENCIO

En la neurosis obsesiva, en cambio, el mecanismo defensivo utilizado es el aislamiento (el Yo rompe las conexiones entre los impulsos instintivos y sus representaciones quedando aquellos en la conciencia) por lo tanto, la resistencia del neurótico obsesivo se manifiesta aislando las ideas de sus afectos correspondientes, el neurótico obsesivo no calla, sigue hablando aunque se encuentre en resistencia con un lenguaje desconectado de emociones y por lo mismo absurdo:

SINTOMA - DEFENSA - RESISTENCIA  
N. OBSESIVA - AISLAMIENTO - EVADE AFECTOS

De lo dicho anteriormente queda claro que la manera en que un paciente se resiste al proceso terapéutico puede inferirse, hasta cierto punto, si se tiene conocimiento de sus mecanismos de defensa (y sus rasgos de carácter), al menos el terapeuta puede darse una idea de cómo y qué tanta será la resistencia del paciente<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>Otto Kernberg (1987), hace una clara diferenciación entre mecanismos defensivos de alto nivel (como la represión, la formación reactiva, el aislamiento, la anulación, la intelectualización, la racionalización) y mecanismos de defensa primitivos (escisión, idealización primitiva, formas tempranas de proyección como la identificación proyectiva, la

Los mecanismos defensivos llevan al paciente a una conducta resistencial que refleja su incapacidad para percibir una forma alternativa de vida. Esta conducta resistencial se vuelve problemática en tanto continúa soportando la manera de adaptación del paciente y manteniendo estrategias inadecuadas de relación.

### 1.1.2. Manifestaciones Resistenciales.

Los aspectos resistenciales en terapia se manifiestan de innumerables maneras. Como se dijo anteriormente, los pacientes utilizan una gran variedad de métodos, conscientes e inconscientes, para resistirse al cambio, entre ellos se pueden nombrar a manera de ejemplo los siguientes: pasar por alto material relevante; olvidar asistir a las sesiones terapéuticas o llegar tarde; censurar material consciente; silencios provocados por el hecho de "no tener nada que decir"; hablar del pasado para evitar el presente o viceversa; pensamientos o sueños confusos; cuestionar el valor de la terapia o la capacidad del terapeuta; esforzarse por ser muy buenos o por querer quedar bien con el terapeuta; etc.

Resulta casi imposible encuadrar las conductas resistenciales en las categorías señaladas por S. Freud, arriba mencionadas, debido a que en la práctica la resistencia se presenta como una mezcla de diversos mecanismos psicodinámicos que no podrían encajonarse en una clasificación netamente teórica. En vez de esto, McKinnon (1981) ha tratado de clasificar la resistencia en términos de sus manifestaciones en el proceso terapéutico.

Para este autor las resistencias se expresan a través de tipos de comunicación oral durante la sesión (en donde se utiliza o no la palabra), o bien a través de actuaciones o dramatizaciones que adquieren significado cuando se ven relacionadas con el terapeuta o con el proceso terapéutico (pueden ocurrir dentro o fuera de la sesión pero siempre estará implícito en el fenómeno el terapeuta).

Entre las manifestaciones orales de la resistencia se pueden nombrar las siguientes:

a). El silencio; principalmente cuando se presenta después de haber tocado un punto importante en la problemática del paciente.

---

negación, la omnipotencia y la devaluación). Los primeros protegen al Yo desde el Yo consciente cuando éste rechaza al impulso o a su representación ideacional, o a ambas; los segundos protegen al Yo disociando o manteniendo a parte las experiencias contradictorias de sí mismo y de los demás significantes activando así estados contradictorios del Yo. Los mecanismos defensivos primitivos protegen al paciente de mayor desintegración del Yo, por lo que pueden considerarse más "fuertes" que los mecanismos defensivos de alto nivel y suponerse que la resistencia en estos pacientes se presenta de igual manera siendo menos resistente un paciente que utiliza mecanismos defensivos de alto nivel y más resistente otro que emplea mecanismos más primitivos.

b). Hablar con locuacidad: el paciente se sirve de las palabras para evitar enfrentarse con el terapeuta así como para ignorar sus propias emociones.

c). La censura o corrección de pensamientos: son indicios de éstas las interrupciones en el curso libre del lenguaje, los cambios abruptos de tema, o la exposición de una agenda preparada, impidiendo de esta forma una conducta espontánea durante las sesiones.

d). La intelectualización: el paciente se sirve de construcciones intelectuales para alejarse de los afectos y conseguir aprobación por parte del terapeuta al dar la impresión de estar colaborando con él.

e). La generalización: el paciente describe su vida y reacciones en términos generales evitando los detalles específicos de cada situación.

f). La preocupación excesiva del paciente por una fase determinada de su vida como síntomas o acontecimientos actuales o pasados (frecuente en pacientes psicósomáticos).

g). El concentrarse en detalles banales y eludir los aspectos importantes (frecuente en pacientes obsesivos).

h). La exhibición afectiva o hiperemocionalidad: el paciente se sirve de la emoción para eludir otros aspectos dolorosos más profundos.

i). Las sesiones felices: indican resistencia en tanto el paciente obtenga satisfacción emocional suficiente durante la sesión para eludir la depresión o la ansiedad.

Entre las actuaciones o dramatizaciones de la resistencia, McKinnon nombra las siguientes:

a). Las demandas frecuentes del paciente de cambio de horario de las citas.

b). El empleo de enfermedades físicas menores como pretexto para no asistir a las sesiones (frecuente en pacientes fóbicos, histéricos y psicósomáticos).

c). Llegar tarde a las citas u olvidarlas.

d). Conducta seductora con el objeto de gustar al terapeuta para obtener afecto y protección mágica, o bien para desarmarlo y obtener poder sobre él.

e). Proposiciones sexuales manifiestas o encubiertas.

f). El pedir favores al terapeuta.

g). La "representación hacia afuera", o sea, el desplazar inconscientemente hacia una persona o una situación ajenas a la terapia, los sentimientos o impulsos relacionados con el tratamiento o con el terapeuta.

h). Toda aquella conducta que tiene por objetivo protegerse de sentimientos que amenazan con exteriorizarse, por ejemplo, encender un cigarrillo, suspender la entrevista para ir al baño, o la rigidez en la postura.

La resistencia es, entonces, una conducta sobredeterminada que sirve a múltiples funciones en la vida psíquica del paciente. El terapeuta debe ser capaz de identificar la ocurrencia de la resistencia, así como la manera en que interfiere en la terapia: cómo se resiste el paciente, cuándo se resiste, qué efectos tiene en el proceso terapéutico, etc.

### **1.1.3. Manejo Terapéutico de la Resistencia.**

La resistencia fue inicialmente vista como una obstrucción al proceso terapéutico, como algo a ser eliminado para poder entender los conflictos inconscientes del paciente. Gracias a las contribuciones de la Psicología del Yo y la Teoría Dinámica, se ha llegado al punto en donde la tarea no es eliminar la conducta resistencial sino entender su papel en la vida del paciente y en el mantenimiento de sus problemas (Strupp, y Binder, en Bauer, 1990).

La resistencia no debe ser vista como oposición a la terapia o al terapeuta, sino como un aspecto natural del proceso terapéutico. La tarea del terapeuta no es forzar ciertos afectos o demandar ciertas conductas del paciente, sino ayudarlo a aprender sus propias estrategias de reacción hacia otros y hacia sí mismos.

El terapeuta necesita desarrollar estrategias personales para llevar la resistencia al estado consciente del paciente valiéndose principalmente de tres valiosas técnicas analíticas: la clarificación, la confrontación y la interpretación.

La clarificación es una técnica mediante la cual el terapeuta explora, junto con el paciente, aquella información que éste ha dado y que resulta vaga, poco clara, contradictoria e incompleta; es un medio cognoscitivo que no reta al paciente sólo trata de evocar material consciente y preconscious. La confrontación, en cambio, implica señalarle al paciente aquellos aspectos que indican la presencia de un conflicto, de operaciones defensivas, de situaciones contradictorias, así como poca consciencia de realidad. La interpretación, por último, relaciona directamente la información consciente y preconscious del paciente con los motivos inconscientes que vuelven lógico lo que era contradictorio (Kernberg, 1987).

Estas técnicas son empleadas según el estilo personal del terapeuta y según la forma de la resistencia y de la sintomatología del paciente. No existe un procedimiento estructurado para el manejo de la resistencia (ni para ningún otro fenómeno psíquico), aunque autores como Díaz Portillo (1989) y McKinnon (1981), entre otros, sugieren de acuerdo a su experiencia el abordaje que el terapeuta puede hacer a las distintas conductas resistenciales (por ejemplo, ante un silencio del paciente cuando no se le ocurre nada que decir, McKinnon propone que el terapeuta comente algo como: "tal vez hay algo que le resulte a usted difícil discutir").

Bauer (1990), propone ciertas estrategias que son de utilidad en el manejo de la resistencia:

a). El terapeuta puede señalar la resistencia utilizando la metáfora y el humor.

b). Debe aprovechar el contexto para confrontar al paciente con su conducta resistencial, esto ayuda al paciente a identificar sus operaciones defensivas y favorece la empatía.

c). El terapeuta puede apoyar al paciente a explorar el significado y propósito de su conducta analizando aquellos sentimientos que llegan a ser evitados o actuados, así como sus implicaciones en términos de la relación con el terapeuta, de las relaciones actuales con otros y de sus relaciones pasadas. El paciente puede entender así hacia donde van sus defensas y ansiedades y considerar la posibilidad de remplazar estrategias interpersonales inefectivas y defensas destructivas por otras más apropiadas.

d). Puede ser de ayuda señalarle al paciente el costo de su conducta desadaptativa (por ejemplo: "llegar tarde a la sesión reduce el tiempo efectivo de la terapia"; "al evitar a las personas pierde oportunidad de hacer amigos", etc.), evitando inducir en el paciente culpa o darle la impresión de que actúa "mal". (Elicitando tales reacciones se decrementa la autoestima y el sentido de seguridad del paciente y se incrementa su necesidad de operaciones defensivas y resistentes).

e). El terapeuta debe señalar también las ganancias secundarias (por ejemplo: "llegar tarde a la terapia evita que usted esté expuesto a la ansiedad por más tiempo"; "rechazando a la gente se protege del posible abandono"). Esto incrementa la sensación del paciente de ser comprendido y ayuda a establecer la alianza terapéutica.

Estas estrategias de manejo resistencial son básicas en cualquier tipo de terapia analítica, sin embargo, el terapeuta debe tomar en cuenta el contexto terapéutico para acoplar dichas estrategias a las técnicas terapéuticas, ya se trate de técnicas de terapia individual, grupal, breve o prolongada.

## 1.2. ASPECTOS PRINCIPALES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPOS.

### 1.2.1. Modelos de la Psicoterapia Grupal.

El análisis en psicoterapia de grupos mantiene una perspectiva e ideología diferente al análisis en psicoterapia individual. En una psicoterapia individual (de corte psicoanalítico) la tarea principal es interpretar la resistencia del individuo contra sus impulsos inconscientes; en una terapia de grupo es, además, eliminar los bloqueos en la comunicación y en la interrelación de los pacientes. Es decir, la resistencia en el primer caso se encuentra dirigida hacia los impulsos del Ello, en tanto que en un grupo terapéutico la resistencia se plantea también en la dificultad de establecer relaciones interpersonales.

La psicoterapia grupal es un laboratorio humano para el estudio de la psicología social, es decir, el individuo en relación a otros individuos, en el interjuego de sus ideas, fantasías, conductas, afectos y emociones (lo que Grinberg, et al., 1977, llama microsociología).

El grupo como fenómeno psicoterapéutico nace en 1905, gracias a Pratt, quien introdujo en pacientes hospitalarios un sistema de "clases colectivas". El objetivo de la terapia era lograr de manera rápida y eficaz la recuperación de pacientes tuberculosos utilizando de manera sistemática y deliberada las emociones colectivas dentro de un clima de cooperación (Grinberg, op. cit.). A partir de este momento surgen una serie de terapias grupales con metodologías y objetivos que difieren unos de otros y que en general pueden clasificarse en tres categorías. Arbiser (1973), describe estos modelos terapéuticos de la siguiente manera:

#### a). Modelo de Psicoterapia Analítica en Grupo.

El marco referencial básico es el psicoanálisis, la metodología es algo similar a realizar psicoanálisis individuales en grupo, en donde el terapeuta osume un liderazgo no directivo y los sentimientos y conductas son el resultado de las motivaciones intrapsíquicas y de fenómenos transferenciales hacia el terapeuta descartándose la acción que ejercen los demás miembros del grupo. En este modelo los pacientes del grupo tienen objetivos iguales (curarse) pero no existe un objetivo común u objetivo de grupo (cada quien se "cura" como puede). La cohesión de los miembros está a cargo del status de líder del terapeuta. Son exponentes de este Método Schilder y Slavson, entre otros.

#### b). Modelo de Psicoterapia del Grupo.

Se basa en el psicoanálisis kleiniano y en el concepto de "sociabilidad sincrética" de José Bleger que, a diferencia de la sociabilidad por Interacción, explica un proceso de no-relación o no-individuación en el sentido de que el sujeto o paciente pasa o integrar, como "objeto" o "parte", una "mente del grupo". Esta mente grupal produce fantasías inconscientes del grupo, el terapeuta interpreta dichas fantasías de manera grupal y no individual. El paciente pierde durante la terapia aspectos de la identidad individual y al mismo tiempo osimila otros de la identidad grupal. Son exponentes de este modelo Sutherland, Foulkes, Bion, Grinberg y Zimmermann.

### c). Modelo de Psicoterapia Centrada en el Grupo.

Se fundamenta en los esquemas referenciales de la sociología, la teoría del campo (Lewin), la teoría de la comunicación (Bateson), y la teoría psicoanalítica (Freud-Klein). Fue Enrique Pichón Riviere quien sintetizó este marco referencial en una terapéutica grupal con una tarea a desarrollar, la curación (grupo operativo). El énfasis en este modelo está puesto en la interacción de los miembros del grupo pero sin perder su individualidad.

"Se trata, más bien, dada la inclusión natural del hombre en grupos, de discriminar los distintos niveles de análisis: general, particular y singular. La general alude a los principios generales de un sistema (el grupo); lo particular a las manifestaciones concretas que adquieren estos principios en las situaciones dadas; y lo singular a la conjugación última de estos principios con lo idiosincrásico de cada miembro del sistema" (Arbiser, op.cit., p.375).

Estos grupos terapéuticos mantienen objetivos comunes que les dan motivación y direccionalidad en la tarea pero alcanzar dichos objetivos. Esto crea una cierta "cultura del grupo" en la cual se pueden discriminar las conductas de los miembros del grupo quienes toman actitudes cambiantes a roles diferentes en momentos determinados dependiendo de las necesidades que surgen en el ambiente grupal y que son asumidas en función de la historia personal de cada paciente.

Existe un equipo terapéutico (quienes coordinan y quienes observan) que pasan a formar parte de la interacción grupal al mismo tiempo que mantienen la distancia suficiente para analizar e interpretar el proceso del grupo.

Este último modelo de psicoterapia grupal concibe al Hombre como un ser social, no como un hombre aislado sino como un ser que "naturalmente" se incluye en diversos grupos, y en donde un grupo terapéutico no difiere en esencia de los demás grupos sociales.

"Por lo tanto el grupo terapéutico es considerado una experiencia social 'in vivo', donde sus participantes pueden experimentar, vivenciar, apreciar y ensayar sus más o menos diversas maneras de establecer 'operaciones de contacto', con los demás, dentro de un encuadre adecuado" (Arbiser, op. cit., p.374).

Este es el enfoque utilizado en el desarrollo terapéutico del presente trabajo ya que coincide con el modelo metodológico empleado en la facultad de psicología, y porque personalmente me adhiero a la concepción ideológica del Hombre como ser social (si el hombre enferma en grupo es factible que se cure en grupo). Por lo tanto, continuaré analizando el procedimiento terapéutico y las manifestaciones resistenciales en un modelo de Psicoterapia Centrada en el Grupo.

### 1.2.2. Generalidades sobre el Proceso Terapéutico.

El proceso terapéutico del grupo se inicia desde la selección de los pacientes y el encuadre de la terapia. Muchos han sido los terapeutas de grupo que insisten en que de una buena selección de los pacientes depende un buen desarrollo de la terapia



grupal, ya que debido a la severa patología de un paciente el grupo puede verse frenado en la consecución de sus objetivos.

Los pacientes "aptos" para la psicoterapia de grupos deben presentar ciertas características compatibles con la capacidad de establecer relaciones interpersonales adecuadas. Leopold (en Kadis, et al., 1969), cita las siguientes:

- a). Pleno contacto con la realidad.
- b). Capacidad de reaccionar emocionalmente en una relación interpersonal.
- c). Flexibilidad suficiente para manejar los aumentos o reducciones de las tensiones surgidas dentro del grupo.
- d). Facultad de actuar como catalizador de tiempo en tiempo (mas no permanentemente).

Estas características excluyen a muchos otros pacientes que son malos candidatos a la psicoterapia de grupos por su inhabilidad para participar en relaciones interpersonales. Ellos son: pacientes con daño cerebral, paranoides, extremadamente narcisistas, hipocondríacos, con tendencias suicidas, adictos a drogas o alcohol, psicóticos o sociópatas (Yalom, 1986).

Habiendo hecho esta selección de los pacientes es necesario realizar una segunda selección dependiendo ahora del encuadre mismo de la terapia, esto es, si es un grupo homogéneo o heterogéneo, cerrado o abierto, institucional o privado, breve o a largo plazo.

Una vez constituido cada grupo, con su conjunto único de caracteres, tiene un desarrollo particular. Los miembros del grupo comienzan a manifestarse intra e interpersonalmente y a experimentar nuevas conductas, emociones e ideas. Esa combinación de actitudes y formas de interacción humana, agrupamiento y estilos de vida mal adaptados hacen que el curso de la terapia sea complejo y hasta cierto punto impredecible. Sin embargo, existen ciertas fuerzas masivas que operan en todos los grupos e influyen en su desarrollo proporcionando un esquema general de las fases o etapas de desarrollo del grupo. La mayoría de los autores están de acuerdo en señalar al menos tres grandes fases por las cuales atraviesa un grupo terapéutico: una fase inicial, una fase intermedia y una fase final.

Según Yalom (1986), durante la fase inicial los miembros del grupo buscan la razón de la terapia, se sienten confundidos acerca de la relación entre sus metas personales y las actividades del grupo. Los miembros se valúan entre si y al grupo en general, defensivamente puede haber un rechazo o desprecio hacia el grupo o hacia los miembros. Al mismo tiempo buscan similitud, les agrada la idea de no ser los únicos que sufren. Se crean fantasías de que el terapeuta es el único que los puede ayudar (como un padre omnipotente y omnisciente). La comunicación y la interrelación que se establece entre los miembros es estereotipada y restringida, semejante a cualquier reunión social. Comienzan a explorarse mutuamente y a describir sus propios síntomas. Dan y reciben consejos. La preocupación medular del grupo es si serán aceptados o rechazados por el grupo mismo. Más adelante, conforme avanzan las sesiones se presenta una lucha silenciosa por el dominio, comienzan a competir por una posición en el grupo y surge la hostilidad contra el terapeuta como una resistencia a examinarse y revelar algo de sí mismo (se presenta una ambivalencia hacia el terapeuta, unos lo defenderán y otros lo atacarán). Esta lucha por el dominio se esquematiza por el temor ya no de estar dentro o fuera del grupo, sino en el de estar arriba o abajo. Al final de

esta primera fase el grupo supera este periodo de conflicto y se transforma en una unidad con cohesión, hay un aumento en la confianza mutua (lo que algunos autores llaman "conciencia del grupo") y comienzan a hacerse revelaciones sobre la "verdadera" razón por la cual acudieron al tratamiento. La asistencia mejora y hay una sentida preocupación por la intimidad y la unión en el grupo (la preocupación en este momento es estar cerca o lejos del grupo) y en pro de este objetivo se suprimen afectos negativos.

"Sólo cuando todos los afectos pueden expresarse y analizarse constructivamente en un grupo con cohesión, éste se vuelve un grupo de trabajo maduro, un estado que dura el resto de su existencia, con periodos cortos de regresión a cada una de las etapas anteriores". (Ibid., p.324).

Las resistencias durante esta fase se manifiestan a través de silencios, hostilidad y ausencia de afectos (principalmente negativas).

Después de que el grupo ha alcanzado cierto grado de cohesión comienza la segunda fase, o fase intermedia, del grupo. En este momento el grupo se convierte verdaderamente en un grupo terapéutica con objetivo propia. Los integrantes se hablan directamente y ya no por intermedio del terapeuta, pueden enojarse entre sí y demostrárselo y son capaces de averiguar el significado de sus enojos. Comienza el proceso de análisis y los miembros del grupo trabajan sobre sus propios síntomas. En esta etapa se manifiestan el mayor número de resistencias al cambio (mientras más profundo sea el análisis mayores serán las resistencias). Cada miembro del grupo se resiste desde su propia historia personal, pero existen también ciertas formas de resistencia grupal originadas por el propio proceso en el que está inmerso el grupo (fragmentación y subagrupamiento, acting out, rivalidad, etc.). El grupo da la impresión de estar estancado, los temas demuestran una tendencia a la circularidad y a la repetición, y el grupo parece no moverse ni hacia atrás ni hacia adelante. En este momento el terapeuta debe introducir el tema de la terminación inminente para reestructurar y "destrabar" al grupo de su estancamiento (Foulkes, 1964).

Durante el final el grupo experimenta una serie de ansiedades que se asocian con el desentace o "muerte" de un vínculo especial. El paciente reelabora, con la terminación de la terapia, una serie de depresiones y reflexiones acerca de ciertos sucesos acontecidos en su vida como abandonos, rupturas, muertes. La desaparición del grupo es una pérdida real, como muchas otras, a la cual cada miembro se resiste. Invariablemente el grupo busca y encuentra razones para continuar con la terapia, pueden revivir algunos síntomas olvidados o producir otros nuevos y reafirmar su antigua dependencia hacia el terapeuta, por lo general presentan conductas tendientes a evitar la terminación (ignoran el tema, llegan tarde o faltan a las reuniones). El terapeuta debe en este momento confrontar al grupo con la realidad, interpretar las resistencias, ayudarles a elaborar el duelo por la pérdida del grupo incliéndolos a que compartan experiencias del pasado del grupo, a recordarse mutuamente (cómo llegaron al grupo) y cómo son en la actualidad. El terapeuta debe promover las manifestaciones de los afectos incluyéndose a sí mismo en el proceso de despedida.

El grupo es, entonces, una especie de "laboratorio humano", un espacio donde se reviven una serie de interacciones cotidianas con la oportunidad de reelaborar y modificar las propias pautas de vida. La diversidad de la interacción humana plasmada en el grupo terapéutico vuelven complejos los procesos que se desarrollan en el interior.

del mismo creando una serie de situaciones innatas al grupo de terapia que se conocen con el nombre de Fenómenos Grupales o Respuestas G

### 1.2.3. Manifestaciones Grupales de la Resistencia.

Algunos de los mecanismos resistenciales se manifiestan en el grupo igual que en el tratamiento individual: silencios provocados por no tener nada que decir, tratar de quedar bien frente al terapeuta, etc. Otras veces se manifiestan de formas muy peculiares, por ejemplo, el hecho de analizar al compañero para evitar explorarse a sí mismo, o hacer comentarios hostiles. Sin embargo, en esencia, en terapia de grupo las resistencias se manifiestan desde una perspectiva diferente a la de la terapia individual. En un análisis individual la resistencia se plantea como el temor a encontrarse a sí mismo; en un análisis grupal se presenta como el temor a no ser aceptado por los otros, o a ser absorbidos o contagiados por los otros (Grotjahn, 1979). Esta es la mayor fuente de resistencia grupal y motivo por el cual parte de los integrantes del grupo deserten en los inicios de la terapia.

La mayoría de los grupos pasan por una etapa de inestabilidad y deserción hasta que logran estabilizarse debido al interés mutuo que desarrollan en la terapia. Durante este periodo las primeras manifestaciones resistenciales se presentan precisamente en la deserción de algunos pacientes a continuar la terapia<sup>2</sup>.

Una vez estabilizado, el grupo realiza una serie de intentos por mantener un nivel soportable de angustia a través de ciertas conductas grupales que son también la expresión del temor al cambio, las Respuestas G.

Se conoce con el nombre de Respuestas G a todas aquellas situaciones centrales que ocurren en el interior de un grupo y que pueden considerarse como peculiares e innatas al grupo terapéutico. Casi todos estos fenómenos grupales representan un intento de mantener el equilibrio entre la angustia de los diferentes miembros como reacción a su temor al cambio.<sup>3</sup>

Existe una gran variedad de Respuestas G de las cuales cabe señalar aquellas que son claramente resistenciales según autores como Kadis (1969), Grinberg (1977) y Yalom (1986):

---

<sup>2</sup> Aunque hay que señalar que la deserción puede obedecer a dos causas: la primera es por una mala selección de los pacientes, y la segunda por resistencias individuales (poca motivación, temor al cambio y al enfrentamiento, transferencia negativa, etc.). Ver a Grotjahn, 1979.

<sup>3</sup> Algunas de las Respuestas G no son propiamente de índole resistencial, sino que se presentan como el resultado de la interrelación de los miembros del grupo, por ejemplo, la transferencia múltiple (se transfiere a los miembros del grupo sentimientos dirigidos a otros significativos del paciente), asociaciones reactivas (todo el grupo asocia un recuerdo o estado de ánimo de algún miembro con el propio), reacción de espejo (el paciente se ve a sí mismo en el problema del otro). Véase Kadis, 1969.

a).Deserciones. Aquellos miembros que sienten que no "encajan" en el grupo o que no son capaces de pertenecer a él abandonan la terapia en las primeras sesiones. Las causas son *varias*: disidencia, conflictos con la intimidad, narcisismo, incapacidad para compartir al terapeuta, etc. En el fondo, las deserciones revelan un gran temor de enfrentarse a sí mismo.

b).Asistencia y Puntualidad. Cuando uno o varios miembros del grupo comienzan a asistir a las sesiones de manera irregular o a llegar tarde, generalmente significa *resistencia a la terapia*. Esta conducta es de especial cuidado ya que de prolongarse por mucho tiempo puede afectar directamente la cohesión y el mantenimiento del grupo, por esta razón es importante que se modifique aun antes de que se pueda comprender, analizar o interpretar.<sup>4</sup>

c).Fragmentación. Este fenómeno ocurre cuando el grupo se siente a sí mismo como una serie de miembros individuales en vez de sentirse como un verdadero grupo, esto sucede como una protección contra la amenaza de fusionarse demasiado y ser incapaces de desprenderse después (nace del temor básico a ser absorbidos por el grupo).

d).Subagrupamiento. Se pueden formar subgrupos de dos o más miembros que encuentran mayor satisfacción en una relación mutua que de la relación con todo el grupo. El subagrupamiento lo causan las fuerzas del grupo y las individuales. Por un lado, puede ser una manifestación de mucha hostilidad no descargada en el grupo, principalmente contra el terapeuta; y por otra parte, los pacientes pueden hacer alianzas secretas satisfaciendo así sus necesidades (ganancias secundarias) en vez de buscar un cambio personal.

e).Acting out. Esta forma de resistirse al cambio es más frecuente en el tratamiento grupal que en el individual, e implica siempre una actividad motora mediante la cual el paciente o el grupo quiere expresar algo que no puede poner en palabras, es decir, el paciente actúa sus fantasías. Como Respuesta G, el acting out se dirige hacia el grupo mismo ya sea logrando mantener el equilibrio o interrumpiéndolo. Poco a poco el grupo trasciende las paredes del espacio terapéutico y comienza a expandirse fuera de las sesiones (el grupo se reúne fuera, se cuentan secretos, se enamoran entre ellos, etc.). Cuando esta conducta ocurre y no se analiza en terapia, excluyéndose al mismo terapeuta, el grupo está manifestando conductas en acting. Son ejemplos de acting out, el que un miembro del grupo trate de seducir a otros miembros; llegar ebrio a las sesiones; la unión romántica entre dos pacientes; la cura milagrosa o espontánea; la aparición momentánea de síntomas; e incluso la formación de subgrupos, entre otras.

f). "Ataques" al terapeuta o a un miembro nuevo. Los pacientes del grupo pueden atacar al terapeuta por reacciones transferenciales, porque se sienten mal atendidos o poco comprendidos. En realidad atacar al terapeuta es una forma de resistirse a ver la

---

<sup>4</sup> Existen varios métodos para influir sobre la asistencia: hacer énfasis en entrevistas anteriores a la terapia de la importancia de la asistencia regular; cobrar cuotas completas; aprovechar la presión del grupo negándose a iniciar la sesión hasta que esté presente un número determinado de miembros; alentarlos a que expresen sus reacciones ante los que llegan tarde o faltan. (Yalom, op. cit. ).

problemática dentro de sí mismos. Lo mismo ocurre cuando ingresa un miembro nuevo al grupo (sobre todo en grupos avanzados), en donde el nuevo paciente es el chivo expiatorio de la resistencia grupal.

g). Sensación de haber alcanzado una meseta. En algunas ocasiones el grupo parece negarse a enfrentar el problema y realiza conductas evasivas, simple y sencillamente no están dispuestos a avanzar y se resisten a discutir material nuevo. Este fenómeno puede ocurrir después de que ha habido un movimiento terapéutico rápido (se ha "soltado" mucho material importante de un solo tirón); puede aparecer también después de vacaciones; alrededor de fiestas como Navidad (donde existe la sensación de no participar de la alegría de otros); o cuando ha habido cambios importantes en la composición del grupo (por ejemplo, que un paciente abandone el grupo en una fase avanzada).

Un fenómeno grupal muy frecuente en la terapia de grupo tiene lugar cuando el grupo en su totalidad manifiesta una actitud y un estado emocional frente al terapeuta como mecanismo defensivo y resistencial. La explicación teórica de este fenómeno proviene de los estudios realizados por Wilfred Bion (1980) sobre los grupos sin líder. Bion observó que en ocasiones el grupo parece realizar su tarea primaria (a lo que llamó "cultura de grupo de trabajo"), y otras veces parece estar dominado por estados emocionales masivos que producen una conducta incompatible con la tarea primaria. Describió tres tipos de estados emocionales:

1. Agresividad, hostilidad y temor;
2. Impotencia o miedo;
3. Optimismo y una expectativa esperanzada.

En cada uno de estos estados emocionales el grupo actúa "como si" los miembros compartieran una creencia común de donde surge el afecto. Bion llamó a estos estados emocionales "culturas de supuestos básicos" y distinguió tres tipos de Supuestos Básicos de Grupo:

- a). Supuesto Básico de Ataque y Fuga. El grupo se une para agredir o defenderse de un perseguidor, el terapeuta, quien es visto con características de caudillo.
- b). Supuesto Básico de Dependencia. El grupo manifiesta una actitud pasiva y dependiente, esperando que sea el terapeuta el que actúe por ellos. El terapeuta es idealizado y visto con características de deidad.
- c). Supuesto Básico de Apareamiento. El grupo centra toda su actividad en torno a una pareja (mixta o del mismo sexo), creándose un clima de expectativa o esperanza. El terapeuta es visto como genio, genio que aún no ha nacido.

Un Supuesto Básico de Grupo puede tener un lapso de vida de una fracción de reunión o puede persistir durante varios meses, la observación básica es el estado emocional del grupo frente al terapeuta. Cualquiera de estos Supuestos Básicos tiene como objetivo en un grupo terapéutico evitar enfrentarse al análisis de la problemática individual y de grupo, por lo que se consideran manifestaciones resistenciales.

Todos estos fenómenos grupales no sugieren que las reacciones individuales de cada miembro no tengan importancia, por el contrario, son estas respuestas individuales las que engranadas dan por resultado dichos fenómenos grupales. Es la dinámica de la interrelación lo que representa la materia prima en el proceso de la Terapia de Grupo.

#### 1.2.4. Técnicas Grupales de Manejo Resistencial.

Como hemos visto, las manifestaciones resistenciales en terapia de grupo no se presentan de manera "simple", en conductas definidas y precisas como en el caso de una terapia individual, sino que las relaciones interpersonales y el inconsciente de cada paciente se entremezclan y dan por resultado manifestaciones grupales poco delimitadas. Por esta misma razón, resulta difícil clasificar aquellas técnicas específicas de manejo de la resistencia y aquellas que pertenecen a otros fenómenos terapéuticos. En realidad, toda acción del terapeuta a lo largo de todo el proceso terapéutico (desde la primera hasta la última sesión) deben estar orientados hacia la reducción de las fuerzas resistenciales que impiden el análisis, insight y desarrollo de cada miembro del grupo.

Yalom (1986), es uno de los psicoterapeutas de grupo que describe con claridad las técnicas empleadas en el manejo grupal. Para este autor la principal característica que tiene el proceso terapéutico grupal es que se desarrolla en el aquí y ahora. En vista de que se considera al grupo como una muestra de lo que ocurre en el exterior de él, el análisis se debe dirigir hacia lo que se observa en el grupo mismo en cada una de las sesiones. Este enfoque del aquí y ahora se realiza a través de dos fases terapéuticas: la activación y la iluminación del proceso.

##### 1.2.4.1. La Activación del Aquí y Ahora.

La presencia de la resistencia en el grupo hace que éste tienda a generalizar, a hablar del pasado para evitar el presente, hablar de lo que hay afuera para no enfrentarse a lo que vive dentro del grupo, hablar de otros y no de sí mismo, etc. La tarea del terapeuta es "activar" el aquí y ahora, guiando al grupo a que todo material se analice en función del mismo grupo, en función de aspectos específicos (no abstractos), y, en función del paciente mismo en el momento actual. Cada paciente debe observar sus sentimientos hacia los otros pacientes, hacia el terapeuta y hacia el grupo en su totalidad. Los hechos que se discuten son los inmediatos, los que se suceden en el interior del grupo más que los que ocurren en el exterior. Se facilita la retroalimentación, la catarsis y la participación y aprovechamiento de todos los participantes y no solo del que habla.

El terapeuta logra activar el aquí y ahora a través de varias técnicas:

- a). Cambiando constantemente el enfoque del exterior al interior, de lo abstracto a lo concreto, de lo genérico a lo personal.
- b). Impulsando más la interacción al alentar reacciones en los otros ("¿qué piensas de lo que él dijo?") y pidiéndole a los pacientes que se hablen en forma directa y mutua.
- c). Una de las formas en que aparece la resistencia es con el disfrase de una igualdad total. El terapeuta debe ayudar a los miembros a distinguirse entre sí explorando las leves diferencias y sugiriéndoles que las vean con una lente de aumento y describan lo que ven y sienten.

d). Los pacientes pueden experimentar mucho miedo de revelar algo de sí mismos, el terapeuta debe estimularlos pidiéndoles que hagan metarrevelaciones (por ejemplo, "cómo te estás sintiendo al contarnos esto?").

e). Ante un largo silencio puede pedirle al grupo que cuente alguno de los pensamientos que tuvieron durante el silencio y puede incluso comenzar él.

f). Debe ayudar a los pacientes a examinar sus sentimientos acerca del grupo y también con los miembros individuales ("cómo te pareció la sesión anterior?, por qué?").

#### 1.2.4.2. La Iluminación del Proceso.

Para que este aprendizaje interpersonal sea terapéutico debe convertirse en personal, el paciente debe reconocer, examinar y comprender el proceso analizándose a sí mismo a través de las experiencias y transacciones ocurridas en el grupo, cada paciente debe integrar la experiencia llevándola a su existencia propia. Por su parte, el terapeuta en el momento preciso debe ayudar al paciente a que reconozca su forma de relacionarse con otros y el efecto que tiene en ellos, que comprenda de qué manera influye su conducta en la opinión que los demás tienen de él, que decida si está satisfecho con su forma de ser o desea cambiar, ayudarlo a consolidar el cambio y a alentar la generalización del cambio en los demás miembros del grupo.

Para que esto se dé, el terapeuta puede emplear ciertas técnicas, como son:

a). Observar el contenido latente del grupo.

b). Estar pendiente en los momentos de tensión del grupo.

c). Tener presente en todo momento la tarea primaria de cada paciente (motivo de consulta) y reconocer en ellos la ganancia secundaria (base de la resistencia). Cuando el paciente se rehusa a renunciar a sus ganancias secundarias el terapeuta debe recordarle sus razones originales para acudir a terapia.

d). El terapeuta debe observar sus propios sentimientos sobre la sesión y dejarse guiar por ellos.

e). Guiar a los miembros del grupo hacia la reflexión, el análisis y el insight.

f). Dar las interpretaciones de forma tal que sean asimiladas evaluando y neutralizando los aspectos positivos y negativos que se dicen en el grupo y de cada paciente.

Las interpretaciones hechas por el terapeuta son en su mayoría individuales. Sin embargo, existen ocasiones en que se debe interpretar al grupo en su totalidad. Yalom (op. cit.), llama a estas interpretaciones "comentarios del proceso masivo del grupo", y dice que la finalidad de interpretar masivamente al grupo es eliminar algunos obstáculos que surgen y obstruyen el proceso terapéutico grupal. El clasifica dichos obstáculos en dos grupos: los problemas cargados de angustia, y; las normas antiterapéuticas del grupo.

#### 1.2.4.2.a. Los problemas cargados de angustia.

A veces surgen situaciones tan amenazadoras en el grupo que éste, consciente o inconscientemente, se niega a enfrentarse al problema y realiza alguna acción evasiva, resistencial. El terapeuta debe intervenir cuando perciba una huida del grupo, aún cuando no entienda muy bien el significado sabe que el grupo está evitando algo. El terapeuta, entonces, interpreta de manera grupal, cita las pruebas, atrae al grupo hacia el tema principal y no se debe dejar engañar con conductas sustitutas.

"Su tarea no solo es sencillamente evitar la resistencia, dirigir de nuevo al grupo a las áreas de trabajo, sino introducirlo en la fuente de la resistencia y no solo rodear la angustia, sino **atravesarla**" (ibid. p.187).

Una forma para localizar la resistencia en el grupo es observar la reacción de éste ante el comentario o interpretación que hace el terapeuta. Si aun cuando el comentario se repite cae en oídos sordos, si el terapeuta siente que es muy difícil influir en el grupo, entonces puede advertir que la resistencia no es de unos cuantos miembros sino del grupo en su totalidad.

La resistencia grupal se manifiesta también a través de las ausencias, retardos, intelectualizaciones, o a través de una discusión simbólica, esto es que, el grupo puede dedicar mucha tiempo en una conversación metafórica (por ejemplo, la ausencia del terapeuta puede provocar una discusión sobre los sentimientos hacia los padres, enfermedades a muerte).

El terapeuta sabe que está frente a una manifestación resistencial cuando se pregunta Por qué este tema particular (que parece alejarse del trabajo grupal) se está discutiendo y por qué ahora?

#### 1.2.4.2.b. Normas de grupo antiterapéuticas.

El grupo puede llegar a establecer normas que impiden el avance de la terapia, por ejemplo, hablar por turnos, no cambiar de tema, competir en las revelaciones, etc. En este caso también se requiere que el terapeuta haga interpretaciones masivas de grupo describiendo con claridad el proceso, citando los efectos destructivos sobre las miembros a sabre todo el grupo, y dando alternativas a estas normas antiterapéuticas.

Como puede apreciarse, las resistencias en terapia grupal se manejan a dos niveles: el individual (que depende específicamente de la historia personal de cada paciente), y el grupal (que se manifiesta en una forma determinada por las interacciones entre los pacientes).

Ambas técnicas de manejo resistencial se combinan para dar forma a un proceso terapéutico adecuada al tipo de paciente y de problemática que presenta, que en este caso particular es necesario mezclar con técnicas de Terapia Breve.

### 1.3. ASPECTOS PRINCIPALES DE LA PSICOTERAPIA BREVE.

La Psicoterapia Breve (PB) nace como una respuesta a las necesidades de la época actual, de un mundo acelerado y de soluciones prácticas. Bellak, L. y Small, L. (1970),



señalan cuatro razones por las cuales surge la necesidad de que las psicoterapias sean breves:

a).Social: existe una gran demanda de pacientes para un reducido número de psicólogos.

b).Preventiva: un tratamiento corto impide que el mal evolucione, sobre todo en aquellas personas que no están dispuestas (física, económica o emocionalmente) a una terapia prolongada.

c).Individual: el paciente se presenta casi siempre en momentos de crisis que requieren un urgente alivio del dolor.

d).Hospitalario: en los hospitales se requieren terapias breves para enfermos desahuciados o que se enfrentan a operaciones difíciles (tratamientos pre y postoperatorios) y no se dispone de mucho tiempo.

La PB no es únicamente un recurso accidental para aliviar una emergencia social, económica o sanitaria, sino que se asienta en toda una ideología y experiencia clínica, en una concepción teórica y sistematización técnica del psicoanálisis, así como en aportaciones de otras disciplinas sociales y de diferentes modalidades terapéuticas, "pero orientándose hacia la elaboración de un esquema referencial propio, ya que se ejercen en un contexto original que no admite la extrapolación directa de conceptos e instrumentos surgidos en otros campos asistenciales" (Fiorini, 1990, p.22).

La PB parte de la Teoría Psicoanalítica principalmente en los siguientes conceptos:

a).Determinismo. "Cada efecto, proceso cognoscitivo, o acto del comportamiento es el resultado de una causa específica o conjunto de causas, y, a su vez, es la causa de otros efectos" (Bellak, op. cit., p.10). El terapeuta parte de que cada acto tiene una causa y busca las causas subyacentes en la historia del individuo.

b).Sobredeterminismo. "Un efecto dado es el resultado de varias fuerzas que surgen genéticamente y también actualmente" (ibid., p.11). esto significa que aun tratando la causa existe la posibilidad que el efecto (conflicto) no se modifique, éste es el principio del sobredeterminismo, al elaborar una secuencia causal surge la necesidad de buscar otras causas que a su vez se tienen que elaborar.

c).Continuidad de la Personalidad y la Inconsciencia. "Después de la niñez, las respuestas al medio ambiente ocurren dentro de un cierto **campo limitado de variaciones** que son en gran medida predecibles teniendo por base las estructuras establecidas más tempranamente" (ibid., p.12). Freud decía que los elementos esenciales de la personalidad están ya establecidos a partir del quinto año de edad, y que las diferencias encontradas posteriormente se explican a través de la interrelación constante del aparato psíquico con el medio ambiente. La teoría de la continuidad de la personalidad permite delimitar las causas pasadas en función de efectos contemporáneos.

d).Homeostasis. El síntoma se forma como el resultado de la transacción entre el principio del placer (gratificación de los impulsos) y el principio de realidad (inhibición de los impulsos).

En psicoterapia se debe tomar en cuenta el aspecto estructural de la personalidad (ello, yo, superyo), identificar la fuerza de los impulsos, la fuerza de los mecanismos defensivos del yo contra dichos impulsos, la fuerza y calidad de las contrademandas del superyo sobre el yo en su lucha contra el ello.

La PB se diferencia del psicoanálisis en diferentes puntos. Principalmente en cuanto a las metas u objetivos que persigue. La PB tiene como meta quitar o disminuir un síntoma determinado que exige el alivio más rápido posible debido a su naturaleza destructora o peligrosa, su interés es en grados de mejoría, aunque una PB puede ser suficiente para que se continúe con una mejoría autónoma.

Otra diferencia radica en el factor tiempo, ya que el paciente requiere que el alivio sea inmediato, se considera que una PB debe tener un período de tiempo que comprenda de 1 a 6 sesiones (o cualquier número de sesiones razonablemente limitado, generalmente menos de 20), siempre y cuando comience el alivio terapéutico a partir de la primera sesión.

Las indicaciones y contraindicaciones señalan una diferencia con el psicoanálisis. Las indicaciones de la PB se encuentran a:

- 1). En lo agudo de la situación que se presenta, o en su relativa ligereza (situaciones de dolor agudo, autodestructivas o peligrosas para los otros, o bien cuando es todo lo que necesita el paciente);
- 2). en la circunstancia real del paciente (falta de tiempo por cuestiones de trabajo, alguna enfermedad grave, etc., o;
- 3). en la naturaleza de la situación en la que la psicoterapia se hace accesible (en una institución donde hay mucha demanda y pocos terapeutas).

La PB se contraíndica en pacientes en los que ya se ha intentado y resultó insuficiente; en perturbaciones severas del carácter como psicosis y sociopatías en las que el acting out desempeña un papel importante.

La última de las diferencias básicas entre la PB y el psicoanálisis radica en la metodología empleada.

### 1.3.1. Método de Tratamiento en PB.

Para Florini (op. cit.) la PB "se orienta fundamentalmente hacia la comprensión dinámica de los determinantes actuales de la situación de enfermedad, crisis o descompensación. [Se dirige esencialmente] a **aprehender la estructura de la situación transversal** en que se actualizan los determinantes patogénicos; esto obliga a menudo a **jerarquizar el papel desempeñado por las condiciones de vida del paciente**, dirigirse a la experiencia actual de la 'realidad' del paciente" (p.23).

Esto significa que para que un tratamiento breve sea realmente terapéutico necesita enfocar el análisis hacia la problemática actual del paciente tanto en un aspecto vertical (interno y propio de su historia personal) como en un aspecto horizontal (el paciente en relación con los demás y con sus determinantes medioambientales).

Para lograr esto existen ciertos puntos importantes que caracterizan la técnica terapéutica breve y que tienen que ver con la actitud del terapeuta, la focalización de

lo problemático del paciente, la elaboración de una estrategia terapéutica, y el principio de flexibilidad:

a). Actitud del terapeuta. El terapeuta debe desempeñar un papel esencialmente activo. Se exige de él una gama amplia de intervenciones: no se limita al material que aporta el paciente, además explora, interroga, incluye aspectos de la conducta extraterapéutica, confronta y promueve el diálogo. Según Fiorini (op. cit.), casi siempre las intervenciones del terapeuta se orientan a:

- Operaciones de encuadre (específico tiempo de tratamiento, condiciones, derechos y obligaciones del paciente, etc.).
- Pedidos de información y emisión de ésta al paciente (evitando silencios).
- Intervenciones de esclarecimiento, señalamientos y confrontaciones.
- Interpretaciones de tipo, alcance y profundidad diferentes.
- Elaboración, junto con el paciente, de perspectivas personales.

b). Focalización de lo problemático. El terapeuta opera manteniendo en mente un **foco terapéutico**, que es "aquella interpretación central sobre lo que se basa todo el tratamiento" (ibid. p.32). Se lleva al paciente a ese foco mediante interpretaciones parciales y atención selectiva, lo que implica omisiones deliberadas. Un objetivo de la focalización consiste en dirigir la atención del paciente hacia la función y significado interpersonal de sus síntomas. Por Bouer (op. cit.), el foco terapéutico debe abarcar el conocimiento de lo conflictivo del paciente en los siguientes aspectos:

- Naturaleza exacta del problema presentado (historia y evolución del síntoma, circunstancias bajo las cuales se incrementa o decreta, etc.).
- Evaluar qué tanto del problema es el resultado del conflicto entre fuerzas internas (por ejemplo Ello vs. Yo).
- Evolucionar qué tanto es una reacción de fuerzas externas (estímulos medioambientales).
- Identificar los conflictos primarios y secundarios del problema.
- Reconocer el nivel actual de crisis.
- Determinar el nivel de adaptación del paciente o su problemático.

c). Estrategia Terapéutica. Dependiendo de la estructura dinámica específica de la problemática del paciente, el paciente elabora un plan de abordaje individualizado, o proyecto terapéutico, que establece ciertas metas fundamentales o alcanzar en plazos previsible. Además, plantea una estrategia general que comprende o su vez objetivos tácticos escalonados dependiendo de los aspectos básicos de la problemática.

d). Principio de Flexibilidad. Lo PB se ajusta al individuo y, además, se remodela periódicamente la estrategia y los tácticos en función de la evolución del tratamiento. Lo PB se considera un terapia flexible en el sentido de que debe instrumentar un amplio rango de recursos que se adopten al paciente específico y que al mismo tiempo abarquen los diversos niveles motivacionales del individuo.

### 1.3.2. Análisis de la Resistencia en la PB.

En un tratamiento sin límites el terapeuta pacientemente señala las defensas del paciente y alienta a la reflexión pero no la fuerza. Sobre la marcha el paciente gradualmente llega a enterarse de su propio estilo defensivo a través de su exploración y trabajo. Esto requiere muchas repeticiones de la secuencia: defensa-confrontación-reflexión. En la PB el proceso de trabajo a través de la resistencia y el análisis de las defensas del paciente, es facilitado por una estancia más activa y confrontativa del terapeuta.

La conducta resistencial es más rápidamente confrontada en la PB. El terapeuta más activamente focaliza la energía en ayudar al paciente a vencer las defensas contrarias a la exploración de sentimientos dolorosos y modos desadaptativos de interacción. Se pone un gran énfasis en ayudar al paciente a trabajar a través de las defensas y examinar los sentimientos conflictivos que llevan a su construcción. El paciente es visto como capaz de examinar su conducta, trazar sus orígenes, y ver cómo sus sentimientos conflictivos dan lugar a sus dificultades actuales.

Una fuente primordial de resistencia y angustia en la PB proviene precisamente del límite del tiempo. El saber que dentro de poco terminará la terapia es visto, inconscientemente, como abandono. Esto moviliza una serie de sentimientos de frustración, tristeza, coraje y temor al rechazo, que dan lugar a ciertas manifestaciones resistenciales. Las estrategias usadas por el paciente para evitar la autoexploración y la interacción con el terapeuta son focalizadas y confrontadas. Más que interpretar la conducta del paciente, el terapeuta persistentemente inquiriere acerca de sus sentimientos. Esta persistente focalización de los sentimientos incrementa el significado emocional de las sesiones y frecuentemente lleva al desarrollo de angustia y sentimientos hacia el terapeuta, así como defensas contra esos sentimientos.

El terapeuta debe observar las sutiles indicaciones de emergencia de la angustia en la relación terapéutica. Cuando tales sentimientos son percibidos, la tarea del terapeuta es ayudar a que salgan a la superficie y sean reconocidos por el paciente.

Una cuidadosa focalización de los sentimientos angustiantes del paciente permite a éste la oportunidad de explorar su manera de tratar con los afectos negativos. Davanloo (en Bauer, op. cit.), afirma que el mejoramiento del paciente llega a ser evidente después de ser capaz de abrirse al conocimiento de sí mismo y examinar sus sentimientos de enojo hacia el terapeuta y descubrir su típica forma de tratar los afectos negativos. Similamente, Malan (ibid.), demuestra que es esencial para el paciente experimentar y entender los sentimientos de coraje hacia el terapeuta para aprender a tolerarlos hacia otros.

Ayudando al paciente a ver cómo los sentimientos amenazantes (por ejemplo la angustia) son definidos contra la relación terapeuta-paciente, las relaciones actuales y las pasadas, se obtiene un poderoso instrumento terapéutico que lleva a la expresión de sentimientos reprimidos más lejanos que implican amor, odio, pérdida y deseos infantiles prohibidos.

Muy frecuentemente la angustia hacia el terapeuta tiene un fuerte componente transferencial, por ejemplo, la estrategia de intervención del terapeuta puede estimular sentimientos no resueltos vistos en una madre intrusiva o en un padre dominante.

Cuando el terapeuta percibe dicha transferencia no debe interpretarla<sup>5</sup>. En PB no se interpreta la transferencia debido a que las condiciones de encuadre limitan las posibilidades de regresión transferencial (menor número de sesiones, mayor actividad del terapeuta, menor número de silencios, etc.). El tiempo limitado del tratamiento hace indeseable el desarrollo de una intensa neurosis transferencial, por lo que el terapeuta debe mantener un nivel óptimo de transferencia positiva que favorezca el autoanálisis y la aparición de insight. La interpretación transferencial es necesaria únicamente cuando es evidente su conexión con la problemática nuclear del paciente, y se orienta a la comprensión de la situación global<sup>6</sup>.

### 1.3.3. Resultados Terapéuticos de la PB.

La PB no se limita exclusivamente a la supresión de síntomas momentáneos, sino que logra modificaciones dinámicas de mayor alcance. Fiorini (op. cit.) menciona las siguientes:

- a). Alivio o desaparición de síntomas.
- b). Modificaciones correlativas en el manejo de las defensas reemplazando técnicas más regresivas por otras más adaptativas.
- c). Mayor ajuste en las relaciones con el medio (comunicación, trabajo, etc.).
- d). Incremento en la autoestima y el confort personal.
- e). Incremento en su autoconciencia, con mayor comprensión de sus dificultades fundamentales y el significado de las mismas (primer grado de aproximación al Insight).
- f). Ampliación de perspectivas personales (bosquejo de 'proyecto' individual).

Estas modificaciones no se detienen al finalizar el tratamiento sino que continúan aplicándose a nuevas experiencias. Si además, la PB se anexa a una experiencia grupal dichas modificaciones se incrementan y enriquecen.

Existen muchos trabajos realizados en Psicoterapia Breve de Grupo en donde se manifiestan los resultados obtenidos en un tiempo limitado, entre ellos: "Grupo a tiempo limitado y objetivos focalizados" (Díaz Porillo, I., 1984); "La terminación del contrato en la Terapia Grupal a Tiempo Limitado" (González, V., 1984); "Grupo Terapéutico Breve para separados y divorciados" (Campuzano; Izaurieta; Hernández, 1988); "Terapia Grupal

---

<sup>5</sup> Se interpreta la resistencia del paciente a la terapia, trátase de un sentimiento de enojo o agrado hacia el terapeuta, pero si éste descubre que dichos sentimientos tienen un origen resistencial, no se interpretan (véase Fiorini, op. cit.).

<sup>6</sup> Bellak, L. y Siegel, H. (1986), sugieren ciertos métodos de intervención en PB dependiendo de las características de personalidad y de la problemática nuclear del paciente.

Breve" (Díaz Portillo, I., 1988); etc. En estos trabajos se especifica el uso de las técnicas de PB como la focalización, la flexibilidad, la formación de estrategias terapéuticas y la actitud activa del terapeuta en el manejo de un grupo de terapia.

#### 1.4. TERAPIA BREVE DE GRUPO CON ADOLESCENTES.

##### 1.4.1. Características del Adolescente.

La adolescencia es un periodo de la vida donde se lucha internamente por alcanzar una identidad propia y una consolidación de la personalidad. Por ser un periodo muy largo y complejo para su estudio se divide en etapas. Blois (1971), encuentra seis fases de la adolescencia: 1). El periodo de latencia; 2). preadolescencia; 3). adolescencia temprana; 4). adolescencia propiamente tal; 5). adolescencia tardía; y, 6). post-adolescencia.

Durante el periodo de latencia hay un incremento del control del Yo sobre los instintos, los demandas instintivas del niño continúan sin variar, lo que cambia es el control de dichas demandas. Las relaciones de objeto se abandonan y se substituyen por identificaciones; la actividad sexual (masturbación, actividades voyeuristas, exhibicionismo, actividades sodomasoquistas) se orienta al papel de regulador de la tensión y casi siempre se supera por actividades del Yo sublimatorias, adaptativas y defensivas. Al fortalecerse tanto el Yo como el Superyo el niño se vuelve más independiente y se interesa por situaciones medioambientales, se reduce el uso expresivo del cuerpo y se aumento la capacidad de expresión verbal.

"Los logros del periodo de latencia representan en verdad una precondition esencial para avanzar hacia la adolescencia y pueden resumirse como sigue: la inteligencia debe desarrollarse a través de una franca diferenciación entre el proceso primario y secundario del pensamiento y a través del empleo del juicio, la generalización y la lógica; la comprensión social, la empatía y los sentimientos de altruismo deben de haber adquirido una estabilidad considerable; la estatura física debe permitir independencia y control del ambiente; las funciones del yo deben de haber adquirido una mayor resistencia a la regresión y a la desintegración bajo el impacto de situaciones de la vida cotidiana; la capacidad sintético del yo debe de ser efectiva y compleja; y finalmente el yo debe ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del mundo externo" (Blois, *ibid.*, p.88).

Durante la segunda fase, preadolescencia, aumenta considerablemente la presión de los instintos lo que conduce a la búsqueda indiscriminada de gratificación que sirvieron al niño durante los primeros años de su vida. Cualquier experiencia puede transformarse en estímulo sexual (miedo, coraje, fantasías, etc.). En el varón suceden las primeras emisiones durante la vigilia. Niño y niña se vuelven menos accesibles, más difíciles de enseñar y controlar.

Es hasta la adolescencia temprana cuando estos impulsos cambian de preedípicos y edípicos a objetos no incestuosos, la elección de objeto se orienta hacia el exterior.

"El retiro de la catexis de objeto, y la ampliación de la distancia entre el yo y el superyo dan como resultado un empobrecimiento del yo. Esto es experimentado por el

adolescente como un sentimiento de vacío, de tormento interno, el cual puede dirigirse a buscar ayuda hacia cualquier oportunidad de alivio que el ambiente pueda ofrecerle" (ibid., p.116).

El muchacho y la muchacha tienden a idealizar al amigo en búsqueda de su "ideal del yo". Durante la adolescencia temprana las muchachas muestran con facilidad su masculinidad en tanto que los muchachos se sienten avergonzados por su feminidad y la niegan. Esta posición bisexual, principalmente en la muchacha, está directamente relacionada al problema del narcisismo y de la elección de objeto narcisista.

"La representación bisexual con percepciones más o menos vagas del cuerpo encuentra expresión en toda clase de intereses, preocupaciones y ensueños. Esta condición continúa existiendo hasta que la muchacha vacía en todo su cuerpo aquella parte de libido narcisista que ha estado ligada con la imagen corporal bisexual, y busca completarse no en sí misma sino en el amor heterosexual" (ibid., p.130).

La declinación de la tendencia bisexual marca la entrada en la adolescencia propiamente tal, fase en la cual las relaciones de objeto se orientan hacia una posición heterosexual. Se habla en general de una afirmación del impulso sexual y de un incremento en los mecanismos defensivos y adaptativos.

"El curso de la adolescencia propiamente tal, a menudo conocida como adolescencia media, es de finalidad inminente y cambios decisivos; en comparación con las fases anteriores, la vida emocional es más intensa, más profunda y con mayores horizontes. El adolescente por fin se desprende de los objetos infantiles de amor, lo que con anterioridad ha tratado de hacer muchas veces. Los deseos edípicos y sus conflictos surgen nuevamente. La finalidad de esta ruptura interna con el pasado agita y centra la vida emocional del adolescente; al mismo tiempo esta separación o rompimiento abre nuevos horizontes, nuevas esperanzas y también nuevos miedos" (ibid., p.132-133).

En ambos sexos se observa un aumento en el narcisismo. Al retirar las catexis de los objetos se engrandece y sobrevalora el propio ser a expensas de perder incluso el contacto con la realidad. Se agudizan los órganos de los sentidos, el ojo y el oído especialmente, se descubre la naturaleza y el concepto de belleza, lo que lleva al adolescente a crearse fantasías e incluso a escribir sus pensamientos y emociones. Se vuelve creativo.

Antes de que nuevos objetos amorosos puedan tomar el lugar de aquellos abandonados, existe un periodo durante el cual el yo se encuentra empobrecido por el retiro de los padres actuales y el alejamiento del superyo, este empobrecimiento del yo se manifiesta en tres esferas: el yo corporal, el yo experimentador y el yo autoobservador. Las condiciones que caracterizan al adolescente son: el esfuerzo, el dolor y la excesiva movilidad (yo corporal); la abrumadora carga afectiva y su explosiva descarga (yo experimentador); y la aguda percepción de la vida interna (yo autoobservador). Lauder (1935, en Blos, ibid.), se refiere a este fenómeno como "experiencia exaltada del yo".

La fase de la adolescencia propiamente tal tiene dos formas dominantes: "el duelo" y "el estar enamorado". El adolescente sufre una pérdida verdadera al renunciar a sus padres edípicos, experimenta un vacío interno, pena y tristeza que son parte de todo esto; el aspecto de estar enamorado es un componente más familiar de la vida del

adolescente y señala el acercamiento de la libido a nuevos objetos, lo que deja un sentimiento de estar completo y acoplado a otras relaciones objetales. El amor heterosexual implica el fin de la posición bisexual de fases previas<sup>7</sup>.

La fase final de la adolescencia se considera como una declinación natural de una parte tortuosa del crecimiento en la cual el individuo gana en acción propositiva, Integración social, predictibilidad, constancia de emociones, autoestima, unificación de procesos afectivos y volitivos, docilidad y autorrealización.

"La adolescencia tardía es primordialmente una fase de consolidación. Con esto me refiero a la elaboración de: 1). un arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses del yo; 2). una extensión de la esfera libre de conflictos del yo (autonomía secundaria); 3). una posición sexual irreversible (constancia de identidad) resumida como primacía genital; 4). una catexis de representaciones del yo y del objeto, relativamente constante; y, 5). la estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico" (ibid., p.191).

Esta fase es un punto de cambio decisivo por lo tanto es un tiempo de crisis (crisis de identidad) que puede resultar en fracasos de adaptación, deformaciones yoicas o psicopatología severa; de esta fase de consolidación se definen ciertos mecanismos adaptativos que se convierten en estables e irreversibles; se forma el carácter.

Para Blos, el concepto de trauma tiene particular importancia durante la adolescencia tardía. El trauma es un fenómeno universal de la infancia causado en parte por la propia constitución y en parte por el medio ambiente. "Los efectos posteriores de un trauma inducen a situaciones de vida que de algún modo repilen la original" (p. 196), por lo tanto, su dominio es una tarea de toda la vida; lo que se experimentó en una amenaza externa se convierte en un modelo de peligro interno y durante la adolescencia reaparece con más fuerza siendo activada en el medio ambiente. La parte del trauma que obstaculiza el desarrollo progresivo constituye el factor negativo del trauma, la parte que promueve e impulsa el dominio de la realidad es el factor positivo. El equilibrio entre ambos forma parte importante en el proceso de consolidación del carácter al final de la adolescencia.

"Un rasgo de carácter que se forma con lentitud al final de la adolescencia debe su calidad especial a la fijación de un trauma particular o del componente de un trauma. La traumática focal resiste las alteraciones del adolescente, a través de las transformaciones emocionales que permite la adolescencia; éstas le dan al proceso de consolidación de la adolescencia tardía una afinidad selectiva a ciertas elecciones. Además le proveen de una fuerza implacable que dirige al adulto joven hacia cierto modo de vida que llega a sentir como de su propiedad. Los remanentes de los traumas relacionan el presente con un pasado dinámicamente activo, y establecen esa continuidad histórica en el yo que provoca un sentimiento de certeza, dirección y la armonía entre el sentimiento y la acción" (ibid., p.198).

---

<sup>7</sup> La elección de un objeto homosexual en esta fase es favorecida por tres precondiciones: 1). miedo a la vagina como órgano devorador y castrante; 2). identificación del joven con su madre (madre inconsistente o frustrante, padre maternal o rechazante); 3). inhibición edípica en que equipara a todas las mujeres con su madre. (P. Blos, 1971).



Esto significa que los conflictos infantiles no son eliminados al final de la adolescencia, sino que por el contrario, se vuelven yo-sintónicos, se integran al yo del individuo. Cualquier intento de yo por eliminar un trauma residual incrementa la autoestima.

Durante esta fase se amplía el área libre de conflictos del yo, y se generan procesos mentales adaptativos que pueden persistir durante toda la vida como sublimaciones y que se manifiestan en ciertas selecciones personales tales como el trabajo, valores, lealtades, amor, vocación, recreación, etc.

Durante la adolescencia tardía se define la identidad sexual, la organización de los impulsos se vuelve estable e irreversible, y el adolescente se predispone a tipos específicos de relaciones amorosas. Una falla en la resolución del proceso adolescente proviene de la sexualización de las funciones yoicas. Cuando los instintos no logran sublimarse se manifiestan a través de fantasías inconscientes, excitación sexual, exhibicionismo, que producen una actividad yoica muy inestable, y que finalmente conduce a la inhibición (por ejemplo, inestabilidad de elección vocacional; ciertos síntomas de los artistas). La sexualización de las funciones yoicas debilita la objetividad, la comprobación de la realidad y la autocrítica.

Al final de la adolescencia las elecciones de vida del muchacho adquieren forma, definición y articulación a través de la consolidación de diferentes roles sociales que buscan la autorrealización. Sin embargo, la transición de la adolescencia a la edad adulta está marcada aún por una fase intermedia, la postadolescencia. A estas alturas de la vida la estructura psíquica ha adquirido una fijación que permite al postadolescente volver al problema de armonizar las partes componentes de la personalidad.

"Esta integración surge gradualmente. Generalmente ocurre como preparación para o como coincidencia con la selección ocupacional...siempre que las circunstancias permitan al sujeto hacer la selección. La integración va de la mano con la actividad del rol social, con el enamoramiento, el matrimonio, la paternidad y la maternidad" (ibid., p.219).

El desarrollo de la personalidad de ninguna manera se detiene con la terminación de la adolescencia, por el contrario, el sentido de identidad adulta es completo hasta después que la adolescencia ha sido pasada y asimilada (por ejemplo, la maternidad-paternidad facilita la resolución de conflictos residuales que la adolescencia no fue capaz de llevar a un arreglo final).

El período postadolescente está caracterizado por procesos integrativos que delimitan ciertas metas de vida en términos de las relaciones permanentes, los roles y las selecciones del medio ambiente.

Se ha explicado, a grosso modo, una etapa de la vida que abarca aproximadamente de los 10 a los 20 ó 25 años de edad y que se engloban bajo el término de adolescencia. Se ha dado mayor énfasis a la fase de adolescencia tardía por ser en ésta donde se ubican los miembros del grupo terapéutico a analizar en este trabajo, con la única intención de entender el curso que toma un grupo de terapia breve integrado por individuos que cursan esta fase de la vida humana.

#### **1.4.2. Ventajas de la PB de Grupo en Adolescentes.**

Raubolt (1983), considera que debido al tiempo limitado la Psicoterapia Breve de Grupo (PBG) provee una excelente oportunidad para integrar técnicas de acción-orientada con el marco teórico psicoanalítico, lo que trae ventajas de tratamiento que incluyen las siguientes:

- a). La PBG provee una oportunidad para una más extensiva evaluación del adolescente. Permite la observación del desempeño del adolescente en su grupo de iguales (no como individuo ni como hijo) seguido por una evaluación detallada de su nivel de desarrollo, su funcionamiento del yo y sus relaciones objetales.
- b). El soporte de los iguales ayuda a promover la alianza de trabajo, lo que inhibe la resistencia inicial al tratamiento comúnmente presentada en los adolescentes.
- c). La PBG provee un escenario en el cual un adolescente puede rápidamente ensayar nuevas actitudes y conductas, lo que implica una de las principales metas del tratamiento que lleva al alivio de síntomas y a una adecuada resolución de problemas.
- d). El deseo de actuar, el cual es parte crucial en la experiencia del adolescente, es alentado en la PBG ya que sintetiza técnicas de acción con el desarrollo del insight.
- e). Como Blos ha señalado, la adolescencia presenta una segunda oportunidad para resolver los problemas del desarrollo, así como para cristalizar una identidad del yo más autónoma e independiente. Este "segundo proceso de individuación" es reforzado por la asociación de los iguales que facilitan un desenganche de la dependencia infantil. Estas asociaciones también asisten los intentos del adolescente de autonomía promoviendo el soporte y el coraje y permitiendo la identificación de los iguales para los roles y las experiencias sociales. La PBG ofrece un foro para dirigir estos problemas de separación-individuación. Las miembros del grupo rápidamente aprenden a formar relaciones mientras reconocen las diferentes necesidades individuales de los otros. Ellos llegan a reconocer varios grados de patología personal así como las estrategias de resolución de conflictos.
- f). La PBG también sirve para diluir la transferencia con el líder adulto. El tiempo limitado inhibe la intensa dependencia en los adultos mientras que favorecen conductas, pensamientos y sentimientos que demuestran funcionamiento independiente y autocontrol.

#### **1.4.3. Intervención y Estrategias de Tratamiento.**

En una PBG la problemática individual del adolescente es directamente confrontada seguramente por primera vez en su vida. El confrontamiento directo ofrece a los miembros del grupo la oportunidad de unir el insight con la acción al retar las limitaciones y miedos personales y desarrollar más la autoestima.

El terapeuta frecuentemente provoca, guía, reta, y al mismo tiempo enseña. La confrontación directa está, sin embargo, basada en las metas psicodinámicas individuales de cada miembro del grupo. Como un resultado del plan terapéutico individual, este tipo de confrontación se desarrolla a través de ciertas pautas. Para Raubolt (ibid.), dichas pautas a seguir incluyen: la estructura defensiva presente; las

áreas de conflicto actual (incluyendo las metas del contrato terapéutico); la capacidad de apertura y toma de riesgos; y, la relación con el terapeuta. Teniendo esto en mente, el terapeuta elige las técnicas individuales y grupales para el óptimo desarrollo terapéutico, que pueden incluir además de las vistas para las terapias grupales y breves, otras como el rol- playing, juegos de enfrentamiento grupal, aproximaciones de terapia gestalt, etc.

Hay situaciones clínicas en la PBG con adolescentes en donde la confrontación directa es contraindicada, por ejemplo, cuando un miembro del grupo se siente extremadamente ansioso o amenazado. En este caso intentar una exploración directa del material inconsciente o aproximarse intensivamente a las áreas de conflicto sirve únicamente para aumentar la resistencia y poner en peligro la existencia de las funciones del yo. El fracaso para reconocer los temores y confusión intrapsíquica resultan frecuentemente en una lucha entre el adolescente, el grupo y el terapeuta.

Para evitar el incremento de la resistencia grupal, principalmente cuando los miembros cursan por la adolescencia propiamente tal, se emplean otras técnicas opcionales tales como el uso de la paradoja, la prescripción del síntoma, etc. (Rauboff, 1983).

Estas técnicas no deben ser vistas como sustitutas para el tratamiento de la resistencia, sin embargo el conocimiento de ellas es de crucial importancia en la selección de la aproximación terapéutica apropiada. Un ejemplo de estas técnicas es la prescripción del reto: esperando rebelión y desconfianza, el terapeuta frecuentemente alienta la continuación de la conducta "problema", aunque reeliquetada. Si el paciente adolescente desea continuar la lucha por el control con el terapeuta deberá hacerlo desde una posición más saludable. Frecuentemente los cambios dramáticos en la conducta son vistos mientras la lucha por el poder persiste. Este proceso implícitamente sostiene el establecimiento de autonomía e independencia.

Visto de esta forma, se reafirma que la PBG es una técnica psicoterapéutica eficaz en el tratamiento del adolescente, principalmente porque permite el trabajo a través de las resistencias, que en esta fase evolutiva se manifiestan persistentemente y que en mucho son las responsables de que la psicoterapia con adolescentes sea difícil y llegue en ocasiones al fracaso.

En los siguientes capítulos se intentará demostrar lo anteriormente dicho a través del análisis de la resistencia y su manejo terapéutico en un grupo de terapia breve con adolescentes del sexo femenino.

## CAPITULO II

### METODOLOGIA

#### 2.1. OBJETIVO.

Analizar las diferentes manifestaciones de la resistencia, individual y grupal, así como su manejo terapéutico en una PBG con adolescentes del sexo femenino, llevada a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

#### 2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cómo se manifiesta y maneja terapéuticamente el fenómeno resistencial en un grupo de terapia a seis meses de duración con mujeres adolescentes, estudiantes de la facultad de psicología, que cursan la fase de adolescencia tardía?

#### 2.3. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.

##### 2.3.1. Hipótesis Conceptual.

Las Técnicas de Terapia Grupal y de Terapia Breve para el manejo de la resistencia terapéutica, son efectivas para que el paciente aprenda su propia forma de relacionarse hacia los demás y se conozca a sí mismo y cree nuevas alternativas de vida.

##### 2.3.2. Hipótesis de Trabajo.

El uso de las Técnicas de Terapia Grupal y de Terapia Breve para el manejo de la resistencia terapéutica, debe llevar a que un grupo de mujeres que cursan la fase de adolescencia tardía reconozcan que sus patrones habituales de reacción frente a los demás les ocasiona conflictos psicológicos (presentados como motivos de consulta) y sientan la necesidad de modificarlos de manera tal que dichos cambios reduzcan la angustia inicial.

##### 2.3.3. Hipótesis Nula.

El uso de las Técnicas de Terapia Grupal y de Terapia Breve para el manejo de la resistencia terapéutica, no debe llevar a que un grupo de mujeres que cursan la fase de adolescencia tardía reconozcan que sus patrones habituales de reacción frente a los demás les ocasiona conflictos psicológicos (presentados como motivos de consulta), ni a sentir la necesidad de modificarlos para que reduzcan la angustia inicial.

## 2.4. VARIABLES.

### 2.4.1. Identificación de Variables.

2.4.1.1. Variable Independiente. Técnicas de Terapia Grupal y Breve para el manejo de la resistencia.

2.4.1.2. Variable Dependiente. Manifestaciones resistenciales a lo largo del proceso terapéutico y, al finalizarlo, el reconocimiento de los patrones habituales conflictivos de reacción frente a los demás y de la necesidad de modificarlos para reducir la angustia inicial.

### 2.4.2. Definición de Variables.

2.4.2.1. Definición Conceptual de la Variable Independiente.

- a).Clarificación: "Se refiere a la exploración, con el paciente de todos los elementos de la información que él ha proporcionado, que son vagos, poco claros, desconcertantes, contradictorios o incompletos" (Kernberg, 1987, p.5).
- b).Confrontación: "Significa señalarle al paciente aquellos aspectos de la interacción que parecen indicar la presencia de un funcionamiento conflictivo..." (ibid., p.6).
- c).Interpretación: "[Establecer] lazos entre el material consciente y preconscious y las funciones y motivaciones inconscientes del aquí-y-ahora asumidas o bajo hipótesis" (ibid., p.6).
- d).Papel activo del terapeuta: "[El terapeuta] no se limita al material que aporta el paciente; además explora, interroga, eventualmente incluye en las sesiones aspectos de la conducta 'extraterapéutica' del paciente, dentro de la institución, en su grupo familiar, etc." (Florini, 1990, p.31).
- e).Focalización: "Interpretación central sobre la que se basa todo el tratamiento" (ibid., p.32).
- f).Activación del Aquí y Ahora: "El terapeuta cambia el enfoque [del paciente o grupo] del exterior al interior, de lo abstracto a lo específico, de lo genérico a lo personal" (Yalom, 1986, p.150).
- g).Iluminación del proceso: El terapeuta debe, en el momento preciso del proceso grupal, ayudar al paciente a que reconozca su forma de relacionarse con otros y el efecto que ocasiona en ellos; que comprenda cómo influye su conducta en la opinión que los demás tienen de él; que decida si está satisfecho con su forma de ser o desea cambiar; ayudarle a consolidar el cambio y alentar la generalización de éste en los demás miembros del grupo (ibid., p.156).
- h).Comentario del proceso masivo del grupo: La finalidad de interpretar masivamente al grupo es eliminar algunos obstáculos que surgen y obstruyen el progreso de todo el grupo. Dichos obstáculos son, principalmente, los problemas cargados de angustia (en donde todo el grupo reacciona evitando el problema) y las normas antiterapéuticas del grupo (por ejemplo, que el grupo establezca hablar por turnos,

que castigue al que cambie de tema, que se establezca un ambiente competitivo, etc.) (ibid., p.185).

#### 2.4.2.2. Definición Operacional de la Variable Independiente.

- a).Clarificación: cada vez que el terapeuta demande mayor información de un miembro del grupo.
- b).Confrontación: cada vez que el terapeuta demuestre verbalmente que una actitud o conducta del paciente traída al grupo forma parte de su conflictiva principal.
- c).Interpretación: cada vez que el terapeuta establezca una relación directa entre aspectos conscientes traídos a la terapia y las causas de éstos desarrolladas en la vida infantil del paciente, almacenados en su inconsciente.
- d).Papel activo del terapeuta: toda intervención del terapeuta orientada a darle mayor rapidez y efectividad al proceso terapéutico.
- e).Focalización: cada vez que el terapeuta confronte e interprete el conflicto o la resistencia individual o grupal en el aquí y ahora del proceso terapéutico.
- f).Activación del Aquí y Ahora: cada vez que el terapeuta demande al individuo o grupo que el material traído se vivencie en el interior del grupo, se concreten aspectos abstractos y se personalicen aspectos generales.
- g).Iluminación del proceso: cada vez que el terapeuta confronte al paciente con sus patrones de relación hacia otros y con los cambios que desea adquirir, generalizando el análisis al grupo.
- h).Comentario del proceso masivo del grupo: cuando el terapeuta interpreta la conducta general del grupo, conducta que obstaculiza el proceso terapéutico.

#### 2.4.2.3. Definición Conceptual de la Variable Dependiente.

- a).Resistencia. "Cualquier conducta en terapia que interfiera con el proceso de descubrimiento y expresión afectiva y trabajo a través de los conflictos del paciente" (Bauer, 1990, p.182).
- b).Patrones habituales conflictivos. "La manera normal y racional de manejar, tanto las exigencias del mundo externo, como los impulsos internos [es] sustituida por algún fenómeno irracional, que parece extraño y no puede ser controlado voluntariamente...La forma más sencilla de 'controlar' los estímulos es descargar, mediante reacciones motoras, la excitación por ellos provocada. Más adelante la descarga inmediata es reemplazada por mecanismos de control más complicado de fuerzas de rechazo. Este control consiste en una distribución de contracargas, en procura de un equilibrio económico adecuado entre los estímulos que llegan y las descargas que parten" (Fenichel, 1976, p.33).

c). Reconocer la necesidad de modificar los patrones conflictivos. "Mientras va realizando un 'trabajo de aprendizaje' o 'trabajo de adaptación', [el paciente] debe admitir la existencia de la nueva y menos cómoda realidad, y combatir las tendencias a la regresión, a la interpretación errónea de la realidad, al anhelo de pasividad y dependencia, a las fantasías de realización de deseos" (ibid., p.617).

#### 2.4.2.4. Definición Operacional de la Variable Dependiente.

a). Resistencia. Se tomarán como resistentes las siguientes conductas:

- Silencios: aquellos provocados por el individuo o el grupo cuando no tienen nada que decir o no saben de qué hablar.

- Evitaciones: cuando individuo o grupo hablan de material irrelevante (lo que el paciente dice y que no se relaciona con su problemática), o hablan de los otros para evitar hablar de sí mismos en el aquí y ahora del conflicto terapéutico.

- Censura o corrección de pensamientos: cuando un paciente interrumpe el curso libre de su lenguaje, o cambia de tema o expone una agenda preparada impidiendo de esta forma una conducta espontánea.

- Cantusión: que el paciente no entienda el contenido de un mensaje o interpretación cuando el resto del grupo lo ha entendido.

- Hiperemocionalidad: cuando el paciente se sirve de la emoción para eludir otros aspectos dolorosos más profundos.

- Paciente bueno: cuando un individuo se esfuerza por quedar bien con el terapeuta o grupo.

- Sesión feliz: cuando el paciente obtiene satisfacción emocional suficiente durante la sesión como para eludir la depresión o la ansiedad.

- Deserción: que el paciente interrumpa por voluntad propia el tratamiento dejando de asistir a las sesiones.

- Inasistencia: que el paciente falte a la sesión por olvido o desgan, no existiendo ninguna justificación para hacerlo, principalmente después de que se ha manejado material relevante en la sesión anterior (se considerará material relevante lo que el paciente dice en sesión y que tiene que ver directamente con su problemática).

- Impuntualidad: que el paciente llegue tarde a las sesiones no existiendo ninguna justificación para hacerlo.

- Acting: cualquier conducta realizada por individuo o grupo, dentro o fuera de las sesiones terapéuticas, mediante la cual se exprese lo que no pueden poner en palabras (agresiones al terapeuta, retroceso en los logros alcanzados, curas milagrosas, aparición espontánea de síntomas, etc.).

- Fragmentación: cuando el grupo se autopercebe como una serie de miembros individuales en vez de sentirse como un verdadero grupo.

- Subagrupamiento: cuando se forman subgrupos de dos o más miembros que encuentran mayor satisfacción en una relación mutua que de la relación con todo el grupo.

- Sensación de alcanzar una meseta: cuando el grupo se niega a enfrentar el problema realizando conductas evasivas, como por ejemplo resistiéndose a discutir material nuevo, simple y sencillamente por no estar dispuestos a avanzar.

b). Reconocer los patrones habituales conflictivos de reacción frente a los demás, así como la necesidad de modificarlos para reducir la angustia inicial: El paciente reconocerá sus patrones habituales de conducta y de Interacción con otros, en relación al motivo de consulta, analizando al final de la terapia los cambios ocurridos en dichos patrones que aligeran el malestar inicial presentado al comienzo del proceso terapéutico (disminución de angustia, disminución del temor a hablar en público, mejor manejo de la agresividad, etc.).

## **2.5. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.**

El grupo para su análisis queda integrado por nueve adolescentes del sexo femenino entre los 18 y los 22 años de edad, todas estudiantes de psicología en la Facultad de Psicología de la UNAM, que acuden voluntariamente al Centro de Servicios Psicológicos de la propia facultad. Dichas pacientes presentan características similares incluso en motivos de consulta, sintomatología y desarrollo familiar (ver Anexo A), por lo que se puede obtener un foco terapéutico común considerando al grupo como homogéneo.

Debido a las características de la muestra y a la exploración a partir de la entrevista inicial, se tomó como foco terapéutico lo siguiente: "Renunciar a verse como víctimas dentro de sus posiciones infantiles logrando una identidad propia como medio para diferenciarse de los demás".

## **2.6. DISEÑO DE INVESTIGACION.**

Se utilizó un diseño de investigación:

PRETEST — TRATAMIENTO — POSTEST

En la primera fase se registraron las características psicológicas de cada paciente observándose su nivel de resistencia a través de su problemática, empleándose para ello dos técnicas terapéuticas que son las Historias Clínicas y las Entrevistas Psicológicas, y como instrumento de medición el Perfil de Personalidad de Minnesota (MMPI). En la segunda fase se aplicó el tratamiento terapéutico a través de las técnicas de Psicoterapias Breve y de Grupo mencionadas en el marco teórico. Por último, se registraron los cambios alcanzados por cada paciente, a través de técnicas como los Autorreportes y la Observación del terapeuta, y la reaplicación del MMPI como instrumento de medición en la fase postest. Estas técnicas empleadas son específicas para cada fase, por lo que no se pueden repetir para efectos de medición



en las fases pretest-postest, no así en cambio el instrumento de medición (MMPI) que fue reaplicable en ambas fases.

## **2.7. INSTRUMENTOS.**

### **2.7.1. Fase pretratamiento.**

- a). Historias Clínicas: se considera como el indicador de la resistencia el reconocimiento por parte de cada paciente de la problemática personal plasmado en el motivo de consulta y en el número de terapias anteriormente abandonadas.
- b). Entrevista Psicológica: comprende el análisis global de las áreas familiar, escolar, sexual y de relaciones interpersonales. son indicadores de la resistencia la actitud de aceptación o rechazo hacia las devoluciones del terapeuta y hacia la prescripción de una terapia grupal.
- c). Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota: permite obtener una autoimagen de cada una de las pacientes antes de iniciar la terapia.

Se propone la siguiente Escala de Magnitud Resistencial<sup>8</sup> para medir el nivel de resistencia con el que inician la terapia cada una de las pacientes:

Nivel 1: Poca Resistencia.

- a). Reconocimiento, en la Historia Clínica, de la problemática por parte del paciente, y/o ausencia de antecedentes de terapias abandonadas.
- b). Aceptación, en la entrevista psicológica inicial, de las devoluciones del terapeuta, y/o hacia la prescripción de terapia grupal.
- c). Reconocimiento en las escalas de validez del MMPI de tener un conflicto y necesitar ayuda.

Nivel 2: Mediana Resistencia.

- a). Que existan elementos de los niveles 1 y 3.

Nivel 3: Mucha Resistencia.

- a). Sin reconocimiento, en la historia clínica, de su problemática, y/o con antecedentes de terapias abandonadas.
- b). Rechazo, en la entrevista, hacia las devoluciones del terapeuta, y/o hacia la prescripción de terapia grupal.
- c). Negación, en las escalas de validez del MMPI, de tener un conflicto o de requerir ayuda.

### **2.7.2. Fase de Tratamiento.**

---

<sup>8</sup> Esta escala no está estandarizada sino que es sólo una propuesta de la autora para organizar los datos obtenidos.

Aplicación de las Técnicas de Terapia Grupal y Breve en el manejo de la resistencia (anteriormente descritos), en el período de un semestre, con una sesión semanal de 90 minutos de duración, dando un total de 24 sesiones grupales.

### 2.7.3. Fase Posttratamiento.

- a). Autorreporte: será indicador de la efectividad del tratamiento el reconocimiento por parte del paciente de su problemática y de sus cambios logrados.
- b). Observación del terapeuta: será indicador de la efectividad del tratamiento los logros terapéuticos observados en relación a los focos establecidos para cada paciente.
- c). Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota: permite obtener una autoimagen de cada una de las pacientes después de terminado el tratamiento psicológico.

Se propone la siguiente escala para medir el Nivel de Efectividad Terapéutica<sup>9</sup>:  
Nivel 1. Efectivo.

- a). Reconocimiento por parte del paciente de su problemática y logros a través de la terapia.
- b). Avances observados por el terapeuta en relación al foco terapéutico.
- c). Disminución de las escalas elevadas del MMPI, y/o reconocimiento en las escalas de validez de tener un conflicto y necesitar ayuda.

Nivel 2. Poco Efectivo.

- a). Que existan elementos de los niveles 1 y 3.

Nivel 3. No Efectivo.

- a). Si no hay reconocimiento del paciente de su problemática y no hay cambios a través de la terapia.
- b). Si el terapeuta no observó cambios en relación al foco terapéutico.
- c). Si el paciente desertó de su terapia.
- d). Si permanecen elevadas las mismas escalas del MMPI, y/o no hay reconocimiento en las escalas de validez de tener un conflicto.

### 2.8. PROCEDIMIENTO.

---

<sup>9</sup> Escala no estandarizada.

### **2.8.1. Selección de los Pacientes.**

Los pacientes fueron seleccionados por medio de entrevistas iniciales practicadas a quienes solicitaron el servicio psicológico en la Facultad de Psicología de la UNAM, eligiendo pacientes con características similares en cuanto a motivos de consulta, edad, historia personal y foco terapéutico para formar un grupo homogéneo (ver Anexo A).

### **2.8.2. Aplicación de Técnicas e Instrumentos.**

Se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) para obtener una autopercepción de cada paciente antes de iniciar la terapia y se obtuvieron datos de la Historia Clínica en el área familiar, escolar, de relaciones interpersonales y sexual, principalmente (ver Anexo A).

### **2.8.3. Proceso Terapéutico.**

Una vez formado el grupo se inicia la psicoterapia programando una sesión semanal con una duración aproximada de 90 minutos cada una, haciendo un total de 24 sesiones (un período semestral) llevadas a cabo en coterapia con dos psicólogos que cursan la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones.

**CAPITULO III  
EXPOSICIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS**

**3.1. FASE PRETRATAMIENTO.**

3.1.1. En relación a los perfiles de personalidad (MMPI) se obtuvieron los siguientes datos:

Dos de los nueve perfiles se encontraron elevados (1AO, 8VL) en tanto que los otros se mantuvieron entre T50-70 en la mayoría de las escalas clínicas.

Sólo dos de los nueve perfiles mostraron buena capacidad de insight al reconocer su problemática personal (8VL, 9VM), las demás negaron la presencia de conflictos internos.

3.1.2. En cuanto al motivo de consulta se encontró que solo dos de nueve reconocen su problemática interna y la manifiestan como tal (4LP, 8VL).

3.1.3. Tres de las participantes tuvieron antecedentes terapéuticos, dos de ellas desertaron terapias anteriores (2CE, 3GL), y una tuvo terapia de apoyo en crisis que la motivó a buscar ayuda terapéutica.

3.1.4. Cuatro de las participantes mostraron actitudes resistentes ante la prescripción de terapia de grupo (2CE, 3GL, 6RJ, 7VH).

3.1.5. Dos miembros del grupo iniciaron la terapia grupal con mucha resistencia (2CE, 3GL), seis con mediana resistencia y una con poca resistencia (8VL).

**TABLA I. Se exponen los datos obtenidos durante la Fase Pretratamiento.**

PACIENTE	ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD (MMPI).	RECONOCIMIENTO DEL CONFLICTO EN MOTIVO DE CONSULTA.	ANTECEDENTES TERAPÉUTICOS	ACTITUD HACIA LA PRESCRIPCIÓN DE TERAPIA GRUPAL.	NIVEL DE RESISTENCIA
----------	---------------------------------------	---	---------------------------	--	----------------------

1AO	877126394(05);KLF  Trata de negar la presencia de conflictos internos sintiéndose capaz de resolverlos por sí misma de llegar a tenerlos. Se siente socialmente adaptada aun cuando manifiesta tendencia al aislamiento y a la fantasía; relaciones interpersonales conflictivas; inseguridad, baja autoestima, tendencia a la somatización.  (R)	Existe poco reconocimiento de su problemática, aceptando tener "conflictos emocionales".  (R)	Ninguno.  (NR)	Aceptación pasiva sin cuestionamiento  (NR)	2 mediana
2CE	1362840(759);KFL  Se autoconoce socialmente ajustada con ciertos conflictos interpersonales capaz de resolverlos por sí misma. Tendencia a la somatización y a dar una imagen frágil para conseguir aceptación; sensación de ser amenazada por el exterior lo que la lleva a sentirse insegura, devaluada y resentida hacia los demás.  (R)	No hay reconocimiento de su problemática, manifestando un motivo de consulta generalizado.  (R)	Seis meses de terapia individual de la cual desertó.  (R)	Se mostró defensiva cuestionando la necesidad de "ser expuesta" frente a otros. Se angustió por la posible presencia de hombres en el grupo. Pretextó problemas de horario.  (R)	3 Mucha

3GL	6943(27B10)-5;KLF  Niega la existencia de conflictos internos sintiéndose capaz de resolver por sí misma cualquier problema que se le presente; se siente socialmente ajustada. Es desconfiada y suspicaz, por lo que presenta problemas de relaciones interpersonales; tiene ideas de grandeza sintiéndose limitada por los demás; poco control de impulsos.  (R)	Existe poco reconocimiento de su problemática planteándolo como baja autoestima e inseguridad.  (R)	Refiere sesiones esporádicas de orientación vocacional, la cual abandona.  (R)	Se nego a una terapia grupal pretextando que su problemática no es de relaciones interpersonales, no obstante acepta participar por sentir curiosidad.  (R)	3  Mucha
4LP	89'02746351;LFK  Trató de dar una buena imagen de sí misma no reconociendo abiertamente sus problemas. Presenta mucha energía dirigida a metas fantaseadas lo que la lleva a no concluir sus actividades.  (R)	Reconoce en parte su problemática en cuanto a la relación con sus padres.  (NR)	Ninguno.  (NR)	Se mostró poco convencida al trabajo en grupo aunque muy dispuesta a iniciar la terapia.  (R)	2  Mediana

5MD	8''4'27395160:KFL  Intenta ajustarse o lo socialmente establecido y aun cuando reconoce la presencia de conflictos internos se cree con cierta capacidad para enfrentarlos por sí misma. Tiende a la fantasía y al aislamiento lo que lo hace hostil, inseguro, autodevaluado, con problemas de relaciones interpersonales.  (R)	No hay reconocimiento de su problemática, negando conflicto.  (R)	Ninguno.  (NR)	Total aceptación y confianza en la terapia de grupo.  (NR)	2  Mediana
6RJ	28673(10459):KFL  Trata de ser autocrítica reconociendo tener conflictos internos y sintiéndose capaz de resolverlos por sí misma. Tiende a aislarse por temor a ser rechazada, se muestra inseguro, autodevaluado, con un alto nivel de angustia.  (R)	No hay reconocimiento de su problemática, manifestando un motivo de consulta generalizado.  (R)	Ninguno.  (NR)	Se mostró confundido y angustiado demandando información sobre la terapia de grupo.  (R)	2  Mediana
7VH	012'43687(9)-5:KFL  Tiene una concepción rígida de sí misma sin importarle quedar bien socialmente, reconoce tener conflictos aunque se cree capaz de resolverlos por sí misma. Se retrae en las relaciones interpersonales; tiende al pesimismo, minusvalía y preocupación por su salud.  (R)	Pobre reconocimiento de su conflictiva personal.  (R)	Ninguno.  (NR)	Manifestó temor al "exponerse" al grupo demandando mayor información.  (R)	2  Mediana

8VL	2''84''791'603(5):FKL  Se mostró espontánea con buena capacidad de insight al reconocer su problemática y vivirla con intensidad reconociendo necesitar ayuda para solucionarla. Tendencia al aislamiento, la fantasía, autodevaluación, inseguridad, inconformidad, alto nivel de angustia.  (NR)	Reconoce en parte su conflictiva en relación con la figura materna.  (NR)	Terapia de apoyo en crisis de llanto que la motivó a buscar ayuda terapéutica.  (NR)	Aceptación pasiva manifestando confianza en la decisión de la terapeuta.  (NR)	1 Poca
9VM	8''6'724901(5):FLK  Reconoce la presencia de conflictos internos y la necesidad de ayuda para resolverlos; es autocrítica aún cuando se ajusta a la socialmente establecido. Presenta relaciones interpersonales empobrecidas con hipersensibilidad al rechazo. Presencia de ansiedad que dan lugar o sentimientos de inseguridad, minusvalía y culpa.  (NR)	Poco reconocimiento de su problemática visto en un motivo de consulta generalizado.  (R)	Ninguno.  (NR)	Aceptación y confianza en la decisión de la terapeuta, aún cuando demandó información sobre la terapia de grupo.  (NR)	2 Mediana

Nota: R significa conducta resistencial.  
NR significa conducta no resistencial.



### 3.2. FASE DE TRATAMIENTO.

3.2.1. Las pacientes 1AO, 7VH y 6RJ tuvieron el mayor número de manifestaciones resistenciales (39, 39 y 33, respectivamente).

3.2.2. 6RJ presentó la mayor diversidad de manifestaciones resistenciales, llegando a resistirse en trece formas diferentes, la siguen 1AO con once y 5MD con 10, cabe señalar que 3GL quien solo asistió a cinco sesiones grupales se resistió de nueve formas diferentes.

3.2.3. La paciente 1AO manifestó resistencia principalmente con evitaciones, silencios y el rol de paciente buena; 2CE con evitaciones, inasistencia y deserción; 3GL y 4LP con el rol de paciente buena, evitaciones y deserción; 5MD con evitaciones y silencios; 6RJ con acting outs y silencios; 7VH con evitaciones, confusión y silencios; 8VL con acting outs y silencios, y; 9VM con evitaciones.

3.2.4. Los mayores momentos resistenciales se dieron en las sesiones 11, 13 y 21, es decir a la mitad del proceso terapéutico y tres sesiones antes del final.

3.2.5. Desertaron tres miembros del grupo (2CE, 3GL y 4LP).

3.2.6. Analizando los Índices Resistenciales por Sesión (IRS) se observa que el mayor puntaje fue de 3.8 obtenido por 3GL quien desertó; sigue 2.05 obtenido por 7VH, quien obtuvo un nivel 3 de efectividad terapéutica (ET); 1.77 por 1AO con nivel 2 de (ET); 1.70 por 6RJ con nivel 2 de ET; 1.60 por 4LP quien desertó; 1.5 por 2CE quien desertó; 1.3 por 5MD con nivel 2 de ET; 1.0 por 8VL con nivel 1 de ET, y; 0.82 por 9VM con nivel 1 de ET.

3.2.7. Las manifestaciones grupales que se presentaron fueron: silencios, evitaciones, sesión feliz, sensación de alcanzar una meseta y fragmentación.

TABLA II. RESULTADOS DE LA FASE DE TRATAMIENTO.

SESION No.	PARTICIPANTES	MANIFESTACIONES RESISTENCIALES	PORTAVOCES	MANEJO TERAPEUTICO
1	1AO 2CE 3GL 5MD 6RJ 7VH 8VL	-Paciente buena. -Censura (cambio de tema). -Evitaciones. -Censura (interrupción del curso libre de lenguaje). -Silencios.	3GL 2CE:3GL  3GL:5MD:2CE 3GL  Todo el grupo	Por ser la primer sesión las intervenciones terapéuticas se dirigieron hacia el encuadre y enganche terapéutico.  Clarificaciones.

2	1AO 3GL 5MD 6RJ 7VH 8VL	-Paciente buena. -Silencios. -Acting (reclamo a las terapeutas por malinterpretar). -Inasistencia. -Evitaciones. -Hiperemocionalidad.	3GL Todo el grupo. 6RJ  2CE 1AO;3GL 3GL	Confrontación sobre el temor a ser malinterpretadas en el grupo.  Se solicita al grupo en general mayor participación.  Confrontaciones individuales.
3	1AO 3GL 4LP 5MD 6RJ 7VH 8VL	-Censura (interrupción del curso libre de lenguaje). -Evitaciones. -Acting. ( ansiedad ) -Paciente buena. -Silencios. -Inasistencia.	6RJ  8VL;3GL;4LP 8VL;3GL 3GL;1AO;5MD;4LP P 7VH 2CE	Se permite al grupo expresarse, realizando clarificaciones y confrontaciones grupales.  Interpretación individual a 6RJ.
4	1AO 2CE 4LP 5MD 7VH	-Inasistencia. -Evitaciones. -Paciente buena.	3GL;6RJ;8VL Todo el grupo 4LP	Clarificaciones y confrontaciones en cuanto al contenido latente.  Activación del Aquí y Ahora.  Confrontación individual a 4LP.

5	1AO 3GL 4LP 5MD 6RJ 7VH 8VL	-Inasistencia. -Silencios. -Hiperemocionalidad. -Paciente buena. -Censura (agenda preparada). -Acting (descalificación a terapeutas). -Impuntualidad. -Sesión feliz.	2CE 1AO:8VL:7VH 6RJ:3GL 6RJ:3GL:4LP 3GL 3GL  6RJ Todo el grupo	Papel activo de terapeutas.  Focalización.  Activación del Aquí y Ahora.  Comentario del proceso masivo de grupo.  Confrontación individual a 3GL quien avisa no volver al grupo.
6	1AO 3GL 4LP 5MD 6RJ 8VL	-Inasistencia. -Paciente buena. -Evitaciones. -Silencios.	2CE:7VH 3GL:4LP 3GL 6RJ	Se confronta al grupo sobre las ambivalencias afectivas.
7	1AO 4LP 6RJ 8VL 9VM	-Inasistencia. -Deserción. -Paciente buena. -Silencios. -Evitaciones.	5MD:7VH 2CE:3GL 1AO:4LP 1AO 1AO	Interpretación a 6RJ sobre su temor a hablar en público.  Interpretación a 8VL sobre necesidad de ser reconocida.  Se confronta al grupo con la "imagen" que cada una da a los demás.

8	1AO 4LP 5MD 6RJ 7VH 8VL 9VM	-Silencios. -Evitaciones. -Impuntualidad.	1AO:5MD:6RJ:9V M 1AO:7VH:9VM 7VH	Papel activo de las terapeutas evitando silencios.  Confrontaciones sobre el temor a identificarse con figuras paternas.  Iluminación del proceso de grupo.
9	4LP 6RJ 7VH 8VL 9VM	-Evitaciones. -Censura (agenda preparada) -Acting. (ansiedad) -Acting (proyección) -Silencios. -Inasistencia.	4LP:8VL 4LP 6RJ 8VL 6RJ 1AO:5MD	Se confronta al grupo sobre su temor a hablar.  Señalamiento de las resistencias.  Iluminación del proceso.
10	1AO 4LP 6RJ 7VH 8VL 9VM	-Inasistencia. -Evitaciones.  -Paciente buena. -Silencios. -Confusión. -Acting (depresión).	5MD 1AO:4LP:6RJ:7VH :9VM 1AO:4LP 6RJ:7VH 7VH 8VL	Se confronta a 1AO con sus resistencias.  Clarificaciones grupales. Interpretación grupal sobre el abandono.  Iluminación del proceso.
11	1AO 4LP 5MD  7VH 8VL 9VM	-Inasistencia. -Acting (reclamo al grupo). -Silencios. -Acting (somaiza enfermedad). -Evitaciones. -Paciente buena. -Acting (coraje hacia el abandono). -Acting (temor a dañar).	6RJ 5MD 4LP:9VM 1AO:9VM  1AO 1AO 7VH  8VL	Confrontación grupal sobre temor a la muerte y temor al cambio.  Iluminación del proceso.

12	1AO 4LP 5MD 6RJ 7VH 8VL 9VM	-Evitaciones. -Paciente buena. -Sensación de alcanzar una meseta.	4LP:7VH 4LP:5MD Todo el grupo.	Participación activa de las terapeutas.  Clarificaciones grupales.  Iluminación del proceso.
13	1AO 5MD 6RJ 7VH 9VM	-Inconsistencia. -Deserción. -Paciente buena. -Silencios. -Confusión. -Acting (reclamo a las terapeutas). -Fragmentación. -Sesión feliz. -Acting (actitudes de ansiedad).	8VL 4LP 5MD 1AO:7VH:9VM 6RJ:7VH 6RJ  Todo el grupo 7VH 9VM	Iluminación del proceso.  Comentario del proceso masivo del grupo.  Se confronta lo ambivalencia del deseo de cambiar y el temor al cambio (específicamente a 6RJ y 7VH).
14	1AO 5MD 6RJ 8VL 9VM	-Inconsistencia. -Acting (actitudes de ansiedad). -Evitaciones. -Confusión. -Paciente buena.	7VH 6RJ 6RJ 6RJ:8VL 1AO	Participación activa de las terapeutas.  Se confronta al grupo (en especial a 6RJ) su autoimagen conflictiva.  Iluminación del proceso.
15	1AO 5MD 6RJ 7VH 8VL 9VM	-Impuntualidad. -Confusión. -Evitación. -Acting (actitudes de ansiedad). -Acting (descalificación a terapeuta). -Paciente buena.	7VH 7VH:8VL 1AO:7VH 6RJ 7VH  1AO	Se reinicia terapia después de periodo vacacional redefiniendo y focalizando los objetivos a trabajar en lo que resta de la terapia.

16	7VH 8VL	-Inasistencias. -Confusión.	1AO:5MD:6RJ:9VM M 7VH	Se confronta a 7VH con su propia confusión.  Iluminación del proceso.
17	1AO 5MD 6RJ 7VH 8VL 9VM	-Evitaciones. -Acting (angustia sobre un posible embarazo). -Acting (depresión por devaluación y culpa). -Acting (somatiza dolor de cabeza y dificultad en la visión). -Acting (somatiza cuadro gripal). -Confusión. -Acting (reta a la madre).	7VH:9VM 9VM  5MD:6RJ  7VH  1AO  1AO 8VL	Se interpretan las conductas resistenciales.  Activación del Aquí y Ahora.  Iluminación del proceso.  Comentario del proceso masivo del grupo.
18	1AO 5MD 6RJ 8VL 9VM	-Inasistencia. -Confusión. -Silencios. -Evitaciones. -Acting (actitudes depresivas).	7VH 1AO:5MD 1AO 1AO 6RJ	Activación del Aquí y Ahora.  Iluminación del proceso.  Comentario del proceso masivo del grupo.
19	1AO 5MD 6RJ 7VH 8VL 9VM	-Confusión. -Acting (actitudes depresivas). -Evitaciones. -Silencios.	5MD:6RJ:8VL 6RJ 6RJ 1AO:5MD	Confrontaciones e interpretaciones, especialmente a 6RJ y 8VL.  Comentario del proceso masivo del grupo.  Papel activo del terapeuta.
20	1AO 5MD 6RJ 8VL 9VM	-Inasistencia. -Paciente buena. -Evitaciones.	7VH 1AO 5MD	Iluminación del proceso.  Comentario del proceso masivo del grupo.

21	1AO 5MD 7VH 8VL 9VM	-Impuntualidad. -Inasistencia. -Confusión. -Evitaciones. -Hiperemocionalidad. -Silencios.	1AO:5MD:7VH:8VL 6RJ 7VH:9VM 1AO:7VH 1AO 5MD:8VL	Confrontación directa a 1AO, 7VH y 9VM.  Focalización.  Activación del Aquí y Ahora.  Iluminación del proceso.
22	1AO 5MD 7VH 9VM	-Inasistencias. -Impuntualidad. -Confusión. -Acting (depresión).	6RJ:8VL 1AO:5MD:7VH 7VH 7VH	Interpretaciones individuales.  Iluminación del proceso.
23	1AO 5MD 6RJ 7VH 8VL 9VM	-Confusión. -Evitaciones (de afectos negativos).	6RJ Todo el grupo	Activación del Aquí y Ahora.  Se permitió al grupo expresarse libremente.
24	1AO 5MD 6RJ 7VH 8VL 9VM	-Evitaciones (de afectos negativos). -Paciente buena. -Confusión.	Todo el grupo  1AO 7VH	Devoluciones individuales y grupales en relación a sus logros y a sus nuevas metas terapéuticas.

TABLA III. ANALISIS DE LA FRECUENCIA DE LAS MANIFESTACIONES RESISTENCIALES.

PACIENTE	No. SESIONES ASISTIDAS	No. SESIONES NO RESISTENCIALES	TIPO DE MANIFESTACION RESISTENCIAL	SESION EN LA QUE SE PRESENTA	FRECUENCIA	SESION MAS RESISTENCIAL
1AO	22	1	-Silencios. -Evitaciones.  -Paciente buena. -Sesión feliz. -Inasistencias. -Acting. -Sensación de alcanzar una meseta. -Fragmentación. -Confusión. -Impuntualidad. -Hipermocionalidad.	1*,2,5,7,8,13,18,19 2,4*,7,8,10,11,15,18 . 21,23*,24* 3,7,10,11,14,15,20,2 4 5* 9,16 11,17 12* 13* 17,18 21,22 21	8 11 8 1 2 2 1 1 2 2 1  Total = 39  IRS = 1.77	7, 11, 18 y 21
2CE	4	0	-Censura. -Evitaciones. -Silencios. -Inasistencia. -Deserción.	1 1,4* 1* 2,3 5	1 2 1 2 -  Total = 6  IRS = 1.5	1



3GL	5	0	-Paciente buena. -Censura. -Evitaciones. -Silencios. -Hiperemocionalidad. -Acting. -Inasistencia. -Sesión feliz. -Deserción.	1,2,3,5,6 1,5 1,2,3,6 1*,2* 2,5 3,5 4 5* 7	5 2 4 2 2 2 1 1 -	5.1.2          Total = 19  IRS = 3.8
4LP	10	1	-Evitaciones. -Paciente buena. -Sesión feliz. -Censura. -Silencios. -Sensación de alcanzar una meseta. -Deserción.	3,4*,9,10,12 3,4,5,6,7,10,12 5* 9 11 12* 13	5 7 1 1 1 1 -	12       Total = 16  IRS = 1.6
5MD	20	4	-Evitaciones. -Silencios. -Paciente buena. -Sesión feliz. -Inasistencia. -Acting. -Sensación de alcanzar una meseta. -Fragmentación. -Confusión. -Impuntualidad.	1,4*,20,23*,24* 1*,2*,8,19,21 3,12,13 5* 7,9,10,16 11,17 12* 13* 18,19 21,22	5 5 3 1 4 2 1 1 2 2	12,13,1 9 y 21          Total = 26  IRS = 1.3

6RJ	20	3	-Silencios. -Acting. -Censura. -Inasistencia. -Hiperemocionalidad. -Paciente buena. -Impuntualidad. -Sesión feliz. -Sensación de alcanzar una meseta. -Confusión. -Fragmentación. -Evitaciones.	1*.2.6.8.9.10 2.9.13.14.15.17.18.1 9 3 4.16.21.22.11 5 5 5 5* 12* 13.14.19.23 13* 14.19.23*.24*	6 8 1 5 1 1 1 1 1 4 1 4 Total = 34	5.13.14. 19
					IRS = 1.7	
7VH	19	2	-Silencios. -Evitaciones.  -Sesión feliz. -Inasistencia. -Impuntualidad. -Confusión. -Acting. -Sensación de alcanzar una meseta. -Fragmentación.	1*.2*.3.5.10.13 4*.8.10.12.15.17.21. 23*.24* 5*.13 6.7.14.18.20 8.15.21.22 10.13.15.16.21.22.2 4 11.15.17.22 12* 13*	6 9 2 5 4 7 4 1 1 Total = 39	10.13.1 5.21.22
					IRS = 2.05	
8VL	21	7	-Silencios. -Evitaciones. -Acting. -Inasistencia. -Sesión feliz. -Sensación de alcanzar una meseta. -Confusión. -Impuntualidad.	1*.5.21 3.9.23*.24* 3.9.10.11.17 4.13.22 5* 12* 14.15.19 21	3 4 5 3 1 1 3 1 Total = 21	3.9.21

IRS = 1.0

9VM (inicia terapia en la 7ª sesión).	17	8	-Silencios.	8,11	2	8,11,13, 17
			-Evitaciones.	8,10,17,23*,24*	5	
			-Acting.	11,13,17	3	
			-Sensación de alcanzar una meseta.	12*	1	
			-Fragmentación.	13*	1	
			-Inasistencia.	16	1	
			-Confusión.	21	1	
				Total =	14	
	IRS = 0.82					

\* : Manifestación grupal.

IRS : Índice resistencial por sesión, significa el promedio de resistencias en una sesión terapéutica.

### 3.3. FASE POSTRATAMIENTO.

3.3.1. En relación a los resultados del perfil de personalidad (MMPI) se obtuvieron los siguientes datos: de las seis participantes que terminaron la terapia grupal cinco disminuyeron las escalas clínicas que se presentaron elevadas al inicio del proceso terapéutico, manifestando en general una reducción de la angustia, mayor seguridad en sí mismas, mejoría en la adaptabilidad social y mayor entusiasmo y optimismo ante la vida. Solo una paciente (7VH) mostró mayor angustia y confusión.

3.3.2. En cuanto al autoreconocimiento del conflicto (relacionado con el foco terapéutico), se obtuvo que de las seis participantes 2 lo hicieron efectivamente (8VL y 9VM), otras 2 medianamente efectivo (1AO y 5MD), y las otras 2 no obtuvieron autoreconocimiento efectivo. (6RJ y 7VH).

3.3.3. En cuanto a los avances terapéuticos logrados y el nivel de efectividad terapéutica en relación al foco se encontró que 3 de las 6 participantes obtuvieron un nivel 2 de ET (1AO, 5MD y 6RJ), otras 2 un nivel 1 de ET (8VL y 9VM) y uno un nivel 3 de poca efectividad (7VH).

TABLA IV. RESULTADOS FINALES DE LA TERAPIA.

PACIENTE	ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD (MMPI)	AUTORRECONOCIMIENTO DEL CONFLICTO	AVANCES TERAPEUTICOS	NIVEL DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA
1AO	89276'341(0)-5:LKF  Se percibe a sí misma con mayor capacidad de adaptación social. Disminuyen las escalas 1Hs, 7Pt y 8Es, lo que indica una mayor seguridad en sí misma así como la reducción de la angustia. Aumenta la escala 9Ma sugiriendo mayor dinamismo y energía en la consecución de sus metas.	Reconoce que debe preocuparse por sí misma y no por los demás.  Reconoce su necesidad de continuar en terapia.	Mayor seguridad en sí misma en cuanto a establecer relaciones interpersonales.  Disminuye sensación de ser utilizada por los demás.  Continúa desconociendo su necesidad de triangular en las relaciones de los demás.	2  Medianamente efectivo.
	NET 1	NET 2	NET 2	

2CE	No hay análisis postratamiento por deserción. NET 3	Ninguno. NET 3	Ninguno. NET 3	3 No efectivo
3GL	No hay análisis postratamiento por deserción. NET 3	Ninguno. NET 3	Ninguno NET3	3 No efectivo
4LP	No hay análisis postratamiento por deserción. NET 3	Ninguno. NET 3	Ninguno. NET 3	3 No efectivo
5MD	4'863(295710); KFL  Disminuyeron las escalas L y F indicando mayor autocrítica principalmente en su problemática interna. También disminuyeron 1Hs. 2D, 3Hi, 7Pi, 8Es, lo que implica mayor seguridad en sí misma, mejor autoconcepto, independencia y adaptabilidad social y disminución de la angustia.  NET 1	Ve el lado positivo de ser la hija menor.  Afirma sentirse más segura de sí misma.  NET 2	Analiza ventajas y desventajas de ser hija menor, lo que le permite percibir su situación de manera favorable.  Concientizó que su deseo de independizarse era en realidad una búsqueda de identidad.  Le faltó reconocer su imagen de "niña buena" frente a la madre. NET 2	2 Mediana menor efectivo

6RJ	<p>67(98241530); KLF</p> <p>Se muestra más crítica consigo misma al considerarse con menor severidad. Disminuyen ligeramente todas las escalas clínicas a excepción de 9Ma que se eleva, en general esto indica mayor seguridad en sí misma y en su dinamismo por alcanzar metas y adaptarse socialmente.</p> <p>NET 1</p>	<p>Reconoce su dificultad de expresar adecuadamente sus afectos.</p> <p>NET 3</p>	<p>Poco reconocimiento de que su temor a hablar en público se debe a una imagen autodevaluada.</p> <p>Toma conciencia de que su inseguridad se relaciona con el hecho de ser la única en su familia con estudios universitarios.</p> <p>NET 2</p>	<p>2</p> <p>Mediana mente efectivo</p>
7VH	<p>B''7210'3946-5; FKL</p> <p>Aumentaron las escalas F, 7Pl, BEs y 9Ma, y disminuyeron K, 4Dp, 5Mf y 6Pa. En general esto implica una mayor tensión interna y angustia por sentirse incapaz de enfrentar una situación que se vive como muy conflictiva. Hay una fuerte tendencia a confundir la realidad con la fantasía, lo que la lleva a sentirse incomprendida y desadaptada.</p> <p>NET 3</p>	<p>Reconoce vivir constantemente en forma ambivalente y no querer cambiar porque obtiene beneficios.</p> <p>NET 3</p>	<p>Poco reconocimiento de que su ambivalencia es debida a la dificultad de identificarse con sus figuras paternas.</p> <p>No hubo reconocimiento de sus sentimientos agresivos hacia las figuras paternas.</p> <p>Poco interés en cambiar.</p> <p>NET 3</p>	<p>3</p> <p>No efectivo</p>

8VL	<p>2°468093517; LFK</p> <p>Aumenta I y disminuye K, lo que implica una percepción de sí misma más ajustada socialmente aún cuando reconoce vivir una situación conflictiva y necesitar ayuda para resolverla. Disminuyeron las escalas 1Hs, 2D, 3Hi, 4Dp, 7Pi, 8Es y 9Ma y aumentó 5Mf lo que indica mayor seguridad y autoconfianza, con disminución de sentimientos de tristeza y culpa y disminución de angustia.</p> <p>NET 1</p>	<p>Reconoce que su mayor problema está en establecer relaciones y expresar sus afectos por temor al abandono.</p> <p>Siente haber podido salir de entre el pleito de sus padres.</p> <p>Superó su sintomatología inicial.</p> <p>NET 1</p>	<p>Desaparece anorexia.</p> <p>Concientiza que su dificultad de expresar afecto se debe a su temor a ser abandonada.</p> <p>Entiende su rol de depositaria de agresiones de sus padres y comprende que su lugar está fuera de este triángulo en búsqueda de su propia identidad.</p> <p>Reconoce su necesidad de profundizar en una terapia prolongada.</p> <p>NET 1</p>	<p>I</p> <p>Muy efectivo</p>
9VM	<p>0°628(591374); FKL</p> <p>En general disminuyen todas las escalas menos K, 3Hi (que se mantienen igual) y 5Mf (que se eleva), esto implica una concepción más crítica de sí misma, así como una elevación de su autoestima y su autoconcepto, disminuye la angustia y los sentimientos de culpa y aumenta su autoconfianza.</p> <p>NET 1</p>	<p>Reconoce que su temor a hablar en público ha disminuido y puede controlar la angustia.</p> <p>Reconoce la necesidad de trabajar en otra terapia su conflicto con las figuras paternas.</p> <p>NET 1</p>	<p>Concientiza que su temor a hablar en público proviene de su autodevaluación y su rigidez.</p> <p>Reconoce su autoexigencia por ser única hija universitaria.</p> <p>Leve reconocimiento de su dificultad de identificarse con figuras parentales y de expresar sus sentimientos.</p> <p>NET 1</p>	<p>I</p> <p>Muy efectivo</p>

NET: Nivel de efectividad terapéutica.

## CAPITULO IV

### DISCUSION Y CONCLUSIONES

Según los autores señalados en el Marco Teórico que definen la resistencia, se resume que ésta es un fenómeno que se presenta durante el proceso terapéutico y que impide la manifestación de todos aquellos aspectos relacionados con la conflictiva personal y la necesidad de cambio. Cabe señalar que en el presente trabajo se encontraron diferentes niveles resistenciales, es decir, cada paciente inicia la terapia y la desarrolla con un nivel determinado y único de su propia resistencia, la cual influye en forma directa en la efectividad que tenga el proceso terapéutico en la solución de su conflictiva personal (foco terapéutico).

Así se encontró que las dos pacientes que iniciaron la terapia con un alto nivel de resistencia (2CE y 3GL) desertaron en las primeras sesiones, en tanto que la única paciente que inició con un nivel mínimo de resistencia (8VL) obtuvo un alto nivel de efectividad terapéutica. De las demás pacientes que iniciaron la terapia con mediana resistencia una desertó (4LP), una terminó con un nivel alto de efectividad terapéutica (9VM), una terminó con nivel muy bajo de efectividad terapéutica (7VH) y tres terminaron con un nivel medio de efectividad terapéutica (1AO, 5MD, 6RJ). Dicho de otra manera, de las seis pacientes que iniciaron la terapia con un nivel mediano de resistencia cuatro aprovecharon efectivamente la terapia y dos no.

De lo dicho anteriormente se puede concluir que la efectividad de la Terapia Breve de Grupos está relacionada con la actitud resistencial que se tenga al iniciarla y con la forma en como se desarrolla la resistencia de acuerdo al manejo terapéutico. Esto explicaría por qué algunos de los pacientes que iniciaron con un nivel mediano de resistencia, aumentan su nivel resistencial y fracasan terapéuticamente, otros disminuyen ese nivel y aprovechan efectivamente la terapia, y otros se mantienen en un nivel óptimo de resistencia que les permite aprovechar la terapia con mediana efectividad.

Por otra parte, considero necesario aclarar lo difícil que resultó un análisis cuantitativo de la resistencia, ya que ésta es un fenómeno casi siempre inconsciente y una experiencia subjetivo muy personal de cada paciente. Siendo así, aspectos utilizados en el análisis de resultados del presente trabajo tales como Nivel Resistencial, Índice Resistencial por Sesión y Nivel de Efectividad Terapéutico, no pueden explicar la diversidad de variaciones en la conducta de las pacientes. De la misma manera, resulta difícil o imposible analizar la calidad de cada manifestación resistencial y que, por poner un ejemplo, no tiene el mismo significado ni impacta terapéutico un silencio que uno desertión.

En relación al proceso grupal se pudo encontrar que, tal como lo señala Yalom (1986), se distinguen tres fases por las cuales atraviesa el grupo terapéutico. En una fase inicial se observó al grupo tratando de estabilizarse y ocurren el mayor número de desertiones, en este grupo específico desertó la tercera parte de la población, es decir, tres de nueve pacientes (cabe recordar lo dicho en el Marco Teórico en relación a que las desertiones revelan un gran temor de enfrentarse a sí mismo y cambiar, aún cuando no se descarta el hecho de que puede obedecer a una mala selección de los pacientes; Grotjahn, 1979). Se encontró también una fase Intermedia, en donde el grupo trabaja con mayor madurez, y una fase final de reelaboración y reflexión personal. En



ambos se dan los mayores momentos resistenciales, situación que se pudo comprobar en este trabajo ya que el análisis de resultados muestra que las mayores resistencias se presentaron en las sesiones intermedias (11-14) y casi al finalizar la terapia (sesiones 19-20).

Con respecto al análisis de la autoimagen de cada paciente antes y después del proceso terapéutico, se encontró que independientemente del Nivel de Efectividad Terapéutica obtenido por cada una, cinco de las seis participantes que finalizaron la terapia manifestaron reducción de angustia, mayor seguridad en sí mismas, adaptabilidad y entusiasmo, lo que podría ser un índice de la efectividad de la terapia.

Para finalizar este trabajo, se concluye, por un lado, haberse cumplido el objetivo planteado y, con base en que cinco de las nueve integrantes del grupo terminaron efectivamente la terapia (lo que representa un 55.5% del total) y suponiendo que las otras cuatro (44.5%) tuvieran un alto nivel resistencial que no les permitió aprovechar la terapia en forma efectiva, se acepta la Hipótesis de trabajo que dice: El uso de las Técnicas de Terapia Grupal y de Terapia Breve para el manejo de la resistencia terapéutica, debe llevar a que un grupo de mujeres que cursan la fase de adolescencia tardía reconozcan que sus patrones habituales de reacción frente a las demás les ocasiona conflictos psicológicos (presentados como motivos de consulta) y sientan la necesidad de modificarlos de manera tal que dichas cambios reduzcan la angustia inicial.

Se sugiere trabajar en futuras investigaciones relacionados al tema en dos direcciones:

a) analizando la relación existente entre cada manifestación resistencial y los mecanismos defensivos empleadas por el paciente, y;

b) cómo se manifiestan las resistencias en cada una de las fases terapéuticas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **ARBISER, S.** Esquemas de psicoterapia con grupos. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 1973, v.19, 372-377.
2. **BAUER, G.; KOBOS, J.** *Brief Therapy. Short-Term Psychodynamic Intervention*. New Jersey: Jason Aronson Inc., 1990.
3. **BELLAK, L.; SIEGEL, H.** *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencias*. México, Manual Moderno, 1986.
4. **BELLAK, L.; SMALL, L.** *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México: Pax, 1970.
5. **BION, W.** *Experiencias en Grupo*. Barcelona: Paidós, 1980.
6. **BLOS, P.** *Psicoanálisis de la Adolescencia*. México: Joaquín Mortiz, 1971.
7. **CAMPUZANO, M.; IZAURIETA, M.; HERNANDEZ, T.** *Grupo terapéutico breve para separados y divorciados*. III congreso AMPAG; México, 1988.
8. **DIAZ PORTILLO, I.** *Grupo a tiempo limitado y objetivos focalizados*. II Congreso Nacional de AMPAG; México, 1984.
9. **DIAZ PORTILLO, I.** *Terapia Grupal Breve*. III Congreso de AMPAG, México, 1988.
10. **DIAZ PORTILLO, I.** *Técnica de la Entrevista Psicodinámica*. México: Pax, 1989.
11. **FENICHEL, O.** *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Buenos Aires: Paidós, 1964.
12. **FIORINI, H.** *Teoría y Técnicas de Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1990.
13. **FOULKES, S.** *Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo*. Buenos Aires: Paidós, 1964.
14. **FREUD, A.** *El Yo y los mecanismos de Defensa*. Buenos Aires: Paidós, 1983.
15. **FREUD, S. (1912).** *Sobre la Dinámica de la Transferencia*. *Obras Completas*, v.XII, Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
16. **FREUD, S. (1923).** *El Yo y el Ello*. *Obras Completas*, v.XIX, Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
17. **FREUD, S. (1936).** *Análisis Terminable e Interminable*. en **BAUER, G.** *Brief Therapy*, op. cit.
18. **GONZALEZ V.** *La terminación del contrato en la Terapia Grupal a Tiempo Limitado*. II Congreso Nacional de AMPAG, 1984.
19. **GREENSON, R. (1967).** *Técnico y Práctica del Psicoanálisis*. en **DIAZ PORTILLO, I.** *Técnica de la Entrevista Psicodinámica*. op. cit.

20. **GRINBERG, L.; LANGER, M.; RODRIGUE, E. Psicoterapia del Grupo: Su enfoque Psicoanalítico.** Buenos Aires: Paidós, 1977.
21. **GROTHJAHN, H. El Arte y la Técnica de la Terapia Grupal Analítica.** Buenos Aires: Paidós, 1979.
22. **KADIS, A; KRASNER, J.; WINICK, C.; FOULKES, S. Manual de Psicoterapia de Grupo.** México: Fondo de Cultura Económica, 1969.
23. **KERNBERG, O. Trastornos Graves de la Personalidad.** México: Manual Moderno, 1987.
24. **LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. Diccionario de Psicoanálisis.** Barcelona: Labor, 1981.
25. **MC KINNON, R.; MICHELS, R. Psiquiatría Clínica Aplicada.** México: Interamericana, 1981.
26. **RAUBOLT, R. Brief, Problem-Focused Group Psychotherapy with adolescents.** *American Journal Orthopsychiatry*, 53 (1), January, 1983, p. 157-165.
27. **YALOM, I. Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo.** México: Fondo de Cultura Económica, 1986. ANEXO I. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION.

ANEXO A. CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN.

PACIENTE	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA	SINTOMAS	CONSTITUCION FAMILIAR	RELACIONES SEXUALES	FOCO TERAPEUTICO
1AO	19a.	Desea orientación para solucionar ciertos "conflictos emocionales" y problemas de relaciones interpersonales especialmente en relación a su hermana menor con quien rivaliza.	Aislamiento social. Sensación de ser utilizada. Ataque epiléptico a los 17 años de edad.	Séptima de ocho hijos de una familia de clase socioeconómica baja integrada por padre alcohólico y madre autodevaluada con problemas cardíacos.	Una sola relación de noviazgo durante la secundaria. No ha iniciado vida sexual.	Trabajar sobre el conocimiento de su rivalidad que la hace sentirse víctima dentro de su familia y utilizada por ella, y hacerle ver la manera en que generaliza esa actitud hacia todas sus relaciones interpersonales.
2CE	18a.	Desea orientación para solucionar sus problemas familiares y escolares (motivo de consulta poco definido).	Depresión por ausencia de padre y hermano. Falta de concentración escolar. Conjuntivitis. Insomnio. Gastritis.	Tercera de seis hijos de una familia constituida por padre ausente (emigró a E.U.) y madre depresiva.	Ninguna relación de noviazgo. No ha iniciado vida sexual.	Elaborar ausencia del padre y salir del rol de víctima en que la ubica la relación con su madre.

3GL	20a.	Desea analizar ciertos problemas personales, como cierta autoestima baja e inseguridad en su relación de noviazgo.	<p>Labilidad emocional.</p> <p>Verborrea.</p> <p>Conducta histriónica.</p> <p>Insatisfacción en su noviazgo.</p> <p>Dudas sobre lo "bueno" y lo "malo".</p>	Primera de tres hijas de una familia con creencias religiosas bien marcadas. Donde padre y madre llevan aparentemente buena relación entre ellos y con las hijas pero que las confunden con sus convicciones religiosas.	Ha tenido tres novios. Con el actual mantiene juegos sexuales satisfactorios. No permite coito.	Salir de la presión de la religión y moralidad de los padres que le genera un rol de víctima de su propia inseguridad y de sus dudas entre lo bueno y lo malo.
4LP	20a.	Desea descubrir algunos problemas personales, resolverlos y aceptarlos, principalmente en relación a sus padres y a su desempeño académico.	<p>Desinterés hacia la escuela.</p> <p>Temor a los exámenes.</p> <p>Dudas entre ser "formal" e "informal".</p> <p>Temor de defraudar a sus padres.</p> <p>Resentimiento hacia el padre por trabajar en otra ciudad.</p>	Segunda de cuatro hermanos de una familia constituida por un padre trabajador y ausente y una madre pasiva y ansiosa en presencia del padre. Se autoconcibe como la preferida de papá asumiendo el rol de pareja del mismo.	Un solo noviazgo de tres años de duración con conflictos actuales por falta de comunicación.	Dejar de sentirse víctima de su rol parental reconociendo su posición frente a cada uno de sus padres.

5MD	20a.	Desea tomar psicoterapia como parte de su formación académica. Además busca orientación para solucionar problemática de relación con figura paterna.	Aislamiento social.	Última de seis hermanos de una familia integrada por un padre trabajador y "poseivo" con los hijos y una madre pasiva y sumisa.	No ha tenido relación de noviazgo ni vida sexual.	Trabajar sus sentimientos ambivalentes (deseo y temor) de independizarse de sus figuras paternas así como el coraje que le genera sentirse víctima desde su posición de hija menor.
6RJ	22a.	Solicita ayuda para reducir su nivel de "tensión". Desea relajarse y sobresalir en cuestionarios de participación grupal ya que se siente autodevaluada al hablar en público.	Dolor de cabeza y espalda.  Dificultad para relacionarse en grupo.  Temor a hablar en público.	Cuarta de seis hermanos de una familia con miembros emocionalmente distantes, padre infiel que se aleja de casa por temporadas y madre sumisa y "sufrida".	Ha tenido tres novios, con el actual mantiene juegos sexuales satisfactorios sin llegar al coito.	Elaborar su sensación de ser víctima de sus condiciones familiares y socioeconómicas y permitirse valorar sus esfuerzos por alcanzar metas profesionales sin sentimientos de culpa.
7VH	20a.	Presenta dudas sobre sí misma en su manera de ser y actuar; se siente confundida y sola, desea conocerse, recibir ayuda y comprensión.	Depresión.  Sentimientos de soledad.  Sentimientos de culpa.  Distracción en clase.  Manía.  Gastritis.	Tercera y única mujer de cuatro hermanos de una familia integrada por un padre proveedor y una madre pasivo-agresiva, con dificultades de comunicación entre los miembros.	Mantiene vida sexual activa desde hace un año con su novio actual. Su relación de noviazgo es de mucha dependencia afectiva.	Trabajar su posición en la relación familiar y su sensación de ser víctima de su sexo dado que es la única hija mujer, y su madre, fría y distante, prefiere hijos varones.

8VL	20a.	Desde hace varios meses presenta vómitos frecuentes sin causa física. Desea conocer el origen de su sintoma y poder solucionarlo. Señala relación conflictiva con madre y hermana.	Vómitos constantes.  Sentimiento de angustia.  Sentimiento de soledad.  Crisis de llanto y agresión. Anorexia.	Última y única mujer de cuatro hijas de una pareja disgregada en la cual cada progenitor se ha vuelto a casar y ha tenido hijos de un segundo matrimonio. Ambos padres inmaduros, madre distante y autoritaria que ha abandonado y secuestrado a sus hijos repetidas veces.	No ha tenido relación de naviazgo. Temor a enamorarse y ser abandonada.	Lograr que elabore sus sentimientos de abandono para dejar de sentirse víctima de las ausencias y agresiones de la figura materna, discriminando abandono, muerte y separación.
9VM	21a.	Desea conocerse a sí misma tanto en aspectos positivos como negativos, principalmente en cuanto a sus problemas de inseguridad y toma de decisiones. Temor a hablar en público.	Temor a hablar en público (angustia, sudoración, tartamudez, olvido, etc.).  Desconfianza en sí misma en relación a su capacidad académica. Rebelde en sus relaciones familiares. Sentimiento de culpa.	Primera de tres hermanos de una pareja disgregada, con padre "explosivo" e irresponsable que tiene hijos de un segundo matrimonio y madre inmadura e igualmente irresponsable con problemas de relaciones interpersonales.	Actualmente mantiene vida sexual activa con su novio desde hace tres años.	Trabajar el coraje hacia las figuras paternas, de quienes se siente víctimas por considerarlos inmaduros e irresponsables. Tomar conciencia de los aspectos negativos de su familia y la forma en como ella se involucra en éstos.

## **ANEXO B. SESIONES TERAPEUTICAS.**



## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 1

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

### PORTAVOCES

Reconocimiento de problemas en las relaciones interpersonales.

Todo el grupo.

Temores y expectativas de estar por primera vez en el grupo, relacionando con sus vivencias pasadas.

Todo el grupo.

### HECHOS SIGNIFICATIVOS:

En esta primera sesión se presentan ante el grupo, se observa el nivel de expectativa. Las terapeutas dan el encuadre terapéutico.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 3GL. Ocupa el rol de hermana mayor poniéndose como ejemplo, habla de no tener problemas como las demás participantes del grupo; dice que su familia es hermosa. Se le observa rivalizar con las terapeutas.
- 1AO. Dice faltarle motivación para hacer las cosas, así como evitar hablar de cosas superficiales y dolorosas, prefiere hablar de cosas agradables. Tiene problemas al relacionarse con las demás. Reprocha a la figura paterna su distanciamiento.
- 5MD. Manifiesta inconformidad con su posición de hija menor, se muestra frágil reconociendo que su forma de ser tiene mucho que ver con el hecho de ser la hija menor. Tiene la sensación de haber sido reprimida.
- 2CE. Reconoce que tiene problemas de relaciones interpersonales principalmente con el sexo masculino (le producen temor), por lo que dice sentirse segura en el grupo de mujeres. Se conecta con 3GL, ya que menciona que en la relación con su novia ella teme lastimarlo. Las terapeutas la cuestionan en relación a sus ojos enrojecidos y llorosos a lo que contesta explicando que esto le ocurre desde que entró a la facultad, dentro de casa no le pasa nada pero saliendo de ella es cuando sus ojos comienzan a llorar, dice haber suspendido tratamiento por tener el riesgo de producirle cataratas. Comenta que la familia era unida cuando estaba el padre pero que éste emigró a los estados Unidos al igual que el hermano mayor. Refiere sentirse inquieta por el movimiento de la cámara de filmación que se encuentra en la sala.
- 7VH. Confiesa haber pensado en no asistir a la terapia pero fue a ver de qué se trataba. Se siente excluida por su familia por ser la única hija mujer. Comenta tener problemas de distracción y estado de ánimo cambiante. Confronta directamente a 3GL diciéndole que si cree estar bien qué hace en el grupo.
- 8VL. Teme establecer relaciones afectivas profundas por temor a perderlas después. Relaciona ese temor con la vida que ha llevado. Coloca aspectos positivos en el

padre y negativos en la madre culpándola de no haberla enseñado a valorar los afectos. Dice haber una fuerte cohesión entre los hermanos y tener mucho miedo de incluirse en el grupo.

6R.J. Manifiesta tener temor de hablar en público. Duda de que el hecho de tener problemas de relaciones interpersonales sea consecuencia de sus relaciones familiares. Afirma que dentro de su casa se desenvuelve bien (excepto con un hermano) pero que fuera de su casa es muy retraída. Se siente desubicada en el grupo.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Agresividad pasiva .
- Rivalidad .
- Temor al abandono del grupo.
- Temor a exponerse ante otros .

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Enganche y encuadre terapéutico.

## REPORTE DE LA SESIÓN GRUPAL No. 2

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

### PORTAVOCES

Inconformidad de estar en terapia grupal.

6RJ, 3GL, 7VH.

Angustia por expresar sentimientos y ser malinterpretadas.

Todo el grupo.

Malestar que provoca el no ser la hija preferida de los padres.

1AO, 3GL, 8VL.

### HECHOS SIGNIFICATIVOS:

- Ausencia de 2CE que es notada por 3GL.
- 3GL hace un llamado de atención a todo el grupo para que participe.
- Durante los primeros 20 minutos existió un clima general de tensión observándose en las posturas generales y en los gestos una actitud demandante hacia las terapeutas haciéndose difícil adentrarse en la sesión (clima resistencial).
- 3GL abre la sesión por segunda ocasión.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

3GL. Muestra una actitud agresiva al comentar que ella no tiene los mismos problemas que las demás. Toma la iniciativa para adentrarse en la sesión reclamando al grupo su poca participación. Habla sobre la preferencia de su madre por su hermana y reconoce sentirse mal por ello. Se molesta con la actitud de las demás compañeras que esperan recibir al dar.

8VL. Se conecta con 3GL y habla de la mala relación existente con su madre, expresa haber sentido culpabilidad y temor por la enfermedad de su mamá y dice sentirse desconcertada por el rechazo que ésta ha manifestado siempre hacia ella.

1AO. En el inicio de la sesión se le observó desconectada de la situación grupal, cuando se le confronta dice que estaba pensando en su mamá y preocupada por su estado de salud, casi de inmediato se conecta con el tema de la relación con los hermanos y también comenta que su hermana menor es la preferida de su mamá lo que le causa molestia, pero prefiere quedarse callada y no decirle a su mamá lo que piensa y siente en relación a esto.

6RJ. Se nota angustiada por no saber qué decir y reclama a las terapeutas el malinterpretar o buscar doble sentido a las frases que dicen las compañeras en sesión.

Refiere que en su casa hay buena comunicación excepto con su padre. Se da cuenta que hablar no es tan difícil.

5MD. Menciona que en su casa cuando ella comienza a dar de sí los demás se aprovechan y que ella es capaz de expresar su inconformidad excepto con su padre, ante quien prefiere mantenerse callada para evadir una discusión.

7VH. Habla de la preferencia de su madre por el hermano menor y manifiesta su disgusto. Dice haber perdido el interés de conquistar el cariño de su madre y que ahora lleva una relación un tanto superficial con ella.

### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Rivalidad entre hermanos
- Reclamo a los padres por no ser reconocidos dentro de la familia como lo son los otros hermanos.

### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Se les devuelve que tanto los silencios como las resistencias al trabajo grupal es una manifestación de temor a ser malinterpretados, callar es una forma de no querer que los demás vean las cosas malas de uno mismo.

### REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 3

#### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

El abandono de los padres.

#### PORTAVOCES

6RJ, 8VL, 1AO, 4LP.

#### HECHOS SIGNIFICATIVOS:

- Se integra al grupo una nueva paciente; 4LP, el grupo la recibe de buen agrado y comienza a cuestionarla.
- Ausencia de 2CE que nadie nota.
- En la mayor parte de la sesión existió un clima depresivo.

#### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 4LP. Se presenta ante el grupo, habla sobre sus relaciones familiares. Dice ser la segunda hija de cuatro y ser la preferida de sus padres. Refiere sentirse mal por las largas ausencias de su padre. Titula a la sesión "los resentimientos".
- 6RJ. Llora al recordar a su padre que está hospitalizado, menciona que el padre nunca se ocupó de ellos pero que ahora al verlo enfermo ella se deprime mucho. Prefiere no seguir hablando porque no quiere llorar. No sabe como titular la sesión.
- 8VL. Dice tener una rara sensación de no saber lo que es una mamá (a pesar de tenerla). Ve a su madre como una extraña, aunque niega sentimientos de odio hacia ella, afirmando que es indiferencia aún cuando presenta llanto. Da la impresión de hablar a nivel intelectual y no dejar aflorar sus sentimientos, los cuales se dejaban ver a nivel corporal (se balanceaba en la silla). Titula a la sesión como "desacuerdos con resentimiento".
- 3GL. Intenta vitalizar al grupo al sentirlo muy depresivo. Habla acerca del saber perdonar a los demás y se pone de ejemplo al haber superado una fricción con la hermana de su novio. Se le nota ansiosa por querer sobresalir y no quedarse callada en el grupo. Titula la sesión como "resentimiento".
- 1AO. Reclama al padre no haberla apoyado en los momentos en que más lo ha necesitado haciendo referencia al hecho de haber observado el legado practicado a su hermana habiéndola sido obligada por el hermano menor a asistir al aborto. 5MD la confronta diciéndole que si no quería ir por qué lo hizo, a lo que contestó haber manifestado su desacuerdo pero que no tuvo más opción. (No hay un reconocimiento por parte de la paciente de las ganancias secundarias que le permiten ser la niña buena de la familia y aceptar las responsabilidades que son de los padres). No tituló la sesión.

5MD. Se conectó con el tema del aborto y principalmente con el sometimiento de IAO, proyectando su problemática de ser hija sometida. Titula la sesión como "hijos no deseados".

7VH. Pregunta a 6RJ sobre su padre al inicio de la sesión manteniéndose callada después. Titula la sesión como "dar y recibir" (frase que dijo inusualmente sin más argumentos).

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Temor a expresar el odio a los padres en relación al abandono, principalmente porque les deben la vida (no fueron abortados).
- Ambivalencia entre odio y amor a los padres.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Se aborda al grupo a través de señalamientos, pero en la mayor parte de la sesión las terapeutas permanecieron calladas por considerar que el grupo marchaba adecuadamente a su propio ritmo.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 4

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

### PORTAVOCES

Relaciones con las figuras paternas

Todo el grupo

Influencia de la madre en el criterio del padre.

4LP, 1AO, 5MD

Reproche al padre por el abandono.

4LP, 2CE

### HECHOS SIGNIFICATIVOS:

- Se integra 2CE nuevamente al grupo.
- Ausencia de tres miembros del grupo (2GL, 6RJ y 8VL).
- El ambiente de la sesión fue tedioso debido a la intervención prolongada que hizo 4LP y que no generó la participación de los demás miembros del grupo.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 4LP. Habla con ansiedad de su conflictiva familiar haciendo su discurso por momentos confuso. Dice preferir a su madre en relación al padre y culpar a éste de la tensión que rige en la casa cuando él regresa de la ciudad en donde trabaja. Habla de la forma en como ella agrede al padre verbalmente por desesperarle la pasividad con la que éste enfrenta las dificultades familiares y los reclamos de esposa e hijos. Refiere sentirse desplazada en la atención materna cuando su padre está en casa. Al mismo tiempo dice ser la preferida del papá, notándose su ambivalencia en relación al padre.
- 7VH. Se mantuvo callada, escuchando pasivamente e interviniendo únicamente cuando las terapeutas le demandaban, al final de la sesión se conecta con el discurso de 4LP al referir que ella tiende a quedarse callada y no expresar su inconformidad, situación que le ha traído dificultades con su novio.
- 2CE. No se conecta con 4LP argumentando que la relación con sus padres es buena, al contrario, dice hacerle mucha falta la presencia de su padre.
- 5MD. Interviene directamente en el discurso de 4LP para hacerle algunas preguntas aclaratorias. Se conecta con ella en la actitud de su propia madre al calificar al padre.
- 1AO. Confronta directamente a 4LP al decirle que está acusando al padre de ser el causante del malestar familiar, y le hace ver que ella está ocupando el rol de la madre, posición en la cual ella se conecta por actuar de la misma manera hace tiempo.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Celos y odio hacia la figura paterna.
- Identificación con la figura materna.
- Sentimientos ambivalentes en relación a la posición que se ocupa en la familia.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

En diferentes ocasiones se confronta al grupo en cuanto a los contenidos latentes señalados.

Al final se confronta al grupo en relación a sus sentimientos vivenciados durante la sesión.



## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 5

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

### PORTAVOCES

Imagen buena de sí mismas ante los demás.

3GL, 6RJ, 4LP

Sentimientos de desprotección por parte de la madre.

6RJ, 7VH

Agresividad vista como aspecto malo de uno mismo.

3GL

### HECHOS SIGNIFICATIVOS:

- Ausencia de 2CE.
- La mayor parte de la sesión fue absorbida por 3GL.
- 3GL anuncia su retiro del grupo.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

3GL. Al inicio de la sesión informa al grupo que ya no asistirá más argumentando problemas de horario. Trae a la sesión su buen estado de ánimo haciendo alarde de pertenecer al cuadro de honor de la facultad y de tener unas hermanas sobresalientes. realza su capacidad de perdonar al relatar como aligera una riña con su hermana. Trae a la sesión un sueño donde agrede físicamente a su hermana y menciona el sentimiento de culpa que esta le produce, notándose en el rostro su ansiedad. Se le confronta haciéndosele ver el esfuerzo que hace para mantener una imagen buena de sí misma ante los demás, se siente agredida y agrede a las terapeutas descalificándolas. Al final agradece al grupo sus observaciones.

1AO. Se mantiene callada en la mayor parte de la sesión participando al final a petición de las terapeutas. Transmite a 3GL su propia experiencia de sentirse aceptada tal cual es en el grupo sin preocuparse de la imagen que da, así como la forma en que expresa sus sentimientos para sentirse descargada.

6RJ. Llega a la sesión con una expresión alegre refiriendo la mejoría de su papá, hace la aclaración de no guardar ningún resentimiento hacia él ni albergar expectativas de mayor unión familiar. Habla sobre la imagen buena e independiente de sí misma en comparación con sus hermanos, aun cuando refiere sentirse menos querida por su madre. En un momento de la sesión rivaliza con 3GL por demostrar quien de las dos es "más buena".

- 4LP. Dice que da una imagen buena de sí misma sólo por no defraudar a sus padres (con respecto a sus estudios universitarios). Posteriormente ve en 3GL a su hermana mayor a quien considera agresiva y enojona.
- 8VL. Se mantuvo callada la mayor parte de la sesión notándose angustiada ante los sucesos que se daban en la sesión (dificultad de mostrar agresión). Interviene para indicar la satisfacción que le da el estudiar, como autosuperación.
- 7VH. Se mantiene callada la mayor parte de la sesión conectándose con 3GL sobre la manifestación de agresión con los hermanos diciendo, al contrario, que puede resultar divertido. Al final de la sesión llora al reconocer el odio que tiene hacia su hermano mayor quien constantemente la agrede.
- 5MD. Al igual que 7VH habla acerca de que manifestar agresión no es tan malo, que se debe reconocer que la agresión puede presentarse en la forma de jugar y aprender, esta observación la dirige hacia 3GL.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Rivalidad y odio hacia hermanos
- Ganancias secundarias al mantener buena imagen de sí mismas ante los demás.
- Temor a reconocer y manejar la propia agresividad.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Se confronta al grupo con la apariencia feliz de la sesión como consecuencia de la dificultad de cada una de ellas de expresar la agresión.

Se confronta directamente a 3GL con su decisión de no volver al grupo como una forma de evadir su problemática.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 6

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- La dificultad para expresar los afectos.
- Ventajas que se obtienen al dar una imagen determinada de sí mismas ("niña buena").

### PORTAVOCES

1AO, 5MD, 6RJ, 8VL

1AO, 3GL, 4LP, 5MD

### HECHOS SIGNIFICATIVOS:

- Ausencia de 7VH.
- Presencia de 3GL a pesar de haber anunciado retirarse del grupo.
- El clima de la sesión fue tedioso.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

4LP Inicia la sesión hablando de su posición en la universidad explicando al grupo que sus padres no le exigen que estudie, sino que a ella misma le resulta interesante al mismo tiempo de darles un gusto a sus padres, obtener un título profesional. Dice que la sesión pasada le sirvió para reflexionar sobre algunas cosas, y que llegó a comprender que el no trabajar le trae muchas comodidades pero que al mismo tiempo la hace sentir inmadura e irresponsable ya que sus padres estudiaron y trabajaron al mismo tiempo y ella no es capaz de hacerlo. Se identifica con 7VH diciendo que ella también mantiene buenas relaciones con sus hermanos, principalmente con el menor, aunque con la hermana mayor tiene ciertos "problemitas" ya que ésta siempre la ha envidiado por ser la consentida de la casa. Habla de las dos imágenes que proyecta, como "niña intelectual" frente a sus padres, y como "niña relajienta" frente a sus amigos. Más tarde trae a la sesión el tema del noviazgo considerándose a sí misma como muy exigente porque quiere que el novio vaya a verla todos los días, reflexiona y dice que así es de exigente con la ausencia del papá.

8VL. Se conectó con el tema de la imagen que uno da a los demás. Comenta que un amigo le dijo que ella era una persona negativa y que a ella no le gusta ser así, por lo que desea cambiar. Se compara consigo misma cuando estaba en secundaria y actualmente diciendo que ahora se siente nerviosa y tiene miedo de querer a las personas porque después se van. Posteriormente narra como ha vivido su rivalidad con sus primos a un nivel intelectual siendo ella quien ha logrado avanzar en sus estudios y ellos no. Al final de la sesión se deprime y llora volviéndose altamente demandante con las terapéutas. Dice que no entiende porqué sus padres se odian tanto y qué hace ella viviendo en medio de ese pleito sintiendo que traiciona a alguno si va a favor del otro.

- 3GL. Se dirige a BVL diciéndole que son los padres los que enseñan el afecto y que los suyos le manifiestan mucho el cariño. Ante el tema del noviazgo ríe, comentando que lo que a ella le pasa es que se aburre con su novio y recuerda que por eso vino a terapia, cree que se debe a que ella es perfeccionista. Posteriormente comenta que la agresión ya no la ve como algo absolutamente negativo sino que tiene sus aspectos positivos.
- 1AO. Habla de lo importante que son para ella los demás, aún cuando ella misma no se da a todo el mundo, sino que los otros tienen que ganarse su confianza porque le da mucho miedo que la vayan a lastimar.
- 5MD. Dice que sus relaciones de noviazgo las vive a distancia, ya que prefiere ver al novio de vez en cuando y no todos los días, además no le gusta que la abracen mucho. Comenta que hace poco la pretendía un muchacho pero ella le rehuyó. Cuenta que el último novio que tuvo, al que quería mucho se fue con otra y ella nunca lo perdonó, llora y se sonroja al recordar esto argumentando que no se lo había dicho a nadie. Posteriormente se le preguntó cómo era la relación con su papá a lo que ella contestó que la considera distante.
- 6RJ. Intervino muy poco, la mayor parte de su discurso fue confuso, habló de su familia y de cómo está tratando de entender si ésta tiene que ver con la terapia; cuestiona a las terapeutas sobre si el noviazgo tiene que ver con el padre, y trae el recuerdo de cómo él abandonó la familia.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Temor al abandono.
- Miedo al compromiso afectivo.
- Conflicto edípico en las relaciones interpersonales.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Se señala al grupo los sentimientos ambivalentes en las relaciones de pareja.

Se confronta al grupo con el abandono, principalmente de la figura paterna y cómo afecta esto las relaciones interpersonales.

Se señalan las ganancias secundarias de la imagen de "niñas buenas" que presentan ante los demás.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 7

TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES	PORTAVOCES
- Dificultad de participar en grupo	Todo el grupo
- Los cambios sufridos de la preparatoria a la universidad	9VM, 4LP
- Rivalidad con hermanos y primos y la necesidad de guardar una imagen para ser reconocidos en la familia	6RJ, 8VL, 9VM

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

Ingresa un nuevo miembro al grupo: 9VM

2CE y 3GL avisaron con anticipación que no asistirán más al grupo por tener problemas de horario.

Ausencia de 5MD y 7VH.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 9VM. Se presenta ante el grupo comentando su dificultad de hablar en público y la forma en como ha sentido los cambios en su manera de pensar y actuar en su paso de la preparatoria a la universidad.
- 4LP. Se conecta con 9VM y comenta lo que ella ha cambiado, lo que su padre piensa de la religión y el papel de "niña buena y mimada" que ella tiene en su familia. Reconoce que está en la universidad solo por darle gusto a sus padres.
- 1AO. Su participación fue escasa. Se agrega a los cambios de la preparatoria a la universidad y considera que la religión es algo muy aparte comentando cómo tuvo una gran amistad con una compañera de la prepa a pesar de que era evangélica. Posteriormente habla sobre sus relaciones interpersonales diciendo que necesita que la otra persona le haga sentirse en confianza para poder creerle. Conectada con el tema de la imagen dada a la familia afirma sentirse comprometida por llevar buenas notas.
- 6JR. Ante el tema de los cambios dice que ni la ideología ni la religión son factores determinantes. Lo que a ella le preocupa es que no ha podido superar su temor a hablar en público y su inseguridad y sentimiento de inferioridad. Se compara con sus hermanos y dice que su hermano mayor es muy hábil para hablar aún sin haber ido a la universidad y que ella a pesar de ser universitaria se esfuerza y se siente frustrada. Se le interpreta su temor a hablar en público en relación a su compromiso de dar más por

un lado, y a su sentimiento de culpa, por el otro, debido a que es el único miembro de su familia que ha estudiado en la universidad.

BVL. Se conecta con la dificultad de participar en clases y comenta cómo desde pequeña se le decía que no iba a poder salir adelante ni cursar con éxito sus estudios, lo que ha sido para ella como una carga y ha tenido que demostrarle a sus primos y tíos que sí es eficiente e inteligente. Las terapeutas le interpretan la forma como ha vivido la competencia entre primos lo cual está más en función de su deseo de ser reconocida por su madre y sus familiares maternos y de ser aceptada por ellos.

### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Temor a ser juzgadas.
- Rivalidad con los hermanos porque ellos no necesitan mantener una imagen frente a sus padres.

### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Las terapeutas cuestionan dónde se centra la problemática de hablar en público, si es en el medio ambiente o si es en ellas; se les interroga a cerca de qué imagen están dando, lo que tiene que ver con las rivalidades entre hermanos y con sus ganancias secundarias de "niñas buenas". Se les sugiere que es importante verse a sí mismas en la etapa por la que están pasando (de adolescentes a adultas).

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 8

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- No saber cómo reclamar a los demás las propias insatisfacciones.

### PORTAVOCES

4LP, 7VH, 8VL

- Reconocimiento de estar identificadas con las figuras parentales e intento de negarlas y reparar las vivencias anteriores.

Todo el grupo.

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Asisten todas las integrantes del grupo.
- 7VH llega media hora tarde por problemas de horario.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 4LP. Trae a la sesión el reclamo hecho a su novio el fin de semana porque éste ya casi no tiene tiempo para ella. Dijo haberse sentido mal por reclamarle ya que comprende que él tiene mucho trabajo, sin embargo, reconoce su sentimiento de satisfacción por haberse atrevido a aclarar las cosas. Compara su noviazgo con el tipo de pareja que forman sus padres y reconoce abiertamente no querer formar una pareja como la de ellos.
- 9VM. Manifiesta su angustia por venir a terapia y no saber qué decir. Se conecta con 4LP en su sentimiento de culpabilidad por el reclamo y afirma que siempre hay actitudes egoístas al reclamar puesto que solo se está pensando en uno mismo y no en los demás.
- 5MD. Asegura que cuando uno reclama es porque ya se ha pensado también en los demás. Se mantiene receptiva la mayor parte de la sesión.
- 6RJ. Durante la mitad de la sesión se nota como ausente. Ante el señalamiento de las terapeutas relata lo sucedido en la boda de uno de sus hermanos el sábado pasado, en donde otro de sus hermanos reclama y golpea a su esposa quien decide irse y amenazar con llevarse a las niñas. Todo esto entristece a 6RJ quien de alguna forma se identifica con sus sobrinas en cuanto a ser abandonadas por el padre. Habla de sus sobrinas como el resultado del tipo de padres que tienen. Habla también de su capacidad para reclamar a sus hermanos y padres la imagen que tienen de la mujer como sumisa y devaluada.
- 8VL. Reconoce las posibilidades de que uno pueda identificarse con los padres y luchar por evitarlo. Se conecta con 6RJ cuando habla de sus sobrinas y dice que cuando era

pequeña era una niña rara en el sentido de que si le indicaban no moverse no se movía.

IAO. Se mantiene callada casi todo el tiempo, pero muy atenta. Ante la pregunta de las terapeutas, da su opinión sobre cómo ella se atreve a reclamar en ciertas ocasiones.

7VH. Llega media hora tarde por problemas de horario y se conecta con el dilema de 4LP sobre el reclamo argumentando que ella ya comprendió que sus padres y hermanos son así y no vale la pena reclamarles. Se le confronta su posición con su actitud en el grupo de mantenerse aislada y evitar opinar y reconoce que su forma de ser le trae problemas en su relación de pareja donde al igual que siempre parece vivir en su "mundillo" aparte. Reconoce también su temor a crecer y enfrentarse a la realidad.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Coraje hacia el estar identificadas con la figura materna vista como sometida y sumisa.
- Ambivalencia, entre idealización y coraje hacia la figura materna.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Se confronta al grupo los temores y angustias que presentan al sentirse identificadas con las figuras parentales.

Se les hace ver que están en una etapa en la cual deben definirse como individuos desprendiéndose de sus padres y buscando una forma personal de ser.



## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 9

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

### PORTAVOCES

- |  |               |
|--|---------------|
| - Temor a hablar y sentirse expuestas ante el grupo                                | Todo el grupo |
| - Imagen que desean dar al grupo de sí mismas.                                     | Todo el grupo |
| - Se reconoce la resistencia a la terapia y la forma como se manejan las defensas. | Todo el grupo |

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Ausencia de 1AO y 5MD que no es notada por el grupo.
- Primera vez que se observa una reflexión e insight grupal en cuanto a las propias resistencias a la terapia.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 9VM. Inicio la sesión relatando que pudo hablar sin tartamudear ni perder la serenidad ante la petición de una terapeuta en plena sesión terapéutica en el lugar donde presta su servicio social. Manifiesta haber sentido alegría y satisfacción por ello. Se conectó en otros momentos, señalando a 4LP y 8VL la oporcion de defenderse de sus propios sentimientos. Ante el tema del llanto afirma que llora hasta por "el vuelo de una mosca" sin importar si está acompañado o no.
- 4LP. Habla sobre la sensación desagradable que le provocó un ex- novio quien supo ganarse la simpatía de sus propios padres. Durante el relato se muestra demasiado rígido afirmando encontrarse enojado. Todo el grupo le devuelve la forma inexpresiva que tiene para contar los cosas. Se defiende ante los comentarios de sus compañeras argumentando que cuando ella los relata en la sesión es porque ya los ha llorado en casa, lo que se refoma para devolver al grupo que en la terapia vienen a "exponer" (en el sentido de dar una clase) para no "exponerse" ellas mismas.
- 8VL. Se conecto con 4LP al ser la primera en devolverle que su inexpresión le sirve para esconderse de sus sentimientos. El grupo le devuelve que ella se esconde también detrás de su cabello que siempre le tapa la cara a lo que ella contesta defendiéndose que le gusta sentir su cabello porque de pequeña siempre se lo dejaban corto como hombre. Ante el tema del llanto asegura que cuando llora se encierra sola en un cuarto.
- 7VH. Se conecto con 4LP afirmando que ésta habla sin expresor en tanto que ella expresa sin hablar. Es la primero en devolverle a 8VL su actitud de esconderse detrás del

cabello. Habla sobre su incapacidad de decir las cosas que le molestan de su familia (principalmente de su madre) la cual la lleva a actuar su coraje echándose a correr, pateando las paredes o golpeando. A diferencia de las demás afirma que a ella no le gusta llorar porque después de hacerlo se siente peor, prefiere evitar las cosas que la dañan.

6RJ. Durante la mayor parte de la sesión se mantiene callada en una actitud rígida (cruzada de brazos y piernas). Ante el señalamiento dice que ella no habla para evitar llorar. Recuerda las dos veces en las que ha llorado delante del grupo y afirma haberse sentido ridícula ya que no puede controlar su llanto y cuando llora lo hace con gemidos. Es la primera que trae a la sesión el tema del llanto. Al finalizar la sesión reconoce que la actitud poco cooperadora de cada una de las participantes va en perjuicio de sí mismas ya que se piensa erróneamente que al venir a la terapia resuelven mágicamente los problemas sin necesidad de hablar de ellos.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Temor a los propios sentimientos negativos.
- Temor a perder el control de sí mismas y manifestar el coraje con agresión.
- Miedo al cambio.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Confrontación de cómo se ven ante el grupo (en cuanto a posiciones corporales y su relación con la problemática de cada una).

Se les confronta la forma como manifiestan sus resistencias y qué tanto se involucran en la terapia.

Se señala lo difícil que puede ser el dejar esa autoimagen y lo que puede haber detrás de ello.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 10

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- Preocupación por los demás para no verse a sí mismas.

- Preocupación por sí mismas.

### PORTAVOCES

IAO, 4LP, 9VM

6RJ, 8VL

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Segunda inasistencia de 5MD.
- Se observa a 7VH poco participativa, al contrario de 8VL quien estuvo muy demandante.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

9VM. Se le observa angustiada a lo cual confirma diciendo que está así por el solo hecho de venir a terapia, dice sentir cosquilleos en el estómago. Habla en la sesión sobre las dificultades que ha tenido con sus compadres debido a que ella le despertó celos a su comadre porque el esposo es muy atento con ella, se siente culpable y se pregunta si ella propició esta percepción en su comadre, pero dice preocuparle aún más su ahijado. El grupo le cuestiona el porqué se preocupa tanto por el niño si ella no es la mamá, porqué se angustia, trae con ello la reflexión que hace del papel que juega en casa de hermana parental con su hermano menor.

4LP. Se encarga de estar cuestionando a 9VM y haciéndole aclaraciones basadas en su propia vivencia, Habla de su propia madre y la forma en que ésta se preocupa y sufre por la ausencia del esposo aunque no se le ve angustiada como 9VM. Aconseja a IAO con respecto a sus temores y se pone de ejemplo de persona controlada. Sugiere a 8VL aceptar la realidad de la relación con su madre.

7VH. Se conectó con el discurso de 9VM en relación a la forma en que se angustia por el ahijado. Cuestiona a IAO su preocupación por sus padres, quedando callada el resto de la sesión. Antes de finalizar se le pide su participación y responde que se siente confundida y no sabe lo que le pasa.

IAO. Transmite una experiencia personal a 9VM similar a lo que le ocurrió y le muestra cómo lo resolvió para poder seguir en contacto con el niño a pesar del dolor que le causaba el no hablarle a los padres del menor. La terapeuta la confronta con el contenido de sus intervenciones señalándole que cada vez que participa en la sesión se conecta con los demás y las aconseja pero evita hablar realmente de sí misma. Responde que su intención es ayudar a la gente para que no sufra, se considera hipersensible con los problemas de los demás porque si un amigo está triste ella se pone triste y vive su dolor.

- 6RJ. Permanece la mayor parte de la sesión en silencio. Se conectó con 9VM en la similitud de la angustia para hablar en público, luego trae un discurso bastante confuso de las relaciones en su familia, destacando el coraje que le provoca el padre por una propiedad familiar en la que éste se agencia las ventajas.
- 8VL. Se le observa triste y se le cuestiona sobre su apariencia. Habla de la enfermedad de su mamá y siente pena. Continúa hablando de la forma en que ella se identifica con el abandono. Habla en la sesión de su hermano, el más querido, de quien no tiene noticias y piensa que él debe estar bien. Comenta que si a alguien a quien ella quiere le pasa algo ella suele ponerse muy triste. Posteriormente dice sentirse atrapada en sí misma, que desea cambiar pero no sabe como lograrlo, no se entiende a ella misma y a veces llora sin solucionar nada. Luego habla de su propia madre de quien siente rechazo y a quien rechaza diciendo no querer parecerse a ese "monstruo insensible" a la cual no le importan los sentimientos, fantasea que la enfermedad de su madre puede llevarla a la muerte y que los disgustos que tienen ambas pueden también contribuir a su fin.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Miedo a la muerte.
- Temor a expresar el coraje.
- Defensas proyectivas.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Confrontación grupal de la relación Muerte-vacío-soledad- abandono.

Cómo viven su llanto con respecto a su problema.

Sentimiento de culpa por expresar el coraje.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 11

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- Temor a la muerte.

### PORTAVOCES

Todo el grupo

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Se presentan todos los miembros del grupo puntualmente.
- Ambiente depresivo durante toda la sesión.
- Existieron varios momentos de silencio.
- Ausencia de 6RJ

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 5MD Inicia la sesión disculpándose por no haber asistido las dos sesiones anteriores aclarando que tuvo que acompañar a su hermano al hospital ya que se había lastimado el tobillo. Manifiesta en la sesión que ella y toda su familia se encuentra preocupada por dicho hermano porque le diagnosticaran cáncer. Esta noticia impactó al grupo quien guardó silencio. Ante el silencio del grupo la paciente reclama tanta indiferencia y llora. Posteriormente habla de sus deseos de ir superando sus problemas.
- 4LP Se conecta con el dolor de 5MD afirmando que el silencio del grupo se debe al temor de hablar sobre la muerte y no a la indiferencia. Permanece en silencio el resto de la sesión.
- 9VM Se conecta con 5MD y dice que le parece terrible que alguien con tanta vida por delante tenga que morir. Durante el resto de la sesión se muestra consternada y llora, no contesta a la demanda de la terapeuta en relación al porqué de su llanto. Al final de la sesión confiesa estar asustada porque se llevó un golpe en la cabeza y tiene que hacerse estudios para saber si está bien o no. Comenta haber fantaseado su propia muerte y tener miedo porque ella tiene deseos de vivir.
- 1AO Dice sentir mucho lo que le sucede al hermano de 5MD, pero además afirma no tener miedo y estar tranquila. Reconoce que hasta hace poco solo se preocupaba por los demás y no por ella pero que ahora ha dejado de angustiarse y que incluso ahora que le han detectado un problema epiléptico se siente bien y no se ha deprimido. La terapeuta interroga al respecto a lo cual aclara que su daño cerebral es mínimo. Habla sobre sus deseos de hacer cosas que antes no hacía (como hablar del amor). Se conecta con 7VH y 8VL afirmando que ella pudo decirle a su papá el coraje que le tenía porque él nunca estuvo a su lado cuando ella más lo necesitó y dice sentirse bien porque sabe que a pesar de haberse enojado con su papá lo sigue queriendo.

- 7VH Se conecta con SMD y manifiesta la sensación tan desagradable que le produce el pensar que en este momento ella pudiera morir sin haber hecho nada en esta vida, llora y dice sentir angustia y temerle a la muerte. Después habla de cómo está sintiendo y actuando con los demás, de que ya no le preocupa ni su mamá y que no piensa mover un dedo para arreglar la relación con ella.
- 8VL Al conectarse con el dolor de SMD aclara que no es indiferencia sino susto, luego habla de la enfermedad de su madre dejando entrever su fantasía de muerte, piensa que por ser rebelde con su madre puede provocarle la muerte, le critica que va a trabajar cuando lo tiene contraindicado por los médicos. Acusa a ambos padres su eterno pleito en el cual ella se encuentra a sí misma en medio de los dos y teme traicionar a alguno. Lloro y se angustia por eso.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Fantasías de muerte.
- Se simboliza la muerte con abandono, separación, enfermedad.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Se confronta a cada una de las pacientes con su temor a la muerte y a la forma en que internamente esta palabra significa abandono y temor a dejar de ser niñas para ser adultos, todo esto en relación a la historia personal de cada una.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 12

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

### PORTAVOCES

- Temor de morir sin haber hecho nada por la familia ni por sí mismas.	IAO, 5MD, 8VL
- Preocupación por el dinero y por su significado emocional.	Todo el grupo
- Casa u hogar vista como unión familiar.	IAO, 7VH
- Prosperidad vista como estabilidad emocional.	Todo el grupo

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Asisten todas las miembros del grupo.
- El ambiente grupal manifiesta un clima de esperanza en el futuro.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 7VH Refiere sentir dolor de cabeza. Comenta que está tratando de ignorar los malos ratos en su casa y ha podido divertirse con sus hermanos. Afirma después que uno debe encontrar los buenos momentos en la vida sin dejar a un lado que tanto los problemas como los ratos felices forman parte de vivir. Define "prosperidad" como el lograr una familia unida, feliz, que se respete y con dinero suficiente para vivir.
- 5MD Dice haber reflexionado sobre la sesión anterior y reconoce que su mayor temor es morir sin haber hecho nada importante en la vida. Desea ser feliz pero siente que en su casa está presa y eso no es vida (principalmente en relación a que tiene que estar atendiendo la llapalería), aunque manifiesta enojo con su hermana que no se preocupa por el negocio. Habla sobre su dificultad de expresar los sentimientos reconociendo con esto estar identificada con su madre. Define "prosperidad" como estabilidad con la pareja y tener algo de dinero.
- 9VM Dice estar preocupada por no alcanzar sus metas. Asegura que su familia le impide ser independiente y habla sobre sus intentos de salirse de casa a donde ha tenido que regresar por haber ocasionado "broncas". Expresa su necesidad de estar fuera de casa por su gran molestia con la constante ausencia de la madre. Define "prosperidad" como estar bien consigo misma, intelectual y sentimentalmente, y estabilidad con la pareja.
- 8VL Dice que para ella lo importante no es hacer algo en la vida sino vivir, "hacer algo" es parte de la sociedad, "vivir" es parte de la naturaleza, sin embargo se asusta porque

ella no está haciendo nada para solucionar la comunicación familiar, ya que su casa la vive como un lugar para dormir y comer. Define "prosperidad" desde el punto de vista emocional considerando que el dinero daña a la familia.

- 4LP Se conecta con 5MD en cuanto a ver las cosas con sentido del humor. Dice que al contrario de las demás ella sí disfruta de estar en su casa ya que si existe comunicación y relata de cuando habló con su papá de lo que piensa y siente de él a pesar del temor que esto le provocaba. Al contrario que 6RJ, no le preocupa lo material ni el dinero porque algún día va a trabajar y lo tendrá.
- 6RJ Al contrario que 5MD, expresa su coraje hacia su hermana porque le molesta que ella no se responsabilice de dar dinero en casa aun cuando reconoce que esa actitud es la correcta no comprendiendo por qué es ella quien carga con la responsabilidad. Dice darle mucha importancia al dinero y se siente avergonzada ante el grupo.
- 1AO Afirma que no le gusta estar en casa cuando no están sus familiares. Al contrario que 6RJ, se siente culpable por no dar dinero ya que todos sus hermanos dan. Habla sobre su doble malestar: por no trabajar, y porque de hacerlo no podría ayudarle a su madre en el cuidado de sus sobrinos, es por ello que asegura sentirse atrapada y utilizada. Ve la "prosperidad" como la estabilidad emocional que proporciona el dinero.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

Sensación de estar desprotegidas por los padres y rivalidad con los hermanos.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Se hace hincapié en el grupo sobre la importancia de la vida y del vivir en el aquí y ahora.

Se cuestiona al grupo sobre lo que para cada una significa "prosperidad"



## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 13

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- Dificultad para el cambio.
- Ventajas y desventajas del cambiar.

### PORTAVOCES

- 5MD
- Todo el grupo

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Inasistencia de 4LP y 8VL.
- La sesión tiene momentos depresivos y actitudes defensivas de las pacientes a las devoluciones terapéuticas.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 5MD Trae a la sesión su dificultad de cambiar y su sensación de "estar en el piso" refiriéndose a sus pocas fuerzas para hacerlo. Lloro por sentirse impotente, le da coraje ser dependiente de su familia y estar sometida por ser la hija menor, la que permanece en casa, la que atiende la tlapalería. Posteriormente se justifica diciendo que tiene que ayudarlo a su hermano para cubrir los gastos que representa su enfermedad.
- 1AO Su participación es escasa, permaneciendo la mayor parte de la sesión callada. Se conectó con las ventajas y desventajas que trae para ella el permanecer igual, sin cambiar.
- 6RJ Al inicio de la sesión se le observa desconectada de lo que se habla en el grupo. Posteriormente habla de lo difícil que es para ella hablar en público, siente que la van a juzgar, siente las miradas de todas las personas que tiene enfrente. Dice no saber lo que puede originar su problema. Después sigue hablando de lo mismo pero su discurso se torna confuso, como demandando a las terapeutas y al grupo le expliquen lo que le pasa.
- 7VH Se le observa que tiene dificultad para conectarse con el grupo y se le pregunta qué le pasa. Dice que en el inicio de la sesión se sentía "apachurrada" pero ya se siente bien, alegre, por lo que no le checaba lo que se hablaba en la sesión. Trae su problema de familia, la indiferencia de todos, la actitud de su madre, y aclara que ella no puede hacer nada con su familia. Las terapeutas la confrontan con su oscilante estado de ánimo (de manía a depresión) y sus resistencias para enfrentar su problemática.
- 9VM Es notoria su expresión corporal que denota miedo a hablar en público y en la terapia, se ríe nerviosamente. Su participación fue escasa, se conectó con las actitudes frente al cambio y dice sentirse estarlo intentando. Lloro.

### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Temor al cambio por renunciar a las ganancias secundarias y responsabilizarse de sí mismas.
- Sentimientos ambivalentes (desean y al mismo tiempo rechazan el cambiar)
- Mecanismos defensivos: evasión, racionalización y confusión.

### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Se confronta a cada una con su actitud en terapia.

Se interpretan los mecanismos defensivos.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 14

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- Lo racional vs. lo irracional.
- El rechazo por la propia imagen física.

### PORTAVOCES

- Todo el grupo
- 1AO, 6RJ

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Ausencia de 4LP y 7VH.
- Se comentan las experiencias que se tuvieron al observar el eclipse total de sol.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 6RJ Se le observa inquieta, moviéndose de un lado a otro de la silla, se ríe y pregunta al grupo de qué van a hablar. Luego comenta que venía de entregar un examen (hecho en casa) sobre el tema de lo racional y lo irracional y comenta el contenido con mucha dificultad. El grupo se conecta con el tema. Las terapeutas señalan que lo irracional representa lo inconsciente y se le pregunta qué tendría que ver su inconsciente con su temor a hablar en público, a lo que contesta no saber, se le insiste en la pregunta y sigue contestando "no sé", se le confronta que su respuesta refleja su actitud ante los problemas, los evade. Ella ríe nerviosamente y después estalla en llanto. Recuerda que desde su infancia se ha considerado fea, porque sus hermanas son blancas de ojos claros y bonitas y ella es morena y fea y recuerda que los demás se burlaban. Se le interpreta la forma en que su propia autodevaluación influye en su temor a hablar en público.
- 9VM Se conectó con el tema de lo racional y lo irracional trayendo a la sesión ambos conceptos y comparándolos con lo consciente y lo inconsciente respectivamente, se confunde ella misma al tratar de racionalizar lo inconsciente. Se dirige a 8VL señalándole que las broncas que trae con su familia es algo que lleva a nivel inconsciente. Las terapeutas le piden que relacione el tema con su temor a hablar en público y refiere que a lo que teme es hablar ante personas que representan figuras de autoridad y ella siente coraje por su inseguridad.
- 1AO Considera la irracionalidad el no evaluar cosas, el no darse una explicación, en su caso ella se da cuenta de lo que pasa pero no hace nada para solucionarlo. Se conecta con 6RJ al compararse con su hermana menor que es atractiva en tanto ella no aun cuando la gente le reconoce otras cualidades.
- 5MD Se conectó con el tema, dice que lo irracional sería la locura aunque ve que es una forma de vivir. También ella dice sentirse como 6RJ juzgada y recuerda que cuando era pequeña le decían que estaba muy flaca y fea, pero que ahora se ve en el espejo y dice: pues sí, estoy flaca. Se ríe.

- 8VL Comentó que su mamá se enfermó y ella tuvo que llevarla al hospital, y pregunta al grupo porqué tiene tantos problemas si ella trata de llevarse bien con los demás. Se conecta con el tema grupal, dice que no cree que si el inconsciente son los impulsos sea una locura y ejemplifica el que ella se deja llevar por la música y se imagina cosas. Las terapeutas le interpretan que más que ejemplificar el impulso está hablando de su manera de enfrentar sus problemas, se deja llevar por lo que dicen los otros, principalmente de su mamá. Trae después como de chica la menospreciaban y la sensación de haber superado esta situación.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Temor a la locura
- Envidia por la belleza física de sus hermanas.
- Inhibición sexual.
- Temor a ser juzgadas.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Se hacen aclaraciones entre lo irracional-inconsciente y lo racional-consciente ubicándolas en el contexto del grupo.

Se focaliza el tema grupal en relación a la problemática de cada una.

Comentarios en relación de que la forma en como se percibe la propia imagen física tiene que ver con los valores sociales y los medios de comunicación.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 15

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- Preevaluación del proceso terapéutico y redefinición de objetivos a trabajar.

### PORTAVOCES

Todo el grupo

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Ausencia de 4LP (tercera inasistencia consecutiva).
- El grupo reinicia después de tres semanas de vacaciones administrativas de la universidad.
- Se observa a 6RJ más delgada y deprimida.
- La sesión se extendió más tiempo del establecido.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 5MD Comenta sus avances en terapia, en donde ha logrado adquirir actitudes positivas en relación a su posición de hija menor, a su autoestima y a su dependencia de las figuras paternas y medio ambiente en general.
- 9VM Reconoce ser capaz de dominar su temor a hablar en público y que sus verdaderos problemas no los ha manejado en terapia. Desea trabajar sobre las "broncas" con su familia y su incapacidad para enfrentar sus problemas, así como su rigidez.
- 8VL Reconoce que no ha cambiado y que la terapia le ha ayudado un poco para mantenerse a flote, de apoyo. Reconoce que solo ha acusado a sus agresores y que no se ha abierto lo suficiente. Desea trabajar las raíces de sus problemas, frente a las aclaraciones de las terapeutas intenta focalizar sus objetivos observándose ambigua y confusa. Logra reflexionar e indica querer trabajar en manifestar sus sentimientos y no sentir temor al hacerlo, tomar una posición consigo misma y no estar en medio del pleito de sus padres.
- 1AO Trae a la sesión su sentir antes y después: antes solo se preocupaba por los demás y ahora no le interesa la opinión de los otros. Se le confronta con esa situación extrema tratando de ubicarla en el foco de su problema: La dificultad en establecer relaciones de pareja y reponsabilizarse de ellas.
- 6RJ Comenta que bajó una talla y que se siente triste. Siente que la terapia le ha ayudado a reflexionar y que le da menos nervios hablar en público, sin embargo su tono de voz y su postura dicen lo contrario ya que se le observa tensa. Desea trabajar: el poder expresarse sin que le importe la opinión de los otros, así como el terminar su carrera profesional por propia satisfacción y no por agradar a su familia.

7VH Descalifica la terapia, no siente que le haya ayudado, sigue con dudas e inseguridad. A pesar de ello reconoce que la terapia le ha permitido conocer los problemas de otras personas así como le ha brindado una experiencia para la carrera. Se le pide que defina sus objetivos terapéuticos, observándola confundida, con dificultad para concretar. Habla sobre su contradicción en ser pasional-racional, estableciendo un discurso sobre la conveniencia de ser así. En vista de su dificultad para objetivizar las terapias le proponen trabajar esa contradicción y buscar un punto medio.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Aspectos resistenciales del grupo.
- Temor al cambio.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Se le señala a cada una el foco terapéutico y se les hace observaciones de su desempeño en el grupo.

Se les recuerda que el grupo terapéutico está por finalizar.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 16

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- Las dificultades de definir un objetivo terapéutico debido a la ambivalencia pasión-razón y al temor al cambio.

### PORTAVOCES

7VH

- Logros y avances hacia el foco terapéutico.

8VL

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Asisten a terapia solo dos miembros del grupo.
- Comenta 8VL que vio a 4LP quien le dijo que había abandonado la universidad y estaba trabajando.
- Se observa claramente en la sesión dos posiciones, una de logros y otra de resistencia al cambio.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

7VH Trae a la sesión su preocupación por sentirse desmotivada hacia sus estudios, comenta que le ocurre con frecuencia el iniciar algo con entusiasmo e ir perdiendo poco a poco el interés, como le pasó cuando cambió de carrera de Literatura a Psicología. Dice que actualmente no desea estudiar, se distrae, se aburre, siente que no sabe nada, todo se le olvida a pesar de tener buena memoria y ser inteligente. Presenta sus dudas sobre si seguir o no en Psicología, ya que a ella le gustan otras cosas como las novelas, las canciones y todo lo que no sea racional sino de tipo pasional. Las terapeutas le devuelven su insistencia en permanecer en los extremos. Se le pregunta quién en su casa es racional (contestando que sus hermanos) y quién pasional (reconociendo que así es su mamá). Posteriormente nombra a su abuela, con quien actualmente vive debido a que están arreglando su casa, dice sentirse muy bien con ella porque conversa mucho, es alegre, cuando la busca está cerca, siente tranquilidad. No quiere regresar a su casa porque ahí todos son serios. Después critica a su papá por no brindar apoyo económico a su abuela y comenta que ella le ha hecho ver a su papá las carencias que la abuela tiene notando que su padre ha respondido favorablemente, lo considera un distraldo por no darse cuenta de las cosas que le pasan a su propia madre.

8VL Conectándose con 7VH con respecto a los estudios, habla sobre como había utilizado éstos para evadir los problemas con su familia y los de ella misma, pero ahora ya no toma los estudios como antes y ha observado que esto no ha afectado sus

calificaciones. Cuando se le pide que le devuelva a 7VH se vuelve a conectar con el tema de la familia. Sonriente comenta como ya no le pone mucha atención a los discursos descalificativos de su madre hacia su padre, dice sentirse bien en no darle gusto a ella y observarla asombrada por no responder como antes. Agrega que antes de salir de vacaciones tenía pensado reunir a la familia para hacer un intento de solucionar los problemas, pero cambió de parecer ya que sabe que sus padres no van a cambiar como no lo hace su madre quien sigue trabajando a pesar de habérselo contraindicado el médico solo por hacer su capricho.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Resistencia al cambio.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Aclaraciones sobre la contradicción pasión-razón.

Se les refuerza los pequeños cambios obtenidos en terapia.



## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 17

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

### PORTAVOCES

- Temor a ser juzgadas por el propio grupo.

6RJ, 9VM

- Inconformidad con la propia forma de actuar frente a los problemas.

5MD, 8VL

- Confusión y ambivalencia ante los propios sentimientos.

1AO, 7VH

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Después de una sesión en la que la resistencia se manifestó con la ausencia de cuatro integrantes, acuden las seis participantes que continúan en sesión presentando diferentes tipos de somatizaciones y actitudes regresivas. Es notorio el nivel de dependencia del grupo.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 8VL Manifiesta su inconformidad consigo misma por no haber tomado en cuenta a su madre al decidir hospedar en su casa a una prima por dos semanas, lo que provocó discusiones entre ella y su madre. Las terapeutas interpretan su conducta como una necesidad de responsabilizarse y proteger a los más débiles, así como el deseo de llenar el espacio vacío que dejan sus hermanos (quienes planean vivir fuera de casa).
- 9VM Después de comentar su percepción del Congreso Mundial de Salud Mental, informa al grupo su sospecha de estar embarazada, rompe en llanto y habla sobre su angustia alrededor de las fantasías sobre su supuesto embarazo y su decisión de abortar. Subraya su temor de ser juzgada por el grupo mayor a su temor de estar embarazada, lo que es un problema posible de resolverse.
- 6RJ Se conecta con 9VM en cuanto al temor de ser juzgada por el grupo y comenta cuál fue la depresión de sus vacaciones que había callado recelosamente. Dice encontrarse insegura y temerosa en terminar la relación con su novio porque recurre a la droga cada vez que entra en depresión lo que a ella le produce coraje y se siente incapaz de ayudarlo. Reconoce su temor a la soledad, razón por la cual no termina su noviazgo. Se le devuelve su actitud autodevaluatoria en su necesidad de preocuparse más por el otro que por sí misma.
- 7VH Refiere padecer dolor de cabeza desde hace tres días, lo que le hace suponer necesita aumentar la graduación de sus lentes de contacto. Al preguntársele si había reflexionado sobre su ambivalencia entre pasión-razón dice que no, pero que ha

tratado de poner mayor interés a las clases aunque no ha tenido éxito. Se observa poco participativa y pálida.

1AO Igual que 6RJ se encuentra agripada y poco participativa. Informa estar confundida ya que una de sus cuñadas la trató muy bien, cosa que nunca hacía, y que un sobrino que lo aprecia no le ha prestado atención últimamente. Se le señala que su confusión tiene que ver con su propia identidad.

5MD Habla desde su posición de espectadora sobre la situación familiar en la que su hermano enfermo se encuentra, cada vez más insostenible despreciando la ayuda que recibe por parte de sus padres y hermanos. Refiere su sensación de impotencia y llora. Se le devuelve la incapacidad de reconocer el gran coraje que esta situación le provoca aunado a los sentimientos de culpa por sentirse bien cuando está fuera de casa.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Momento resistencial y regresivo del grupo ante la cercanía de la finalización de la terapia.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Interpretación de los mecanismos defensivos utilizados por cada paciente.

Señalamiento de la resistencia grupal.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 18

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- Sentimientos ambivalentes en relación a la finalización de la terapia.

### PORTAVOCES

Todo el grupo

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Ausencia de 7VH.
- Sesión resistencial. El grupo manifiesta abiertamente sentirse abandonado justo cuando comenzaban a adentrarse en sus problemáticas, olvidan los objetivos planteados como metas terapéuticas volviéndose muy demandante. Se les pide verbalizar dichos objetivos y reconocer que lo que se vive como abandono es la terminación de un contrato.
- La sesión se desarrolló en un clima depresivo.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 9VM Inicia la sesión comentando al grupo que los resultados de su prueba de embarazo fueron positivos, noticia que no asimiló hasta el momento mismo que le provocaron el aborto. Dijo que después del susto se sintió como "vuelta a nacer". Habla positivamente de su relación de pareja valorándola.
- 5MD Afirma que en su casa la situación con su hermano está peor pero que ella ya se siente más tranquila. Habla sobre sus deseos de independizarse a lo que se le devuelve su confusión entre independencia e identidad. Se conecta con TAO en cuanto a su preferencia de no buscar pareja justificándolo con su temor de perder su libertad, de "estar atada".
- TAO Se mantiene callada gran parte de la sesión. Habla sobre la confusión presentada en la sesión anterior y dice sentirse capaz de dar afecto sin esperar recibirlo. Se le nota ansiosa al recordar que un sobrino suyo (hijo adoptivo de su hermana) tiene novia ya que ella esperaba que ambos reiniciaran una relación que habían suspendido, y dice posteriormente no importarle siendo su único interés el terminar la licenciatura y no relacionarse con ningún chico. Las terapeutas le recuerdan que uno de sus objetivos era establecer una relación de pareja, a lo que ella contesta sentirse aturdida y reconocer que ese es su gran problema.
- 8VL Se mantiene callada durante la mitad de la sesión. Es la portadora de los avances en la terapia. Afirma que ha logrado escuchar las agresiones de sus padres sin sentirse culpable, pero que aun no se siente capaz de establecer relaciones duraderas porque teme al abandono. Reconoce que el cariño de sus hermanas le ha permitido mantenerse a flote en un mundo de cambio y abandonos constantes.

6RJ Dice sentirse bien pero su tono de voz y su expresión denotan depresión, la cual ella racionaliza como normal. Se conecta con SMD al explicar que también su padre desesperó a la familia después de que se accidentó. Dice sentir que no ha habido cambios en ella en cuanto a su temor de ser juzgada por los demás. Se le invita a hablar de su depresión la próxima sesión, a lo que contesta afirmativamente.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Coraje hacia las terapeutas al sentir la finalización como abandono.
- Temor a "abrirse" y no encontrar contención para "cerrar la herida".
- Descalificación y reclamo a las terapeutas: "Esloy peor que cuando entré y ustedes me abandonan así".

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Se hacen devoluciones sobre la importancia de seguir trabajando sus objetivos, y sobre el coraje que les da finalizar este proceso grupal.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 19

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- El manejo de afectos en relaciones interpersonales.

### PORTAVOCES

Todo el grupo

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Asistió todo el grupo.
- Se observó a 6RJ estar saliendo de su depresión.
- Se comienza a hablar de la terminación de la terapia.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

9VM. Inicia la terapia manifestando coraje porque aún está tirando residuos de su reciente aborto. Posteriormente las terapeutas le hacen participar en el discurso de 6RJ de quien dice no creer que esté bien en su relación de pareja tal y como ella lo afirma, la siente falsa. Se vuelve a conectar con 7VH en el tema de la agresión, y trae a la sesión una escena vivida con su papá, pues la llamó por teléfono y le dijo que se sentía muy solo, ella sintió alegría y se dijo a sí misma: " qué bueno, qué bueno que le esté pasando para que sienta como yo he sentido". Posteriormente expresa su coraje hacia una de las terapeutas por lo que le dijo en la sesión pasada en relación a que el grupo estaba enfermo cuando lo que ella tenía era una gran preocupación por su embarazo y su decisión de abortar, se sintió muy agredida.

6RJ. Las terapeutas le preguntan sobre su estado de ánimo, riéndose responde que está bien. Habla de su novio y de como el fin de semana él la dejó "plantada", pero después se disculpó y ella lo acompañó a su facultad a recoger calificaciones, dice haberle llamado la atención que él, a pesar de estar deprimido, obtuvo buenas calificaciones y ella no. Posteriormente habló sobre los aspectos positivos de su noviazgo tratando en diferentes ocasiones de disculpar las actitudes de su novio. Más adelante el grupo la confronta en su negativa de expresarle coraje al novio prefiriendo presentar la imagen de comprensiva antes que reclamarle a expresarle su coraje. Las terapeutas le interpretan que su temor a expresarla está en relación a sentirse abandonada por lo cual ha creado una gran dependencia hacia él. Ella asiente y llora.

8VL. Se conectó con 9VM en el tema de la agresión. Habla sobre su relación con su madre diciendo que ella no le expresa coraje ni deseos de venganza, no deja "apoderarse de esa idea". Las terapeutas le interpretan que no se permite expresar esas emociones por lo que se carga de culpa, prefiere agredirse a sí misma que a los demás. Continúa hablando de la forma como vive sus relaciones interpersonales y de su decisión de quedarse sola para no estorbar a otros a pesar de gustarle estar con la gente, dice darse cuenta de que esto está mal pero no ha podido superarlo.

7VH. Interviene en el momento en que las terapeutas le devuelven a 6RJ, dice vivir algo similar con su relación de noviazgo, ella está bien si el novio está bien y viceversa. Las terapeutas aprovechan este momento para conectar a todo el grupo en la forma en que se depende del otro para actuar, se depende de factores externos. Continúa 7VH narrando una escena en donde el novio no puede acompañarla al cine y ella se puso a llorar y después pensó en la manera de divertirse sola y no estar esperando al novio a que viniera a consolarla, se encontró con un amigo con quien pasó el tiempo sin darse cuenta y cuando volvió a casa de su abuela, se sorprendió al ver que todos estaban reunidos (Incluyendo al novio y a su suegra) pensando que le había ocurrido algo malo. Dijo haberse sentido con "gustito" de verlos preocupados pero después sintió culpa.

5MD. Su participación fue muy escasa. Se conectó con 7VH en la idea de cómo ella se queda esperando de los otros. Se le pregunta en relación al comentario de 8VL, contestando que a ella le gusta estar con las personas, expresar opiniones y formas de pensar, pero cuando le pasa algo importante prefiere estar sola porque siente que la gente la frena. Las terapeutas le piden que lo relacione con su familia y ella pone un ejemplo, dice que al salir con su hermana se siente limitada pero no se lo dice por pena. Se le pide que aclare en qué consiste sentirse limitada a lo que contesta que en su infancia todo le daban, si salía tenía que ir acompañada y si expresaba algo no era siempre aceptado y le decían tonta. El grupo le devuelve que no es tonta sino todo lo contrario.

IAO. Su participación fue escasa. Se le pregunta cómo ve la relación de 6RJ con su novio y responde que no la entiende. Posteriormente se conectó con el tema de la venganza, dice que la disfruta si alguien le ha hecho a ella algo "malo" y a esa persona le pasa algo, se alegra, siente "gustito" si lo que le ocurrió fue algo leve, pero si es algo grave entonces no.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Temor al abandono.
- Dependencia afectiva.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Interpretación de cómo el temor al abandono impide demostrar el coraje.  
Se señala el no querer perder la imagen de "niñas buenas" por traerles ganancias secundarias.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 20

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- Dificultad para tomar decisiones en la relación de pareja.
- Dificultad de expresar sentimientos agresivos por temor al abandono.

### PORTAVOCES

6RJ

Todo el grupo

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- Ausencia de 7VH.
- 6RJ enfrenta su problemática.
- Reflexión grupal sobre los afectos que se mueven al finalizar toda relación interpersonal, extrapolándolo a la finalización de la terapia.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

- 6RJ Comienza la sesión hablando sobre los sentimientos de angustia que le produce su relación de noviazgo. Reconoce que los cambios en su estado de ánimo dependen de la forma de actuar de su pareja de quien se siente cada vez más distante, lo que la hace dudar de su cariño y de su propia capacidad de tomar una decisión definitiva que termine con esa relación. Cuando se le pregunta cual es su temor, dice que el quedarse sola. Las terapeutas la confrontan con su actitud de hacer "como si" quisiera solucionar su problema, ya que de realmente solucionarlo se encontraría consigo misma (no se atreve a "saltar el muro" porque del otro lado encontraría soledad).
- 8VL Señala que de estar en el lugar de 6RJ se alejaría del novio hasta que éste fuera quien decidiera qué hacer, preferiría alejarse si él no es capaz de definir la situación porque ella sentiría ser la causante de la angustia del otro. Dice que "saltar el muro" significaría en su caso encontrar que nadie la quiere. Cuando se habla sobre la terminación de la terapia y cómo ésta es vista como un nuevo abandono, se ríe de una asociación que tuvo al pensar que si el fin de la terapia es "saltar el muro" entonces su duda sería si la quisieron las terapeutas. éstas le piden que trate de contestar su pregunta, a lo que ella trae un recuerdo de su niñez de cuando una tía trataba de enseñarle a nadar, ella tenía mucho miedo de flotar y no dejaba de pisar el fondo del río hasta que sin darse cuenta comenzó a flotar y vio que sí podía. Dice que esto ha sido para ella la terapia, como cuando le enseñan a alguien a andar en bicicleta, se tiene mucho miedo y se necesita ayuda pero uno nunca se da cuenta en que momento la otra persona suelta la bicicleta y te deja sola. Se retoma en este momento la parte afectiva de la asociación señalando que en toda relación se mueven los afectos y que esto ocurre en la terapia. 8VL afirma sentir aprecio por las terapeutas.

- 9VM. Se conecta con 6RJ en su temor a enfrentar los problemas aunque dice estar tratando de cambiar. Compara su relación de pareja con la de 6RJ y dice que el problema está en la dificultad de ésta última de expresar sus sentimientos. Para ella "saltar el muro" significa darse cuenta de que comete errores. Se le devuelve que su incapacidad de hablar o expresarse se debe a su necesidad de que los otros confirmen la imagen que presenta de sí misma.
- 1AO. Se considera muy expresiva al contrario que 6RJ, ya que hace sentir a los demás su gran cariño y dice sentirse culpable cuando hay un distanciamiento en una relación. Para ella "saltar el muro" es darse cuenta que no la necesitan. Las terapeutas le devuelven su incapacidad de expresar sentimientos agresivos por temor a que el otro se aleje y sentirse culpable por destruirlo y destruirse a sí misma. Se le hace ver que expresar coraje no implica necesariamente que el otro se aleje, y se retoma en la sesión que la vida está llena de ciclos que empiezan y acaban y que lo importante son las vivencias que de ellos quedan.
- 5MD. Ve en el problema de 6RJ una dificultad de comunicación, "Saltar el muro" es en su caso abandonar las comodidades de ser la hija menor, las terapeutas agregan que además se enfrentaría al temor de demostrarse a sí misma si es capaz de salir adelante o no.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Comienzo de la despedida de la terapia. Se reconoce que las vivencias son ganancias en cualquier relación.
- Temor a la soledad.
- Temor a la expresión de la agresión.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Señalamientos de cómo se siente cuando se termina algo.

Se les refuerza que la necesidad de sentirse queridas, amadas, aceptadas debe provenir de su interior y no depositario en el exterior.



## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 21

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

### PORTAVOCES

- Temor a equivocarse.	1AO, 9VM
- Sensación de que el ambiente externo controla el estado de ánimo.	7VH
- Sentimientos autodevaluatorios por considerarse fea.	1AO

### HECHOS SIGNIFICATIVOS.

- A excepción de 9VM, el grupo llega 20 minutos tarde.
- Ausencia de 6RJ después de una sesión de trabajo intenso.
- Las terapeutas se muestran más directivas al trabajar sobre los focos terapéuticos individuales traídos a la terapia.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION.

9VM. Se siente angustiada por ser la única en la terapia y comienza a tranquilizarse ante la llegada de las demás miembros del grupo. Cuando las terapeutas le solicitan hablar sobre su familia, ella comenta sentirse chantajeada por su madre para que no se vaya a vivir con su novia puesta que su abuela está muy delicada de salud. Cree que su abuela no la comprendería porque es muy rígida en su forma de ser, le preocupa la opinión de ella pero no la de sus padres y hermanos. Aunque sabe que la solución sería casarse no lo hace porque teme que las cosas no salgan bien por lo que desea probar estando en unión libre. Las terapeutas le devuelven nuevamente su miedo a equivocarse, ya que para ella equivocarse significa ser tanta. Ella dice que en su familia considera tantas a su papá y a su mamá por esa su dificultad para identificarse con ellas.

7VH. Las terapeutas le preguntan si se identifica con 9VM a lo que responde que sí ya que no desea parecerse a sus padres, le molesta que las demás le digan que se parece mucho a su mamá. No muestra insight, y se le recuerda que al igual que 9VM ella tiene un problema de identificación con los padres (razón-pasión) que ella no ha querido ver y que es lo que hace que no se involucre mucho en la escuela y en la terapia. Dice que ahora se siente mejor, que ha avanzado. El grupo le devuelve que parece estar en su etapa buena a lo que ella contesta afirmativamente. Se le hace ver que el clima exterior modifica fácilmente su estado de ánimo, pero no desea cambiar porque la imagen que da es pasional y le trae ventajas. Afirma con la cabeza sin mostrar insight.

- 1AO. Se conecta con 9VM diciéndole que de cualquier forma la familia siempre perdona. Las terapeutas le piden que hable sobre su objetivo terapéutico de conseguir pareja. Se le nota turbada y angustiada. Habla sobre una bonita relación que tuvo hace dos años, en la cual había comprensión y cariño, pero su novio tuvo que irse a los Estados Unidos junto con su familia y poco tiempo después murió en un accidente. Lloró. Las terapeutas le interpretan su dificultad de establecer relaciones en relación a sentirse fea y tener sentimientos de culpa. El grupo le devuelve que no es fea, ella llora y toma una actitud reflexiva.
- 5MD. Se mantiene poco participativa haciendo comentarios sobre las afirmaciones de 9VM y 1AO, se muestra reflexiva ante las devoluciones hechas a ésta última en cuanto a su relación de pareja.
- 8VL. Poco participativa. Hace reflexiones sobre los comentarios de 9VM y afirma que ella no califica a nadie como fea.

#### **CONTENIDOS LATENTES.**

- Se trabajó directamente sobre el foco individual.
- Temor a identificarse con las figuras paternas.
- Sentimiento de culpa por concebir que al manifestar coraje se destruye a los demás.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.**

Señalamientos en cuanto al foco individual de cada paciente.

Confrontaciones de la resistencia.

Se interpretan los temores a identificarse con los padres.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 22

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

### PORTAVOCES

- Reconocimiento de los mecanismos defensivos de cada una de las integrantes  
Todo el grupo
- Manifestaciones de desagrado debido a las identificaciones con la figura materna  
Todo el grupo

### HECHOS SIGNIFICATIVOS

- Faltan dos integrantes: 6RJ y 8VL
- Se inicia 15 minutos tarde con la presencia de un solo participante (9VM) y la llegada paulatina de los demás.
- Semana de inscripciones al semestre escolar.
- Las observadoras hacen notar que no se habló en la sesión de la terminación de la terapia.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION

- 9VM. Se muestra angustiada por ser la única paciente del grupo que asistió notándose más tranquila conforme llegaban las demás. Comienza relatando un sueño en donde ella aventaba a su mejor amiga a un barranco, y relata que posteriormente le cuenta el sueño a la amiga y reflexionando percibirla como muy inteligente y exageradamente "juzgona", asocia su inseguridad y terror a ser juzgada como causa de su relación con esta persona. Agrega sentirse sorprendida ante la imagen que presenta frente a su amiga (quien la considera muy "fregona") y ante el hecho de que una maestra suya le haya felicitado por su desempeño en clases y su trabajo final. 9VM se enoja consigo misma y se pregunta por qué se siente tonta si los demás no la perciben así. Las terapeutas le interpretan que en su sueño la amiga representa al juez que ella siempre ha temido y que de alguna manera la responsabiliza de su propia seguridad. Reconoce haber proyectado en otra persona su juez interno y que ha sido su propia inseguridad la que la llevó a mantener una relación tan estrecha con una persona obsesivamente exigente. Posteriormente se conecta con 5MD y 1AO al reconocer que a ella le molesta la inseguridad de su madre cuando ella misma no puede evitar parecersele y eliminar su inseguridad.
- 5MD. Consideró que al contrario que 9VM, ella está tratando de no tomar en cuenta la opinión de los demás; en algunos casos lo logra (por ejemplo; no se siente tonta frente a los demás) y en otros no. Ejemplifica esto con un suceso que frecuentemente ocurre en su casa: se siente impotente cuando su hermana no realiza las labores que le corresponden y se enoja mucho al ver que su madre está detrás de la hermana haciendo lo que aquélla no hizo. Las terapeutas le señalan que mientras 9VM proyecta su juez en la amiga, ella lo internaliza llevándola a una rigidez y autoexigencia con tal de evitarle preocupaciones a su madre.

- 1AO. Se identifica con SMD en el sentido de su preocupación porque las órdenes de su madre sean cumplidas y su tendencia a complacerla en todo, así como el enojarse con los demás cuando su madre se enoja con ellos. Se conecta también con 9VM porque su madre tampoco se defiende (se muestra insegura) frente a los otros y es ella quien trata de defenderla. Las terapeutas les devuelven que esta conducta proviene de una autoexigencia de ser perfectas (incluso en el aspecto físico) para así conseguir la aceptación de sus respectivas madres.
- 7VH. Llega 30 minutos antes de finalizar la sesión justificándose diciendo haber tenido problemas en su inscripción escolar. Habla sobre su indecisión en regresar a casa de sus padres o continuar viviendo con su abuela. Dice que no quiere regresar a su casa principalmente por el ambiente que crea su madre dentro del hogar con su mal humor. Ante la pregunta de las terapeutas dice parecerse a su madre en la manera de enojarse y en hacer bromas pesadas, y que afortunadamente ella no es hipócrita como su madre (a su familia la trata mal y a sus amigas no). Señalándosele que ella misma se comporta de igual manera, 9VM le dice que es muy seca para decir las cosas, que cuenta las cosas como si no le estuvieran pasando a ella. 7VH recuerda que a veces cuando está llorando comienza a reírse de pensar lo ridícula que se ve, y siente como si fueran dos personas una muy interna y otra externa, a lo que las terapeutas le aclaran que esa impresión se debe a que oscila en los dos extremos (razón y pasión). Le señalan que su principal mecanismo de defensa es la escisión del cual obtiene grandes beneficios por lo que hay poco interés en integrar. Ante este señalamiento se observa un cambio de expresión, se le ve depresiva.

#### **CONTENIDOS LATENTES**

- Reclamo a las figuras maternas por no ser las hijas preferidas, y por consiguiente reclamo a las terapeutas por no ser las pacientes preferidas.
- Coraje que produce identificarse con la figura devaluada de la madre.

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS**

Señalamientos en relación al foco terapéutico de cada una de las pacientes.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 23

### TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES

- El grupo comienza a despedirse señalando aspectos positivos y negativos de cada una de las integrantes de las terapeutas y del grupo en general

### PORTAVOCES

Todo el grupo

### HECHOS SIGNIFICATIVOS

- Penúltima sesión terapéutica.
- Asisten todas las integrantes del grupo, incluyendo a 6RJ que llevaba varias fallas.
- El grupo mostró dificultad para expresar los afectos, principalmente los negativos.
- El grupo pudo expresar los aspectos negativos hacia las terapeutas con mayor facilidad, no así con sus iguales, lo que implica mayor confianza hacia ellas.
- Por primera vez, las terapeutas se mantienen calladas en la sesión observando que cada una de las integrantes fue capaz de señalar acertadamente los aspectos positivos y negativos de cada una de las otras girando las observaciones en torno a sus focos terapéuticos.
- Al finalizar la sesión (que se prolonga a 2 horas), el grupo y las terapeutas se muestran cansadas.
- La Supervisora del grupo llama a las terapeutas para pedirles que se trabajen los sentimientos negativos en la sesión en vista de la dificultad del grupo de expresarlos.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION

- 6RJ. Se excusa por sus inasistencias explicando haber tenido que emplear el tiempo de la terapia a finalizar las materias del semestre. Toma la palabra e inicia hablando sobre la devolución grupal, mostrando dificultad para expresar afecto de manera individual hacia cada una de sus compañeras. Dice identificarse con 9VM en su temor a hablar en público (reconociendo que 9VM logró adelantar más que ella), y con 7VH en la fluctuación de sus estados de ánimo; comprende que en ocasiones las terapeutas se mostraron agresivas como parte de la terapia y no tiene ningún reclamo que hacerles. Reconoce no haber solucionado su temor a hablar en público aún. El grupo le devuelve su exagerada dependencia hacia el novio y hacia otras personas, y la anima a ser más independiente, más ella misma, la mayoría coincide en que la risa de 6RJ cuando dice cosas importantes se debe a su necesidad de ocultar su sufrimiento.
- 8VL. Manifiesta dificultad en expresarle al grupo sus sentimientos (tanto positivos como negativos), asegurando no querer evaluarlas. Afirma que, principalmente con 1AO y 5MD ha querido establecer amistad fuera de la terapia pero teme que a ellas no les interesa. 5MD le devuelve que es ella quien no entabla conversación y siempre que se encuentran se pasa de largo; 8VL se sorprende de esta observación diciendo que no se había dado cuenta. Manifiesta sentir agrado por la sensibilidad de 1AO y por el

hecho de que se preocupe por los demás; dice gustarle también la alegría de 7VH y la seguridad de 9VM y 5MD señalando a 6RJ su excesiva dependencia. Reconoce haberse molestado con una de las terapeutas (E) por haberla incluido cuando comentó que el grupo estaba enfermo, y dijo sentir a la otra terapeuta (M) más cálida. El grupo le devuelve haber sido ella quien más adelantó en la terapia.

- 9VM. Es en el grupo quien mejor expresa los afectos. A 6RJ le dice que le desesperaba en ocasiones por su gran dependencia al novio y que siempre sintió que detrás de su risa (cuando contaba cosas importantes) escondía su sufrimiento. Con 8VL se sintió identificada en el aspecto del abandono y dice haberle inspirado ternura; reconoce haber sentido envidia "de la buena" hacia 7VH y haberle gustado su alegría, le devuelve que cuando hablaba de sí siempre le pareció que hablaba de otra persona con mucha frialdad. De 1AO dijo haberle percibido como una florecita muy frágil, invitiéndola a no preocuparse tanto por los demás. El grupo le devuelve haberla visto muy segura de lo que quiere y ella se molesta consigo misma por aparentar una seguridad que no tiene. 5MD le reclama haberse callado su historia personal y que el grupo sepa muy poco de ella. 9VM reclama a una de las terapeutas (E) haber sido fría y muy analítica (como juez) en todas sus observaciones, recordando a la vez que se enojó con ella por haberla incluido en la enfermedad del grupo; por el contrario, dijo haber sentido mayor comprensión por parte de la otra terapeuta (M), y considerarla (igual que a todas las nicaragüenses) una sabia.
- 7VH. Al igual que 9VM dice haberle desesperado la dependencia de 6RJ; a 9VM dice gustarle que sea una persona segura y sepa hacia donde va. A 8VL le devuelve haber sido la que más avanzó en la terapia y la invita a dejar de estar en el medio de los padres y no permitir que ellos la lastimen tanto. A 1AO la ve frágil y exageradamente sensible. Dice haber sentido desesperación al escuchar a 5MD porque sólo venía a quejarse y no resolvía nada (si se quería ir de su casa, porque no se iba). De las terapeutas dijo haberse sentido mejor con E que con M precisamente porque aquella es más fría y M habla mucho y muy suave, manifestó sentirse incomprendida por M la vez que dudó de su capacidad intelectual; en general, siente que ambas terapeutas fueron muy blandas y que ella necesitaba que la sacudieran más. El grupo, le devolvió que constantemente divide entre pasión y razón, manejando esto a su conveniencia, señalándole que es capaz de salir adelante si lo desea. Por su parte, reconoce estar dividida entre pasión y razón y no saber cómo salir de ahí.
- 1AO. Su intervención y señalamientos van en el mismo sentido que los de las demás. Dice haberse identificado con 6RJ en su dependencia con la pareja; a 9VM la percibe segura de sí misma; le dice a 8VL que ella también desea establecer una relación amistosa entre ambas y que ésta puede ser real. A 7VH le devuelve su escisión entre razón y pasión y su conveniencia de ella invitándola a continuar dando muestras de su capacidad de salir de la depresión; A 5MD le dice admirarla porque siempre se preocupa porque las cosas le salgan bien, es muy responsable. Por su parte, reconoce haber estado metiéndose en las relaciones de los demás y su afán por no hacerlo más. De las terapeutas dice, en general, estar agradecida y reconoce haberse enojado cuando le hacían las interpretaciones aunque reconoce que fue para bien.
- 5MD. Le repite a 6RJ su actitud dependiente de los demás y le confiesa que la manera que tiene de decir las cosas (riéndose) le hace pensar en su tendencia a evadir sus problemas. A 9VM le reclama no haber hablado de sus padres al grupo, lo que le genera molestia; a 8VL le señala que es ella quien evade las relaciones interpersonales (principalmente porque se pasa de largo cuando se encuentran fuera de la terapia). A

7VH le reclama perderse en su "mundito" evadiendo los problemas; a IAO, dice observarla débil pidiéndole que se muestre más segura de sí misma. A las terapeutas le reclama la frialdad y análisis de E, percibiéndola como juez, y la redundancia en la que cae M, percibiéndola, a su vez más cálida. El grupo le devuelve percibirla más segura de sí, con respecto a ella, reconoce haber dejado su posición de víctima al observar su situación de manera más positiva.

#### **CONTENIDOS LATENTES**

- Temor a expresar sentimientos negativos hacia el grupo.
- El nivel de relación con los iguales simboliza relación entre hermanas (de respeto).

#### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS**

- Se permitió al grupo expresarse libremente.

## REPORTE DE LA SESION GRUPAL No. 24

### CONTENIDOS MANIFIESTOS CENTRALES

- Despedida de la terapia
- El grupo reconoce avances y puntualiza aspectos que faltarían trabajarse en otra terapia
- Devaluaciones de las terapeutas a nivel individual como a nivel grupal para el cierre de la terapia

### PORTAVOCES

- Todo el grupo
- Todo el grupo
- Todo el grupo

### HECHOS SIGNIFICATIVOS

- Última sesión terapéutica.
- Asistencia de todas las integrantes del grupo.
- La sesión tiene un retraso aproximado de 45 minutos debido a problemas técnicos en el equipo de audia. Esto provocó que la angustia de las terapeutas se acrecentara y se comenzara la terapia en un clima de tensión que es notado por los observadores y que llevó a la supervisora a telefonar tres veces a las terapeutas pidiéndoles que se relajaran y que se abrieran a la dinámica y se trabajaran los aspectos afectivos propios del proceso de finalización de la terapia.
- El grupo se mostró resistencial a expresar los afectos.
- Se hicieron las devoluciones individuales y grupales.

### MODALIDAD DE PARTICIPACION

- 9VM. Comienza hablando de su malestar ocasionado por la imagen percibida por el grupo de ser una persona segura cuando ella se siente totalmente insegura. Afirma sin embargo, que su temor a hablar en público ha disminuido a grado tal que puede controlar su angustia. Reconoce la necesidad de continuar trabajando en otra terapia su conflicto sobre las figuras paternas, ya que le falló hacerlo en esta terapia.

Las terapeutas le devuelven que ha hecho consciente que su temor a hablar en público proviene de su autoevaluación y su rigidez en su autoimagen que no le permite cometer errores. También ha podido reconocer su autoexigencia por ser única hija universitaria en su familia e igualmente hay un leve reconocimiento en ella de que su temor a equivocarse tiene que ver con dificultad de identificarse con las figuras paternas que son percibidas como devaluadas.

Se le sugirió continuar en una terapia grupal más prolongada para trabajar el conflicto con sus padres.



Según se fue dando la dinámica grupal. 9VM, al tomar el lema de la finalización dijo sentirse enojada por ello y consideraba falta de ética terminar así, ya que sentía a la terapia muy corta, pero que su enojo no era con las terapeutas sino con la institución, comprendía que las terapeutas están sujetas a la misma; trae el recuerdo de una de las sesiones cuando se enojó con una de las terapeutas por lo que la había sentido un juez, pero que ha reflexionado al respecto y cree que fue su proyección ante las figuras de autoridad y su juez interno.

8VL. Le preguntan las terapeutas que había reflexionado con sus avances y lo que le faltaría por seguir trabajando. Contesta que su avance ha sido el ya no estar en medio de sus padres y reconoce que su mayor problema consiste en establecer relaciones y expresar sus afectos, ya que siempre piensa en lo doloroso que le será terminar esa relación. En este momento se intenta conectar al grupo a través de 8VL, con los sentimientos por la finalización de la terapia a lo que ella contesta que se encuentra resignado por estar acostumbrada a constantes separaciones.

Las terapeutas le devuelven que uno de los avances es que desde las primeras sesiones de la terapia superó su anorexia (vómitos y falta de apetito); a lo cual responde que si era cierto que se le había suspendido sus vómitos, pero las náuseas se le presentan cada vez que se encuentra una situación difícil (enoja ó angustia) y que pese a ella logra comer sin vomitar. Se le interpreta que su síntoma representa el rechazo a la situación enfrentada y con su dificultad de expresar sus afectos principalmente el caraje; se le agregó que precisamente esa dificultad de expresar los afectos lo siguiera trabajando en una terapia grupal ó individual más prolongada ya que tiene que ver con su historia real de abandono, también se le había visto que tenía un leve reconocimiento de discriminar que finalización de una relación no implica necesariamente abandono; se afirmó que su mayor avance era entender su rol de depositaria de las agresiones de sus padres y ha ido comprendiendo que su lugar está fuera de este triángulo y llevándala a buscar su identidad y su necesidad de continuar una terapia prolongada.

1AO. Las terapeutas le preguntan sobre la tarea (avances y que falta trabajar), responde que avanzó en que ya no se preocupa tanta de las gentes (familia) y se está preocupando por ella; narra una escena vivida el fin de semana, pues no tenía deseo de hacer nada y se tiró en el sofá y sus familiares le preguntaron que le pasaba, la miraban cambiada, que antes ella era la más fuerte y estaba pendiente de los problemas de todos.

Dice reconocer su necesidad de continuar en la terapia con un amigo suyo que es terapeuta, manifiesta la duda que si debe empezar nuevamente la terapia inmediatamente ó esperar un tiempo apropiado como le aconsejó su hermana.

Las terapeutas le aclaran que será conveniente esperar aproximadamente tres meses para comenzar una nueva terapia tiempo en el que deberá de procesar y reflexionar sobre la analizada en este grupo. Agregándole que si efectivamente ha reanadido el triangular en relaciones ajenas por lo que la hacía sentirse utilizada por otras que la llevaban a aislarse, deprimirse y desconfiar de las otras y que ha hecho consciencia clara de establecer una relación de pareja y responsabilizarse de ella, así como también se le ha observado que ya no culpa a las otras. Se le sugiere seguir trabajando en terapia grupal más prolongada su autoevaluación en sus aspectos físicos que le abstraculiza para manifestar sus afectos en las relaciones interpersonales, principalmente la de pareja.

5MD Comienza hablando sobre la finalización del grupo afirmando que se sintió enojada cuando se anunció, sesiones atrás, el final de la terapia y que actualmente lo logró asimilar diciendo estar resignada y saber que las relaciones empiezan y terminan constantemente; con respecto a sus avances reconoció que ha podido ver el lado positivo de las cosas (de ser la hija menor y trabajar en la tlalpalería) siendo esta idea reforzada por las terapeutas en el sentido de que llevó a la acción esa búsqueda de aspectos positivos en su inconformidad con la tlalpalería. También reclamó al grupo que la sesión pasada le devolvieron la imagen que ella daba a su inconformidad de trabajar en la tlalpalería, pero que nunca hicieron reflexiones ni referencias a la imagen que daba en la actualidad, sin recordar que el grupo ya le había visto más segura de sí misma y que en otras sesiones le devolvieron como ella jugaba el rol de su mamá.

Las terapeutas le devuelven que además de esto, hizo consciente que su reclamo de independizarse (que para ella significaba alejarse de su familia y de la tlalpalería) era en realidad una búsqueda de su identidad. Otra devolución hecha fue con respecto a su imagen de "niña buena" en constante preocupación por las actitudes de su madre y hermana mayor y lo que le dificulta la expresión de sus afectos (principalmente de coraje); se le sugirió trabajar en un futuro su dificultad de expresar afectos.

6RJ Dice que en su caso no se siente triste ni enojada por la finalización de la terapia, al contrario, está tranquila porque ya finalizó algo que comenzó; reconoce que la devolución hecha por el grupo en la sesión pasada fue muy acertada en cuanto a la imagen que da de reír cuando está triste ó angustiada ó enojada; afirma que le gustaría trabajar en su dificultad de expresar afectos. Agregó que su temor de hablar en público no lo había superado en el nivel que lo superó 9VM.

Las terapeutas les devuelven que hay un leve reconocimiento que su temor a hablar en público se debe a la percepción de una imagen propia autodevaluada en comparación con las imágenes que ella percibe de sus hermanos a los que considera superiores a ella.

También que ha reducido sus dolores de cabeza (cefaleas) y ha tomado consciencia de que su inseguridad se relaciona con ser la única universitaria en su familia, lo que la lleva a una autoexigencia y temor al fracaso. Las terapeutas le sugieren seguir trabajando su imagen autodevaluada físicamente e intelectualmente y sus temores al abandono.

7VH. Con respecto a la finalización de la terapia afirma sentirse muy bien y en ningún momento haberse molestado, al contrario dice estar contenta que acabó. Reconoció que la devolución hecha por el grupo en la sesión pasada fue acertada, ya que ella sabe que vive constantemente en la ambivalencia y no quiere cambiar porque obtiene beneficios; llega a manifestar incertidumbre si regresar a casa de sus padres ó quedarse a vivir con su abuela y prefiere la segunda opción.

Las terapeutas le devuelven y señalan sus deseos de serle franca, manifestándole la duda que tienen respecto a su motivación por resolver su conflicto, se le dice que su forma habitual de actuar es evadiendo su problemática y se le refiere que su cortina

de indiferencia puesta entre ella y sus padres no les permite expresar su coraje hacia ellos. La expresión facial de 7VH durante la devolución fue de rigidez e impacto, al parecer no se esperaba esta respuesta por parte de las terapeutas, aunque asintió con la cabeza dicha devolución.

### **CONTENIDOS LATENTES**

- Temor a expresar afectos en relación a la terminación de las terapias.

### **INTERVENCIONES TERAPEUTICAS**

- Devoluciones individuales y grupales en relación a sus logros y a sus nuevas metas terapéuticas.

## **ANEXO C. PERFILES DE PERSONALIDAD.**

PERFIL Y SUMARIO



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F  
Femenino

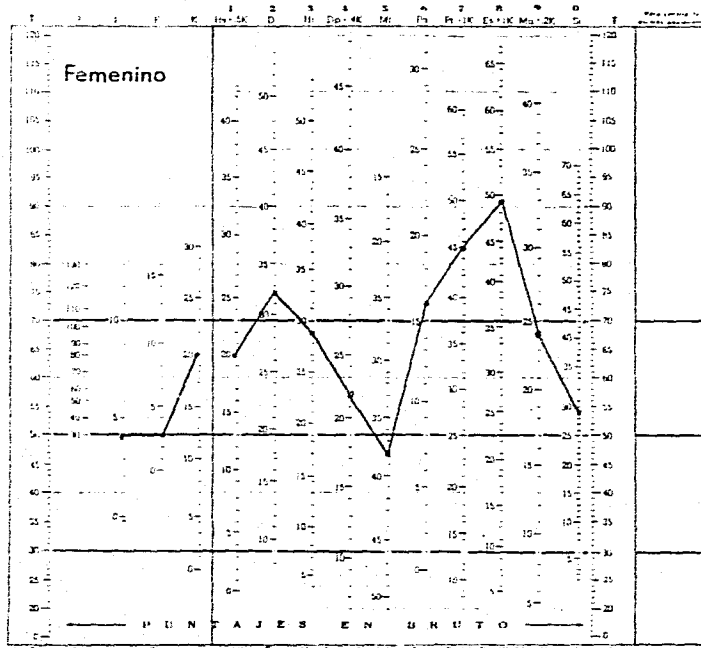
Nombre IAO (1a. aplicación)  
(letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Puntaje en bruto	4	3	20	10	32	29	14	36	16	25	29	20	29
Agregar factor K			10			8				20	20	4	
Puntaje corregido			20		22					45	49	24	

Fracciones de			
W	S	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

8"7" 126' 394 (05); KLF



PERFIL Y SUMARIO

MMPI  
2 4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA  
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre JAO (2a. aplicación)  
(letra de molde)

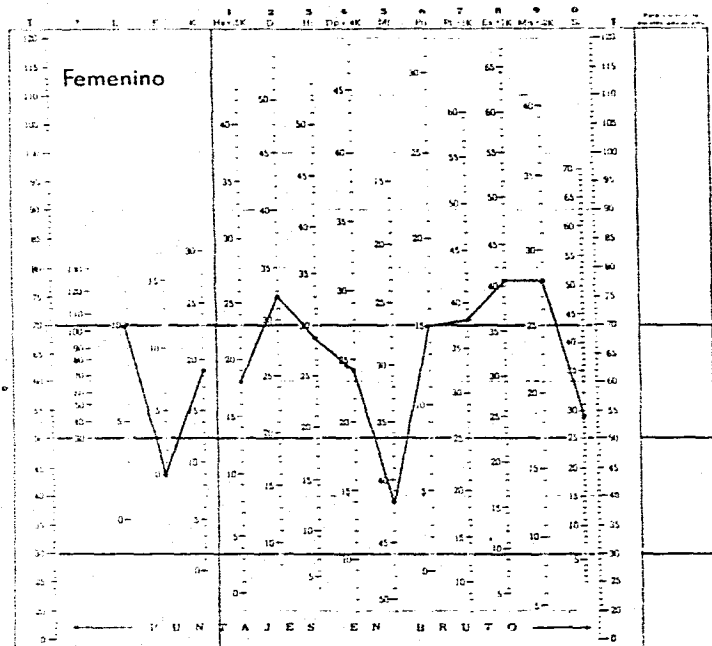
F  
Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Fracciones N				
N	5	4	3	2
30	15	12	8	5
29	15	12	8	5
28	14	11	8	5
27	14	11	8	5
26	13	10	7	5
25	13	10	7	5
24	12	10	7	5
23	12	9	7	5
22	11	9	7	4
21	11	8	7	4
20	10	8	7	4
19	10	8	7	4
18	9	7	7	4
17	9	7	7	3
16	8	6	7	3
15	8	6	7	3
14	7	6	7	3
13	7	6	7	3
12	6	6	7	2
11	6	6	7	2
10	5	6	7	2
9	5	6	7	2
8	4	6	7	2
7	4	6	7	1
6	3	6	7	1
5	3	6	7	1
4	2	6	7	1
3	2	6	7	1
2	1	6	7	0
1	1	6	7	0
0	0	6	7	0

NOTAS

89276' 341 (0) -5; LKF

Puntaje en bruto	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	10	0	19	8	32	24	16	42	15	19	22	23	29
Agregar factor K			10				8			19	19	4	
Puntaje corregido			18				24			38	41	28	



Firma

PERFIL Y SUMARIO

MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA  
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Storke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre 2CE (aplicación única)  
(letra de molde)

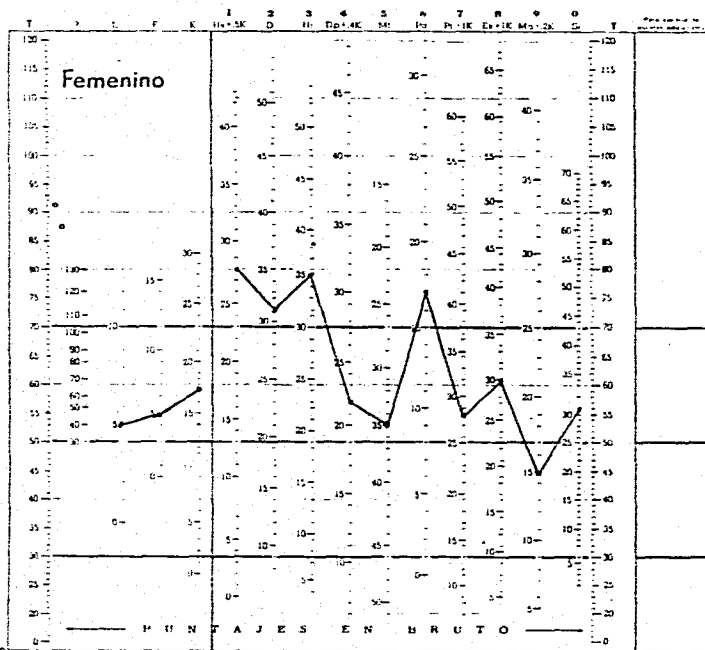
F  
Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Puntaje en bruto	5	5	17	19	31	35	16	25	17	11	13	12	31	---
Agregar factor K			4			3				17	17	3		---
Puntaje corregido			28			22				28	30	15		---

Fracciones N			
N	1	2	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

1' 362' 840 (759); KFL



Firma

MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA  
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre 3GL (aplicación única)  
(letra de molde)

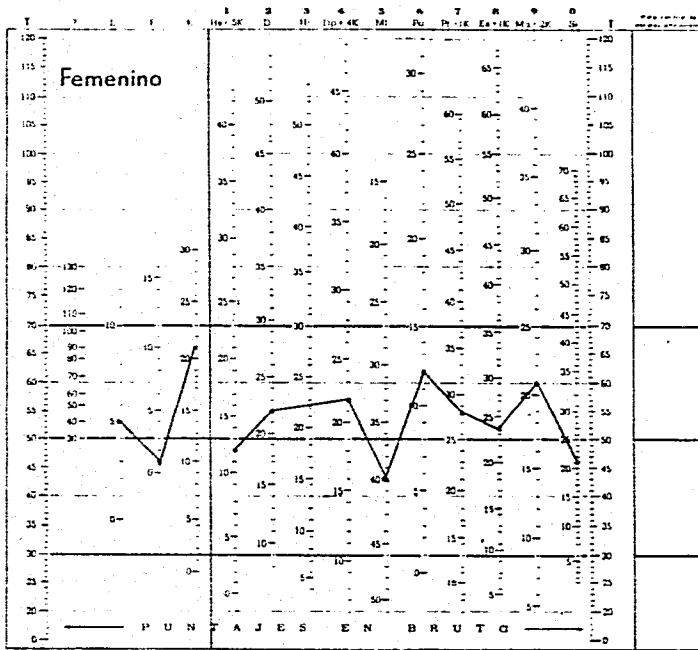
F  
Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Fracciones K			
#	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

6943 (27810)-5; KLF

Puntaje en bruto	5	1	21	1	23	22	19	40	12	7	3	17	21
Agregar factor K			11			8				21	21	4	
Puntaje corregido			12			22				28	24	21	



Firma



PERFIL Y SUMARIO



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre ALP (aplicación única)  
(letra de molde)

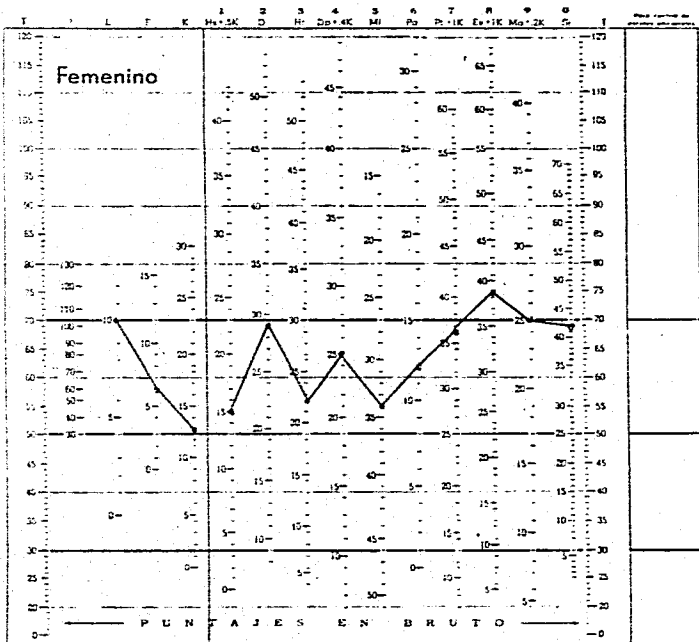


Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Escala			
1	2	3	4
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	5	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	2
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

89' 02746351 ; LFK

Puntaje en bruto	<u>10</u>	<u>6</u>	<u>13</u>	<u>8</u>	<u>29</u>	<u>22</u>	<u>20</u>	<u>34</u>	<u>12</u>	<u>23</u>	<u>26</u>	<u>22</u>	<u>12</u>
Agregar factor K		<u>7</u>				<u>5</u>				<u>13</u>	<u>13</u>	<u>3</u>	
Puntaje corregido		<u>15</u>				<u>25</u>				<u>36</u>	<u>39</u>	<u>25</u>	



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

## PERFIL Y SUMARIO

Nombre SMD (la aplicación)  
(letra de molde)

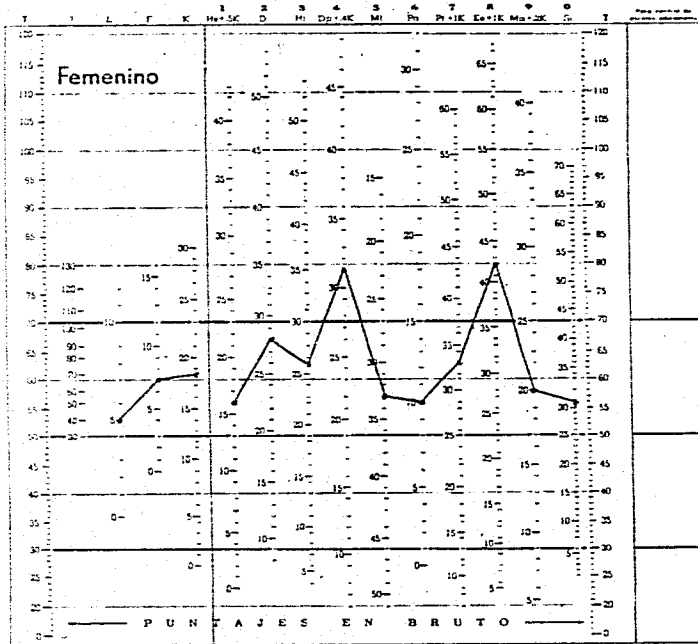
F  
Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Refrenda por \_\_\_\_\_



Escala	Puntaje			
	K	3	4	T
30	15	12	6	
28	15	12	6	
28	14	11	6	
27	14	11	5	
26	13	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	5	
23	12	9	5	
22	11	9	4	
21	11	8	4	
20	10	8	4	
19	10	8	4	
18	9	7	4	
17	9	7	3	
16	8	6	3	
15	8	6	3	
14	7	6	3	
13	7	5	3	
12	6	5	2	
11	6	4	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	3	2	1	
4	2	2	1	
3	2	2	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	

### NOTAS

8" 4' 27345160 ; KFL

Puntaje en bruto 5 7 18 7 28 26 24 33 10 15 24 16 31

Agregar factor K 9 3 18 18 4

Puntaje corregido 16 31 33 42 20



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

## PERFIL Y SUMARIO

Nombre 5MD (2a. aplicación)  
(letra de molde)

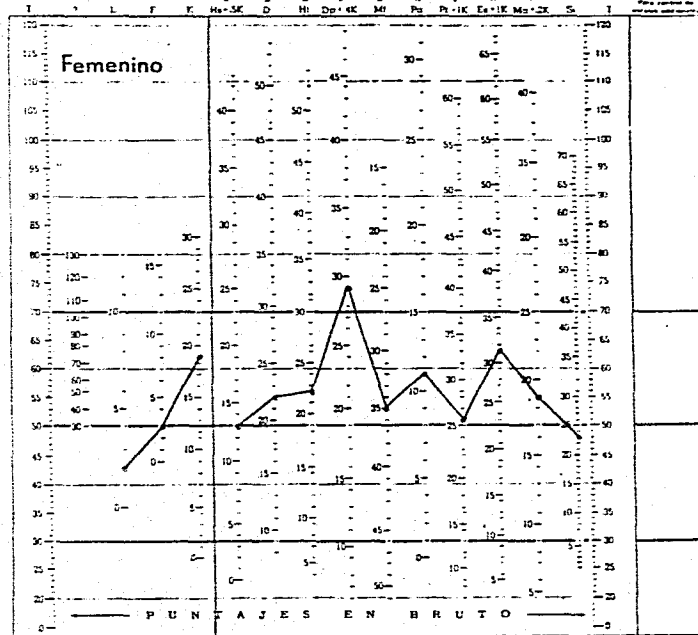
F  
Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Grupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Puntaje en bruto	2	3	19	3	22	22	21	35	11	7	12	15	23
Agregar factor K			10				8				19	19	4
Puntaje corregido			13				29				26	31	19

Fracciones K			
K	S	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

### NOTAS

4' 863 (295710); KFL



PERFIL Y SUMARIO

MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

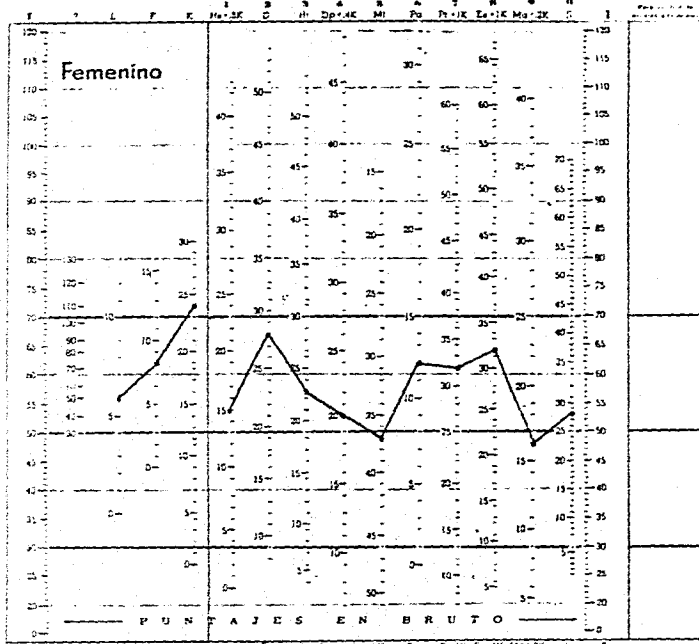
Nombre GRJ (1a. aplicación)  
(fecha de molde)

F  
Tamaño

Dirección \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referida por \_\_\_\_\_



Fracciones M			
#	S	A	T
30	15	12	5
29	15	12	5
28	14	11	5
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

28673 (10459); KFL

Puntaje en bruto	6	8	24	3	28	23	10	33	12	8	8	11	29
Agregar factor K				13			10			24	24	5	
Puntaje corregido				15			20			32	32	16	



Escala \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre BRJ (2a. aplicación)  
(letra de molde)

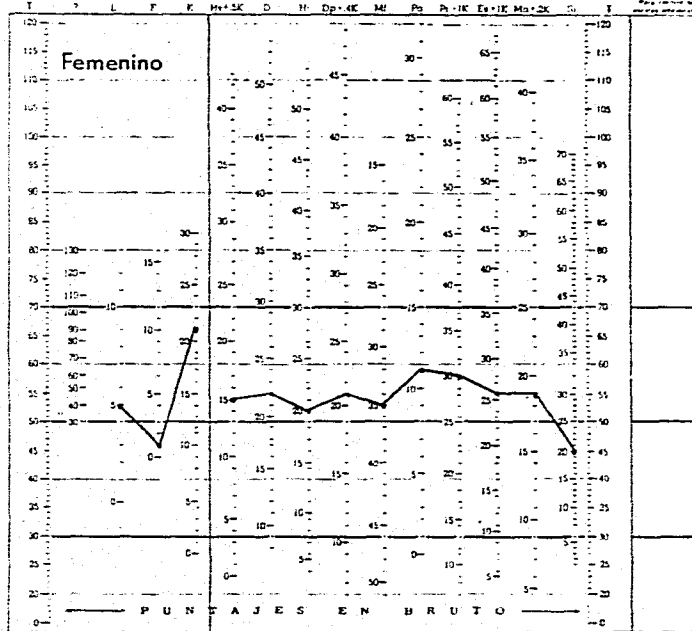
Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_

F  
Femenino



Puntaje en bruto 5 1 21 4 23 20 13 35 11 4 5 15 20  
 Agregar factor K 11  
 Puntaje corregido 15 8 21 21 4 30 26 19

Fracciones e			
e	3	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	1	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

67 (98241530); KLF



Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

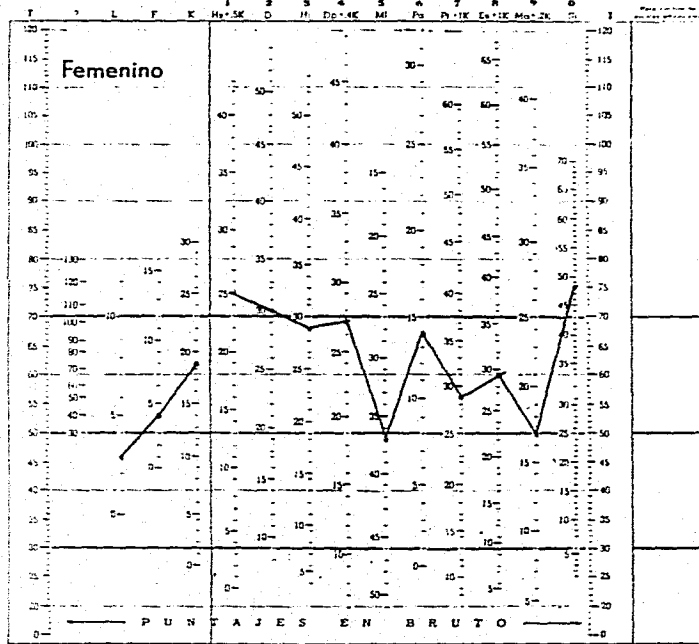
Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

## PERFIL Y SUMARIO

Nombre HVE (1a aplicación)  
(letra de molde)  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

F  
(letra de molde)

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Escala			
#	1	2	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	6	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

### NOTAS

012' 43687 (9) -5; KFL

Puntaje en bruto: 3 4 19 15 30 29 19 37 14 19 13 48  
 Agregar factor K: 10 8 10 10 4  
 Puntaje corregido: 25 23 29 29 13



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PERFIL Y SUMARIO

MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F

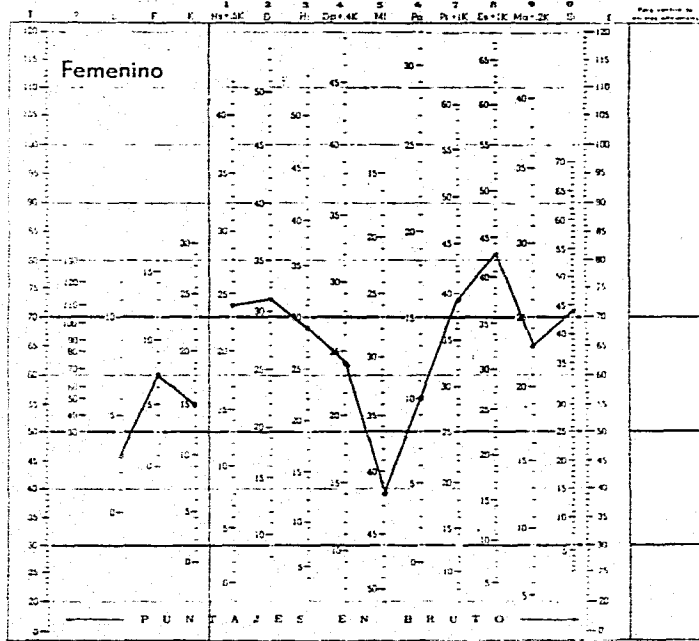
Nombre 7VH (2a. aplicación)  
(letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Puntaje en bruto	3	7	15	16	31	29	18	42	10	23	28	20	44
Agregar factor K			8				6			15	15	3	
Puntaje corregido			23				24			39	43	23	

Factor	1	2	3	4
30	15	12	6	
29	15	12	6	
28	14	11	6	
27	14	11	5	
26	13	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	5	
23	12	9	5	
22	11	9	4	
21	11	8	4	
20	10	8	4	
19	10	8	4	
18	9	7	4	
17	9	7	3	
16	8	7	3	
15	8	6	3	
14	7	6	3	
13	7	5	3	
12	6	5	2	
11	6	4	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	3	2	1	
4	2	2	1	
3	2	2	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	

NOTAS

8" 7210' 3946 -5; FKL



Toma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PERFIL Y SUMARIO

MM  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA  
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

Nombre 8VL (1a. aplicación)  
(letra de molde)

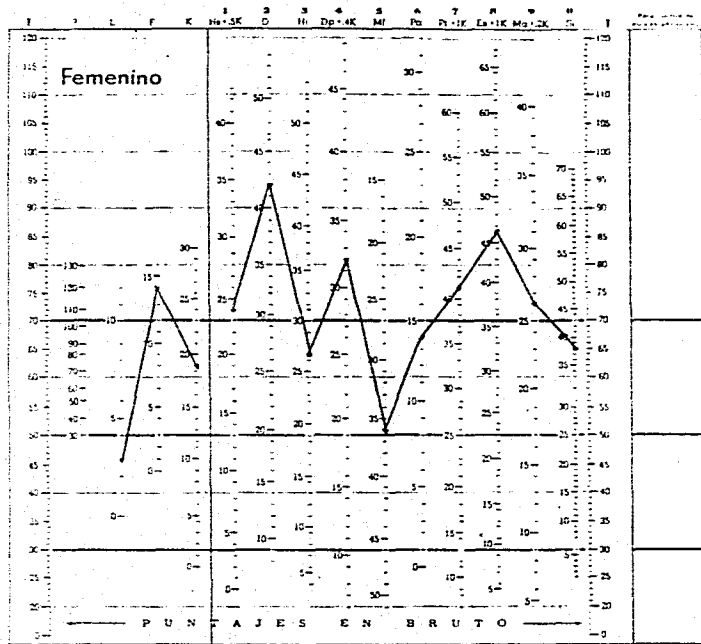
F  
Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Organización \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Refrendo por \_\_\_\_\_



PUNTAJES EN BRUTO

L	F	K	Ha+Sk	D	Hs	Dp+K	Ma	Pa	Pt+K	Ea+K	Ma+K	T
3	14	19	14	41	23	24	36	14	22	27	22	38

Agregar factor K 10

Puntaje corregido 24

8

32

19

41

19

26

Frases	1	2	3	4
30	15	12	6	
29	15	12	6	
28	14	11	6	
27	14	11	5	
26	13	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	5	
23	12	9	5	
22	11	9	4	
21	11	8	4	
20	10	8	4	
19	10	8	4	
18	9	7	4	
17	9	7	3	
16	8	7	3	
15	8	6	3	
14	7	6	3	
13	7	5	3	
12	6	5	2	
11	6	4	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	3	2	1	
4	2	2	1	
3	2	2	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	

NOTAS

2'' 84'' 791' 603 (5); FKL



Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

## PERFIL Y SUMARIO

Nombre 8VL (2a. aplicación)  
(letra de molde)

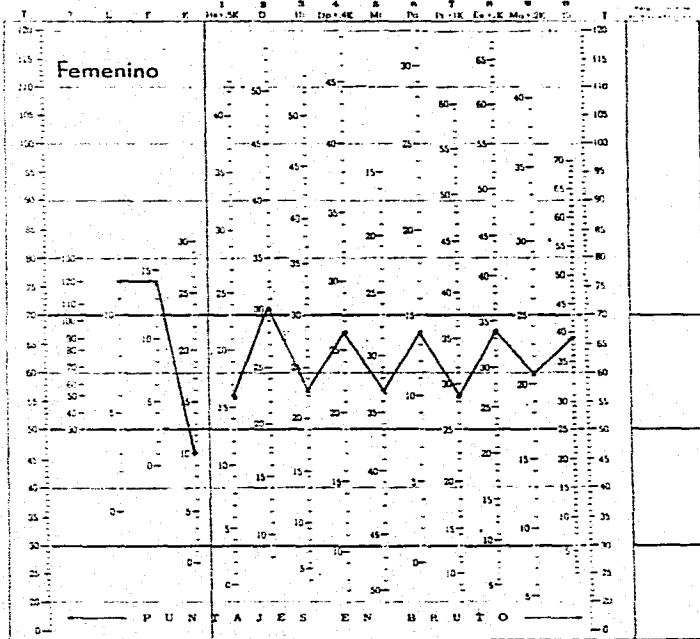
F  
Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Factor	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	3		
24	12	10	5		
23	12	9	3		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		

### NOTAS

21468043517; LFK

Puntaje en bruto	12	14	10	1	30	23	23	33	14	19	24	19	34
Agregar factor K				5			4			10	10	2	
Puntaje corregido				16			26			29	34	21	



Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre QVM (Ja. aplicación)  
(letra del molde)

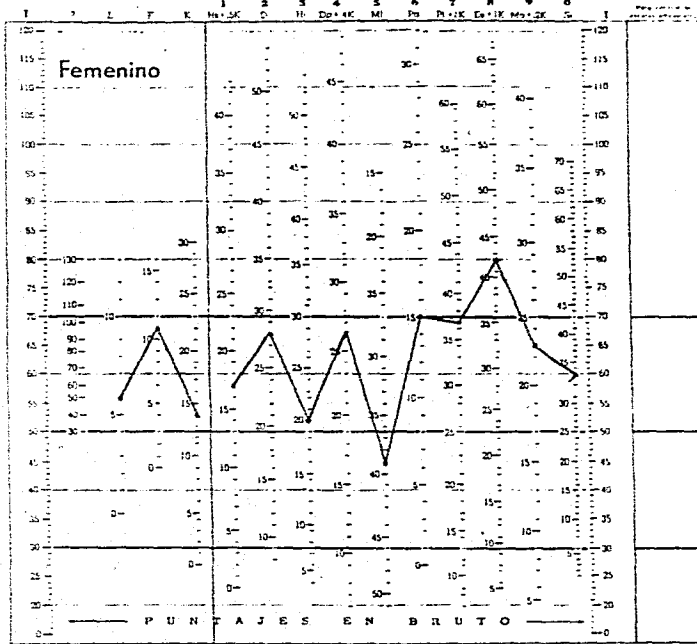
Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_

F



Puntaje en bruto	6	11	14	10	28	20	20	29	15	23	28	20	33
Agregar factor K				3									
Puntaje corregido				13			26			14	14	3	

1	2	3	4	5
35	15	12	6	
29	15	12	6	
28	14	11	6	
27	14	11	5	
26	13	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	5	
23	12	9	5	
22	11	9	4	
21	11	8	4	
20	10	8	4	
19	10	8	4	
18	9	7	4	
17	9	7	3	
16	8	6	3	
15	8	6	3	
14	7	6	3	
13	7	5	3	
12	6	5	2	
11	6	4	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	3	2	1	
4	2	2	1	
3	2	2	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	

NOTAS

8"6' 724901 (5) ; FLK



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

## PERFIL Y SUMARIO

Nombre QVM (2a. aplicación)  
(letra de molde)

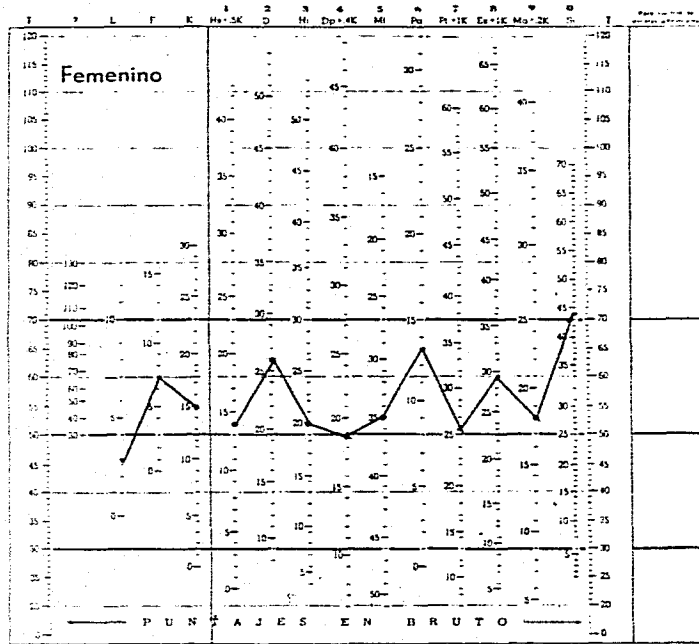
F  
Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



	L	F	K	Hs	D	Hy	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Puntuaje en bruto	3	7	15	6	26	20	13	35	13	11	14	15
Agregar factor K				6								
Puntuaje corregido				19								

Pruebas #	1	2	3	4
30	15	12	6	
29	15	12	6	
28	14	11	6	
27	14	11	5	
26	17	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	5	
23	12	9	5	
22	11	9	4	
21	11	8	4	
20	17	4	4	
19	10	6	4	
18	9	7	4	
17	9	7	3	
16	8	6	3	
15	8	6	3	
14	7	6	3	
13	7	5	3	
12	6	5	2	
11	6	4	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	3	2	1	
4	2	2	1	
3	2	2	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	

### NOTAS

O' 628 (591374); FKL



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_