

01991



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDOS DE POSGRADO**

2
20J

**LA FUERZA YOICA, COMO PRONOSTICO
EN UN GRUPO DE PSICOTERAPIA BREVE**

T E S I S

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

P R E S E N T A :

JAVIER JAIME ESPINOSA

**DIRECTORA: MARIA FAYNE ESQUIVEL ANCONA
MAESTRO: FRANCISCO MORALES CARMONA
MAESTRA: JOSETTE BENAVIDES TOURRES
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ
MAESTRA: GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA**

MEXICO, D.F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

**Para Angela, quien comparte su vida conmigo,
y para mis hijos Rodrigo y Daniel,
fuente de inspiración.**

AGRADECIMIENTOS:

**Para la Psic. Angela, C.P. Hilda, Lic. Hist. Elisa
y el Psic. Abraham, por su disposición constante
y apoyo técnico en la elaboración de la Tesis.**

A MIS MAESTROS:

**Mtra. Maria Fayne Esquivel Ancona,
Mtro. Francisco Morales Carmona,
Mtra. Josette Benavides Tourres,
Dr. José de Jesús González Núñez ,
y Mtra. Georgina Martínez Montes de Oca,
a quienes agradezco sus valiosos comentarios durante
la supervisión de la Tesis, así como por permitirme
compartir algo de su vasta experiencia,
y por brindarme su amistad.**

INDICE

| CONTENIDO | | PAG |
|--|---|------------|
| Prólogo | | 1 |
| Introducción | | 3 |
| Antecedentes | | 5 |
| Los cuatro ejes de la psicoterapia de grupo. | | 8 |
| | | |
| CAPITULO I. | SEMINARIOS TEORICOS Y PRACTICOS. | 10 |
| 1.1. | Marco Teórico de la Psicoterapia de Grupo Breve | 10 |
| 1.2. | Grupo. | 12 |
| 1.3. | Dinámica de Grupo. | 12 |
| 1.4. | Interacción. | 13 |
| 1.5. | La comunicación. | 13 |
| 1.6. | Resistencia al cambio. | 14 |
| 1.7. | Cohesión. | 14 |
| 1.8. | Subagrupamiento. | 14 |
| 1.9. | Atmósfera. | 15 |
| 1.10. | Supuestos Básicos en el grupo psicoterapéutico. | 15 |
| | 1.10.1. De dependencia | 16 |
| | 1.10.2. El ataque-huida. | 16 |
| | 1.10.3. El apareamiento. | 16 |
| 1.11. | Grupo Terapéutico. | 17 |
| | 1.11.1. Psicoterapia de Grupo Breve | 17 |
| | 1.11.2. Comunicación, transversalidad y roles. | 17 |
| | 1.11.3. Focalización en la psicoterapia breve. | 20 |
| | 1.11.4. El aquí y ahora. | 20 |
| | 1.11.5. La transferencia múltiple. | 21 |
| | 1.11.6. La contratransferencia en el grupo. | 22 |
| | 1.11.7. Lo institucional en la Psicoterapia de Grupo Breve. | 23 |
| 1.12. | Punto de vista psicodinámico | 24 |
| | 1.12.1. Conflicto. | 25 |
| | 1.12.2. Síntoma. | 26 |
| | 1.12.3. Funciones Yoicas. | 26 |
| | 1.12.4. Contenido manifiesto. | 32 |
| | 1.12.5. Contenido latente. | 33 |
| | 1.12.6. Insight. | 33 |

| | | |
|----------------------|--|-----------|
| CAPITULO II. | ANALISIS PERSONAL DEL TERAPEUTA EN PSICOTERAPIA DE GRUPO. | 36 |
| | | |
| CAPITULO III. | PRACTICA INSTITUCIONAL COMO TERAPEUTA DE GRUPO. | 39 |
| 3.1. | Definición de Terapeuta de Grupo. | 39 |
| 3.2. | Objetivos. | 39 |
| 3.3. | Funciones. | 40 |
| 3.4. | Comunicaciones, intervenciones y prescripciones terapéuticas. | 40 |
| 3.4.1. | Encuadrar. | 41 |
| 3.4.2. | Interrogar. | 42 |
| 3.4.3. | Confirmar o rectificar. | 42 |
| 3.4.4. | Recapitular. | 43 |
| 3.4.5. | Proporcionar información. | 43 |
| 3.4.6. | Señalar. | 43 |
| 3.4.7. | Sugerir. | 44 |
| 3.4.8. | Interpretar. | 44 |
| 3.4.9. | Clarificar. | 45 |
| 3.4.10 | Indicar | 46 |
| | | |
| CAPITULO IV. | LA SUPERVISION EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO. | 47 |
| 4.1. | Definición de Supervisor | 47 |
| 4.2. | Objetivos. | 48 |
| 4.3. | Funciones. | 49 |
| 4.4. | Observadores. | 49 |
| 4.4.1. | Definición de observación. | 50 |
| 4.4.2. | Objetivos. | 50 |
| 4.4.3. | Funciones. | 51 |

| | | |
|---------------------|---|-----------|
| CAPITULO V. | METODO. | 52 |
| 5.1. | Planteamiento del problema. | 52 |
| 5.2. | Objetivos de la Investigación. | 52 |
| 5.3. | Tipo de Investigación. | 53 |
| 5.4. | Hipótesis conceptual | 53 |
| 5.5. | Hipótesis de trabajo. | 53 |
| 5.6. | Variable Independiente. | 54 |
| 5.7. | Variable Dependiente. | 55 |
| 5.8. | Selección de pacientes y terapeutas. | 55 |
| 5.9. | Características de los sujetos. | 57 |
| 5.10. | Características del Grupo Psicoterapéutico | 58 |
| 5.11. | La selección de parejas terapéuticas. | 59 |
| 5.12. | Selección de pacientes para grupo. | 60 |
| 5.13. | Aparatos. | 61 |
| 5.14. | Procedimientos. | 62 |
| 5.15. | Instrumentos. | 63 |
| 5.16. | Características de la Escala la Fuerza Yoica (Fe). | 65 |
| 5.17. | Metodología de la supervisión y la observación en el grupo de entrenamiento. | 68 |
| | 5.17.1. Material clínico de la supervisión. | 68 |
| 5.18. | Resultados. | 69 |
| | | |
| CAPITULO VI. | ANALISIS DE RESULTADOS. | 71 |
| 6.1. | Resultados del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota, aplicados previo y posterior al tratamiento en Psicoterapia de Grupo Breve. | 71 |
| | Caso No. 1. | 73 |
| | Caso No. 2. | 78 |
| | Caso No. 3. | 81 |
| | Caso No. 4. | 85 |
| | Caso No. 5. | 88 |
| | Caso No. 6. | 92 |
| | Caso No. 7. | 96 |
| 6.2. | Resultados del Pretest y Retest en el MMPI y en la Escala Especial de la Fuerza Yoica (Fe). | 100 |
| 6.3. | Resultados y análisis del Foco grupal (conflicto en las relaciones interpersonales). | 101 |
| 6.4. | Tratamiento Psicoterapia de Grupo Breve. | 107 |
| | 6.4.1. Temas manifiestos en el tratamiento de Psicoterapia de Grupo Breve Focalizada. Foco Grupal: conflicto en las relaciones interpersonales. | 110 |
| | 6.4.2. Listado de procesos psicológicos asociados a los temas manifiestos. | 111 |

| | | |
|----------------------|---|------------|
| CAPITULO VII. | DISCUSION Y CONCLUSIONES. | 112 |
| 7.1. | Conclusión y resultados de la Escala de la Fuerza Yoica (Fe), como pronóstico para el tratamiento en psicoterapia de grupo Breve. | 112 |
| 7.2. | Conclusión de los resultados del Foco Grupal (conflictos en las relaciones interpersonales). | 113 |
| Anexos. | | 116 |
| Bibliografía. | | 130 |

PROLOGO

En el devenir histórico de la humanidad, la convivencia grupal ha sido un factor crucial para la sobrevivencia del hombre en la faz de la tierra.

El grupo es una estructura sustantiva en el desarrollo de la vida social hecha por el hombre. Es difícil imaginar la constitución de una cultura, sin encontrar en ella grupos humanos. Grupos que se unieron para protegerse de su medio ambiente adverso y de los depredadores.

Unirse como grupo le permitió al hombre compensar su frágil estructura biológica y poder promover cambios en su estructura psíquica y social, lo que redundó en la creación de una compleja gama de culturas.

La constelación familiar, las formas de relación social, el trabajo y el lenguaje, no serían posibles sin la existencia del grupo. Todos tenemos grupos de referencia en cualquiera de nuestros ámbitos, instaurados con normas, reglas de relación, funciones específicas, objetivos e ideología, por nombrar algunos. Estos grupos de referencia, como son la familia, el grupo laboral o el grupo educativo, son sólo algunos ejemplos cercanos de nuestra inmensa red de inserción grupal. El grupo representa uno de los objetos de estudio de múltiples disciplinas como son: la antropología, la psicología social, la psicología clínica, la administración y la sociología entre otras.

En la psicología clínica, y específicamente en la psicoterapia de grupo, el grupo representa el microcosmos del paciente en la sala de terapia del ámbito clínico, cuyo objetivo es aminorar la conflictiva personal del paciente y su sintomatología, a través de un grupo diseñado exprofeso; donde la comunicación verbal y la no verbal, la interacción, los afectos, la atmósfera, la dinámica y la relación anímica con los terapeutas, serán los elementos privilegiados para el análisis y la cura.

Entonces, el grupo es origen de las relaciones interpersonales, de sus dificultades y también de sus soluciones, y el espacio para la solución a estos conflictos en el ámbito clínico, es la psicoterapia grupal.

Es por ello que el grupo psicoterapéutico es un acceso para solucionar conflictos emocionales, iniciados en el macrocosmos social del paciente y reeditados por él en la psicoterapia de grupo. El tratamiento grupal está avalado por la teoría, la técnica y metodología de la psicoterapia grupal, que se encuentra supervisada, para brindar un mejor tratamiento.

Lo anterior es el contexto que promueve mi interés en el estudio de los grupos, y en específico esta tesina pretende exponer la evaluación de la fuerza yóica en el proceso de selección grupal, como una herramienta que permita al terapeuta contar con criterios más sólidos en la elección de pacientes a tratamiento grupal, lo cual redundará directamente en beneficio de los pacientes.

INTRODUCCION

La presente tesis tiene como objeto exponer los resultados obtenidos en mi labor terapéutica con un grupo de psicoterapia breve, durante mi formación como psicólogo Clínico y Psicoterapeuta de Grupo en Instituciones, cuyo objetivo principal es la evaluación de la fuerza yoica de pacientes que se seleccionan para tratamiento grupal.

De lo anterior se derivan dos objetivos principales de investigación que se relacionan recíprocamente, y son:

- 1.- Exponer los resultados del foco grupal denominado Grupo con conflictos en sus relaciones interpersonales.
- 2.- Exponer los resultados de la evaluación de la fuerza yoica, como pronóstico en Psicoterapia de Grupo Breve.

Para lograr estos objetivos, fué necesario plantear en principio los cuatro ejes que conforman el entrenamiento para el psicoterapeuta de grupo. Estos cuatro ejes son: los seminarios teóricos, el análisis personal del terapeuta, la práctica clínica institucional como terapeuta, y la supervisión del entrenamiento.

Estos cuatro ejes representan la piedra angular para poder interpretar los resultados del foco grupal y de la evaluación de la fuerza yoica.

Es importante señalar que respecto a los seminarios teóricos, sólo se presentó una estructura general ya que no es el motivo de la tesis una exposición exhaustiva de la teoría de la Psicoterapia de grupo, que sólo podría distraer el objetivo central de la tesis.

La importancia de la tesis reside en proponer la evaluación de la fuerza yoica, previa al tratamiento y posterior al mismo, para conocer el probable pronóstico de avance que el paciente pueda tener en la psicoterapia grupal, y con ello

contar con criterios y estrategias más apropiados para la selección de pacientes a psicoterapia de grupo breve (PGB), así como también dar mayor énfasis de apoyo a los pacientes con pobre pronóstico psicoterapéutico.

ANTECEDENTES.

La evaluación y la investigación de la fuerza yoica como pronóstico, se ha venido haciendo desde 1953 con Barrón, Dalstrom y cols. (1975); Duckworth, (1975) y Esquivel (1993) entre otros, quienes han puesto énfasis en el ámbito de la psicoterapia individual de corte psicoanalítico, presentando resultados satisfactorios y confiables del pronóstico terapéutico.

Sin embargo el estudio de la fuerza yoica como pronóstico en psicoterapia de grupo breve se ha descuidado, siendo escasas las investigaciones al respecto, Acevedo (1993), por lo que se requiere de más investigaciones que puedan avalar esta evaluación como parte indispensable en la selección de pacientes a grupo.

Respecto a la metodología, el tratamiento utilizado en esta tesis se encuentra enmarcado en *la teoría y práctica de la psicoterapia de grupo breve con objetivos focalizados*.

El diseño de investigación que se utilizó fue el cuasiexperimental, que permite un abordaje en un clima real como lo es el ámbito clínico de la psicoterapia de grupo breve.

El experimento de campo se caracteriza por el control de la variable independiente (VI). En el ámbito clínico la (VI) está conformada por la teoría y la técnica; en psicoterapia de grupo breve, que se lleva a una situación de clima real (sala de terapia).

Este tipo de investigación tiene un diseño específico que se denota como **DISEÑO CUASI-EXPERIMENTAL**. Es un diseño recomendable para las investigaciones en ciencias sociales, en las ciencias exactas y naturales por las ventajas que presenta, ya que es más realista que los diseños de laboratorio; se puede controlar la variable independiente (VI), hay mayor fuerza en las variables estudiadas y presenta mayor validez externa.

El diseño cuasi-experimental en psicología clínica se efectúa en las salas de terapia (consultorios psicológicos) que cumple con los requerimientos del

tratamiento, sea éste individual, de pareja, grupal o familiar, (sus características se detallan en el Método).

Las hipótesis del trabajo pretenden conocer:

- 1.- Si el tratamiento (PGB) es recomendable y produce cambios terapéuticos en el foco grupal (conflictos en las relaciones interpersonales).
- 2.- Si la evaluación de la fuerza yoica es una herramienta que permite una selección más adecuada para pacientes a (PGB)

Las variables que se trabajaron se describen a continuación:

(VI) Variable Independiente.- Está conformada por la teoría y la técnica de la psicoterapia de grupo breve focalizada, y la Variable Dependiente (VD), está representada por los conflictos de las relaciones interpersonales y los síntomas expresados por los pacientes.

Los pacientes fueron seleccionados de la cartera de atención psicoterapéutica del Centro de Servicios Psicológicos (CSP), en la Facultad de Psicología de la UNAM.

El tratamiento constó de 22 sesiones, en intervalos de una semana, de 90 minutos cada una. La labor terapéutica se focalizó a nivel grupal e individual. El foco grupal se denominó: "conflictos en las relaciones interpersonales"; y el foco individual fue producto de los "síntomas" que cada paciente mostró ante su conflictiva personal.

Para tal efecto, se utilizaron las instalaciones y los aparatos del (CSP), como son: la sala de terapia, la Cámara de Gessell, el equipo de videograbación, etc.

Las técnicas de intervención terapéutica corresponden al marco teórico de la PGB.

Todas las sesiones fueron filmadas y supervisadas bajo los criterios teórico y metodológicos, antes señalados de la (PGB).

El instrumento utilizado para la evaluación del tratamiento, fue el Cuestionario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI), del cual se deriva la Subescala de la Fuerza Yoica (Fe).

El tratamiento de los resultados de la evaluación del MMPI y de la subescala de la Fuerza Yoica (Fe) se fundamentó en las predicciones estadísticas propuestas por los autores de la prueba y la subescala, Hataway y Barrón, respectivamente, que permiten describir la estructura de personalidad de cada sujeto en estudio, así como la cualidad de sus funciones yoicas.

El cuestionario del MMPI se aplicó a los pacientes, previo al tratamiento (pretest) y posterior al mismo (retest).

El análisis cualitativo y cuantitativo se hizo intrasujeto, lo que permitió observar y comparar los cambios producidos por el tratamiento en cada uno de los pacientes.

La tesina está conformada por siete capítulos. Al inicio se explica la importancia de los cuatro ejes que conforman el entrenamiento del psicoterapeuta de grupo, los cuales se desarrollan a lo largo de los cuatro primeros capítulos y se refiere a los 4 ejes que conforman el entrenamiento terapéutico, que son: 1) marco teórico de la psicoterapia de grupo, 2) el análisis personal, 3) la práctica institucional del terapeuta grupal y 4) la supervisión.

En el capítulo cinco, se detalla el método de la investigación. En el capítulo seis se presentan los resultados del MMPI, y de la Subescala de la Fuerza Yoica, aplicados e interpretados. En el último capítulo se exponen las conclusiones y la discusión de la investigación.

LOS CUATRO EJES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Los cuatro ejes que sustentan el entrenamiento y formación de psicólogos clínicos y psicoterapeutas de grupos en instituciones, en la Facultad de Psicología de la UNAM, se conforman de la siguiente manera.

- 1.- El marco teórico
- 2.- El análisis personal del terapeuta en psicoterapia de grupo.
- 3.- La práctica institucional del alumno como terapeuta de grupo.
- 4.- La supervisión a su proceso de enseñanza-aprendizaje

Los 4 ejes representan las bases mínimas para el proceso de enseñanza-aprendizaje de futuros terapeutas. Estos ejes se interconectan para dar cuenta uno de los otros en una función de reciprocidad e interdependencia, que representa "un todo integral".

1. El marco teórico permite la explicación de los fenómenos y procesos psicológicos acaecidos en la relación terapéutica dando cuenta de categorías y conceptos que definen y delimitan el objeto y el campo de estudio. Su función primordial consiste en definir las características de los fenómenos observados, en los que incide el psicoterapeuta de grupo en el ámbito clínico.
2. El análisis personal del terapeuta en psicoterapia de grupo es producto de una regla psicoanalítica enunciada por S. Freud, que sugiere como indispensable el tratamiento para poder reconocer los fenómenos contratransferenciales, ya que el instrumento básico del terapeuta, es su propia persona, la cual debe conocer para evitar interpretaciones erróneas

que pudieran ser iatrogénicas. Entonces, el marco teórico y el conocimiento de los fenómenos contratransferenciales serán el sustento de las intervenciones e interpretaciones terapéuticas.

3. La práctica institucional del alumno como terapeuta de grupo, representa el trabajo clínico donde conjugará los dos ejes anteriores y hará uso de las técnicas provenientes de los hallazgos clínicos en un continuo pasaje entre la teoría y la técnica. Aquí el terapeuta tendrá la oportunidad de seleccionar, organizar y estructurar los objetivos terapéuticos, principalmente orientados a la focalización grupal y sintomática.
4. La supervisión al proceso de enseñanza-aprendizaje representa un punto nodal y estratégico, donde el objetivo primordial consiste en que el alumno haga uso adecuado del conocimiento contenido, y aprenda día con día tanto de su propia experiencia, como de la de sus tutores, quienes corrigen eventuales errores en la práctica terapéutica.

En los siguientes capítulos se abordará cada uno de estos ejes con mayor detalle.

CAPITULO I

SEMINARIOS TEORICOS Y PRACTICOS

Los seminarios teóricos y prácticos que conforman el Plan de Estudios de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones, abordan en primera instancia el Marco Teórico de la Psicoterapia de Grupo Breve, tanto en el diagnóstico, como en el pronóstico y tratamiento. Paralelamente, se imparten cursos con orientación de la terapia familiar Sistémica, para observar e intervenir en tratamientos de pareja y familia. Estos cursos se apoyan en sus técnicas y herramientas metodológicas, tanto de entrevista como de psicodiagnóstico, donde el alumno en entrenamiento pasa por las diferentes fases del proceso enseñanza-aprendizaje. Esto es, como participante en los seminarios teóricos, y como observador y coterapeuta de tratamiento a pacientes en el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) de la Facultad de Psicología de la UNAM.

1.1. Marco Teórico de la Psicoterapia de Grupo Breve.

El marco teórico de referencia de la Psicoterapia de Grupo Breve (PGB). tiene como objetivo principal delimitar y dirigir el campo de conocimiento que explica la teoría y técnica de la intervención del psicoterapeuta de Grupo Breve, así como de los procesos o fenómenos que suceden durante el tratamiento grupal. La Psicoterapia de Grupo Breve no es una disciplina terminada. Al igual que todas las ciencias sociales, se encuentra en pleno desarrollo, por lo que, la experiencia grupal (tratamiento), el desarrollo metodológico, el trabajo técnico (Intervenciones terapéuticas) y los trabajos epistemológicos, forman las bases que sostienen el avance psicoterapéutico, el cual día a día enriquece al modelo teórico.

El modelo de PGB es Multidisciplinario, lo que significa que es una "combinación" de varios modelos teóricos. los cuales no se contraponen, sino

que se complementan y se integran para dar cuenta de los procesos del tratamiento grupal.

El modelo interdisciplinario incluye aportes de la Psicología Social, la Sociología y el Psicoanálisis, entre otros.

Los aportes de la Psicología Social, corresponden al trabajo de la Dinámica Grupal, iniciada por Kurt Lewin (1946), así como los fenómenos inherentes al estudio y estructura del grupo, como son los conceptos de: grupo, dinámica grupal, resistencia al cambio, cohesión y atmósfera.

La Sociología aporta principalmente la Teoría Institucional en que se inserta la PGB, y el concepto de rol, que junto a la Psicología General, han trabajado por décadas como parte de uno de sus objetos de estudio.

El Psicoanálisis, es la fuente principal de explicación de los fenómenos intrapsíquicos que se suceden en el ámbito de la psicoterapia de grupo, así como de las relaciones interpersonales, los afectos, los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, por nombrar algunos.

Las contribuciones del psicoanálisis al grupo y a la psicoterapia breve, provienen principalmente de: S. Freud (1917 y 1921) y su Teoría del Aparato Psíquico; B.F. Bion (1990), con los Supuestos Básicos; Foulkes, (1957) con sus aportaciones al trabajo de Transferencia Múltiple y a las conceptualizaciones sobre la psicoterapia breve de Bellak (1975), Small (1975) y Fiorini (1990).

En nuestro país, los aportes principales corresponden a miembros activos de AMPAG (Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, A.C.), y ellos son: J. A. Carrillo e Isabel Díaz Portillo. Y en el IIPCS (Instituto de Investigación Psicológica, Clínica y Social, A.C.), el Dr. José de Jesús González Núñez. Estas aportaciones se desarrollarán en el presente capítulo.

Klein L. (1991) cita a Carrillo (1987) y comenta que el enfoque de las lecturas que se puede hacer de este modelo teórico multidisciplinario, son: el interaccional, el intersubjetivo, el social y el institucional.

1.2. Grupo.

El concepto de Grupo no tiene una definición única y exacta, debido a que se le ha definido desde distintos marcos teóricos, como la Sociología, la Psicología Social, la Antropología y la Psicología Clínica entre otras; encontrando en el concepto de grupo, propiedades, funciones e interrelaciones dinámicas. Asimismo, se le ha clasificado para ceñirlo según las necesidades de los diferentes marcos teóricos.

Cartwright y Zander (1983) definen al grupo en base a las aportaciones de Beck y Lewin, de la siguiente manera: "El grupo es un conjunto de individuos cuyas relaciones mutuas hacen a éstos interdependientes en algún grado significativo. Definido así, el grupo se refiere a una clase de entidades sociales que tienen en común la propiedad de la interdependencia entre sus miembros constitutivos."

La siguiente definición se caracteriza por ser integradora y sistemática de los elementos que definen al grupo.

González (1978), expresa: "actualmente varios autores han definido al grupo como una reunión, más o menos permanente, de varias personas que interactúan y se interfluyen entre sí, con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en donde todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas y valores que todos han creado y modificado.

1.3. Dinámica de Grupo

Maissonneuve, (1963) comenta que Kurt Lewin es el creador del término Dinámica de Grupo, y promotor de la corriente de investigación que lleva su nombre. El término Dinámica de Grupo que apareció en 1944 en un artículo dedicado a la teoría de la práctica de la Psicología Social, es uno de los conceptos privilegiados del dominio psicológico, ya que en él se encuentran amalgamadas la teoría y la práctica del conocimiento grupal con rigor metodológico. La Dinámica Grupal, nace como un campo de investigación, cuyo

objetivo central es conocer la naturaleza de los grupos, las leyes de su desarrollo y sus interrelaciones.

La Dinámica Grupal se define, no por la simple proximidad o la simple semejanza de sus miembros, sino como un conjunto de personas interdependientes. En este sentido constituye verdaderamente un organismo y no un conglomerado, o una colección de individuos. En el grupo se genera un sistema de "tensiones", algunas veces positivas y otras negativas, correspondientes al juego de los deseos y las defensas; por lo que la conducta del grupo consistirá en un conjunto de operaciones tendientes a resolver esas tensiones y a restablecer un equilibrio más o menos estable.

1.4. Interacción.

González (1993), menciona que la interacción en el grupo, es la relación de sus miembros cara a cara. Esta relación se da desde lo no verbal; ésto es, desde conductas como la aprobación o la desaprobación, silencios reflexivos o silencios resistenciales, entre otras. y sólo llegarán a simbolizarse por medio del lenguaje en la comunicación.

1.5. La comunicación.

La comunicación es el código articulado por medio del cual, los miembros del grupo expondrán una inmensa gama de motivos, deseos, fantasías, sentimientos, necesidades, expectativas, etc. En la Psicoterapia de Grupo Breve, homologaremos a la comunicación con el contenido manifiesto. Los conceptos de interacción y comunicación nos llevan al proceso de la dinámica grupal como resultante de la reciprocidad entre la participación verbal y la no verbal, hacia una meta común.

La Dinámica Grupal, según González (1992), son las relaciones causa-efecto que se llevan a cabo dentro de un grupo, ésto es, el accionar del grupo.

1.6. Resistencia al Cambio.

La resistencia al cambio es una actitud de rechazo, de no aceptación a un evento nuevo y desconocido, que causa ansiedad. Por ejemplo, la resistencia al cambio es una defensa de los miembros ante el evento de grupalidad, donde se harán evidentes actitudes y expresiones de desaprobación y descalificación ante la nueva situación.

1.7. Cohesión.

Para el Psicólogo Social Leon Festinger (1954), la cohesión trata de la totalidad del campo de fuerzas que tienen por efecto mantener unidos a los miembros de un grupo y poder resistir las fuerzas de la desintegración

La cohesión es la atracción que los miembros sienten por el grupo y es un resultado positivo de la terapia de grupo, donde la aceptación y la comprensión de los miembros permite expresar y explorar la conciencia de sentirse como grupo, como una unidad. La cohesión influye mucho en la autoestima de los miembros y se ve reforzada en su continua tarea.

1.8. Subagrupamiento.

El concepto de Subagrupamiento, supone que todos los grupos tienden a dividirse en grupos más pequeños debido a los vínculos emocionales e intereses personales que se expresan, tanto al interior como al exterior del grupo principal. En psicoterapia de grupo breve, el subagrupamiento se reconoce como una forma de "acting out", que no será más que la expresión de un conflicto inconsciente, de sentimientos de hostilidad o de amor que se manifestarán en una serie de conductas y actitudes que promoverán el subagrupamiento. Por lo que dichos comportamientos se podrán observar en ocasiones como "resistencia al trabajo terapéutico," presentado en forma de bloqueo, donde podrán romper el encuadre con reuniones fuera de la terapia cuando en dicho encuadre se haya delimitado dicha situación, y podrá existir hostilidad de un subgrupo a otro en continua reciprocidad, observándose aquí, sabotajes de carácter inconsciente, aunados a manifestaciones resistenciales,

descalificaciones, entre otras, con objeto de defender su posición como subgrupo.

1.9. Atmósfera.

Cartwright y Zander (1971), informan que el concepto de "atmósfera" es un término relacionado con importantes rasgos del grupo que no ha sido aclarado y existen pocas investigaciones grupales al respecto, sin embargo, la teorización es prolífica al respecto.

González (1978) se refiere a la atmósfera como la disposición de ánimo o sentimientos que se encuentran difundidos dentro del grupo, (por ejemplo, no es la misma atmósfera en la primera sesión que en la última; tampoco es igual la atmósfera de una sesión con un alto contenido erótico que la de una sesión donde se trabaja un duelo).

El concepto de atmósfera se encuentra íntimamente relacionado con lo que Kadis (1978) denomina el "clima grupal" y expresa que nace de muchos factores, entre los que se encuentran: el papel asumido por el terapeuta, las limitaciones, las restricciones de la conducta dentro y fuera de la sesión, así como la manera en que el terapeuta maneja las reacciones, respuestas e interrelaciones de los miembros del grupo. El terapeuta tiene como uno de sus objetivos principales, fomentar un clima donde los pacientes y él, se sientan en un ambiente (atmósfera) que permita la interacción grupal, donde puedan manifestar sentimientos actuales y pasados en su transferencia, y permita analizar las resistencias y la producción clínica derivada del clima grupal.

1.10. Supuestos Básicos en el grupo psicoterapéutico.

Una contribución del Psicoanálisis a los procesos grupales son los tres Supuestos Básicos enunciados por Bion (1980), y representan una contribución medular en los procesos inherentes al grupo, desde la teoría psicoanalítica.

Parafraseando a Maissonneuve, Jean (1963), los supuestos básicos son: 1.- de dependencia, 2.- de ataque-huida y 3) de apareamiento, y se caracterizan de la siguiente manera:

1.10.1 De dependencia.

El Supuesto Básico de dependencia, se representa en los miembros del grupo psicoterapéutico a nivel inconsciente, como una necesidad de ser protegido, obtener seguridad y tranquilidad por parte del terapeuta, quien deberá de reconocer los atributos que se le asocian a su figura o rol terapéutico, por lo que es necesario que el terapeuta en su supervisión, identifique y valore sus respuestas contratransferenciales en la omnipotencia de que el grupo lo ha inscrito como un líder protector de dicho proceso.

1.10.2. El ataque-huida.

En el segundo Supuesto Básico denominado de Ataque-huida, el grupo responde inconscientemente con la dualidad de la agresión y el escape, hacia el terapeuta y hacia el grupo, que representa un peligro difuso y continuo, donde se resucitan fantasías de las figuras de autoridad con las imagos paternas. Es por ello que si el terapeuta se niega a garantizar la seguridad esperada del esquema de dependencia, un miembro o subgrupo se mostrará agresor, elaborando continuos ataques y tratarán de salir ilesos de ellos, ya que la figura terapéutica en la contratransferencia le recordará su actitud ambivalente con los padres y su familia nuclear y extensa. Aquí, el terapeuta tiene herramientas técnicas para señalar dicho suceso, si éste se encuentra en su tiempo y la sesión lo requiere.

1.10.3. El apareamiento.

El tercer Supuesto Básico, denominado de apareamiento, va aunado a la frustración inconsciente del reclamo de dependencia, el paciente entonces se siente verdaderamente frustrado al no conseguir tal seguridad, por lo que busca ser el hijo predilecto, compitiendo con los demás miembros en un desesperado reclamo de atención. Entonces, los afectos van en un continuo de amor y odio, y viceversa, con la esperanza de encontrar en el terapeuta su salvación. Bion, (1990) comenta que el grupo va a estructurar y a simbolizar el

apareamiento en la formación de parejas que se llevan a la intimidad en el interior del grupo. Bion comenta que el apareamiento no representa el proceso último o definitivo del grupo en sus afectos, ya que antes se presentaron respuestas de ansiedad y deseos, coexistiendo sin un orden establecido.

1.11. Grupo Terapéutico.

1.11.1. Psicoterapia de Grupo Breve.

Carrillo J. A. (1984) se refiere a los grupos de psicoterapia breve, en los siguientes términos:

"Funcionan de una a veinte sesiones, con un promedio de ocho a diez. En estos grupos se establecen situaciones estructuradas en cuanto al tiempo, los objetivos concretos y a las técnicas. El aparato teórico puede ser psicoanalítico, interaccional, estructural o con mayor frecuencia, una combinación de ellos (multidisciplinario)". Se usa el "síntoma como guía para focalizar los objetivos y señalar las técnicas adecuadas, el paso del síntoma al problema, al conflicto".

El síntoma como formación de compromiso entre el deseo y la defensa, o bien como materialización de las interacciones o comunicaciones disfuncionales. Se redefine el problema (o el síntoma) en términos de conducta; se valúa el éxito de cambios reales y objetivos. De ahí la necesidad de definir los objetivos en términos concretos, para alcanzar cambios pequeños y/o tangenciales. Cambios concretos en un tiempo corto.

Asimismo, Carrillo (1984) retoma algunas notas de Foulkes para delimitar los objetivos específicos de la psicoterapia, enfatizando tres procesos medulares, que son: los procesos de comunicación; los roles y sus configuraciones; y la transversalidad.

1.11.2. Comunicación, transversalidad y roles.

Los procesos de comunicación son para Foulkes, la red de comunicaciones y de personas en interacción, es lo que constituye en esencia el grupo de análisis:

"El proceso terapéutico en un grupo, va intrínsecamente unido al estudio y desarrollo de los procesos de comunicación".

Citado por Carrillo (1984), como se vé, la comunicación y la interacción, serán la materia prima privilegiada en la terapia psicológica, sea individual, grupal, de familia o pareja. Los contenidos del relato de los pacientes, o miembros del grupo, tanto desde su historia personal, como desde los afectos que produce en términos generales. La lectura o interpretación que se puede hacer al grupo puede ser vertical y horizontal, Pichón Riviere (1983). Es vertical si se mira desde el devenir histórico de cada paciente, el cual será único y especial. Al expresar su relato movilizará en los demás: afectos, fantasías, recuerdos, resistencias, represiones y disociaciones, entre otros, donde el grupo se conectará en el discurso y la lectura que se hará, vendrá entonces desde lo horizontal del grupo, donde la pregunta a responder es: ¿qué del discurso personal llevó al grupo a la depresión, a la ansiedad, a la manía, etc.? A este recurso se le denominará transversalidad, que es donde se une la historia contextual del sujeto con sus vivencias particulares.

Carrillo (1990) expresa también que la transversalidad se refiere a la mayor o menor conciencia que los participantes del grupo tienen de las estructuras y de los procesos sociales que los atraviesan.

El concepto se conecta desde las estructuras sociales, hasta llegar a la representación psíquica de cada miembro del grupo, donde responderá como un todo en lo particular y en lo contextual. Es el concepto que une al sujeto con su realidad externa psicosocial y deposita en el ámbito terapéutico. Uniendo entonces, estructuras pertenecientes a los roles de los pacientes, la idea de grupo, de su filiación, de su cultura, etc. Los ejemplos de transversalidad los podemos encontrar desde la ficha de identificación de los miembros del grupo, donde variables como: sexo, edad, estado civil, clase social, escolaridad, grupos de pertenencia (iglesia, sindicato, etc.) nos darán cuenta de la ubicación desde donde los miembros del grupo instauran su discurso y lo matizan desde allí. Esto es, desde donde la transversalidad hace reconocer a los sujetos los roles que los atraviesan y los designa en su vida de relación.

Los roles y sus configuraciones, para Carrillo (1990) constituyen la unidad de investigación más amplia posible de la psicología, y la más pequeña dentro de la sociología, es un puente interdisciplinario, entre estos dos campos, como lo son la comunicación y la transversalidad.

El rol, proporcionará al terapeuta, la búsqueda de disfraces sociales, en los que el paciente se inserta en el grupo y que deshoja uno a uno en su devenir histórico.

En la psicoterapia grupal breve, es importante reconocer que se inicia al menos con dos roles, el rol de terapeuta (terapeuta-coterapeuta), y el rol de paciente. El primero formado por el modelo teórico en que se inscribe el terapeuta, donde el objetivo de este rol es proveer asistencia terapéutica para disminuir la sintomatología expresada por el paciente, aminorando de esta manera el sufrimiento emocional del mismo. Aquí hay que resaltar que la relación entre el rol del terapeuta y el rol del paciente, siempre es asimétrica (desigual), debido a la atribución social que se le confiere a la figura terapéutica.

Entonces, el rol se define como una (o varias) funciones que un sujeto desempeña en su grupo social con respecto a otros, y lo distingue o diferencia, a partir de su incidencia en el grupo, objetivos, metas y quehaceres dentro del mismo.

González, N. (et.al. 1978), hacen una compilación interesante de los conceptos de Rol, desde la Sociología y la Psicología Social. Refieren que Lindgren (1975), define a los papeles (roles) de un grupo, como las pautas de acción que indican el rango que se ocupa y el rango de acción. A su vez, Ralph Lintos citado por Núñez (1978) lo define en función de las acciones que el individuo realiza para validar la ocupación del rango, y R. Miller (1978) dice que los roles tienen cierto efecto normativo en la conducta social, y que sirven para fijar límites en la conducta de los niños y de la sociedad.

El desempeño del rol puede ser impuesto socialmente, por ejemplo, lo que se espera de los roles: padre, hijo, estudiante, terapeuta, psicólogo, por mencionar algunos.

1.11.3. Focalización en la psicoterapia breve.

En la Psicoterapia de Grupo Breve, la focalización juega un papel sustantivo. Díaz (1988), resume a varios autores y comenta "la característica común a todas las terapias breves, es la intervención de un foco u objetivo, entendido como la comprensión psicodinámica del padecimiento actual, interpretación esencial en que se basa todo el tratamiento, o tema central del mismo. *Esta focalización permite establecer el equilibrio emocional, disminuir angustia y culpa, reforzar defensas, aumentar la autoestima, mejorar el control de impulsos y el contacto con la realidad, logrando de esta manera una adaptación más adecuada, con menor sufrimiento, incrementando el insight sobre los conflictos personales a través del conocimiento de la dinámica inconsciente.*" Con lo anterior, encontramos en el foco, objetivos específicos, derivados del conflicto central, así como los síntomas psicógenos y somáticos, como resultante. Ahora bien, la forma de incidir en el foco, se inicia en el encuadre de la PGB, donde la técnica privilegiada por excelencia será el "aquí y ahora" de las interacciones grupales.

1.11.4. "El aquí y ahora".

La intervención del "aquí y ahora" en la PGB, según expresa Yalom (1975), se compone de dos elementos simbióticos, en donde ninguno de ellos tiene poder terapéutico sin el otro. Primero, los miembros del grupo deben observar sus sentimientos hacia otros miembros del grupo, lo cual supone que el grupo debe observar la historia de su desarrollo terapéutico, aunada a los sentimientos que en él se expresan.

El segundo paso se refiere a la "iluminación del proceso terapéutico". y consiste en reconocer el factor curativo del aprendizaje interpersonal entre el accionar del grupo, donde se examinará y analizará el proceso de grupo, y comprenderá la conducta del "aquí y ahora" que ha ocurrido.

Las respuestas que el terapeuta ha de promover, se centran en el "cómo y porqué" se respondió de tal manera ante un determinado estímulo, tanto desde el grupo, como desde lo individual.

Entonces el terapeuta tiene dos funciones: primero deberá dirigirse hacia el "aquí y ahora"; segundo, deberá guiar la vuelta o comentario del proceso.

La primera función se da en el ámbito común en el que el grupo se interpreta; esto es, reconocen los miembros, su perspectiva de lo sucedido, de la interacción, etc. La segunda función, se refiere a la devolución que hará el terapeuta como parte de su labor, en las diferentes modalidades de intervención, las cuales se revisarán más adelante.

1.11.5. La transferencia múltiple.

Foulkes (1963) define la transferencia múltiple como el proceso por el cual cada paciente reacciona transferencialmente, a lo que Alexander Wolf (1949) ha llamado "diferentes características provocadoras de las múltiples personalidades en el grupo". Las distintas personas del grupo permiten que cada paciente reaccione a una amplia variedad de estímulos transferenciales... "la transferencia múltiple puede llevar al reconocimiento de una relación familiar o una situación conocida iniciada por uno o más de los pacientes".

Entonces la transferencia múltiple consiste en los sentimientos del pasado actualizados tanto en la figura del terapeuta como en cada uno de los integrantes del grupo que serán vistos "como si" fueran el objeto reencontrado de su conflicto inconsciente. Por lo que en la terapia de grupo, la transferencia múltiple es más intensa y más compleja que en terapia individual.

Pichón Riviere (1983) puntualiza que la transferencia debe ser entendida como la manifestación de sentimientos inconscientes que apuntan a la reproducción estereotipada de situaciones, características de la adaptación pasiva. Esta reproducción está al servicio de la resistencia al cambio, de la evitación de un reconocimiento doloroso, del control de las ansiedades básicas (miedo a la pérdida, miedo al ataque).

"Lo transferido entonces, serían fantasías incluidas en el establecimiento de los vínculos tempranos".

"Nos encontramos, entonces en el campo grupal, con transferencias múltiples. Las fantasías transferenciales emergen tanto en la relación con los integrantes

del grupo, como en relación con la tarea y el contexto en el que se desarrolla la operación grupal. Las fantasías se expresan por medio de uno o varios portavoces, quienes dan indicios que permiten al coordinador la decodificación de la adjudicación de roles, la confrontación del grupo con la realidad concreta. La explicación de lo implícito es la explicación del "como si", ya que lo implícito se relaciona con el pasado."

1.11.6. La contratransferencia en el grupo.

El término contratransferencia se refiere a la totalidad de sentimientos, conductas y actitudes del psicoterapeuta hacia sus pacientes.

Parafraseando a González (1992), describiré aquí cuatro tipos de contratransferencia que él reconoce se presentan en la psicoterapia de grupo.

El primero es la contratransferencia del terapeuta ante la totalidad del grupo, esto es, lo que le hace sentir el grupo en su unidad y extensión.

El segundo tipo de contratransferencia es producto de la relación personal de cada uno de los pacientes con la figura terapéutica, es decir, es lo que el terapeuta siente en específico por cada uno de los miembros del grupo, en su individualidad, desde sus rasgos de carácter.

Un tercer tipo de contratransferencia es el nacido de las relaciones específicas que se dan entre los miembros del grupo (transferencias laterales). Existen relaciones diádicas entre ellos, relaciones triangulares, relaciones de subgrupo de tres o más miembros del mismo. Existen también relaciones específicas entre ellos, que se dan claramente fuera del grupo aunque dentro del grupo no sean tan notorias. Este tipo de relaciones específicas, entre los miembros del grupo pueden ser amenazantes, agresivas, excluyentes, o simplemente naturales entre los miembros del grupo."

Un cuarto tipo de contratransferencia corresponde a los elementos inherentes de la dinámica de cualquier grupo, donde el terapeuta percibe y siente los fenómenos del grupo que se presentan en su devenir histórico, en los antecedentes grupales de los miembros, el tipo de comunicación, la interacción, la atmósfera afectiva, la identificación, la cohesión y los roles que

desempeñan los miembros del grupo terapéutico. Por ejemplo la contratransferencia ante la manía grupal o ante la depresión.

González (1992), enfatiza que la contratransferencia conciente y disciplinada permite al terapeuta utilizarla para el diagnóstico, por lo que se convierte en una fortaleza y no en una debilidad como antes se pensaba.

Núñez cita a Kernberg (1987) quien señala que "para el psicólogo clínico con formación psicoanalítica no hay duda del valor de la contratransferencia en su labor diagnóstica que informa, además del grado de regresión del paciente, de la actitud emocional a este respecto del terapeuta y de las modificaciones de esa actitud.

1.11.7. Lo institucional en la Psicoterapia de Grupo Breve

Cuando uno se pregunta cómo incide la institución en el ámbito de la Psicoterapia de Grupo Breve, o de cualquier otra modalidad de tratamiento, estamos obligados a pensar en el contexto histórico en el que se inscribe la psicoterapia, el terapeuta y la misma institución. Su aspecto sociopolítico e ideológico inciden en el tratamiento, en la técnica, en la relación del terapeuta con la institución. No hay duda de que la institución enmarca la relación entre ella y el terapeuta, y también la relación entre él y sus pacientes. Si lo vemos como un sistema tendremos una reciprocidad continua de cambios que repercutirán en el tratamiento.

Bauleo (1983), menciona, "si se observa al grupo como un todo, veremos que la institución en la que se inserta sobredeterminará su dinámica desde el contexto ideológico institucional." Es por ello que la psicoterapia de grupo breve siempre funcionará respecto a las normas y reglas de relación que la institución lleva consigo en la consigna que la conforma. Por eso no es lo mismo hacer psicoterapia de grupo focalizada, en una cárcel, que en un hospital psiquiátrico o que en una Universidad.

Retomando a Bauleo, el coordinador (terapeuta) más las normas formales explícitas para la organización del grupo, serán elementos que indicarán el sistema institucional en el cual el grupo se inscribe. El grupo es el intermediario

entre hombre y sociedad, es un espacio-tiempo en el que se entrecruzan estructura mental y estructura social, es el lugar donde se transita.

Según Sartre citado por Bauleo (1983), es una focalización cuya vida termina al finalizar el objetivo estipulado. Su significado está en la institución a la cual pertenece, (sea terapéutica, laboral, educativa), ésta última sobredeterminará a su dinámica, constituyendo lo negativo, lo impensado, lo inconsciente, como dice Lapassade (1983).

Los trabajos de psicoterapeutas de Grupo en Argentina, han hecho camino al respecto en la relación entre la institución y la psicoterapia. DellaRossa (1973), Elinger (1973) y Koltan (1973), enfatizan el contexto determinante en la relación terapéutica. A su vez, cada uno reconoce la influencia de la institución en el grupo, en las modalidades del vínculo terapeuta-institución, en el encuadre y en la contratransferencia.

Lo anterior se cita como vertiente que permite observar al terapeuta desde fuera y desde dentro de la sesión terapéutica y desde la institución.

1.12. Punto de vista psicodinámico.

A continuación estructuraré conceptos básicos de la propuesta psicodinámica que dan las bases para el trabajo de la PGB. Es importante señalar que sólo citaré los elementos que inciden directamente en el tratamiento de la psicoterapia grupal breve, sin explicar de manera amplia la teoría psicoanalítica, ya que no es el objeto de la presente tesina.

La estructura que se define desde el punto de vista psicodinámico, retoma los aportes de la primera y segunda teoría del aparato psíquico formulada por Sigmund Freud.

Diaz (1989) expresa, "desde el punto de vista psicodinámico, se considera a los fenómenos psíquicos como la resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas. Este enfoque implica la existencia de una estructura psíquica ello, yo y superyó (en este trabajo sólo se desarrollara al concepto de yo) de la que enuncian, controlan, canalizan y se dirigen aquellas fuerzas".

Díaz cita a González, Ch. (1988), respecto a la psicoterapia de orientación analítica en las instituciones, específicamente en la PGB *"una terapia se encuadra dentro del marco teórico del psicoanálisis en tanto que independientemente del contexto en el que se ejerza, reconozca la existencia de la represión y por tanto a través de la interpretación de las defensas y resistencias, permita hacer consciente lo inconsciente; toma en consideración la transferencia y la contratransferencia en la comprensión del material onírico, los actos fallidos y cualquier otra producción psicológica, y acepte la existencia de un conflicto psíquico como resultado final de un enfoque evolutivo genético.*

1.12.1. Conflicto.

Continuando con Díaz (1984), diremos que conflicto es una ruptura del equilibrio psíquico, cuya solución puede llevar al aparato psíquico, a un grado más alto de integración, complejidad y diferenciación; y la estructuración del destino del conflicto, depende del desarrollo psicosexual oral, anal, fálico-edípico y genital en que se presenta. Por tanto, de los recursos congénitos y adquiridos con los que el sujeto cuenta en ese momento, así como también del tipo y magnitud del estímulo que rompe el equilibrio previo.

El psicoanálisis reconoce al conflicto actual como una resultante de los conflictos sucedidos en la infancia del paciente.

Entonces, el psicoanálisis reconoce el conflicto como una estructura constitutiva del ser humano, que le es inherente él, y lucha por combatirlo. El conflicto se presenta entre el deseo y la defensa, entre las diferentes instancias (ello, yo y superyó), en el transcurso del desarrollo psicogenético y en el conflicto entre los instintos (eros y thanatos).

Se denomina conflicto central al que se presenta en el momento en que las defensas se debilitan, y la estructura psicodinámica irrumpe en síntomas egodistónicos para el paciente.

1.12.2. Síntoma.

El síntoma, según Diaz (1989), es el resultado transaccional entre los representantes de los derivados pulsionales reprimidos y los mecanismos de defensa, que ponen en juego el yo para evitar su emergencia en la conciencia.

El síntoma encubre lo reprimido, siendo esta expresión, satisfacción encubierta de la pulsión, que se conceptualiza como la ganancia primaria de la enfermedad. Entonces, la formación del síntoma es una resultante de la elaboración psíquica del paciente.

1.12.3. Funciones Yoicas.

Fiorini (1990), hace una reflexión acerca del porqué trabajar con la estructura del yo.

Sintetizando su aportación, comenta que los atributos de la teoría psicoanalítica al yo, lo ubicaban como dependiente del ello y del superyó con relativa autonomía y cierta pasividad, sin embargo, el yo aparece dotado de movilidad y en la mayoría de los casos presenta comprometida solo parte de su estructura psíquica, sólo en los casos de psicosis crónicas, esquizofrenias, demencias, daños orgánicos, etc. se observan deterioros importantes en las tres estructuras, ello, yo y superyó. por lo que en el común de los casos presenta áreas libres de conflicto que se deben reconocer para hacer un mejor diagnóstico y la intervención sea más adecuada.

Fiorini expresa que el yo presenta un potencial y plasticidad que contrasta con la inercia del ello y del Superyó. Asimismo, enfatiza que todo terapeuta de orientación social e institucional sabe que trabaja con el yo del paciente. El trabajo consiste entonces en reforzar al yo, y para eso es indispensable trabajar con las funciones yoicas.

Bellak (1970) por su parte, señala que el primer aspecto del yo que fué objeto de atención analítica fué el papel que desempeña en la resistencia inconsciente, de lo cual se desarrolló el concepto de los mecanismos defensa y técnicas que emplea el individuo en momentos de peligro. Ana Freud avanzó mucho en las

defensas del yo, demostrando que el análisis de la resistencia da un insight a los modos característicos de los mecanismos de defensa de un individuo.

Ana Freud en su escrito sobre el yo y los mecanismos de defensa (1971) muestra la necesidad de trabajar con el yo, cuando describe el ello, el yo y el superyó en la autopercepción, es sabido que las tres instancias psíquicas difieren grandemente de su accesibilidad a la auto-observación. El sistema de ello antes llamado inconciente, sólo puede adquirirse merced a los derivados que pasan por los sistemas preconscious y consciente.

Cuando el ello domina un estado de calma y satisfacción; cuando ningún impulso instintivo tiene motivo para invadir el yo en busca de gratificación y producir allí sentimientos de tensión y displacer, carecemos de toda posibilidad de conocer sus contenidos, por lo tanto el ello no es accesible a la observación en esta condición. La situación es diferente para el superyó, ya que sus contenidos en parte son conscientes, lo cual permite hacerlos accesibles a la percepción intrapsíquica. Sin embargo, la imagen del superyó se esfuma cuando entre el yo y el superyó hay armonía. Entonces hacemos esta formulación. el yo y el superyó coinciden, es decir, desde el momento en que el superyó como instancia aislada no es reconocible a la autopercepción ni al observador, sus límites únicamente se aclaran cuando el superyó enfrenta al yo de una manera hostil o por lo menos crítica, cuando cierta crítica suscita estados perceptibles en el yo, como por ejemplo los sentimientos de culpa.

Entonces el yo cuando no está en conflicto con el ello o el superyó, tiene la posibilidad de observarse, de aquí la vasta producción científica, cultural y artística en cualquiera de las incursiones del hombre a su mundo, ya sea externo o interno.

En toda perturbación emocional, alguna función del yo se ve afectada, asimismo, existen áreas libres de conflicto, y un avalúo de las funciones del yo nos dará una guía más adecuada para la intervención terapéutica. Entonces el conocimiento de las funciones yoicas y sus perturbaciones, es un objetivo central para el terapeuta.

Bellak (1970), Michaca (1987) y Fiorini (1990), reconocen que el trabajo de Hartman (1939) es pionero en analizar las funciones, efectos y cualidades del yo. Hartman (1939) presenta un listado exhaustivo de las funciones yoicas, y fué Bellak quien las sintetizó para un avalúo que protocolizó y que a continuación se presenta:

Bellak (1970) divide las funciones yoicas en tres áreas, que a su vez se subdividen quedando de la siguiente manera.

- I. **Area de control y contacto con el mundo externo**
 1. Prueba de realidad
 2. Juicio de realidad
 3. Sentido de realidad del self y del mundo
 4. Relaciones objetales

- II. **Area de control y modulación del mundo externo**
 1. Regulación y control de impulsos
 2. Regresión adaptativa al servicio del yo
 3. Funcionamiento defensivo

- III. **Area de mantenimiento de la estructura**
 1. Proceso de pensamiento
 2. Barrera de los estímulos
 3. Funciones autónomas
 4. Funciones sintéticas
 5. Competencia-supremacía

En estados psicóticos incipientes, se sugiere utilizar el protocolo de avalúo de las funciones yoicas, ya que ésto permitirá al terapeuta tener una descripción de las partes comprometidas del yo en el conflicto, así como las áreas libres de conflicto.

Es importante considerar en la psicodinámica del paciente los aspectos culturales y étnicos de su entorno, situación que permitirá contextualizar al paciente en su medio social.

I.- Area de contacto con el mundo externo.

1.- Prueba de realidad.

Es una evaluación del paciente, tanto de su mundo interno como del externo, y representa un papel fundamental en la adaptación del sujeto a su medio, esta prueba de realidad se muestra influenciada por la percepción, el juicio y la inteligencia. Es importante revisar que el paciente muestre exactitud en la percepción y su conciencia sea reflexiva a propósito de su prueba de realidad interna, ya que la distorsión en la prueba de realidad es una distorsión de la percepción y nos sugiere síntomas psicóticos.

2.- Juicio de realidad

El concepto juicio de realidad se refiere a la posibilidad del sujeto para el discernimiento y reconocimiento de su realidad, donde pondrá a funcionar la anticipación de consecuencias de sus conductas y la de otros, tanto en el terreno afectivo como en la relación interpersonal.

3.- Sentido de la realidad del self y del mundo.

Se refiere al reconocimiento del mundo externo y la diferenciación del sujeto como persona única. donde se reconoce en sus límites del yo, y reconoce las esferas de su entorno de persona, lugar y tiempo. Entonces es importante que el sujeto muestre su autoestima que repercutirá en el propio reconocimiento de su propia identidad y del mundo, porque de otra manera podría presentar grados de desrealización y despersonalización, que van asociados a estados de angustia y que pueden ser desestructurantes para el yo. Como ejemplo, Bellak (1970), menciona que en la despersonalización, la imagen del cuerpo está involucrada, y se presenta una proyección o extensión de la imagen corporal acompañada de los límites del yo, es integral para muchas de las ideas de referencia, tales como estar influenciado por mecanismos externos.

4. Relaciones objetales.

Aquí se evalúa el grado y clase de relación. Las relaciones de objeto usualmente se han descrito cualitativamente como: oral, anal (sadista-masoquista), fálica, voverista; exhibicionista entre otras. Patológicamente las relaciones con los objetos suelen describirse como fóbicas, obsesivas, histéricas, esquizoides, ambivalentes, hostiles, etc., sin embargo para Bellak es importante enfatizar en la intensidad de las relaciones con los objetos. Clínicamente se pueden observar con mayor exactitud en términos de distancia que el paciente intensifica entre él y otros.

Asimismo, las relaciones objetales se pueden evaluar para saber si el tipo de relación es o no primitiva, como podrían ser las narcisistas, anaclíticas o simbióticas, y así revisar el grado en el cual los otros son percibidos independientemente de uno, y reconocer la constancia objetal.

II.- Area de control y modulación del mundo externo.

1.- Regulación y control de impulsos.

La capacidad para regular los impulsos instintivos se desarrolla en patrones de conducta aprendidos que acompañan la socialización del niño y de las fases internas de maduración que comprenden un aumento de impulso. Entonces, la capacidad para regular los impulsos depende de la intensidad del impulso y de los métodos adquiridos para manejarlos. Lo importante en esta evaluación, es saber hacia donde se dirige el impulso y buscar su manejo o canalización.

2.- Regresión adaptativa al servicio del yo.

Lo importante que se revisará en el uso de los mecanismos de defensa del paciente es ¿qué tipo de mecanismos de defensa utiliza?, ¿cuándo los utiliza?, ¿son rígidos?, ¿existe la posibilidad de nuevas configuraciones defensivas?, ¿su regresión es profunda y patológica en los mecanismos de defensa?.

3.- Defensas del yo.

Los mecanismos de defensa sirven como una barrera contra los estímulos externos e internos de significado amenazante, entonces las defensas nos habilitan para tratar selectivamente a los estímulos internos y externos.

La regulación del control de impulsos y los afectos asociados se interrelacionan con los mecanismos de defensa, los cuales en la neurosis son la represión, la formación reactiva, aislamiento de los afectos y denegación, entre otros, y los mecanismos defensivos más primitivos son la escisión, la negación, la proyección y la introyección. Bellak (1970).

4.- Funciones Sintéticas.

Bellak comenta que Numberg (1931) define la función sintética como la capacidad de unir para atar y crear. Se puede interpretar como la capacidad del yo para formar gestalten.

La función sintética es tal vez el aspecto que más se superpone a todas las otras funciones del yo, y se correlaciona con el aspecto general de la fuerza del yo.

La función sintética describe la capacidad de un individuo para sostener las funciones necesarias vitales y de adaptación, por lo que aquí se valora el grado de ajuste de las incongruencias del paciente en su relación con los eventos.

5.-Competencia y supremacía.

La competencia y supremacía, comenta Michaca (1987), que aseguran el mayor grado de control sobre la conducta adaptativa y el pensamiento que al ensayar con pequeñas descargas de la acción permite una conducta más adaptativa y menos expuesta al fracaso.

III.- Area de mantenimiento de la Estructura.

1.- El proceso de Pensamiento.

Aquí se encuentran las funciones de autonomía primaria y secundaria, que de alguna manera permiten al paciente interdependencia en su estructura, aquí

podemos encontrar áreas libres de conflicto, como pueden ser: la memoria, la concentración, la atención y la habilidad para conceptualizar dentro de una estructura comprometida con conflicto psíquico.

2.- Barrera de estímulos.

La barrera contra los estímulos funciona como protección ante incongruencias que pudiesen desestructurar al sujeto, por lo que aunado a la función sintética, reducirán al máximo tales incongruencias, con objeto de que el yo no sea perturbado en la relación con su medio.

3.-Funciones autónomas.

Hartmann (1939), dice que las funciones autónomas están compuestas por la percepción, la intención, la comprensión del objeto, el pensar, el lenguaje, la productividad y varias fases del desarrollo psicomotriz. según cita Bellak. También se les conoce como áreas libres de conflicto, por ejemplo en la esquizofrenia existe la posibilidad de que algunas funciones se vean afectadas y otras no.

Hasta aquí, se han presentado los conceptos básicos del funcionamiento yoico, a continuación se abordarán los conceptos que corresponden a la relación terapéutica y el ámbito clínico.

1.12.4. Contenido manifiesto.

Laplanche J. y Potanlis B. (1968) expresan que el concepto de Freud del contenido manifiesto "por extensión" se refiere a toda la producción verbalizada (desde la fantasía a la obra literaria). En el sentido estricto, el contenido manifiesto se refiere a la narración del sueño antes de ser sometido al análisis, tal como se verbalizó.

En la PGB se utiliza el concepto "por extensión" correspondiendo el contenido manifiesto a todas las comunicaciones verbales que expresan los miembros del grupo en el ámbito terapéutico, el cual será sometido al análisis terapéutico,

por ende el contenido manifiesto es uno de los materiales clínicos privilegiados para el abordaje del tratamiento grupal.

1.12.5. Contenido Latente.

Laplanche J. y Pontalis B. (1968) comentan que el contenido latente es el conjunto de significaciones a las que conduce el análisis de una producción del inconsciente, especialmente del sueño.

En la PGB, el contenido latente va a estar representado por las "significaciones" que el grupo y el terapeuta llegan a interpretar de los contenidos manifiestos expresados en la terapia grupal, y estos contenidos representarán las ideas inconscientes, las fantasías, el conflicto, los síntomas las escenas primarias, etc.

1.12.6. Insight.

El término insight en español no tiene traducción, es decir, no existe un equivalente de la palabra insight al español.

Shervert H. Frazier. (1980) define al insight como la "autocomprensión, una extensión de la comprensión del propio individuo acerca del origen, naturaleza y mecanismos de sus actitudes y comportamiento".

En la psicoterapia analíticamente orientada, se desarrolla el término insight dirigido a la cura del análisis del paciente, donde se estimula como fuente primordial de progreso terapéutico. No obstante, en la psicoterapia breve de urgencia, no es el objeto esencial hacia la cura como lo expresa Bellak (1976), sin embargo no se puede omitir la existencia del insight, ya que es un suceso inherente de los procesos superiores mentales donde interviene la abstracción intelectual y el reconocimiento emocional de los procesos que provocan los síntomas psicógenos y somáticos que se presentan en el paciente.

Al respecto, Bellak y Small (1976), comentan: "en la psicoterapia rápida, el terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight, tiene que crearlo. No tiene tiempo para esperar la elaboración, tiene que estimularla, y

cuando estos aspectos básicos del proceso psicoterapéutico no se presentan, tiene que inventar alternativas."

Bellak (1976), muestra como el insight no sólo corresponde a la elaboración secundaria del paciente de sus procesos intrapsíquicos, sino que también puede presentarse lenta y gradualmente a la conciencia, expresándose a nivel no verbal y preverbal. El insight puede manifestarse como risa, señal de que algo dió "en el clavo"; puede manifestarse con llanto, con ira, puede aparecer precedido por manifestaciones de ansiedad; por lo tanto, el insight propiamente hablado, es la apercepción intelectual y emocional de los comunes denominadores en el patrón de la experiencia.

El máximo grado de insight se logra cuando esa comprensión intelectual y emocional se relaciona con patrones tal y como existen en la vida actual (aquí y ahora), con la transferencia con la vida anterior, y en particular con la relación entre los motivantes conscientes e inconscientes.

Bellak propone dos tipos de insight, el primero corresponde al paciente y el otro al terapeuta, cuando éste último hace uso de la interpretación para clarificar en el paciente sus motivaciones inconscientes. que lo llevan a comportarse de tal o cual forma. Asimismo recomienda técnicamente dosificar la interpretación para que el analizado pueda colaborar, asociar e hilar el contenido de sus motivos inconscientes en su propio lenguaje y le permita un acceso más claro a su problemática. Esto prepara al analizado en el terreno como guía para que él mismo se reconozca y haga el insight principal. Esta última aseveración es compatible con la de Slavson, quien expresa que hay que reconocer dos tipos de insight: el directo, que es el inducido por el terapeuta, y el derivado, que sucede en la verbalización espontánea del paciente.

Lo anterior nos lleva a la reflexión de que el insight se encuentra supeditado a las cualidades específicas en cada paciente y se ve influenciado por su dote intelectual, su sensibilidad emocional, su capacidad para reconocer sus afectos y los de otros a través de su yo que se reconoce paulatinamente en la terapia, asimismo contribuye a la capacidad de asociación, la capacidad de juicio, planeación, síntesis, entre otros, que son derivados de su influencia y

aprendizaje psicosocial, en el ámbito circundante en el que se desenvuelve el paciente, como la educación escolar, la cultura, y en general los accesos a sus agentes socializadores. Lo anterior muestra que el insight también puede ser aprendido como una de las habilidades que el tratamiento grupal motiva.

Es importante señalar que el paciente al solicitar la terapia psicológica vislumbra cierto grado de insight, ya que reconoce que hay una serie de síntomas, signos y conflictos que obstaculizan su vida de relación. Sin embargo, no todos los pacientes presentan el insight, como lo observamos en la clínica, en los casos de psicosis crónicas, retrasos mentales profundos, entre otros.

CAPITULO II

ANALISIS PERSONAL DEL TERAPEUTA EN PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Para ser coherente y congruente con la formación de Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta de Grupo, es obligatorio que el alumno en entrenamiento se encuentre en tratamiento grupal, ya que el instrumento del psicólogo para interpretar e incidir en su quehacer científico, es su propia persona, la cual analizará emocional e intelectualmente sus motivaciones internas y externas en pro de su entrenamiento y desarrollo profesional.

Este segundo eje, importante y esencial en cualquier corriente teórica y de cualquier modalidad de acercamiento a pacientes con problemas emocionales, corresponde a mi tratamiento psicoterapéutico en grupo, durante dos años, en el cual desempeñé el rol de paciente. Aquí tuve la oportunidad de tener la experiencia inigualable de revisar, junto con mis colegas en formación: sentimientos, actitudes, conductas, habilidades, intereses; es decir, mi vida de relación con mi familia nuclear y extensa, así como la interacción con mis colegas en el ámbito escolar y laboral. El objetivo fue reconocer mis rasgos de carácter, estructura de personalidad, y la conjugación de ellas en mi desempeño como psicólogo clínico y psicoterapeuta de grupo.

Esta experiencia me brindó también la posibilidad de revisar continuamente los elementos de la contratransferencia en mi labor terapéutica, para aprender el manejo de ella y evitar en lo posible interpretaciones erróneas, que pudieran provocar el sesgo de mis intervenciones hacia el grupo con el que trabajé.

Cabe mencionar que para evitar que el terapeuta realice su actividad respondiendo desde su conflictiva personal, se trabajó con tres procesos de control. El primero se refiere a que debe estar en tratamiento de psicoterapia

de grupo por dos años, el segundo corresponde a la supervisión inmediata del grupo en el que se trabaja, y el tercero a la formación teórico-metodológica del entrenamiento como psicólogo clínico y psicoterapeuta de grupo; Estos procesos de control funcionan como ajuste continuo del desempeño terapéutico, y a ello se añade la ética profesional, la cual nos compromete a respetar la confidencialidad de nuestros pacientes.

Yalom (1969) escribe al respecto, "...el estudiante puede aprender a un *nivel emocional*, lo que antes quizá sólo sabía *intelectualmente*; percibe el poder del grupo, su poder para dañar o curar. Aprende cuán importante es ser aceptado por el grupo, lo que realmente implica revelar algo de sí mismo, lo difícil que es revelar el propio mundo secreto, las propias fantasías, los propios sentimientos de vulnerabilidad, hostilidad y ternura; aprecia sus propias fuerzas y también sus debilidades; aprende más acerca de su papel preferido en el grupo, y *quizá lo más asombroso de todo, aprende acerca del papel del jefe (terapeuta) a medida que advierte su dependencia y su evaluación irreal del poder y de los conocimientos del jefe (terapeuta)*.

Más adelante, Yalom (1969) expresa la contraindicación de tomar un tratamiento individual y lo iatrogénico que podría ser "...la incapacidad de reconocer las reacciones de contratransferencia, de reconocer las distorsiones personales y los puntos ciegos de usar sus propios sentimientos y fantasías en el trabajo, limita la eficacia de cualquier terapeuta. El terapeuta carece de insight de sus propias motivaciones, puede por ejemplo evitar conflictos en el grupo debido a su tendencia a ocultar los sentimientos o puede alentar una confrontación indebida para sentirse animado. Puede mostrarse muy animado para probarse, y asimismo hacer constantemente interpretaciones brillantes y así castrar al grupo; puede tener la intimidad e impedir la expresión abierta de sentimientos, haciendo interpretaciones prematuras. Puede hacer lo opuesto: hacer demasiado énfasis en los sentimientos, hacer muy pocas asociaciones de ideas y así estimular demasiado a sus pacientes para que se queden en un

torbellino agitado. Puede necesitar tanta aceptación que sea incapaz de desafiar al grupo, y como los miembros, puede dejarse arrastrar por la corriente que prevalece en el grupo. Puede sentirse tan destruido por un ataque o ser tan poco claro en la presentación de su yo que sea incapaz de distinguir los aspectos reales de la transferencia en un ataque." Yalom (1969).

Lo anterior nos lleva a la reflexión del quehacer del psicoterapeuta de grupo y de su compromiso personal ante él mismo y ante sus pacientes.

Finalmente, es importante para el terapeuta en entrenamiento, hacer el insight de su estructura psíquica, y de esta manera, reconocer y manejar adecuadamente los fenómenos transferenciales y contratransferenciales.

C A P Í T U L O I I I

PRACTICA INSTITUCIONAL COMO TERAPEUTA DE GRUPO

3.1. Definición de terapeuta de Grupo.

El terapeuta de grupo es el especialista que ha sido entrenado en un marco teórico multidisciplinario, enfatizando su técnica y metodología en el análisis grupal, donde la supervisión de su formación terapéutica y su análisis personal en grupo son estrategias nodales en el desarrollo de su entrenamiento. La labor terapéutica se circunscribe al marco teórico de psicoterapia de grupo breve, por lo que las intervenciones y práctica profesional se encuentran técnicamente dirigidas hacia metas estructuradas, los objetivos son específicos ya que el tiempo de las sesiones es limitado. Regularmente se circunscriben a una meta focalizada, donde la guía de la labor terapéutica proviene del "síntoma y el conflicto" que el grupo presenta. La PGB entonces, trabaja objetivos focalizados, en el "aquí y ahora" del momento grupal, dirigiendo así sus esfuerzos hacia la interacción, comunicación, atmósfera y dinámica grupal del devenir histórico de la conformación del grupo terapéutico.

La actitud del terapeuta en la PGB es más activa, es flexible y aumenta la motivación de los miembros, en favor de la cohesión y los procesos grupales benéficos para su desarrollo. Asimismo, trata de reducir los vínculos de dependencia con la figura terapéutica, permitiendo el aprendizaje de las relaciones interpersonales en el grupo.

3.2. Objetivos.

Los objetivos técnicos del terapeuta en la PGB, Carrillo (1984) los expresa como "el trabajo del terapeuta que consiste en: regular los procesos regresivos, evitar la neurosis de transferencia central y debe asumir una tendencia pragmática, la focalización y el análisis sectorial, la introducción sistemática de procedimientos técnicos tomados de los tratamientos breves."

3.3. Funciones.

Las funciones terapéuticas en la PGB tendrán que ser elaboradas por recursos propios del terapeuta y de su manejo de la contratransferencia, para el beneficio del tratamiento. El terapeuta hará uso de sus recursos propios, tales como su capacidad de observación, análisis, síntesis, memoria a corto y a largo plazo, juicio, capacidad de planeación de las metas y de las "intervenciones terapéuticas" (se trabajará más adelante), así como del manejo de su contratransferencia.

Didácticamente diremos que la labor terapéutica pasa por múltiples registros, desde su atención flotante, la contención de los sentimientos omitidos, el manejo de la contratransferencia, la observación y su escucha; lo cual termina en una elaboración continua de los sucesos del grupo terapéutico.

El grupo observa las actitudes, el lenguaje no verbal y la conducta asociada o escindida del discurso grupal e individual. Su escucha está centrada por su atención flotante, que le permite reconocer los fenómenos inherentes a la unidad grupal, desencadenados por la interacción, la comunicación, dinámica y atmósfera grupal. Asimismo, trata de estructurar y entretelar el devenir histórico del grupo y reconoce cómo se mezclan los discursos grupales e individuales en ese microcosmos

3.4. Comunicaciones, intervenciones y prescripciones terapéuticas.

La labor terapéutica en el manejo de sus técnicas, siempre va a ser una consecuencia directa de adscripción al modelo teórico en el que fué entrenado. En este apartado para ser coherente y congruente con el marco teórico, se exponen las intervenciones más comunes en psicoterapia breve de Fiorini. (1990).

La exposición en que se presentan responde a necesidades didácticas de exposición más que de una jerarquización de las técnicas de intervención.

3.4.1. Encuadrar.

El Encuadre Psicoterapéutico tiene por objeto, comprometer al paciente desde el inicio, al marco referencial de la labor terapéutica, promoviendo en él su participación activa.

En el encuadre se enmarca la modalidad del trabajo terapéutico: lugar, tiempo, duración y frecuencia de las sesiones, con el fin de guiar y establecer parte de las reglas inherentes al tratamiento, esto permite homogenizar el trabajo desde la estructura funcional, concreta y constante de la clínica terapéutica en su quehacer científico. De ahí que en la Psicoterapia de Grupo Breve, es de suma importancia establecer el encuadre terapéutico junto con una buena empatía, ya que esto contribuye a que el mensaje llegue en forma directa y adecuada.

Respecto a la modalidad del trabajo, ésta se expresó como el eje de encuentro del ámbito psicoterapéutico, siendo la modalidad de intervención, la Psicoterapia de Grupo Breve, con objetivos focalizados a tiempo limitado, trabajándose el "aquí y ahora", con 20 sesiones, y duración de 90 minutos cada una.

La cita fué en la Sala de Terapia No. 2 del Centro Psicológico de servicios de la UNAM, ubicado en el sótano del edificio B en la Unidad de Posgrado. La frecuencia de las sesiones fué de una vez por semana, sólo se suspendió durante el periodo vacacional administrativo, en el que la Universidad no ofrece servicios.

Es importante enfatizar que el encuadre es un arma estratégica del terapeuta al servicio de la terapia, ya que se convierte en un argumento de peso para recordarle a los pacientes el modo de funcionamiento, las reglas del mismo y poderles "señalar" e "interpretar" las "resistencias" que ellos presentan al salirse del encuadre, y que obstaculizan el avance de su proceso de análisis en la terapia. Como ejemplo de ello, se presentan los retardos, las inasistencias, las resistencias a la participación, etc.

El encuadre se encuentra asociado al contrato terapéutico en que ambas partes (terapeuta y pacientes) asumen las reglas y normas del grupo psicoterapéutico,

donde una de las más importantes corresponde a la confidencialidad del material clínico.

En el Centro de Servicios Psicológicos el contrato psicoterapéutico se da por escrito, y en él se informa el compromiso terapéutico para la utilización del material clínico, el cual es para fines académicos o de investigación.

3.4.2. Interrogar.

Otra modalidad de intervención terapéutica corresponde a la interrogación del paciente, sobre datos precisos acerca de cómo él vivencia sus conflictos y sintomatología. Esto permite al terapeuta esclarecer la información del paciente o ampliarla y clarificarla, si así lo requiere, por lo que se dirige al yo del paciente, a su atención voluntaria que permitirá reconocer los recursos y áreas libres de conflicto, de las que posteriormente se hará alianza para el provecho terapéutico.

El interrogar contribuye a la ampliación del campo perceptivo del paciente, y resulta reforzante el hecho de que el terapeuta muestre una actitud de interés hacia el mismo.

3.4.3. Confirmar o rectificar.

El terapeuta puede utilizar la intervención de confirmar o rectificar, cuando considere que los criterios del paciente sobre su situación le permitirán ser más assertivo en su apreciación personal. Es decir, "cuando las explicaciones que brinda el paciente presentan los elementos esenciales de su circunstancia, se le confirmará dicha información. Mientras que, se le rectificará cuando sea necesario hacerle conocer sus núcleos ciegos, cuando sean desconocidos para él y no tenga acceso en forma inmediata, en tanto que para el terapeuta resulten claros.

Asimismo, las rectificaciones ayudan al paciente a establecer las relaciones adecuadas entre los eventos, sus orígenes y sus causas.

3.4.4. Recapitular

Se refiere a resumir puntos esenciales sugeridos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento.

La recapitulación favorece directamente la capacidad sintética del yo del paciente, promoviéndole la posibilidad de estructurar contextual e históricamente su proceso terapéutico.

De alguna manera, la recapitulación es una interpretación panorámica que el terapeuta utiliza, esquematizando los puntos modales del devenir histórico del paciente en tratamiento.

Existen momentos adecuados para la recapitulación. Frecuentemente se utiliza al final de una sesión; o al final de varias sesiones cuando éstas se encuentran conectadas por un eje común, el cual deberá focalizarse. Esta intervención de recapitulación al final de cada sesión se conoce como "el cierre de la sesión".

3.4.5. Proporcionar información.

El hecho de que el terapeuta proporcione información, es una de las actividades inherentes más cotidianas en su labor. en ella responde a las interrogantes del paciente ante preguntas que tienen que ver con el "rol cultural" que asume el terapeuta en su función curativa.

La información del terapeuta puede incidir en la psicodinámica o ante eventos concretos respecto a su función, a los avances, retrocesos y derivación a otros especialistas, etc.

El hecho de que el terapeuta aclare dudas al paciente por medio de la información, incrementará en éste la confianza y la contención en su momento requerido.

3.4.6. Señalar.

El terapeuta tendrá que "señalar" relaciones entre datos, secuencias y constelaciones significativas, así como capacidades manifiestas y latentes del paciente.

Fiorini (1990) comenta al respecto: "En psicoterapias tal vez constituya una regla técnica general la conveniencia de señalar, siempre antes de interpretar. El fundamento de esta regla está, en que el señalamiento estimula al paciente a interpretarse a partir de los elementos recordados, es un llamado a su capacidad de autocomprensión". Lo anterior redundará directamente en el surgimiento del insight del paciente.

3.4.7. Sugerir.

El terapeuta podrá "sugerir actitudes determinadas, cambios a título de ensayo".

El objetivo primordial de estas intervenciones no es promover la acción del sujeto, sino más bien promover un pensamiento anticipatorio del paciente respecto a su conducta, con el fin de proporcionarle insights que lo aproximen a su reconocimiento, por lo que el paciente antes de la acción, pensará (ensayará) las conductas alternativas hacia su cambio como procesos anticipatorios a su insight.

3.4.8. Interpretar.

El terapeuta tiene como responsabilidad "interpretar el significado de las conductas, motivaciones y finalidades latentes, en particular las conflictivas".

Sin duda la interpretación es la intervención clave y estratégica privilegiada del terapeuta, la cual se presenta necesariamente desde el insight del terapeuta acerca de los procesos acaecidos en el ámbito terapéutico y la relación contratransferencial.

Fiorini (1990), comenta al respecto, "particularmente en las psicoterapias de esclarecimiento, la interpretación es un instrumento primordial como ajuste de cambio. Introduce una racionalidad posible allí donde hasta entonces había datos sueltos, inconexos, ilógicos o contradictorios para la lógica habitual. Propone un modelo para comprender secuencias de hechos de intervención humana"... Intenta descubrir con el paciente el mundo de sus motivaciones y sus sistemas internos de transformación de los mismos (mecanismos internos

del individuo), así como sus modalidades de expresión y los sistemas de interacción que se establecen dadas ciertas peculiaridades de sus mensajes (mecanismos grupales).

Reconoce desde el punto de vista metodológico que toda interpretación es una hipótesis que tendrá que corroborarse.

Dichas interpretaciones deben cubrir un amplio espectro: Fiorini reconoce 6 tipos de interpretaciones (hipótesis).

- a) Proporcionar hipótesis sobre conflictos actuales en la vida del paciente, es decir sobre motivaciones y defensas.
- b) Reconstruir determinadas constelaciones históricas significativas (por ejemplo, factores en la evolución familiar).
- c) Explicitar situaciones transferenciales de peso en el proceso.
- d) Rescatar capacidades del paciente, negadas o no cultivadas.
- e) Hacer comprensible la conducta de los otros en función de nuevos comportamientos del paciente, ciclos de interacción comprensibles en términos comunicacionales.
- f) Destacar las consecuencias que se derivarán de encontrar el paciente alternativas capaces de sustituir estereotipos personales o grupales.

3.4.9. Clarificar.

Las clarificaciones "apuntan a lograr un despeje en la maraña del relato del paciente, a fin de recortar los elementos significativos del mismo.

Esta intervención promueve en el paciente la claridad, entrenándolo en el aprendizaje de reconocer su propia experiencia con una actitud más selectiva para poder contextualizar su relato.

3.4.10. Indicar.

El terapeuta puede indicar la realización de ciertas conductas con carácter de prescripción. (intervenciones directas.)

Las intervenciones directivas son importantes y esenciales en la labor terapéutica. Por lo general son indicadas cuando el paciente presenta angustia precipitante y excesiva, que le impida su autoregulación. Asimismo, cuando el paciente presenta conductas destructivas o regresivas (brotes psicóticos, bajo control de impulsos, intentos suicidas, etc.), en las que el sujeto pierde control de sus funciones yoicas "y requiere del terapeuta, el cual, de alguna manera funciona como un 'yo auxiliar', evitando el riesgo del paciente".

También se encuentra indicada la intervención directiva cuando el paciente muestra "relatos previos al 'acting out'. y que le serán perjudiciales, y en ocasiones irremediables. Como por ejemplo algún caso donde el paciente esté promoviendo acciones para tramitar su divorcio, sin que se encuentre en esos momentos en condiciones psicológicas adecuadas para vivenciarlo.

CAPITULO IV

LA SUPERVISION EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

4.1. Definición de Supervisor.

La Supervisión en la PGB consiste en la observación y tutoría del proceso enseñanza-aprendizaje en la formación de psicoterapeutas de grupo.

Supervisar significa asesorar un trabajo. El supervisor en la Facultad de Psicología de la UNAM, por lo general tiene grado de Doctor en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo, o es Psicoanalista con experiencia en ámbitos clínicos institucionales y privados, lo cual sustenta su formación.

El supervisor tiene un rol estratégico, medular e indispensable para la formación del psicólogo clínico y psicoterapeuta de grupo, con el objeto de que el alumno sea adiestrado y capacitado en su práctica profesional. Es por ello que el supervisor apoya, orienta y corrige la labor del terapeuta novel, tratando con ello por un lado de estimular su desempeño, y por otro lado evitar en lo posible que el alumno incida en intervenciones que pudieran llegar a ser iatrogénicas. La labor del supervisor busca finalmente, que el terapeuta se desarrolle, sea más eficaz y reflexivo, y pueda hacer insight de sus fenómenos contratransferenciales y del uso de sus intervenciones psicoterapéuticas.

Existen 3 momentos en la tarea del rol de supervisor

1. - El momento de la observación directa del terapeuta en entrenamiento, en su labor psicoterapeuta ante su grupo.
2. - El momento de la discusión del material clínico, posterior a cada sesión terapéutica. Donde se enfatizará el análisis, síntesis y comprensión del contenido manifiesto y latente del devenir histórico del grupo en cuestión, lo que llevará a la formulación de hipótesis de trabajo encaminadas a focalizar las metas terapéuticas en el "aquí y ahora". Hipótesis que habrán de corroborarse para preparar "las

estrategias" de abordaje en las que el grupo se encuentra inmerso, y donde al grupo se le observa como a un "todo integral".

3. - El momento para recapitular y contextualizar el relato de las sesiones, para preparar el reporte del desarrollo y avance grupal, con fines de investigación a posteriori, como parte esencial de su formación científica. Yalom (1969) reflexiona sobre la importancia de la tutoría y supervisión a los alumnos que se encuentran en entrenamiento en psicoterapia de grupo, y expresa: "en el trabajo continuo de la supervisión, es obviamente importante que el supervisor analice la conducta del terapeuta estudiante en el grupo. ¿Sus intervenciones verbales y no verbales son congruentes con sus sentimientos, y contribuyen a establecer el tipo de normas de grupo que él considera útiles para éste. Al mismo tiempo, el supervisor debe también evitar que el estudiante sea tan conciente de sí mismo, que ahogue su espontaneidad. "Los grupos no son tan frágiles como para que una sola afirmación influya notablemente en su dirección; lo que cuenta es el gestalt total del terapeuta." ... "Necesitamos ayudarles a los estudiantes a evaluar su propio trabajo de un modo crítico y a mantener suficiente flexibilidad (técnicamente y en las actitudes) para que puedan reaccionar ante sus propias observaciones. El terapeuta maduro es un terapeuta en evolución, un terapeuta que considera a cada paciente, a cada grupo, y desde luego a toda su carrera, una experiencia de aprendizaje."

4.2.-Objetivos.

Los objetivos de la supervisión inciden directamente en el enlace de tres de los cuatro ejes que forman el entrenamiento del psicoterapeuta de grupo breve, de la siguiente manera:

- a) El supervisor observa que el alumno ponga en práctica sus conocimientos teóricos y técnicos del "marco referencial de la PGB".

- b) El supervisor promueve que el alumno reconozca sus fenómenos contratransferenciales, que son producto directo de su historia personal y de su análisis personal en grupo.

- c) El supervisor promueve y vigila que el alumno haga uso adecuado de las técnicas de intervención , de su "práctica institucional" en su rol como terapeuta o coterapeuta, donde mostrará sus habilidades, aptitudes y actitudes ante el grupo que tiene en tratamiento.

4.3. Funciones

La teoría de la PGB es el marco referencial en que se presenta la supervisión, por lo que su trabajo se circunscribe a que el alumno reconozca sus límites del marco teórico y se ciña a ellos.

Parafraseando a J. A. Carrillo (1987), técnicamente en la PGB no se debe permitir la instauración de la neurosis de transferencia en los miembros del grupo, dando preferencia a las transferencias colaterales (transferencia múltiple, Foulkes). Por otra parte, no permitir que el grupo se muestre regresivo al grado de no tener el tiempo y los objetivos en la PGB. Por lo que se refiere a la neurosis de transferencia y la regresión, éstas se trabajan a un nivel menos profundo y menos intenso, entonces el supervisor revisará el material clínico post sesión, tanto en la observación directa como en las viñetas clínicas resultado de ello, haciendo uso de sus recursos yoicos y contratransferenciales, enfatizando su actitud en el análisis, síntesis, planeación y anticipación de los procesos o fenómenos grupales, por lo que habrá de interrogar, confirmar, rectificar, interpretar y sugerir acerca de la intervención del alumno en su función como terapeuta.

4.4. Observadores.

Yalom (1969), expresa que hay una necesidad imperante de la discusión posterior a la sesión clínica, donde debe reunirse el equipo de trabajo, constituido por el terapeuta y los observadores.

Por lo regular, el equipo de observadores se encuentra constituido por alumnos en entrenamiento para psicoterapeutas de grupo. "...los alumnos que estudian para terapeutas, obtienen enormes beneficios observando el trabajo de un terapeuta de grupo experimentado. Al principio los clínicos se sienten considerablemente intranquilos ante la idea de ser observados, pero después de que ha empezado el proceso, no sólo se vuelve tranquilizador, sino satisfactorio para todos los que intervienen, los estudiantes, los terapeutas y los miembros del grupo. Yalom sugiere que el tiempo mínimo de observación para el terapeuta en entrenamiento, es de cuatro meses continuos; tiempo suficiente para que ocurran cambios en el desarrollo interpersonal de los miembros del grupo.

4.4.1. Definición de observación.

Merani L. (1979), define la observación como el método que consiste en controlar, regular (directamente o por medio de aparatos), la conducta de un individuo o grupo de individuos, para obtener conocimientos causales.

El Centro de Servicio Psicológico en la UNAM, cuenta con los medios técnicos suficientes para llevar a cabo una adecuada observación del grupo psicoterapéutico. Por ejemplo: la Cámara de Gessell, el equipo de monitoreo, el circuito cerrado de televisión, las videocámaras, los micrófonos, el interfono y la sala de terapia. (En el Capítulo V, se especificará esta información).

4.4.2. Objetivos.

Los objetivos primordiales de los observadores, corresponden a su aprendizaje, el cual puede ser asimilado desde el modelamiento y desde el aprendizaje vicario.

Otro de los objetivos primordiales de los observadores, es el de llevar a cabo el relato de la sesión terapéutica desde fuera de la misma, con una actitud totalizadora. Ya que de esta manera se tiene la gran ventaja de poder observar tanto al grupo psicoterapéutico en la sesión, como la labor de los terapeutas, y por tanto, su percepción es más amplia y le permite contextualizar el devenir

histórico del grupo, aunado a los fenómenos inherentes del desarrollo de la dinámica grupal; (por ejemplo, la cohesión, la atmósfera, la resistencia al cambio, etc.). Asimismo, le permite observar el uso de las técnicas y el estilo de los terapeutas.

Sin embargo, los fenómenos contratransferenciales que llega a reconocer, serán diferentes a los de los terapeutas del grupo, ya que esto dependerá de la historia personal y del análisis de cada uno de ellos.

4.4.3. Funciones.

Las funciones del observador, por una parte, son operativas en tanto que él es responsable del uso adecuado del equipo de monitoreo de la sala de observación; y por otra parte, sus funciones son técnicas y didácticas en cuanto al reconocimiento de los procesos psicológicos acaecidos durante el tratamiento grupal, ya que dirige su atención hacia las técnicas de intervención y estilos de los terapeutas que responden ante eventos específicos de la situación grupal.

CAPITULO V

METODO

5.1. Planteamiento del problema.

La fuerza yoica es una de las funciones sustantivas del yo, que se refiere a la acción adecuada del yo, es decir al contacto, interpretación y manejo del mundo externo e interno del sujeto en su relación interpersonal. (cfr. funciones yoicas Capítulo I). La subescala de la Fuerza Yoica del MMPI fue diseñada para evaluar el accionar yoico del paciente.

En psicoterapia individual se ha estudiado la Fuerza Yoica, sin embargo, en los tratamientos grupales donde existe un ambiente que promueve modificaciones y ajustes en la fortaleza yoica de los pacientes, ha sido descuidada.

Como lo expresa González (1978), el grupo estimula la discusión e incrementa la fuerza del yo del paciente, mediante la aceptación de los otros miembros, o la identificación del problema.

Lo que se pretende con este trabajo, es presentar información cuantitativa y cualitativa de la fuerza yoica, como pronóstico en el tratamiento en psicoterapia de grupo breve.

El foco grupal se denominó de "personas con conflicto en sus relaciones interpersonales.

El foco individual fue circunscrito a cada paciente en su conflictiva personal y los síntomas derivados de ello.

5.2. Objetivos de la Investigación

- 1.- **¿La evaluación de la fuerza yoica es un instrumento adecuado para el pronóstico en pacientes que se seleccionan para psicoterapia de grupo breve?**
- 2.- **¿Se presentan cambios en las relaciones interpersonales de los pacientes, posterior al tratamiento de PGB?**

5.3. Tipo de Investigación.

El Diseño de Investigación utilizado, fue el cuasiexperimental, que corresponde al experimento de campo, y se caracteriza por el control de la variable independiente (VI) (teoría y técnica de intervención de la psicoterapia de grupo breve). Se lleva a cabo en una situación de clima real. Es ampliamente recomendable para la investigación en ciencias sociales por la apreciación directa de los fenómenos que se estudian.

Presenta ventajas importantes sobre otros diseños, como por ejemplo: 1) El estudio es más realista que los experimentos de laboratorio. 2) Se puede controlar la variable independiente (VI). 3) Presenta mayor precisión y fuerza en las variables estudiadas, lo que implica mayor validez externa.

El trabajo de campo en psicología clínica se efectúa por excelencia en los consultorios, (las características que se describen en el apartado 5.13 Aparatos) diseñados exprorpio según la modalidad en psicoterapia que se trabaje, y pueden ser, la terapia individual, de pareja, de grupo o familiar.

5.4. Hipótesis conceptual.

La psicoterapia de Grupo Breve es un método terapéutico avalado por una teoría multidisciplinaria (psicoanálisis y teoría de grupos en Psicología Social principalmente), para tratar pacientes con problemas emocionales, cuyo fin es reducir el sufrimiento de los pacientes, y la remisión de síntomas a través de la focalización del síntoma central, trabajando el presente del conflicto en el "aquí y ahora".

5.5. Hipotesis de trabajo.

1a) (H₀), Hipótesis Nula.

La evaluación de la Fuerza Yolca no es un buen pronóstico de selección para pacientes a Psicoterapia de Grupo Breve.

- 1b) (H1), Hipótesis Alternativa.
La evaluación de la Fuerza Yoica es un buen pronóstico de selección para pacientes a Psicoterapia de Grupo Breve.
- 2a) (H₀), Hipótesis Nula.
La Psicoterapia de Grupo Breve no tiene efecto alguno en el cambio de las relaciones interpersonales (foco grupal)
- 2b) (H1), Hipótesis Alternativa.
La Psicoterapia de Grupo Breve, a través de su técnica, favorece el cambio de las relaciones interpersonales (incide en el foco grupal).

5.6. Variable Independiente.

La Variable Independiente (VI) es la teoría y la técnica multidisciplinaria de la PGB, y presenta las siguientes características:

- 1.- El entrenamiento teórico y técnico como psicoterapeuta de grupo, habilita para la intervención clínica. (En psicoanálisis y teoría de grupos).
- 2.- Se trabaja el conflicto central, por medio de la focalización grupal e individual de los síntomas.
 - 2.1) El foco grupal se denominó "personas con conflictos en las relaciones interpersonales".
 - 2.2) El foco individual se centró en los síntomas de cada paciente, derivados de la conflictiva personal.
- 3.- Se trabaja la reducción de los síntomas o conflicto principal, en el "aquí y ahora", en corto plazo.
- 4.- Evitar la regresión y la neurosis de transferencia

5.7. Variable dependiente.

- 1.- Síntomas y quejas de los miembros del grupo.
- 2.- Dificultad en las relaciones interpersonales

5.8. Selección de pacientes y terapeutas.

En esta fase de Selección de Pacientes a grupo, participamos 10 terapeutas en formación en la Especialidad de Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones.

Entrevistamos a 47 alumnos de la Licenciatura en Psicología, en la Facultad de la UNAM, que habían solicitado asistencia psicoterapéutica al Centro de Servicios Psicológicos. Cada alumno en entrenamiento entrevistó un promedio de 5 personas.

El objetivo primordial de las entrevistas de selección, consistió en dotar de pacientes a 4 grupos para tratamiento grupal, mismos que fueron atendidos por los alumnos en entrenamiento en Psicología Clínica y Psicoterapeuta de Grupo.

La selección constó de dos fases:

- 1.- Selección de parejas terapéuticas, para dar tratamiento en Psicoterapia de Grupo Breve.
- 2.- Selección de pacientes para tratamiento grupal.

La selección de pacientes para el tratamiento grupal se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) de la Facultad de Psicología de la UNAM, en el Edificio de Posgrado, donde se utilizaron las Salas de Terapia, exprofeso.

El tiempo utilizado para cada entrevista fué de 50 minutos. En algunos casos hubo necesidad de realizar la entrevista en dos sesiones, debido a las circunstancias y conflictiva que presentaba el paciente.

Se conformaron 4 equipos de terapeutas en entrenamiento, y cuatro grupos para atención psicoterapéutica. Los grupos psicoterapéuticos, se focalizaron previo al tratamiento, de aquí se conformó el grupo-sujeto de esta tesina, que se focalizó y se denominó: "Grupo con Conflictos en sus Relaciones Interpersonales".

En las entrevistas de selección, los criterios fueron encauzados para reconocer en todos los candidatos que presentaran conflictos en sus relaciones interpersonales, tanto a nivel manifiesto como a nivel latente, en el motivo de solicitud de consulta.

Foco individual.

El foco individual estuvo enmarcado en los síntomas de cada paciente, ya que reaccionaba en forma diferente ante el conflicto de la relación interpersonal. Algunos somatizaban, otros respondían con hostilidad y agresión verbal; la mayoría presentaba ambivalencia emocional, ansiedad y algunos episodios depresivos ante la dificultad de manejar sus relaciones interpersonales.

Tratamiento.

El tratamiento utilizado fué el de la Psicoterapia de Grupo Breve en Instituciones, el marco teórico es multidisciplinario. En lo que respecta a la dinámica grupal, se utilizaron los aportes de la Psicología Social. Para la interpretación e intervención terapéutica, se utilizaron los aportes del Psicoanálisis de la Psicoterapia Grupal.

Se enfatizó, en este tratamiento, la interacción en el plano de las comunicaciones, ésto es, el "aquí y ahora" del grupo psicoterapéutico, donde se focalizaron los objetivos , tanto a nivel del grupo, como a nivel individual.

El contrato terapéutico, constó de 22 sesiones, la frecuencia entre una sesión y otra fué de una semana, la duración de cada sesión fué de 90 minutos.

La focalización grupal se denominó: "Grupo con Conflictos en sus Relaciones Interpersonales".

La focalización individual, se dirigió hacia los síntomas que presentó cada paciente.

Todas las sesiones fueron videograbadas y además, se llevó un registro por escrito de cada una de ellas, tanto de los contenidos manifiestos como de los contenidos latentes del grupo, y ese material formó parte sustantiva en la supervisión clínica, que siempre fue posterior a cada sesión.

A cada paciente se le asignó una letra (mayúscula) en orden alfabético, correspondiendo el Caso No. 1 a la letra A; el Caso No. 2 a la letra B, y así sucesivamente hasta llegar al Caso No. 10, letra J.

5.9. Características de los sujetos.

- 1.- Los pacientes son en su totalidad alumnos de licenciatura, de la Facultad de Psicología de la UNAM.
- 2.- Todos los pacientes de grupo son mujeres; esto obedece principalmente a que de la población total de la Facultad de Psicología, el 80% corresponde al sexo femenino y el 20% al sexo masculino. No hubo criterio alguno de exclusión de personas del sexo masculino, más bien responde al contexto de la licenciatura.
- 3.- El promedio de edad es de 21 años.
- 4.- El 90% de las pacientes son solteras. (el Caso No. 1 su estado civil es casada).
- 5.- Sólo 3 de los pacientes (30%) tienen empleo.
- 6.- Todos pertenecen a la clase media urbana.

El grupo inició con 10 pacientes, de los cuales el caso No. 8, desertó en la segunda sesión, debido a que su horario de clases le impedía continuar, y

aunque se derivó a los otros grupos, ninguno satisfacía sus necesidades de horarios compatibles.

Los Casos 9 y 10, abandonaron el tratamiento en la sexta y octava sesiones, respectivamente, y no hubo seguimiento de las causas que lo motivaron. Los casos de abandono de tratamiento en total fueron 3, que corresponden a los Casos: 8, 9 y 10.

Finalmente, el grupo quedó constituido por 7 elementos, correspondientes a los Casos: 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7.

5.10. Características del Grupo Psicoterapéutico.

Los grupos psicoterapéuticos se han clasificado de diferentes formas, y con fines de investigación y tratamiento, como lo expresan Kadis y Krasner (1974); Didier Anzieu (1980) y González (1978). Aquí presentaré las características del grupo psicoterapéutico, motivo del presente estudio.

Características del Grupo Psicoterapéutico.

- a) Artificial
- b) Primario
- c) Grupo Guía
- d) Cerrado
- e) Heterogéneo

Inicialmente enfatizaré, que los grupos terapéuticos de corte psicoanalítico, son primarios y artificiales en el ámbito clínico.

Es un grupo artificial, ya que lleva a los individuos de su ámbito cotidiano a un ámbito nuevo y terapéutico, donde los individuos se mezclan formando un nuevo campo de interacción, cuyo fin principal es abordar su conflictiva emocional con objetivos terapéuticos.

Es un grupo primario, según lo advierte Didier Anzieu (1980), "el grupo primario se caracteriza por los lazos personales íntimos, cálidos, cargados de emoción

que se establecen en los miembros; la solidaridad y la obtención de ventajas son mutuas y espontáneas, no calculadas."

Se dice que se convierte en grupo primario ya que al inicio es un conjunto de personas con un interés común, la cura. Sin embargo, los procesos inherentes a la relación grupal (interacción, comunicación, dinámica y cohesión, entre otros), son las bases para un proceso de comunicación afectiva, íntima y espontánea; compartiendo así sus fantasías, deseos, anhelos, carencias, etc.

Es un grupo guía como lo define González (1978), porque se centra en el problema común, y su meta es hacer que el individuo funcione mejor en una situación vital. El grupo estimula la discusión e incrementa la fuerza del yo del paciente, mediante la aceptación de los otros miembros, o la identificación del problema.

Es un grupo cerrado, porque no hubo posibilidad de inclusión de nuevos miembros al proceso psicoterapéutico. Ya que una vez terminada la fase de selección de pacientes a Psicoterapia de Grupo Breve, éste quedó totalmente integrado por 10 miembros.

Es un grupo heterogéneo, ya que se formó con personas de diferentes estructuras de personalidad, contrastando unas con otras en el ámbito terapéutico.

5.11. La selección de parejas terapéuticas.

En el grupo académico en que fui formado como psicoterapeuta, se conformaron tres parejas terapéuticas, y un equipo de cuatro miembros. La selección de las parejas y equipo terapéutico fue producto del apoyo y supervisión de la Dra. Celia González, quien basada en su vasta experiencia puso a nuestra disposición una secuencia de viñetas clínicas y rol playing, encaminadas a que el grupo en formación vivenciara los fenómenos psicológicos que fomenta el trabajo compartido.

Este proceso tiene como objetivo que los terapeutas en formación experimenten los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, la ansiedad latente y manifiesta de ser o no aceptado por algún miembro del grupo en formación. Así

como observar la habilidad y creatividad de cada miembro del grupo, en busca de su pareja coterapéutica, haciendo conciencia de la importancia de nuestras diferencias personales, procurando desarrollar la sensibilidad y el tacto para reconocer las reacciones emocionales y expectativas de los participantes. Por otro lado, facilita la comunicación entre los futuros terapeutas, con el objeto de eliminar barreras en la misma, promoviendo así acuerdos para la participación grupal.

De la elección de la pareja terapéutica depende gran parte del trabajo psicoterapéutico con los pacientes del grupo, es por ello que se promueve un clima propicio para la aceptación interpersonal de la pareja terapéutica, lo cual permitirá analizar la involucración de los terapeutas con los pacientes.

La selección de los terapeutas y coterapeutas tuvo como base teórica, los principios psicoanalíticos de la relación terapeuta-paciente, es decir, la contratransferencia y la transferencia, fusionados en forma didáctica en un rol playing donde se vivenciaron y se actuaron las ansiedades propias de una nueva elección, que pasa de un proceso interno inconsciente a uno consciente, donde la empatía, el insight, la racionalización y algunos procesos yoicos relevantes, permiten una mejor elección coterapéutica, donde lo importante es tener la capacidad de reconocer en el otro y en uno mismo, habilidades, virtudes, desatinos e intereses, así como la figura terapéutica en pro del tratamiento grupal.

Durante el ejercicio vivencial, se presentaron roles de observadores que provenían del mismo grupo, y su labor principal consistía en señalar, interrogar, proporcionar información, encuadrar, clarificar, interpretar, y en ocasiones confrontar todo el material clínico, con fines académicos de formación terapéutica.

5.12. Selección de pacientes para grupo.

Las entrevistas fueron individuales y abiertas; con carácter exploratorio y de diagnóstico. El objetivo se centró en seleccionar pacientes para psicoterapia de grupo, sin embargo los pacientes cuyo conflicto personal ameritaba otro tipo de

tratamiento, se derivaban a la opción que mejor respondiera a su padecimiento. Estas opciones fueron principalmente: terapia individual, de grupo, de pareja y de familia.

Todas las entrevistas fueron observadas y supervisadas por la Maestra de la asignatura en supervisión, así como por el grupo de psicoterapeutas en formación.

Hubo pacientes a los que se les brindó apoyo psicoterapéutico cuando el caso así lo ameritó; algunas entrevistas requirieron de evaluación psicológica, en casos de duda diagnóstica.

Finalmente se seleccionaron pacientes para conformar 4 grupos psicoterapéuticos.

Los 4 Grupos se focalizaron en distintos rubros que cubrían las necesidades terapéuticas de los pacientes. El grupo que se seleccionó para mi labor terapéutica se denominó: **El grupo con conflictos en sus relaciones interpersonales**, con 10 integrantes en su inicio.

La aportación de Bach (1974) permite los criterios para seleccionar pacientes adultos a tratamiento grupal excluyendo las siguientes estructuras de personalidad: sujetos con personalidades sociopáticas; presicóticos (Borderline), psicóticos y con bajo control de impulsos además de los síndromes cerebrales orgánicos, estos criterios fueron utilizados en las entrevistas de selección del grupo en estudio.

5.13. Aparatos.

Durante las entrevistas de selección, la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnessota (MMPI) y en el tratamiento grupal, se utilizaron las instalaciones y aparatos del Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM. Estas instalaciones cuentan con Salas de Terapia con Cámara Gessell.

Dentro de la Cámara de Gessell se encuentra el equipo de videograbación con el que se lleva a cabo la observación y monitoreo de las sesiones, así como la fuente de poder, la televisión de color, una videograbadora, un altavoz, el interfono, un espejo Gessell y varios asientos confortables.

En la sala de terapia existen dos videocámaras de filmación, una es fija, y se encuentra en el centro de la Sala, la otra es móvil con el objeto de que pueda desplazarse con facilidad para encuadrar aquéllos ángulos que se deseen enfocar; así como 4 micrófonos estratégicamente colocados para permitir que el audio sea el adecuado

Hay 14 asientos confortables para los pacientes y terapeutas, así como una mesa donde se haya colocado el interfono, el cual comunica directamente con la Sala de observación y monitoreo.

Ambos lugares se encuentran alfombrados. Tienen luz regulable y la estancia en general es confortable. El único inconveniente es la falta de ventilación, ya que ninguna de las dos áreas cuenta con ventilación natural ni artificial

Todo el equipo anteriormente descrito se utilizó para las grabaciones de cada una de las sesiones cuya finalidad es la investigación, así como preparar mejores estrategias de abordaje para los pacientes, y apoyo técnico para las intervenciones terapéuticas.

En algunas sesiones no se pudo recuperar la información completa ya que debido a fallas técnicas, hubo grabaciones en las que se observaba la imagen pero no había registro de audio y viceversa.

5.14. Procedimientos.

El encuadre y contrato del tratamiento en psicoterapia grupal se ajusta a las normas y metodología del Centro de Servicios Psicológicos (CSP).

Durante todo el año escolar, este Centro recibe solicitudes de pacientes que requieren atención psicoterapéutica, con las cuales se elabora una cartera y el expediente formal. El procedimiento consiste en la aplicación de algunos cartabones y una batería psicológica.

Los cartabones fueron diseñados con el objeto de tener un control administrativo y registrar los siguientes datos: ficha de identificación, un breve estudio socio-económico, horario disponible del paciente, formato de consentimiento para observación y grabación de las sesiones, así como las

normas, derechos y responsabilidades de las personas que asisten al Centro de Servicios Psicológicos.

Es importante destacar en este apartado los formatos de consentimiento para observación y grabación de las sesiones, así como los derechos y responsabilidades del paciente, ya que en ellos se consigna la necesidad de la grabación de las sesiones para mejorar el tratamiento o bien para agregar nuevas estrategias al mismo. Lo anterior se hace en mutuo acuerdo de las partes (paciente y terapeutas), ya que ambos firman al calce del formato donde se especifica la confidencialidad y responsabilidad del material grabado.

En el formato de derechos y responsabilidades del paciente, se enfatizan los siguientes puntos:

Discreción, prontitud del servicio, respeto, tipo de servicio, evaluación terapéutica. También se exhorta a los pacientes a participar activamente y asistir a las sesiones, a reportarse al Centro de Servicios Psicológicos en caso de falta, informar al terapeuta sobre el abandono del tratamiento; autorización para que el terapeuta tome notas durante las sesiones y la aceptación expresa para la aplicación de cuestionarios y pruebas psicológicas.

Todo lo anterior formaliza tácitamente el contrato terapéutico, así como un acuerdo mutuo de derechos y responsabilidades entre pacientes y terapeutas.

5.15. Instrumentos.

La batería psicológica que utiliza el Centro de Servicios Psicológicos, es la siguiente:

- 1.- **El Cuestionario de Salud Física y Vida Cotidiana (HDL) de Pudolf H. Moss, Ruth C. Cronkite y otros.**
- 2.- **El Cuestionario (FES) (Sin fuente bibliográfica.)**
- 3.- **El Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI) de Starke y Hataway.**

La batería se aplica previa al tratamiento como línea base o pretest, y posterior al tratamiento como retest.

En la presente tesina, se utilizó exclusivamente el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota MMPI Hataway (1951), ya que cubre las necesidades para la evaluación psicodiagnóstica y la valoración de la Escala Especial de la Fuerza Yoica (Fe), diseñada por Barrón (1953), derivada del MMPI.

Características generales del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI).

Elegí el MMPI, debido a que es un cuestionario que refleja 10 dimensiones clínicas de la estructura de la personalidad y su diagnóstico se basa en predicciones estadísticas. Además internacionalmente es uno de los inventarios que más se ha estudiado, estandarizado y aplicado en diversos ámbitos, como el clínico, laboral y educativo, entre otros. En México existe un trabajo de estandarización, realizado por las Doctoras Reyes y Lucio (1994), actualmente en proceso.

La información que se puede recabar del MMPI presenta un soporte estadístico que permite cuantificar sus respuestas a la vez que establece categorías nosológicas de la psiquiatría y la psicología clínica. Presenta la posibilidad de revisar su confiabilidad y validez por medio de sus 4 escalas exprofeso. (Frasas Omitidas; L, Mentira; F, Validez y Confusión; y K, Corrección.)

Los indicadores que reporta el MMPI responden a la sintomatología de los síndromes más relevantes para el diagnóstico psicológico y psiquiátrico, tanto en las neurosis como en las psicosis, así como en los trastornos fronterizos y algunos síndromes orgánicos cerebrales. Además, el Inventario cuenta con varias subescalas de investigación, como la Escala de la Fuerza Yoica (Fe). La aplicación, calificación e interpretación corresponde a los criterios establecidos por los autores del MMPI y de la subescala de la Fuerza Yoica, Hataway (1949) y Barrón (1953), respectivamente.

5.16. Características de la Escala La Fuerza Yoica (Fe)

Graham (1977) comenta que la escala Fuerza del yo (Fe) fue desarrollada por Barrón en 1953, específicamente para predecir las respuestas de pacientes neuróticos en la terapia individual.

En México, Esquivel (1993) la utilizó la evaluación de la Fuerza como complemento de una batería psicológica, para la evaluación de las funciones yoicas en un modelo de psicoterapia breve en pacientes de la tercera edad. Por ahora hay pocos estudios que la utilicen para valorar la fuerza yoica en Psicoterapia de Grupo Breve, se realizó en el mismo centro, el estudio con el mismo tipo de pacientes, como es el caso de Acevedo (1993).

Con la presente escala, pretendo continuar el estudio de los cambios sucedidos en los pacientes que se encuentran en tratamiento de Psicoterapia de Grupo Breve, ya que el instrumento permite reconocer los cambios de la fuerza yoica en terapia individual.

El diseño de la subescala corresponde a 68 reactivos que se identificaron empíricamente de los 566 reactivos de que consta el Inventario Multifásico de la Personalidad Minessotta. (MMPI). (Anexo No.1).

Los items de la subescala (Fe) cuantifican y califican las siguientes categorías, que corresponden a las funciones yoicas: el funcionamiento físico, el aislamiento, las actitudes hacia la religión, la posición moral, la adecuación personal y la habilidad para el enfrentamiento de fobias y ansiedades.

Confiabilidad y validez.

Graham (1977) expresa que en 1953 Barrón validó de manera cruzada la Escala (Fe), usando tres muestras diferentes de pacientes neuróticos para los que las tasas de mejoría se encontraban disponibles durante la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

Debido a que las puntuaciones anteriores a la terapia se relacionaban positivamente con la tasa de mejoría, para la totalidad de tres muestras, concluyó que esta Escala es útil para predecir el cambio de la personalidad durante la psicoterapia. Barrón también expresa que la confiabilidad por

mitades de las escalas de una muestra de 126 pacientes fue de 76 y que la confiabilidad test-retest utilizando un intervalo de tres meses en los exámenes, fue de .72 para una muestra de 30 casos.

Los reactivos de la Escala (Fe) fueron recopilados del texto de Hataway (1968) que se refiere a la aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología, y se encuentra en los anexos de la presente tesina.

Interpretación de las puntuaciones altas.

Graham (1977) expresa que las investigaciones de Barrón, 1953, 1956; Dalstrom y cols, 1975; Duckworth, 1975; Good y Brantner, 1961 y Quay, 1955, concluyen el resultado de las puntuaciones altas para la interpretación, y son las siguientes:

UNA PUNTUACIÓN ALTA SUGIERE QUE EL PACIENTE:

- 1.- Carece de elementos de patología crónica
- 2.- Estable, confiable, responsable
- 3.- Tolerante y sin prejuicios
- 4.- Intrépido
- 5.- Determinado, persistente
- 6.- Confiado en sí mismo y sociable
- 7.- Ingenioso e independiente
- 8.- Con un adecuado sentido de la realidad
- 9.- Adecuadas relaciones interpersonales
- 10.- Crea una primera impresión favorable
- 11.- Obtiene la aceptación de los demás
- 12.- Aprovecha oportunidades
- 13.- Tiene intereses definidos
- 14.- Si es hombre, tiene un estilo de conducta apropiada al sexo masculino
- 15.- Enfrenta figuras de autoridad
- 16.- Competitivo
- 17.- Maneja las situaciones con ironía
- 18.- Busca ayuda por problemas circunstanciales
- 19.- Puede tolerar confrontaciones en la psicoterapia.

Interpretaciones de las puntuaciones bajas.

En general tienden a estar menos adaptados psicológicamente que los que obtienen puntuaciones altas, y no están bien preparados para enfrentar los problemas y las tensiones, casi siempre tienen la probabilidad de mostrar un cambio de personalidad, menos positivo durante el tratamiento.

LA PUNTUACIÓN BAJA EN LA ESCALA (FE) FUERZA DEL YO, INDICA QUE EL PACIENTE (ES):

- 1.- Tiene un pobre concepto de sí mismo.
- 2.- Se siente inseguro
- 3.- Confuso en sus decisiones
- 4.- Presenta quejas físicas y crónicas
- 5.- Con frecuencia se siente fatigado
- 6.- Presenta temores, fobias
- 7.- Con tendencia al aislamiento
- 8.- Tiende a ser inhibido
- 9.- Es rígido en sus concepciones
- 10.- Con temor a expresar agresión
- 11.- Tendencia al apego a creencias religiosas.
- 12.- Prejuicioso y moralista
- 13.- Si es hombre, puede tener un estilo de conducta feminado
- 14.- Exagera sus problemas como una forma de obtener ayuda
- 15.- Presenta pobre desempeño laboral
- 16.- Sus problemas son más caracterológicos que circunstanciales
- 17.- Expresa buenas intenciones para cambiar en la psicoterapia, pero no las lleva a cabo.
- 18..
- 19.-

Graham puntualiza que una persona con puntuación baja no parece estar muy bien adaptado, es posible que sus problemas sean de naturaleza permanente, los recursos personales para enfrentar los problemas son extremadamente limitados y el pronóstico para el cambio positivo en psicoterapia, es pobre.

5.17. Metodología de la supervisión y la observación en el grupo de entrenamiento.

La supervisión y observación de las sesiones psicoterapéuticas de grupo, se realizaron durante todo el programa de entrenamiento, fueron filmadas (previo acuerdo y autorización de los pacientes en su contrato terapéutico), para su posterior análisis; enmarcados en sus objetivos principales como son: apoyar la labor terapéutica y la investigación, bajo el principio ético de la confidencialidad.

La supervisión para los alumnos en entrenamiento psicoterapéutico estuvo conformada por un equipo de tres personas; el supervisor y dos observadores. El primero fué el maestro designado exprofeso para la asignatura, los observadores fueron dos alumnos en formación de psicoterapeuta de grupo. Ellos se encontraban en la zona de observación y monitoreo de la cámara de Gessell y tenían la posibilidad de intervenir en las sesiones, cuando así lo ameritaba la situación. Esta intervención se hacía vía interfono con los terapeutas, quienes a su vez reconsideraban si la intervención procedía o no. En general no hubo complicaciones con tales observaciones, siendo aceptadas y trabajadas para el beneficio del grupo terapéutico.

5.17.1. Material clínico de la supervisión.

La discusión del material clínico se supervisaba posterior a la sesión.

Se ocupaba en promedio 30 minutos, en este tiempo se estructuraban los tópicos derivados de las sesiones, asimismo se formulaban las hipótesis acerca de los procesos psicológicos sucedidos, tanto a nivel grupal como en lo individual. Además se formulaban estrategias para dar seguimiento a los objetivos focalizados del tratamiento.

La estrategia se perfilaba hacia el objetivo focalizado del grupo, es decir a los problemas de la relación interpersonal, en el "aquí y ahora", así como en el manejo de las resistencias y el reconocimiento de los fenómenos grupales (por ejemplo: atmósfera, cohesión, subagrupamiento, etc.).

También en la supervisión se analizaban los fenómenos contratransferenciales del trabajo coterapéutico, las técnicas de intervención y prescripción terapéutica.

La discusión del material clínico presentaba un matiz reflexivo entre el equipo de terapeutas, supervisor y observadores, con el objeto de hacer más sólidas y confiables las intervenciones terapéuticas, así como para guiar la formación y elevar la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Hubo ocasiones en que los terapeutas prescribíamos tareas para el grupo, conduciéndolos a reflexiones sobre su persona y tenía que ver tanto con su participación en el grupo, así como con la focalización del mismo y sus síntomas. Lo anterior permitía llevar a cabo el control de los avances terapéuticos, para poder informar de los mismos al Centro de Servicios Psicológicos, por medio de formatos elaborados expresos.

La participación de los equipos terapéuticos fue estimulante, ya que las mismas personas que fungíamos como terapeutas hacíamos las veces de observadores para la terapia de grupo de nuestros observadores, de esta manera el conocimiento era recíproco y acumulativo.

5.18 Resultados.

Los resultados de la tesina se presentan en dos tópicos: el primero corresponde a la aplicación del MMPI (pretest y retest), donde se muestran los cambios acaecidos en la evaluación de la Fuerza Yoica y del Foco Grupal (conflicto en las relaciones interpersonales) en el segundo tópico se presenta un resumen del tratamiento (psicoterapia de grupo breve).

Con respecto a los resultados del MMPI, se presentan de la siguiente manera:

EVALUACIÓN DE LA FUERZA YOICA

- 1.- Ficha de identificación
- 2.- Motivo de consulta
- 3.- Viñeta clínica
- 4.- Codificación del pretest
- 5.- Interpretación del pretest
- 6.- Intervención del paciente en grupo
- 7.- Resultado de la Escala de la fuerza yoica y comentario al respecto
- 8.- Interpretación del retest
- 9.- Conclusión

Foco Grupal

Los resultados del foco grupal se presentan en forma cuantitativa y cualitativa. Se utilizaron las escalas clínicas del MMPI que informan datos significativos acerca de las relaciones interpersonales como lo sugieren Rivera, Esquivel y Lucio (1987) y son las siguientes:

- 3 (Hi) Histeria
- 4 (Dp) Desviación Psicopática
- 6 (Pa) Paranoia
- 8 (Es) Esquizofrenia

Los resultados del tratamiento.

Aquí se presenta un cuadro de los procesos psicológicos sucedidos en el tratamiento de Psicoterapia de Grupo Breve, donde se pueden observar los temas de las sesiones de grupo y los fenómenos psicológicos producidos por el discurso de los pacientes en el ámbito clínico de la psicoterapia de grupo.

| |
|--|
| <p style="text-align: center;">CAPITULO VI</p> <p style="text-align: center;">ANALISIS DE RESULTADOS</p> |
|--|

6.1 RESULTADOS DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESSOTA. APLICADOS PREVIO Y POSTERIOR AL TRATAMIENTO EN PSICOTERAPIA DE GRUPO BREVE.

A continuación se presentan los resultados del MMPI aplicados a los siete pacientes en psicoterapia de grupo breve.

La aplicación fue previa al tratamiento (línea base) como Pretest y posterior al tratamiento como Retest.

Se presenta el resultado de la Subescala especial para la evaluación de la Fuerza Yoica (Fe) de cada paciente.

Para la codificación del perfil psicológico del MMPI, se utilizó el método de Welsh, lo que permitirá al lector observar los cambios cuantitativos en el pretest y en el retest, debido a que el estudio es intrasujeto. (ver anexos de gráficas del MMPI).

Todos los resultados de las pruebas fueron válidas y confiables, lo cual permitió su interpretación.

Se presenta el análisis cuantitativo del foco grupal denominado conflicto en las relaciones interpersonales, donde se analizan las escalas clínicas: 3 (Hi) Histeria; 4 (Dp) Desviación Psicopática; 6 (Pa) Paranoia y 8 (Es) Esquizofrenia.

Por último se presenta un resumen de las sesiones grupales, donde se utilizó el material filmado y los reportes de sesión de la historia grupal.

Para evitar confusiones, a cada caso se le asignó un número progresivo del 1 al 7, y a los sujetos de cada caso se le asignó una escala ordinal alfabética, quedando de la siguiente manera: El caso No. 1, para el sujeto A; el caso No. 2 para el sujeto B, etc., hasta llegar al caso No. 7, sujeto G.

Es importante aclarar que no hay resultado del retest correspondiente al caso No. 6, ya que el paciente no se presentó a la post-evaluación, a pesar de habersele citado expreso, en varias ocasiones.

INTERPRETACION DEL MMPI ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO EN PSICOTERAPIA DE GRUPO BREVE.

CASO NO. 1, SUJETO A.

1.- Ficha de Identificación.

(A) Es paciente femenino, de 23 años, casada, tiene un hijo de 2 años, vive con su pareja y la familia nuclear de ella. Es estudiante universitario, su rendimiento y aprovechamiento escolar es adecuado; actualmente no trabaja y sus actividades principales se orientan hacia su familia nuclear y extensa, así como a sus estudios y a las relaciones interpersonales, derivadas de ello.

2.- Motivo de consulta.

"...Me siento desubicada, no sé lo que quiero y cuando creo que ya lo sé y tomo una decisión, me siento muy mal interiormente, pero desconozco el motivo de este malestar, me irrito con frecuencia y en varios casos no hay motivo aparente, me siento satisfecha en algunos aspectos.

La paciente presenta dificultades con su relación de pareja, porque considera que el hecho de que sus padres vivan con ellos no les permite la privacidad en su relación de pareja, por lo que se ve comprometida afectivamente y ambivalente con sus padres a quienes no ha podido solicitarles abandonen su casa. La falta de decisión provoca en la paciente sentimientos de enojo e irritabilidad que dirige hacia su pareja, a quien observa pasivo y ambivalente.

Lo anterior representó el motivo principal para incluir a la paciente en el grupo focalizado en los conflictos de relaciones interpersonales que nos ocupa en este estudio.

3.- Viñeta Clínica.

Me siento angustiada ante la toma de decisiones de la separación de mis padres de mi hogar. (A) vive actualmente con sus padres. El departamento es de la

paciente y su pareja. La paciente tiene dificultades de relación con sus padres a los que ve como muy intrusivos en relación de pareja, situación que repite en sus relaciones interpersonales con sus amigos universitarios. (A) es hija única y se muestra necesitada de atención afectiva y se ve frustrada e hipersensible ante el rechazo.

Su control de impulsos es pobre, su actitud es hostil, principalmente hacia las figuras de autoridad, con quienes presentan problemas, ésto es, con la figura paterna.

Ha presentado dos abortos terapéuticos, situación que ha frustrado sus fantasías de un nuevo embarazo y de que su hijo no sea producto único como le sucedió.

A su pareja la observa neutral, en ocasiones con alianza y ciertas semejanzas de su padre, al que considera débil, dependiente y con fracasos económicos importantes.

4.- Codificación del Pretest del MMPI.

64 - 8190237/5 K,L,F.

5.- Interpretación del Pretest.

(A) Es una persona que responde a la prueba en forma defensiva, trata de dar una mejor imagen de su persona, se caracteriza por presentar fuerza yoica adecuada, lo que le permite mostrar una imagen positiva de sí misma.

Se refiere suspicaz y desconfiada, por lo que sus relaciones interpersonales, son distantes. Se involucra poco emocionalmente para no salir afectada de ellas.

Utiliza como mecanismos de defensa yoica la racionalización y la proyección, con la primera estructura intelectualmente los eventos que le provocan conflicto, sin embargo como se puede observar en el MMPI, actualmente presenta breves episodios de ansiedad ante situaciones frustrantes, por lo que han sido insuficientes sus esfuerzos de racionalizar, se encuentra ambivalente como lo demuestra en el motivo de consulta.

Al no poder estructurar estos eventos que rebasan su control, tiende a la irritabilidad y entonces muestra el mecanismo de proyección donde encuentra a los demás como responsables y culpables de su problemática en las relaciones interpersonales.

Su capacidad de insight emocional se muestra reducida. Afectivamente se muestra necesitada de cariño, pero con dificultad para reconocerlo debido a la desconfianza que presenta en sus relaciones interpersonales. Es portadora de una inteligencia normal, lo cual aprovecha óptimamente en sus estudios y ello le permite logros académicos que redundan en su autoestima.

6.- Intervención del paciente en el Grupo.

Durante el tratamiento trabaja la relación con sus padres, su pareja y con su hijo, así como de sus amigas.

Reconoce en el tratamiento la dependencia hacia sus padres en el nivel afectivo e instrumental, que le provee de ganancias secundarias (apoyo al rol de madre en las labores domésticas) y sabe que al separarse de sus padres pierde automáticamente las ganancias, por lo que trabaja en incursionar a su rol de madre, para que su independencia con los padres sea menos difícil.

Reconoce procesos de identificación con sus padres, específicamente con su madre la ambivalencia, que en ella observa como indecisión, y con el padre, dependencia.

La relación con su pareja es periférica y ambivalente, se involucra poco.

Con su hijo la relación parece más cercana y sin conflictos, elabora psicológicamente los dos abortos sin llegar a esclarecer el significado latente de los mismos, en repetir su historia de hija única, con su hijo.

7.- Resultado de la Escala de la Fuerza Yoica (Fe)

PUNTUACION T

Pretest: 59 (inferior al término medio)

Retest: 61 (media)

El resultado igual o mayor a T60, es un indicador que sugiere fuerza yoica, lo que incide directamente en el buen pronóstico del paciente a psicoterapia. Barrón (1953) y Graham (1977).

Como se puede observar, la paciente obtiene en el retest un moderado aumento en T de 59 a 61, encontrándose en un rango donde la terapia le traerá beneficios.

8.- Interpretación del Retest

489-6134/502: K, L, F

Se presentan cambios en las escalas 6(Pa), 8(Es), 9(Ma) y 2(D). Se observa cambio importante en la escala 6(Pa), que representa sentimientos de desconfianza y mecanismos de defensa de proyección y racionalización. La disminución en la escala, implica mayor flexibilidad y apertura hacia el reconocimiento de su conflictiva.

Por otra parte, el perfil actual muestra que la paciente continúa con sus rasgos hostiles y conflicto con las figuras de autoridad y ante la falta de racionalización y proyección 9 (Ma) canaliza su energía en actividades individuales, sin embargo esta energía puede incrementarse a niveles que rebasen su control y con ello tienda a respuestas hostiles e impulsivas, o al "acting out" como representación de la conflictiva emocional que presenta, siendo ésta ambivalente, debido a la reducida tolerancia a la frustración.

9.- Conclusión

Aunque la paciente mejora su cognición en sus relaciones interpersonales, tiene menos control de sus impulsos. Hay un aumento en la fuerza yoica, lo que implica la posibilidad de reflexionar y enfrentar su decisión de vivir con su pareja e hijo, y ser más independiente. Expresa que el grupo la ha contenido en sus emociones y ésto le permite confiar en él y reconocer que la dependencia hacia sus padres le provoca sentimientos de enojo e impotencia, que ahora reconoce conscientemente y que los desplazaba con su pareja con actitudes hostiles.

CASO No. 2, SUJETO B

1.- Ficha de identificación.

(B) Paciente femenino de 20 años, es soltera, estudiante universitaria y labora como secretaria, proviene de una familia integrada por 6 miembros, los padres y cuatro hijos, ella ocupa el tercer lugar. Los 2 hermanos mayores son casados y la estructura familiar actual es de los padres y los hijos solteros.

2.- Motivo de la consulta

"...Necesito superación personal, quiero conocer más acerca de la carrera para poder canalizar mis problemas con mi caracter (soy enojona y no lo puedo controlar), y me trae problemas con mi pareja y amigos."

Se incluye al grupo focalizado, debido a la dificultad que expresa en sus relaciones interpersonales.

3.- Viñeta Clínica

(B) expresa dificultad de relación con su padre, al cual no entiende. Con su madre la relación es adecuada. En su familia se muestra irritable y fácilmente grita, por lo que su relación es inestable. Con su pareja se repite la situación y dice desconocer el motivo de su enojo.

4.- Codificación del Pretest del MMPI

31967-248/5:0 K,F,L

5.- Interpretación del Pretest

La actitud de (B) ante la prueba fue sincera al contestar.

(B) es una persona que tiende a mostrarse hipersensible y con cambios afectivos continuos, su demanda de afecto con actitudes infantiles y de dependencia, por lo que se muestra sumisa en sus relaciones heterosexuales, y en ocasiones tiende a mostrar hostilidad y agresión verbal ante la falta de

atención. Utiliza como mecanismos de defensa la represión, y tiende a somatizar los conflictos de origen psicógeno, mostrándose necesitada de asistencia ante sus achaques físicos que expresa en forma inconsciente y que le procuran ganancias secundarias donde su actitud victimizada se ve recompensada por la asistencia familiar.

Su control de impulsos es pobre, en ocasiones disminuye o mediatiza sus impulsos por medio de la somatización. Cuando se encuentra frustrada, su demanda afectiva se muestra desconfiada y es capaz de expresar hostilidad en forma indirecta y no se hace responsable de la misma.

Presenta reducida capacidad de insight, desconoce el origen psicógeno de su somatización ante conflictos psicógenos. Tiende al perfeccionismo.

6.- Intervención del paciente en el grupo.

Se muestra reticente en las sesiones. Su modalidad de participación en el grupo es silente y elaborativa, con dificultad para hablar de su conflictiva. Nunca inicia una sesión, se muestra pasiva y receptiva, y trabaja más emocionalmente. Se muestra congruente con los afectos en el grupo y expresa enojo y ambivalencia con su padre, del cual cree que no la quiere y ésto la deprime.

Tiende a mostrarse hipersensible y no logra hacer insight en el grupo quien le demanda participación y más especificidad en sus intervenciones.

Refiere disminución de la sintomatología asociada al motivo de consulta (enojo) sin trabajar más.

7.- Resultado de la Escala de la Fuerza Yoica (Fe)

PUNTUACION T

Pretest: 72 (Alta)

Retest: 72 (Alta)

La paciente obtiene puntuación de T 72 en el test y retest, puntuación alta que representa fuerza yoica, capacidad de aprender de experiencias pasadas y poder tolerar la confrontación terapéutica.

8.- Interpretación del Retest

13249-678:50 K,F,L

Presenta cambios en las escalas 6(Pa), 7(Pt) y 2(D), las dos primeras disminuyen y la escala 2(D) aumenta, lo que significa que se muestra más flexible, sensible y alerta posterior al tratamiento, hay una baja en defensas de tipo regresivo y primitivo como son los de proyección y agresión.

Asimismo, la escala 2(D) aumenta y la 9(Ma) disminuye, lo que representa cierta disminución de energía en sus actividades y un proceso de auto-observación más constante y quizá tenga que ver con la elaboración de la separación terapéutica, en la que mostró una actitud pasiva, seductora y dependiente de las figuras terapéuticas.

9.- Conclusión.

Tiende a mostrarse más flexible y menos reticente, sus relaciones son más adecuadas, sin embargo su actitud dependiente y su demanda afectiva infantil, continúan sin advertirlo conscientemente, reconoce que el grupo le promovió sentimientos ambivalentes y esto le confundía, no logra establecer la relación con su padre, a pesar de habersele señalado por el grupo y los terapeutas. Su capacidad de insight se encuentra limitada por la represión, lo que le impide auto-observarse en su beneficio. Sin embargo el resultado del MMPI, la evaluación de la fuerza yoica y el relato de la paciente, refieren mejoría.

CASO No. 3, SUJETO C

1.- Ficha de identificación.

(C) paciente femenino de 23 años, soltera. Actualmente se encuentra haciendo su tesis de licenciatura. Labora como profesora de primaria. Ocupa el cuarto lugar de un total de 5 hijos, 4 hombres y 1 mujer.

2.- Motivo de la consulta.

"Padezco de problemas emocionales, inestabilidad emocional, indecisión, depresiones fuertes e inmadurez." (sic)

La paciente fue incluida a grupo debido a que presenta problemas de relación con sus hermanos y padre, quienes después de la muerte de la madre, le asignan ese rol a la paciente, situación que la deprime al sentirse utilizada y limitada en su desarrollo profesional.

3.- Viñeta Clínica.

(C) refiere continuos periodos depresivos que asocia a partir el deceso de su madre por complicaciones diabéticas. Lleva 6 años sustituyendo a su madre en el rol instrumental socialmente establecido, atribuido, tanto por los hermanos como por su padre. Con éste último, la relación es conflictiva, él se muestra demandante, celoso y continuamente le impone límites a la paciente identificada.

Los hermanos se muestran dependientes, se intoleran y discuten cuando ella no cumple el rol, por lo que (C) se siente cansada con su triple jornada, madre sustituta, trabajadora y estudiante. Quiere establecer límites con su familia y salir de casa como solución a la presión que ejercen sobre ella, sin embargo fácilmente tiende a la depresión e irrumpe en llanto y tiende a la agresión verbal en forma directa.

4.- Codificación del Pretest del MMPI

423 - 561780/9 K,L,F

5.- Interpretación del Pretest.

Presenta una actitud defensiva ante la prueba, minimiza su conflicto y quizá pueda distorsionar la evaluación, cubriendo así alguna perturbación emocional.

(C) Se caracteriza por ser rebelde, con sentimientos de frustración e insatisfacción, sus relaciones interpersonales son difíciles, por una parte tiende a la impulsividad, sus respuestas son "inconscientes" ante la búsqueda de suprimir la ansiedad lo que puede llevarla al "acting out", en ocasiones presenta un control interno, aunadas a sentimientos de inseguridad y culpa, cuyo objeto es frenar la descarga impulsiva.

El estado depresivo le provoca temor, indecisión e incapacidad para abordar su problemática.

Utiliza la represión y la negación como mecanismos de defensa ante situaciones angustiantes, la represión le borra todo recuerdo comprometedor y la negación se instaura en su depresión, para manejar su contacto con la realidad que rebasa sus expectativas.

Presenta dificultad para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas con tendencia a evitar asumir responsabilidades.

El pronóstico psicoterapéutico es pobre, ya que la conducta impulsiva y solicitud de demandas prácticas y concretas a su conflicto, impiden un acceso clarificador hacia su conducta.

6.- Intervención del paciente en el grupo.

La paciente se involucra rápidamente al tratamiento, muestra necesidad de ser escuchada y atendida. Presenta catarsis por su conflictiva actual, y muestra impotencia para el cambio de salirse de su casa que reconoce ciertamente. Sin embargo, sabe que no podrá librarse de la culpa que esto le traerá.

La participación de la paciente en el grupo fué afectiva, predominantemente, con emociones de depresión, llanto, tristeza, enojo, odio, celos, empatía; y confrontó al grupo y a cada uno de sus elementos cuando tuvo la oportunidad. Expresó la muerte de su madre, de la cual elaboró el duelo en distintos momentos terapéuticos, con necesidad y demanda de afecto. Habló de los celos hacia su padre quien se casará y paralelamente ha aumentado su consumo de etílicos.

Con sus hermanos la relación mejoró cuando distribuyó parte de las cargas domésticas.

Descubre que el rol de madre le procura beneficios como la atención de los hermanos, que le confieren cuando se presentan dificultades de su relación al exterior de la familia.

7.- Resultado de la Escala de la Fuerza Yoica

PUNTUACION T

Pretest: 70 (Alta)

Retest: 73 (Alta)

La paciente obtiene puntuación mayor a T 60 lo que sugiere fuerza yoica y por lo que resultará beneficiada por la psicoterapia

8.- Interpretación del Retest

49-32870/156: K,L,F

Se presentan cambios en las escalas: L, 4(Dp), 9(Ma), 3(Hi) y 2(D). Las escalas 4(Dp), 9(Ma) y 3(Hi) que se observaban elevadas, ahora parecen como clínicamente significativas. Ha disminuido notablemente su impulsividad y parece ser que la energía antes disminuida en la depresión, ahora parece fuente de producción por lo que se muestra entusiasta y activa. Muestra mayor apertura a su mundo circundante, mostrándose optimista y confiada, sin quejas somáticas relevantes.

9.- Conclusión.

(C) se muestra más flexible en su relación con su padre, se encuentra esclarecido su rol de hija, por lo que su relación con los hermanos es menos litigante, disfruta su relación de pareja y comenta que la forma de salir de su casa es haciéndose independiente económicamente, por lo que se encuentra buscando un trabajo mejor remunerado. La culpa de la separación, la trabaja actualmente.

La depresión ha cedido, se muestra más activa y focaliza objetivos académicos de terminar su tesis.

CASO No. 4, SUJETO D.

1.- Ficha de identificación.

(D) Paciente femenino de 21 años de edad, soltera, estudiante, labora en la tlapalería de su padre. Es la hija menor de un total de 6 hijos. Actualmente vive con sus padres y dos hermanos solteros menores que ella.

2.-Motivo de la consulta

"... Me gustaría continuar con la terapia que había iniciado, se me dificulta hablar en grupo, mi padre es muy autoritario y nos trata como niñas". La paciente refiere "inseguridad y timidez" para relacionarse. Reconoce que su anterior experiencia grupal le permitió descubrir algunos procesos psicológicos que limitaban su relación, y considera que ahora es tiempo de trabajarlo en el grupo.

Lo anterior fue el criterio para la inclusión en el grupo.

3.- Viñeta Clínica

(D) actualmente vive con sus padres y los 3 hermanos menores de su familia que son solteros, uno de ellos está diagnosticado con cáncer, situación que le deprime y que trabajó en terapia. Recuerda el tratamiento de quimioterapia del hermano, y observa los síntomas secundarios de ello y la entristecen. Muestra impotencia al no poder hacer nada médicamente hablando, sin embargo lo contiene y lo apoya psicológicamente. Deja latente el desenlace de la futura muerte de su hermano que trabaja en el grupo.

Por otra parte, muestra enojo porque su padre la minimiza "la connota como niña" y esto le provoca sentimientos de devaluación y minusvalía personal.

4.- Codificación del Pretest del MMPI

4'8-639271/0: K,F,L

5.- Interpretación del Pretest

(D) Se caracteriza por presentar desconfianza en sus relaciones interpersonales, por lo que éstas son poco duraderas y profundas, ya que teme ser lastimada, se muestra necesitada de afecto y puede establecer relaciones de dependencia, es insegura y tiene temor a involucrarse afectivamente, es, resentida e inconforme, con limitada tolerancia a la frustración. Va desde la intolerancia verbal a la manifestación verbal de agresión y su control de impulsos es precario.

Tiende a aislarse como una forma de escapar de las relaciones que no puede manejar, presenta dificultades con las figuras de autoridad y en específico con su padre. Los problemas que tiene con las figuras de autoridad y el temor que le causa relacionarse, puede ser obstáculo para el tratamiento.

Utiliza la racionalización como medio de control de sus emociones.

6.- Intervención del paciente en el grupo.

La paciente al inicio del tratamiento, tiende a mostrarse reticente, y a pesar de ser su segunda experiencia grupal, racionaliza los procesos grupales y eventualmente su participación se involucra cuando la sesión retoma a los padres y la familia nuclear.

Responde desconfiada ante las intervenciones grupales que le señalan su reticencia.

Por otra parte, expresa enojo con su padre y éste le provee de elementos para poder confrontar su actitud de sustituta del padre en el nivel laboral y en la obtención del reconocimiento familiar, por su conducta condescendiente. En el ejercicio de control y dominio que le procura administrar el gasto familiar.

7.- Resultado de la Escala de la Fuerza Yoica

PUNTUACION T
Pretest: 72 (Alta)
Retest: 67 (Alta)

Aunque el resultado del pretest es mayor al retest, el rango en el que se ubican es alto y corresponde a personas que se benefician con la psicoterapia.

8. Interpretación del Re-test

48'2351-9670 K,F,L

Hay cambios en las siguientes escalas: K, I(Hs), 2(D), 3(Hi), 5(Mf), y 7(Pt). Por su actitud ante la prueba, da la impresión de conocerla ya que se muestra defensiva ante la misma y hay resistencia a la evaluación.

Se observa disminución de la escala 9(Ma) manía, y el aumento en la escala 2(D) depresión, lo que implica baja en la energía, quizá ésto tenga que ver con que la escala 6(Pa) disminuye y la defensa racionalizadora se encuentra vulnerable, presentándose flexible. Asimismo, se permite mayor expresión de los afectos 3(Hi) 5(Mf).

9.- Conclusión

Al término del tratamiento la paciente se muestra más flexible al reconocer su identificación con la rigidez emocional de su padre que ella descubre y repite en su vida de relación. Su apertura en las relaciones interpersonales ahora le permiten tener novio a pesar de lo prohibitivo de su padre. Disminuye su defensa racionalizadora y se encuentra en proceso de reconocimiento de la falta de compromiso en sus relaciones, aún no remite la sintomatología de ansiedad que le provoca enfrentar nuevas relaciones.

Es necesario trabajar más con la paciente en el área afectiva y ésto le permitirá expresar sus emociones de enojo con las figuras de autoridad y pueda con ello reconocer su patrón de conducta en las relaciones interpersonales, para reducir su resistencia y conectarse con el grupo desde los sentimientos, promoviendo su insight personal al tiempo que cede su defensa ante eventos ansiógenos.

CASO No. 5, SUJETO E

1.- Ficha de identificación.

(E) Paciente femenino de 22 años, soltera, estudiante universitaria, no labora actualmente. Es la menor de un total de 4 hijas, todas solteras y viven con sus padres.

2.- Motivo de la consulta

"...tengo problemas en asumir responsabilidades, me falta motivación para hacer las cosas, me gusta realizarlas pero luego no puedo seguir haciéndolas, se me dificultan las relaciones con los amigos, y no puedo hacer fácilmente nuevas amistades." Se incluye a la paciente a grupo ya que presenta dificultad para generar y mantener relaciones interpersonales duraderas.

3.- Viñeta Clínica.

(E) es la hija menor de cuatro hermanas todas solteras, expresa dificultad para relacionarse con los hombres, su aliño al inicio del tratamiento se observa descuidado.

Refiere fuertes lazos de dependencia con sus padres que no reconoce como limitante de su crecimiento personal. Se muestra indecisa para buscar nuevas relaciones, debido a que "no sabe qué hacer para mantenerlas". Muestra apego afectivo con sus amigas universitarias y se muestra celosa de ellas. cuando son pretendidas. Revela en el grupo una necesidad de afecto y aceptación, por lo que se muestra complaciente con cualquier solicitud de apoyo del grupo.

4.- Codificación del Pretest del MMPI.

4'2678-150'93: K, F, L

5.- Interpretación del Pretest

(E) se muestra descriptiva, en la prueba admite sus limitaciones, inestable emocionalmente. Con tendencia a la hostilidad e irritabilidad.

Se caracteriza por presentar estados oscilantes de resentimiento y culpa. Presenta conflicto con sus relaciones interpersonales debido a los cambios en su tono afectivo. Se puede mostrar con baja tolerancia a la frustración, llegando a tener actitudes hostiles e impulsividad. Hay desconfianza ante la cercanía afectiva que no puede manejar, sus relaciones interpersonales son superficiales. Es hipersensible al rechazo y puede generar relaciones con dependencia debido a la necesidad afectiva que presenta en forma demandante.

En ocasiones se muestra rígida. Su autocrítica en estados depresivos la inactiva y sumerge en intensos sentimientos de minusvalía y culpa. Tiende a preocuparse por cosas intrascendentes en su mundo de relación. Su situación emocional actual le limita un buen rendimiento y desempeño escolar.

Su capacidad de insight es reducida, sin embargo con terapia directiva podría presentar cambios significativos debido a la necesidad de apoyo y la falta de comprensión de su problemática.

Cuando la ansiedad la rebasa, utiliza como mecanismo de defensa la proyección culpando a los demás de su problemática, y los mecanismos de negación, introyección los presenta en episodios depresivos mostrando negativismo y abatimiento, lo cual le produce inseguridad.

6.- Intervención del paciente en el grupo.

La paciente se muestra hipersensible. Fácilmente se involucra con los procesos psicológicos que suceden en el grupo. Participa continuamente en el grupo, busca llamar la atención, puede llevar al grupo de la ansiedad a la risa, y de la risa al llanto. Se conecta fácilmente con el afecto pero no con la repercusión de ello en su persona.

En el grupo trabaja su necesidad de encontrar pareja y de ser constante con sus afectos. El grupo le señala su demanda de afecto infantil que la hace dependiente , y de lo cual no se hace cargo.

Respecto a sus padres, muestra ambivalencia afectiva por momentos reconoce la sobreprotección que ellos le confieren.

7.- Resultado de la Escala de la Fuerza Yoica.

PUNTUACION T

Pretest: 56 (Baja)

Retest: 72 (Alta)

La paciente obtiene T 56 en el Pretest, que la ubica dentro de un rango por debajo del promedio, sin embargo se observa un aumento a T 72 en el retest que representa fuerza yoica y que incide directamente en el buen pronóstico terapéutico.

8.- Interpretación del Retest

21-348605/79: K, F, L

(E) Presenta cambios en las escalas 1(Hs), 4(Dp), 8(Es), 6(Pa) y 7(Pt) que disminuyen. Así como también cambios significativos en cuanto a su actitud ante las relaciones interpersonales. La hostilidad y la desconfianza 6(Pa) han disminuido notablemente, muestra mayor apertura. Su tono afectivo, es más estable, así como su resistencia inicial que se debilitó. Sus rasgos de carácter le confieren actitudes infantiles en su demanda afectiva y su relación interpersonal.

Sin embargo aumenta la escala 2(D), lo que implica sentimientos depresivos y quizá se relacione con el trabajo de elaboración ante la separación terapéutica y el apoyo que el grupo le brindó.

9.- Conclusión

En la paciente disminuye su hostilidad y desconfianza hacia sus relaciones interpersonales. Muestra mejor aliño, y hace uso de la seducción al exterior. Se permite involucrarse emocionalmente y heterosexualmente. Busca separarse parcialmente de su apego familiar y de sus amigas.

Se muestra menos dependiente, incluso se dedica al pequeño comercio para solventar sus gastos escolares.

CASO No 6, PACIENTE F

1.- Ficha de identificación

(F) es paciente femenino, de 22 años, soltera, estudiante universitaria. Actualmente no trabaja, es la segunda hija de un total de tres.

2.- Motivo de consulta.

"Ultimamente me siento demasiado angustiada, por no saber como enfrentar mis problemas personales, ya que tengo relaciones sentimentales demasiado conflictivas, y no sé como darles solución, lo cual se muestra sistemáticamente con ronchas en el cuerpo y una dificultad para pasar el alimento. El diagnóstico es que es de origen nervioso, ya que logró la estabilidad con medicamentos, los cuales detesto. También quiero tomar mis decisiones sin influencia de nadie. Dejar depresiones y lograr superarme, quiero sentirme bien conmigo misma." sic.

La paciente se incluye a grupo debido a la conflictiva que le generan sus relaciones afectivas y que ante ellas somatiza por la imposibilidad de comunicarlas y encontrar el origen psicógeno de su sintomatología.

3.- Viñeta clínica

(F) Vive en un departamento en el Distrito Federal, mientras cumple con sus actividades académicas, los fines de semana regresa con su familia nuclear a su ciudad de origen.

Muestra rechazo abierto y manifiesto ante su padre y su hermana mayor. Con su familia en general, se muestra resentida por la intrusión que le ejercen en su elección de pareja. Continuamente la cuestionan al respecto y le expresan su desaprobación, por lo que se muestra defensiva y hostil.

La paciente se caracteriza por ser desconfiada en la relación con sus amigas. Tiende a involucrarse fácilmente con parejas heterosexuales que la aceptan y le ofrecen afecto. Generalmente estas relaciones terminan en desenlaces

conflictivos, donde somatiza el conflicto que le genera ansiedad, mostrando actitudes infantiles y de dependencia con sus parejas., y ésto lo vive con inestabilidad emocional.

4.-Codificación del Pretest del MMPI

8"26974'13-50: F, K, L

5.-Interpretación del Pretest.

La actitud de (F) ante la prueba es característica de pacientes que vivencian una crisis, por lo que se encuentra tensa e incapaz de resolver su problemática, y muestra necesidad de ser ayudada.

(F) presenta actualmente un cuadro importante de depresión con ansiedad, lo cual le inquieta. Su actitud es desconfiada; es hipersensible ante el rechazo debido a su reducida tolerancia a la frustración. Presenta su autoimagen devaluada debido a somatización de conflictiva emocional. Sus rasgos de personalidad predominantes, corresponden al tipo esquizoide.

Presenta síntomas propios de la depresión, fatiga, debilidad, ideas de minusvalía, culpa, temor, ansiedad, además de sus rasgos hipocondriacos, lo que le crean un cuadro desconcertante, el cual trata de manejar a través de los mecanismos defensivos de racionalización, aislamiento, anulación y de negación.

La racionalización la utiliza para tratar de organizar intelectualmente su conflicto de origen psicógeno, sin embargo no siempre le funciona por lo que tiende a somatizarla, (como son las aparición de ronchas ante eventos de conflicto interpersonal); se aísla de sus grupos tanto primarios como secundarios, y anula su realidad hundiéndose en un mundo de fantasías que le permiten negarla. La somatización la encamina hacia el aislamiento de su grupo. Es hipersensible al rechazo social.

No ha presentado un cuadro de angustia psicopatológico, debido a que hay una estructura interna de sentimientos de inseguridad y culpa con tendencia a

frenar sus impulsos, lo cual significa que puede autoagredirse, tanto a nivel simbólico, como físico.

El pronóstico terapéutico es reducido debido al incremento en las defensas yoicas que impiden que pueda hacer catarsis y presentar sus emociones. las que mediatiza con la racionalización.

Por otra parte, su juicio social se puede ver afectado ante lo desbordante de sus síntomas y aislamiento, interpretando inadecuadamente su vida de relación.

6 - Intervención del paciente en el grupo.

La modalidad de participación en el grupo es limitada verbalmente. Se muestra silente por lo general. Sin embargo en su lenguaje no verbal muestra incomodidad. Se conecta con el grupo cuando se exploran las relaciones de pareja y la relación con la figura paterna.

Trabaja en el grupo su necesidad de aprobación y su rigidez ante la cercanía grupal, de la cual toma distancia.

Busca la aprobación de su padre, de quien no siente su cariño, su demanda afectiva es infantil y somatiza ante la proximidad del rechazo. Es hipersensible por lo que se protege con la distancia, evitando involucrarse.

Su relato gira en torno a sus síntomas, sin acceder a las interpretaciones grupales que la confrontan. Se muestra actualmente en crisis de la que no puede verbalizar.

7.- Resultado de la Escala de la Fuerza Yoica

PUNTUACION T

Pretest: 42 (Baja)

Retest: (Sin información)

El resultado que obtiene en el pretest es bajo, lo que indica un pobre pronóstico en psicoterapia. La falta del retest impide corroborar numéricamente esta información, sin embargo cualitativamente se puede mostrar que recibió un limitado beneficio en la psicoterapia.

8.- Interpretación del Retest

Sn información

No hay información debido a que no se presentó a la post-evaluación, aún cuando se le notificó en varias ocasiones.

9.- Conclusión

Se observa disminución en la somatización de origen psicógeno, que reporta en el grupo, sin llegar al insight emocional. Considero que el resultado del pretest encubre una personalidad histriónica en crisis que no puede manejar. Su pronóstico psicógeno es pobre, su fuerza yoica es débil.

Es recomendable derivarle a nuevo tratamiento grupal y trabajar directamente sobre la resistencia que le impida involucrarse en las relaciones interpersonales de su género, por la desconfianza que le genera y que aún no ha podido comprender

CASO No. 7, SUJETO G

1.-Ficha de identificación

(G) es femenino de 19 años, es soltera y estudiante universitaria, actualmente no trabaja. Es la séptima de un total de 8 hijos. Vive con sus padres y hermanos.

2.-Motivo de consulta

"...Deseo continuar con la terapia de grupo y poder relacionarme, y quisiera hablar del alcoholismo de mi padre."

A la paciente se le incluyó en un grupo por el manifiesto conflicto en la relación con su padre. Ella expresa que el alcoholismo de su progenitor genera inestabilidad emocional y económica, por lo que ella y sus hermanos lo rechazan, generándose un ambiente hostil y agresivo familiar, que es complementado por la actitud sumisa y dependiente de su madre, quien no sabe como responder ante el conflicto.

3.- Viñeta Clínica

(F) es la segunda ocasión que se encuentra en tratamiento grupal. En esta ocasión expresa su dificultad para relacionarse, lo cual reconoce como derivado de un intento de violación que sufrió. El recuerdo es doloroso y presenta catarsis, el grupo la contiene, la apoya y la rescata de su dolor. El grupo se muestra empático y expresan sus fantasías inconscientes del temor a ser violadas. Asimismo, atribuye su desconfianza hacia los hombres producto del suceso.

Respeto a su relación familiar muestra a su padre intolerante, impulsivo y dominante en la relación con su madre, quien se muestra sumisa, situación que le molesta a la paciente y no puede cambiar.

Se muestra impotente ante las continuas agresiones del padre y de sus conductas disruptivas en la familia que trastoca el ámbito interpersonal de todos sus miembros.

4.- Codificación del Pretest del MMPI

8*7"26'391-40/5: K, L, F

5.- Interpretación del Pretest.

El perfil de (G) es característico de los pacientes con falta de comprensión de su problemática, se encuentra en crisis, por lo que exagera sus síntomas y por otra parte, se muestra defensiva para protegerse de la ansiedad.

Se caracteriza por presentar períodos depresivos con sentimientos de culpa, pesimismo y abatimiento. El perfil supone un estado de crisis que se describe con rasgos de personalidad esquizoides, tiende a aislarse de sus grupos sociales, debido a la dificultad de manejar sus relaciones interpersonales. Tiende a la fantasía como fuga a la realidad y compensación ante sus más íntimos deseos. Presenta dificultad para relacionarse afectivamente, se muestra suspicaz y desconfiada, puede separar su afecto utilizando la racionalización como protección ante eventos que le generan ansiedad.

6.- Intervención del paciente e el grupo.

Su participación en el grupo fué incrementándose conforme sintió la confianza para que fuera escuchada, ésto se presentó después de la mitad del tratamiento, cuando el grupo había presentado una labor intensa en el ámbito de las relaciones interpersonales. Su resistencia se encontraba cubierta por un auténtico temor que le invadía de ansiedad y que le parecía difícil de abordar el intento de violacion.

En el grupo (G) pasa de la desconfianza a la angustia y de la depresión a su elaboración.

Otra cuestión que trabajó grupalmente, es que se considera "prejuiciosa", con valores y normas rígidas, por lo que reprueba el embarazo de su hermana, fuera del matrimonio.

Respecto al alcoholismo de su padre, muestra sentimientos de enojo e impotencia ante lo disruptivo de su conducta en la familia. Con su madre se comporta condescendiente y la apoya emocionalmente.

7.- Resultado de la Escala de la Fuerza Yoica.

PUNTUACION T
Pretest: 42 (Baja)
Retest: 47 (Baja)

La paciente obtiene puntuación baja de la fuerza yoica, tanto en el pretest como en el retest, lo cual sugiere un pobre pronóstico psicoterapéutico y déficit en la fuerza yoica.

8.- Interpretación del Retest.

9'834617-2/50: K,L,F

Se observa una disminución en las escalas 8(Es), 7(Pt), 6(Pa) y 2(D), y se eleva la escala 9(Ma), lo que significa que el episodio depresivo ha remitido junto con él, los síntomas físicos importantes y asociado a ello, incremento en su actividad psicológica.

Por otro lado disminuye la escala 8(Es), que representaba el aislamiento y la fuga a la fantasía, así como la actitud infantil e histriónica de demanda de afecto en forma hostil que representan las escalas 6(Pa) y 7(Pt), además se observa más participación social.

9.-Conclusión.

(F) presentó cambios de actitud y conducta ante el grupo. Se muestra más flexible y con apertura al diálogo. Tiende a incursionar en la búsqueda de nuevas relaciones personales. La depresión remitió, y ahora se encuentra más estable y con energía para promover pequeños cambios.

El grupo le permitió la contención y apoyo afectivo para poder explicar los sentimientos de temor e impotencia que le generaron el intento de violación

que padeció. La crisis emocional remitió y presenta cambios de actitud ante sus relaciones interpersonales, que son mínimos y sucedieron en las últimas sesiones.

6.2 RESULTADOS DEL PRETEST Y RETEST EN EL MMPI Y EN LA ESCALA ESPECIAL DE LA FUERZA YOICA (Fe)

RESULTADOS OBTENIDOS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO GRUPAL.

P U N T U A C I O N T

| CASO | PRETEST | RANGO | RETEST | RANGO |
|------|---------|-------|--------|-------|
| 1 | 59 | MEDIA | 61 | ALTA |
| 2 | 72 | ALTA | 72 | ALTA |
| 3 | 70 | ALTA | 73 | ALTA |
| 4 | 72 | ALTA | 67 | ALTA |
| 5 | 56 | BAJA | 72 | ALTA |
| 6 | 42 | BAJA | ** | |
| 7 | 42 | BAJA | 47 | BAJA |

(**) El caso 6 no se presentó a evaluación de Retest.

Graham (1977) expresa que la puntuación T 60 representa un resultado óptimo para pronóstico en la terapia individual, la fuerza yoica que promueve cambios en el tratamiento de los pacientes. En la tabla 6.2 se puede observar que los 5 primeros casos mantuvieron y aumentaron el resultado de la fuerza yoica, sugiriendo que estas personas tienen un buen pronóstico terapéutico y les permite orientar sus cambios de actitud posterior al tratamiento. Situación que se presenta en forma inversa en el caso 7, donde no hay fuerza yoica.

Con respecto al caso 6, no hay información del retest, sin embargo es suficiente el resultado bajo que presenta en la escala (Fe) con pobre pronóstico terapéutico.

6.3. RESULTADOS Y ANALISIS DEL FOCO GRUPAL (CONFLICTO EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES)

El MMPI permite valorar las relaciones interpersonales en 4 subescalas clínicas, que son:

La Escala 3 (Hi), Histeria; la Escala 4 (Dp), Desviación psicopática; la Escala 6 (Pa), Paranoia; y la Escala 8 (Es), Esquizofrenia.

Rivera, Esquivel y Lucio (1987) comentan que valorar el nivel de las escalas 3(Hi), 4(Dp), 6(Pa) y 8(Es), relacionándolas con todo el perfil proporciona información acerca del estilo más usual de la persona para relacionarse con otros.

A continuación se presentan los resultados del MMPI aplicados en psicoterapia de grupo breve con objetivos focalizados, Pretest y Retest. Con objeto de valorar las relaciones interpersonales en el grupo de estudio.

El objetivo focalizado del grupo se dirigió en el tratamiento a las relaciones interpersonales, por lo que se presentan los datos cuantitativos y los cambios sucedidos en las escalas 3(Hi), 4(Dp), 6(Pa) y 8(Es). del MMPI.

ESCALAS

| CASOS | ESCALA | CODIFICACION METODO DE WELSH | RELACIONES INTERPERSONALES | | | |
|-------|---------|---------------------------------|-------------------------------|---|---|---|
| | | | 3 | 4 | 6 | 8 |
| No. 1 | PRETEST | 64-8190237/5: | K,L,F | | | |
| | RE-TEST | 489-6137/502: | K,F,L | 0 | 0 | - |
| No. 2 | PRETEST | 31967-248/5:0# | K,L,F | | | |
| | RE-TEST | 13249-678:50 | K,L,F | 0 | + | - |
| No. 3 | PRETEST | 4'23-561780/9: | K,L,F | | | |
| | RE-TEST | 49-32870/156: | K,L,F | - | - | + |
| No. 4 | PRETEST | 4'8-6392571/0: | K,F,L | | | |
| | RE-TEST | 48'2351-9670/ | K,F,L | + | 0 | 0 |
| No. 5 | PRETEST | 4'6278-150/93: | K,F,L | | | |
| | RE-TEST | 21-348605/79 | K,F,L | - | - | - |
| No. 6 | PRETEST | 8"26974'13-50 | F,K,L | | | |
| | RE-TEST | (*) | | | | |
| No. 7 | PRETEST | 8*7"26'391-40/5 | K,L,F | | | |
| | RE-TEST | 9*834617-2/50 | K,L,F | 0 | + | - |

(*) Sin información

Se elaborò una escala nominal por signos (+), (-), (0), que se interpreta como sigue:

| | |
|----------|---|
| + | AUMENTA LA ESCALA |
| - | DISMINUYE LA ESCALA |
| 0 | SE MANTIENE SIN CAMBIO CUALITATIVO |

TABLA 1

RESULTADOS DE PORCENTAJES DEL FOCO GRUPAL (RELACIONES INTERPERSONALES) DE LOS SIETE CASOS POR ESCALA

| 3(Hi) | 4(Dp) | 6(Pa) | 8(Es) |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| se mantiene 42.86% | se mantiene 28.58% | se mantiene 14.28% | se mantiene 28.57% |
| disminuye 28.57% | disminuye 28.58% | disminuye 57.14% | disminuye 14.28% |
| aumenta 14.28% | aumenta 28.58% | aumenta 14.28% | aumenta |
| 14.28% (*) | 14.28% (*) | 14.28% (*) | 14.28% (*) |

(*) Se desconoce información por falta de Retest.

El cuadro anterior muestra los cambios sucedidos a nivel grupal por escala. (aumentò, disminuyò o se mantuvo), ésto es, se sumaron todos los resultados con 0, lo que significa que no hubo cambios cualitativos ni cuantitativos en el test y en el retest.

De igual forma se procediò con los signos (+) (-), que aumentan y disminuyen cuantitativa y cualitativamente la escala ***LO QUE REPRESENTA EL RESULTADO DEL CAMBIO EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES PRODUCTO DEL TRATAMIENTO DE LA PGB.***

TABLA 2

TOTALES PORCENTUALES DE LAS ESCALAS DE RELACIONES INTERPERSONALES (MMPI)

| 3(Hi) | 4(Dp) | 6(Pa) | 8(Es) |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| no cambió 42.86% | no cambió 28.58% | no cambió 14.28% | no cambió 28.58% |
| cambió 42.86% | cambió 57.14% | cambió 71.42% | cambió 57.14% |
| 14.28% (*) | 14.28% (*) | 14.28% (*) | 14.28% (*) |

(*) Se desconoce información por falta de Retest.

La Tabla 2 ilustra las escalas del foco grupal (relaciones interpersonales) que fueron modificadas por el tratamiento de Psicoterapia de Grupo Breve.

CAMBIO Se refiere a la suma de las escalas que se modificaron, (+) aumento, (-) disminución.

NO CAMBIO Se refiere a la suma de las escalas que se mantienen sin modificación. (0)

6.3.1 RESULTADOS PORCENTUALES DE LAS ESCALAS: 3, 4, 6 Y 8 DEL MMPI

ESCALA 3 (Hi)

3 casos se mantienen sin cambio cualitativo. (42.86 %)
2 casos disminuyen la elevación de la escala. (28.58 %)
1 caso aumenta la elevación de la escala. (14.28 %)
1 caso del que se desconoce la información representa el (14.28%)

Los cambios cualitativos tanto en aumento como en disminución de la Escala 3 (Hi), representan el 43.16%. Mientras el no cambio en las actitudes respecto a las relaciones interpersonales, representa el 28.59 %. El 14.28% sin información.

ESCALA 4 (Dp)

2 casos se mantienen sin cambio cualitativo (28.58 %)
2 casos disminuyen la elevación de la escala. (28.58 %)
2 casos aumentan la elevación de la escala. (28.58 %)
1 caso del que se desconoce la información, representa el 14.28%.

Los *cambios* cualitativos tanto en aumento como en disminución de la Escala 4 (Dp), representan el 57.16%. Mientras el *no cambio* en las actitudes respecto a las relaciones interpersonales, representa el 28.58%. El 14.28% sin información.

ESCALA 6 (Pa)

- 1 caso se mantiene sin cambio cualitativo. (14.28 %)**
- 4 casos disminuyen la escala. (57.14 %)**
- 1 caso aumenta la escala. (14.28 %)**
- 1 caso del que se desconoce la información, representa el 14.28%.**

Los cambios cualitativos tanto en aumento como en disminución de la Escala 6 (Pa), representan el 71.42 %. Mientras el no cambio en las actitudes respecto a las relaciones, interpersonales, representa el 14.28 %, el 14.28% sin información.

ESCALA 8 (Es)

- 2 casos se mantienen sin cambio cualitativo. (28.58%)**
- 1 caso disminuye la escala. (14.28 %)**
- 3 casos aumentan la escala. (42.86 %)**
- 1 caso del que se desconoce la información, representa el 14.28%.**

Los cambios cualitativos, tanto en aumento como en disminución de la Escala 8 (Es), representan el 57.14 %. Mientras el no cambio en las actitudes respecto a las relaciones interpersonales, representa el 28.57 %, y el 14.28% se ignora la información.

Los resultados anteriores representan cambios cuantitativos y cualitativos en las Escalas 4 (Dp), 6 (Pa) y 8 (Es), con respecto a las actitudes de las relaciones interpersonales. (Foco Grupal).

Asimismo, los resultados en la Escala 3 (Hi) muestran que no hubo cambios significativos en las actitudes respecto a las relaciones interpersonales.

6.4. Tratamiento Psicoterapia de Grupo Breve.

El grupo fué constituido por 10 miembros al inicio. Desertaron tres, una paciente porque su horario de terapia se traslapaba con el de sus clases; de los otros dos casos se desconoce la causa del abandono del tratamiento.

El encuadre fue de 22 sesiones con una sesión por semana de una hora y media. El contrato firmado incluyó la autorización de grabación y evaluación psicodiagnóstica. El tratamiento se orientó a la **psicoterapia de grupo breve focalizada**.

La primera sesión se estructuró por los terapeutas con objeto de focalizar tanto a nivel del grupo como a nivel de los síntomas individuales y el foco grupal; la estructura incluía que los pacientes presentaran sus datos filiales, el motivo de consulta, las expectativas ante el grupo, ante la terapia y ante los terapeutas.

En el tratamiento de psicoterapia de grupo breve focalizada, se presentaron algunos procesos grupales que son importantes de mencionar, y que son derivados de la interacción grupal, del contenido manifiesto y latente de las sesiones, así como de los fenómenos transferenciales.

La dinámica grupal respondió a la participación y compromiso de los pacientes al tratamiento.

Al inicio del tratamiento los pacientes mostraban resistencia ante el nuevo evento de la psicoterapia de grupo. La participación de estas sesiones giraba en torno a los síntomas individuales y los motivos de consulta. Lo anterior ayudaba a bajar los niveles de ansiedad que provoca la interacción grupal de las primeras sesiones. La dinámica entonces fué matizada por el contenido manifiesto de los pacientes y de los afectos asociados a ello.

Atmósfera Grupal

La atmósfera grupal estuvo siempre supeditada al contenido manifiesto y el desenlace de las emociones que el grupo mostraba. En general los afectos y estados de ánimo fueron coherentes y congruentes con los temas emitidos por el grupo.

Los pacientes vivenciaron y manifestaron grados controlables de ansiedad, temor, insatisfacción, sentimientos de culpa sumergidos en sesiones depresivas. Asimismo hubo sesiones eufóricas, agresivas, maniacas y en otras hubo algunos momentos de escisión de los afectos ante material que resultaba difícil de manejar y que inconscientemente se negaba, como mecanismo para regular las ansiedades manifiestas.

Las sesiones sobre el aborto, la violación, la enfermedad, fueron dispositivos que incitaron a una atmósfera depresiva, con reparaciones maniacas que buscaban la salida de la ansiedad movilizadora.

El grupo presentó estados de ánimo intensos que fueron regulados por los pacientes y los terapeutas por la contención y el apoyo, principalmente.

Los terapeutas hicimos uso de prescripciones y de las intervenciones propias, que el momento del grupo y la situación lo requerían.

Los roles que mostraron los pacientes con mayor frecuencia, fueron: de tipo familiar, (hija, hermana, esposa, pareja); los sociales, (estudiante), así como los roles propios del proceso psicoterapéutico, como el paciente silente, el chivo expiatorio, el observador, el líder, la víctima, el buscador de ayuda, entre otros; cuyas funciones permitían el equilibrio del grupo, y neutralizar la ansiedad, esto promovía los rasgos de acción social en los que los pacientes se mueven.

Algunos roles instaban a la participación, mientras que otros la mediatizaban.

La resistencia al cambio por parte de los pacientes fué evidente después de la sesión núm. 11, ya que la Universidad cierra durante tres semanas. En esta sesión los terapeutas prescribimos una tarea, que en esencia buscaba que los pacientes pudieran observar cambios producidos por el tratamiento grupal. Se

les solicitaba informaran los cambios que percibían, así como los que notaran en sus familiares y las personas cercanas a su relación. Situación que el grupo en general olvidó.

Los terapeutas señalamos esta resistencia y otras que fueron manifiestas y se presentaron de manera inconsciente en los temas de las sesiones.

La cohesión grupal se hace manifiesta en la etapa final del tratamiento, los pacientes muestran fantasías que simbolizan la unión y una fantasía mítica de que el tratamiento no terminará nunca.

6.4.1. Temas manifiestos en el tratamiento de Psicoterapia de Grupo Breve Focalizada. Foco Grupal: conflicto en las relaciones interpersonales.

| SESION | TEMA |
|--------|--|
| 1 | Depresión por problemas Interpersonales, problemas de decisión, de pareja y dificultad para comunicarse en grupo. |
| 2 | Separación de los padres, dificultad en el reconocimiento de los afectos hacia los padres y sentimientos de minusvalía. |
| 3 | Triangulación de la relación heterosexual, búsqueda de estabilidad emocional a través de la pareja. |
| 4 | Aborto, ambivalencia afectiva hacia la figura materna |
| 5 | La expresión del afecto en la familia. Alcoholismo y dependencia. Intrusión de los hermanos en la vida de relación de los pacientes. |
| 6 | Sin información |
| 7 | El afecto en la pareja y la necesidad de la pareja heterosexual. |
| 8 | Sin información. |
| 9 | Tolerancia ante la frustración con la pareja |
| 10 | Fracaso económico de los padres. |
| 11 | Hostigamiento sexual, violación. |
| 12 | Rol de la madre víctima. Rivalidad y celos hacia la madre. |
| 13 | Temor a la cercanía afectiva con la figura paterna. Dependencia y enojo hacia la madre. |
| 14 | Valoración de logros. Dependencia afectiva y económica con los padres. Búsqueda de pareja y de cercanía afectiva hacia el padre. |
| 15 | Celos, dependencia y reconocimiento de sentimientos de inseguridad. |
| 16 | Enfermedad física cáncer y epilepsia. |
| 17 | Sentimientos de coraje hacia los padres. |
| 18 | Independencia económica profesional, laboral y afectiva. |
| 19 | Búsqueda de independencia emocional, separación de la familia nuclear. |
| 20 | Noviazgo, conflicto con la figura paterna. |
| 21 | Se prepara al grupo para el cierre grupal, demanda de participación de los elementos silentes. |
| 22 | Triangulación de relaciones de dependencia afectiva, sentimientos de autoestima y reparación. |

6.4.2. Listado de procesos psicológicos asociados a los temas manifiestos.

| SESION | PROCESOS PSICOLOGICOS |
|---------------|---|
| 1 | Ambivalencia afectiva, dificultad para el reconocimiento de los afectos, regresión al servicio del yo. Ansiedad. |
| 2 | Depresión, temor a la confrontación de sentimientos hacia los padres. |
| 3 | Celos y coparticipación triangular, enojo y agresión desplazada. |
| 4 | Depresión, ambivalencia afectiva, culpa, mecanismos de defensa de negación, identificación y regresión. |
| 5 | Agresión desplazada (el ataque como defensa). Rivalidad y celos con los hermanos. |
| 6 | Sin información. |
| 7 | Idealización de la pareja, necesidad de expresión afectiva y sexual. |
| 8 | Sin información. |
| 9 | Agresividad desplazada, impulsividad, mecanismos de defensa de negación, empatía. |
| 10 | Ambivalencia con la figura masculina, desidealización de la imago paterna. |
| 11 | Sentimientos fóbicos y de evitación ante la agresión sexual, temor a la desestructuración de la personalidad. |
| 12 | Celos edípicos, mecanismos de defensa de negación y desplazamiento. |
| 13 | Celos edípicos, miedo a la separación. |
| 14 | Evaluación del ideal del yo, sentimientos de impotencia. |
| 15 | Sentimientos de culpa por no continuar con el rol materno. |
| 16 | Temor a la separación (individualización), miedo a la muerte, angustia, somatización y regresión. |
| 17 | Culpa y remordimiento ante la incipiente emancipación ante los padres. |
| 18 | Frustración y enojo ante la dependencia. Depresión. |
| 19 | Frustración ante la falta de límites de la familia y ante las relaciones interpersonales. Ganancias secundarias de su rol familiar. |
| 20 | Identificación proyectiva con la figura materna (víctima). Miedo a la emancipación. |
| 21 | Identificación con la figura pasiva de la madre, temor a la separación. |
| 22 | Dificultad para reconocer el apoyo, la contención y confrontación grupal. Elaboración del duelo y separación. |

CAPITULO VII

DISCUSION Y CONCLUSIONES

7.1. Conclusión y resultados de la Escala de la Fuerza Yoica (Fe), como pronóstico para el tratamiento en psicoterapia de grupo breve.

Barrón (1953), (1956); Dalstrom y cols, (1975); Duckworth (1975); Good y Brantner (1961), Quay (1955) y Esquivel (1993). concluyen que la evaluación de la fuerza yoica es un buen pronóstico para la terapia individual, evaluación que hace extensiva Acevedo (1993), y que se corrobora en la Psicoterapia de Grupo Breve con la presente tesina.

Es importante señalar que la evaluación de la Escala de la Fuerza Yoica (Fe) en el grupo estudiado de 7 pacientes, 2 de ellos no presentaron cambios significativos en el tratamiento grupal (casos 6 y 7). Ambos casos obtuvieron puntuación menor a T-60 en el Pretest, lo que significa un pobre pronóstico en el tratamiento psicoterapéutico. Con lo que respecta al Retest, el caso 6, no se presentó a la evaluación, y el caso 7, puntuó debajo de T-60. Los otros 5 casos puntuaron arriba de T-60, manteniéndose con buen pronóstico psicoterapéutico, que se corroboró en la clínica.

A través del análisis formal de los datos, podemos observar y concluir que los pacientes que obtienen puntuaciones altas (arriba de T-60) en la escala (Fe), por lo general muestran cambios más positivos durante el tratamiento (PGB), disminuyendo con ésto los síntomas psicógenos, y muestran un cambio positivo de actitud ante su conflictiva personal. Mientras que en pacientes que obtienen puntuaciones bajas, se observa un pronóstico psicoterapéutico pobre, y sus principales síntomas se mantienen sin cambios significativos. Graham(1977) y Esquivel (1993), concluyen que los cambios cuantitativos en la escala de la fuerza yoica, representan cambios cualitativos en el tratamiento de los pacientes.

Por los resultados del presente estudio, se concluye que la evaluación de la escala de la fuerza yoica es un recurso técnico importante en la selección de pacientes a psicoterapia de grupo breve.

Para pacientes a quienes se evalúe la fuerza yoica antes del tratamiento línea base y su puntuación sea menor a T-60, no representa un criterio de exclusión, sino un criterio que apoye las estrategias para trabajar con más atención a estos pacientes, como por ejemplo utilizar un tratamiento más directivo desde su motivo de consulta hasta el foco grupal, lo cual redundará en un mejor servicio para los pacientes.

Otro aspecto que permite la valoración psicológica del MMPI y la fuerza yoica es descubrir a pacientes con rasgos psicopatológicos severos.

Con lo anterior, se comprueba la hipótesis alterna 1b: La evaluación de la fuerza yoica, es un buen pronóstico para reconocer a los pacientes con posibilidad de cambio en sus actitudes en las relaciones interpersonales a través del tratamiento grupal.

7.2. Conclusión de los resultados del Foco Grupal (conflictos en las relaciones interpersonales).

Rivera, Esquivel y Lucio (1987) describen las Escalas 3(Hi), 4 (Dp), 6 (Pa) y 8 (Es) en el MMPI respecto a las relaciones interpersonales.

La Escala 3 (Hi), es indicadora de elementos de dependencia en la relación interpersonal y en ella sobresalen demandas de tipo muy infantil y con dificultades para tolerar la frustración en la demanda del afecto.

La Escala 4 (Dp), permite inferir dificultades para el compromiso y, por lo tanto, una forma de relación muy superficial. en la que el sujeto únicamente busca llenar sus propias necesidades.

La Escala 6 (Pa) hace referencia a elementos de desconfianza y suspicacia dando lugar a reacciones hostiles y agresivas en relación con otros.

La Escala 8 (Es) señala la tendencia a aislarse y apartarse del grupo social, dado que percibe la realidad sumamente presionante.

Por los resultados obtenidos, podemos concluir que en este tratamiento, la **psicoterapia de grupo breve focalizada** fué un factor que permitió **cambios en las relaciones interpersonales de sus miembros.**

Se comprueba que 3 de las 4 escalas 4(Dp), 6(Pa) y 8(Es) que evalúa el MMPI de las relaciones interpersonales, (foco grupal) se modifican para favorecer las actitudes de las relaciones interpersonales, con lo que se llega a la conclusión de validar la hipótesis alterna 2b:

La Psicoterapia de Grupo Breve a través de su técnica, favorece el cambio de las relaciones interpersonales.

Cabe señalar, que el cambio de actitudes que presentan los pacientes, se debe principalmente a la **Psicoterapia de Grupo focalizada** y no a eventos externos como pudieran ser, divorcios, defunciones, invalidez o el que alguien se haya sacado la lotería, por nombrar algunos ejemplos, ya que si alguna de estas variables externas se hubiera presentado, se hubiese sabido en el grupo. Además, la confiabilidad estadística que presenta el MMPI, tanto en el pretest como en el retest corrobora que el tratamiento es efectivo para el cambio de actitudes en las relaciones interpersonales en este grupo.

Asimismo, los resultados en la Escala 3 (Hi) muestran que **no hubo cambios significativos en las actitudes respecto a las relaciones interpersonales.** Aún cuando los resultados de este análisis apoyen las hipótesis del estudio, será necesario hacer más investigaciones en el tópico de la selección de pacientes a psicoterapia de grupo, donde se pueda utilizar la evaluación de la fuerza yoica como pronóstico terapéutico, a fin de perfilar estrategias al inicio del tratamiento.

Las limitaciones que presentó el estudio, por una parte se deben a que la muestra fue de un solo grupo y no puede generalizarse, sin embargo la

evaluación de la fuerza yoica en pacientes en psicoterapia de grupo breve, permite sentar las bases para un estudio longitudinal.

Otro tipo de limitaciones es que existieron tres casos de abandono de tratamiento de los que no se dio seguimiento de las causas. Además faltó el retest del caso núm. 6, lo que impidió trabajar con el 100% de los casos de las pruebas aplicadas (retest).

A N E X O S

**68 FRASES DE LA ESCALA DE LA FUERZA YOICA, EN EL MMPI.
(BARRON, 1953)**

| | |
|-----|--|
| 2 | Tengo buen apetito (C) |
| 14 | Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente (F) |
| 22 | A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar (F) |
| 32 | Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo (F) |
| 33 | He tenido experiencias muy peculiares y extrañas (F) |
| 34 | Tengo toda la mayor parte del tiempo (F) |
| 36 | Raras veces me preocupo por mi salud (C) |
| 43 | Mi sueño es irregular e intranquilo (F) |
| 48 | Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas (F) |
| 51 | Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos (C) |
| 58 | Todo está ocurriendo como los profetas de la biblia lo predijeron (F) |
| 62 | Con frecuencia siento como un ardor, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo (F) |
| 82 | Soy vencido fácilmente en una discusión (F) |
| 94 | Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde. (Me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas). (F) |
| 100 | He encontrado problemas tan llenos de posibilidades que me ha sido imposible llegar a una decisión (F) |
| 109 | Algunas personas son tan dominantes que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón (C) |
| 132 | Me gusta recoger flores o cultivar plantas decorativas. (C) |
| 140 | Me gusta cocinar (F) |
| 153 | Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo (C) |
| 174 | Nunca me desmayo (C) |
| 181 | Cuando estoy aburrido me gusta provocar algo emocionante (C) |

| | |
|-----|---|
| 187 | Nunca se me han puesto las manos torpes o poco hábiles (C) |
| 192 | No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino (C) |
| 208 | Me gusta coquetear (C) |
| 209 | Creo que mis pecados son imperdonables (F) |
| 217 | Frecuentemente me encuentro preocupado por algo (F) |
| 221 | Me gusta la ciencia (C) |
| 231 | Me gusta hablar sobre los temas sexuales (C) |
| 234 | Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto (C) |
| 236 | Me preocupo mucho (F) |
| 241 | Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantener en secreto (F) |
| 244 | Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal interpretado por otros (F) |
| 251 | He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor (F) |
| 253 | Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas (C) |
| 261 | Si fuera artista me gustaría pintar flores (F) |
| 270 | Cuando salgo de casa no me preocupo si las puertas y ventanas están bien cerradas (C) |
| 341 | A veces oigo tan bien que me molesta (F) |
| 344 | Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir (F) |
| 349 | Tengo pensamientos extraños y peculiares (F) |
| 355 | Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero (C) |
| 359 | Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días (C) |
| 367 | No soy una persona demasiado conciente de sí misma (C) |
| 376 | Me avergüenzan los cuentos picantes (F) |
| 380 | Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas (C) |

| | |
|-----|---|
| 384 | Mis preocupaciones parece que se desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos animados (F) |
| 389 | Siempre que puedo evito encontrarme entre la multitud (F) |
| 410 | Me gustaría ganarle a un pícaro con sus propias armas (C) |
| 420 | He tenido experiencias religiosas extraordinarias (F) |
| 421 | Tengo uno o varios familiares que son muy nerviosos (C) |
| 430 | Me atraen las personas del sexo opuesto (C) |
| 458 | El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (como mi padre, mi padrastro, etc.) fué muy estricto conmigo (C) |
| 486 | Cristo realizó milagros, tales como cambiar el agua por el vino (F) |
| 488 | Rezo varias veces a la semana (F) |
| 489 | Me compadezco de las personas que generalmente se aferran a sus penas y problemas (F) |
| 494 | Temo encontrarme en un lugar pequeño y cerrado (F) |
| 510 | La suciedad me espanta o me disgusta (F) |
| 513 | Creo que Cervantes fué más grande que Napoleón (C) |
| 515 | En mi hogar siempre hemos cubierto nuestras necesidades básicas, tales como alimentación, vestido, etc. (F) |
| 525 | Ciertos animales me ponen nervioso (F) |
| 541 | Mi piel parece ser muy sensible al tacto (F) |
| 544 | La mayor parte del tiempo me siento cansado (F) |
| 548 | Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, si es que puedo evitarlo (F) |
| 554 | Si fuera artista me gustaría dibujar niños (F) |
| 555 | Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa (F) |
| 559 | Con frecuencia he sentido miedo de noche (F) |
| 561 | Me gusta mucho montar a caballo (F) |

CONVERSIONES A PUNTUACIONES T, DE LA ESCALA FUERZA YOICA (Fe)

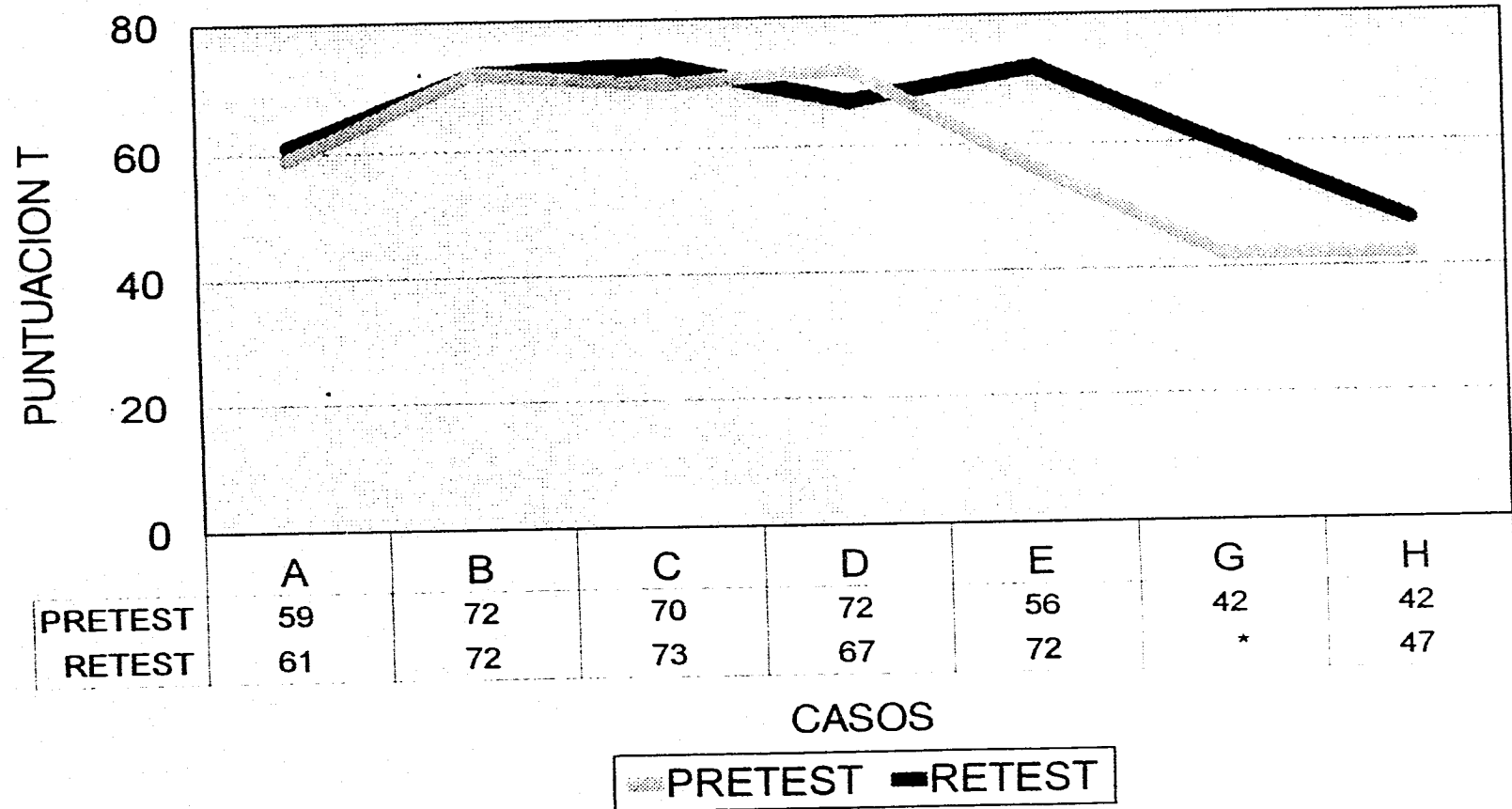
BARRON, (1953)

| PUNTUACION CRUDA | Fe HOMBRES | Fe MUJERES |
|---------------------|---------------|---------------|
| 68 | 87 | 94 |
| 67 | 86 | 92 |
| 66 | 85 | 91 |
| 65 | 83 | 89 |
| 64 | 82 | 87 |
| 63 | 80 | 86 |
| 62 | 78 | 84 |
| 61 | 77 | 83 |
| 60 | 75 | 81 |
| 59 | 74 | 80 |
| 58 | 72 | 78 |
| 57 | 70 | 76 |
| 56 | 69 | 75 |
| 55 | 67 | 73 |
| 54 | 66 | 72 |
| 53 | 64 | 70 |
| 52 | 62 | 69 |
| 51 | 61 | 67 |
| 50 | 59 | 65 |
| 49 | 58 | 64 |
| 48 | 56 | 62 |
| 47 | 54 | 61 |
| 46 | 53 | 59 |
| 45 | 51 | 58 |
| 44 | 49 | 56 |
| 43 | 48 | 54 |
| 42 | 46 | 53 |
| 41 | 45 | 51 |
| 40 | 43 | 50 |
| 39 | 41 | 48 |
| 38 | 40 | 47 |
| 37 | 38 | 45 |
| 36 | 37 | 43 |

| PUNTUACION CRUDA | Fe HOMBRES | Fe MUJERES |
|---------------------|---------------|---------------|
| 35 | 35 | 42 |
| 34 | 33 | 41 |
| 33 | 32 | 39 |
| 32 | 30 | 37 |
| 31 | 29 | 36 |
| 30 | 27 | 34 |
| 29 | 26 | 32 |
| 28 | 24 | 31 |
| 27 | 22 | 29 |
| 26 | 20 | 28 |
| 25 | 19 | 26 |
| 24 | 17 | 24 |
| 23 | 16 | 23 |
| 22 | 14 | 21 |
| 21 | 12 | 20 |
| 20 | -- | 18 |
| 19 | -- | 17 |
| 18 | -- | 15 |
| 17 | -- | 14 |
| 16 | -- | 12 |
| 15 | -- | -- |
| 14 | -- | -- |
| 13 | -- | -- |
| 12 | -- | -- |
| 11 | -- | -- |
| 10 | -- | -- |
| 9 | -- | -- |
| 8 | -- | -- |
| 7 | -- | -- |
| 6 | -- | -- |
| 5 | -- | -- |
| 4 | -- | -- |
| 3 | -- | -- |
| 2 | -- | -- |
| 1 | -- | -- |
| 0 | -- | -- |

RESULTADOS DE PRETEST Y RETEST DEL MMPI

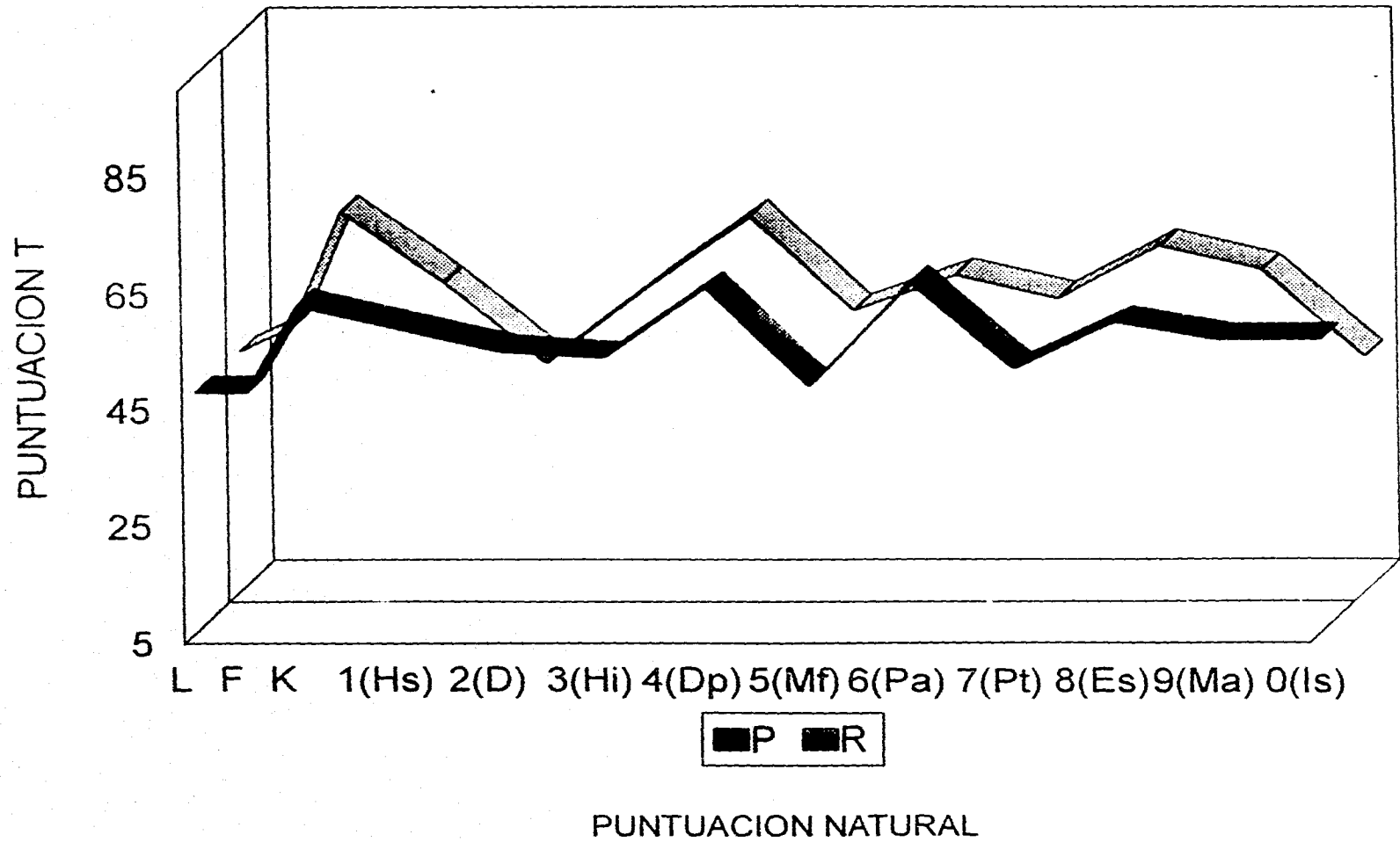
ESCALA ESPECIAL DE LA FUERZA YOICA (FE)



EL CASO F NO SE PRESENTO A EVALUACION DE RETEST

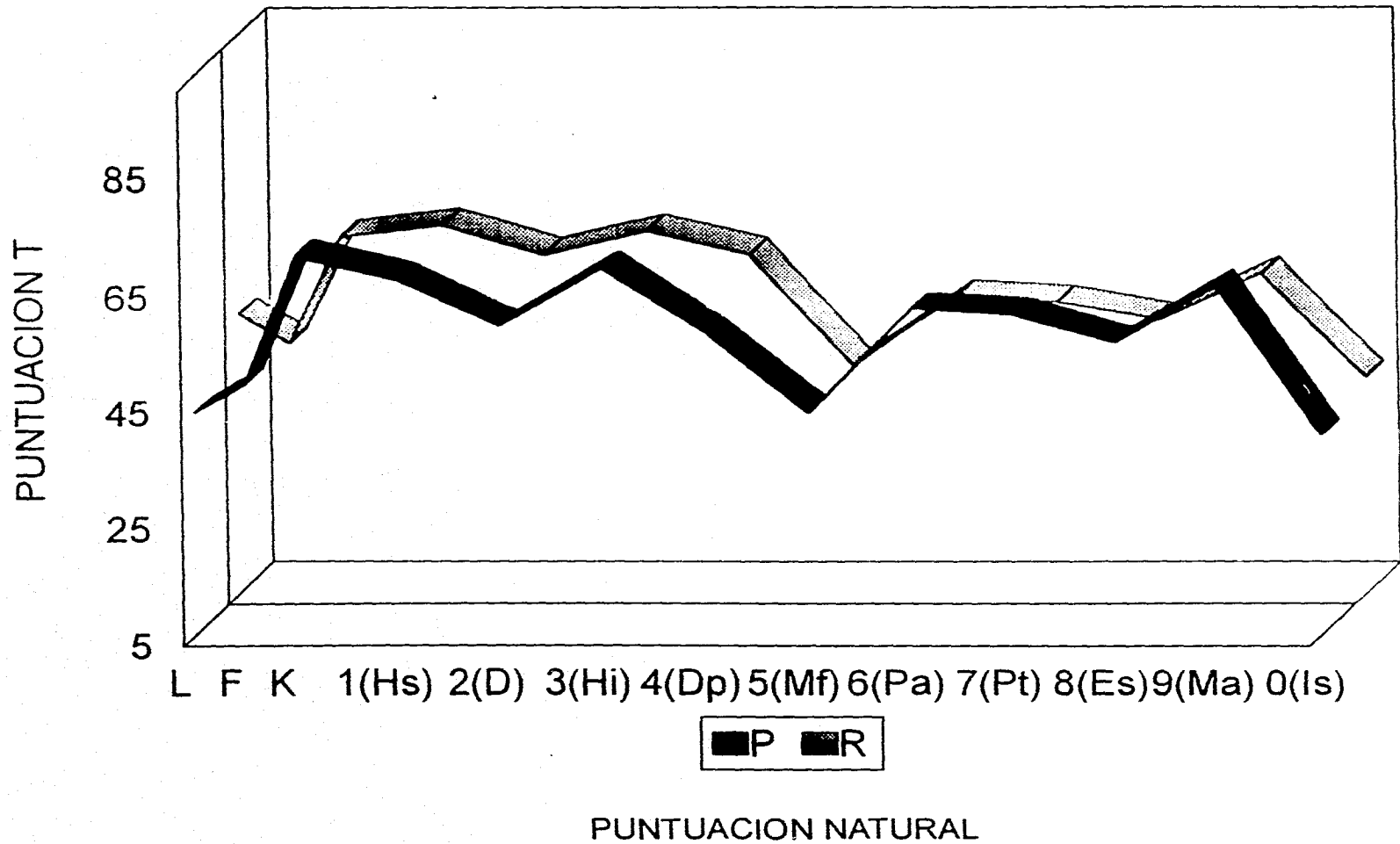
GRAFICAS DE MMPI TEST-RETEST

CASO N°1



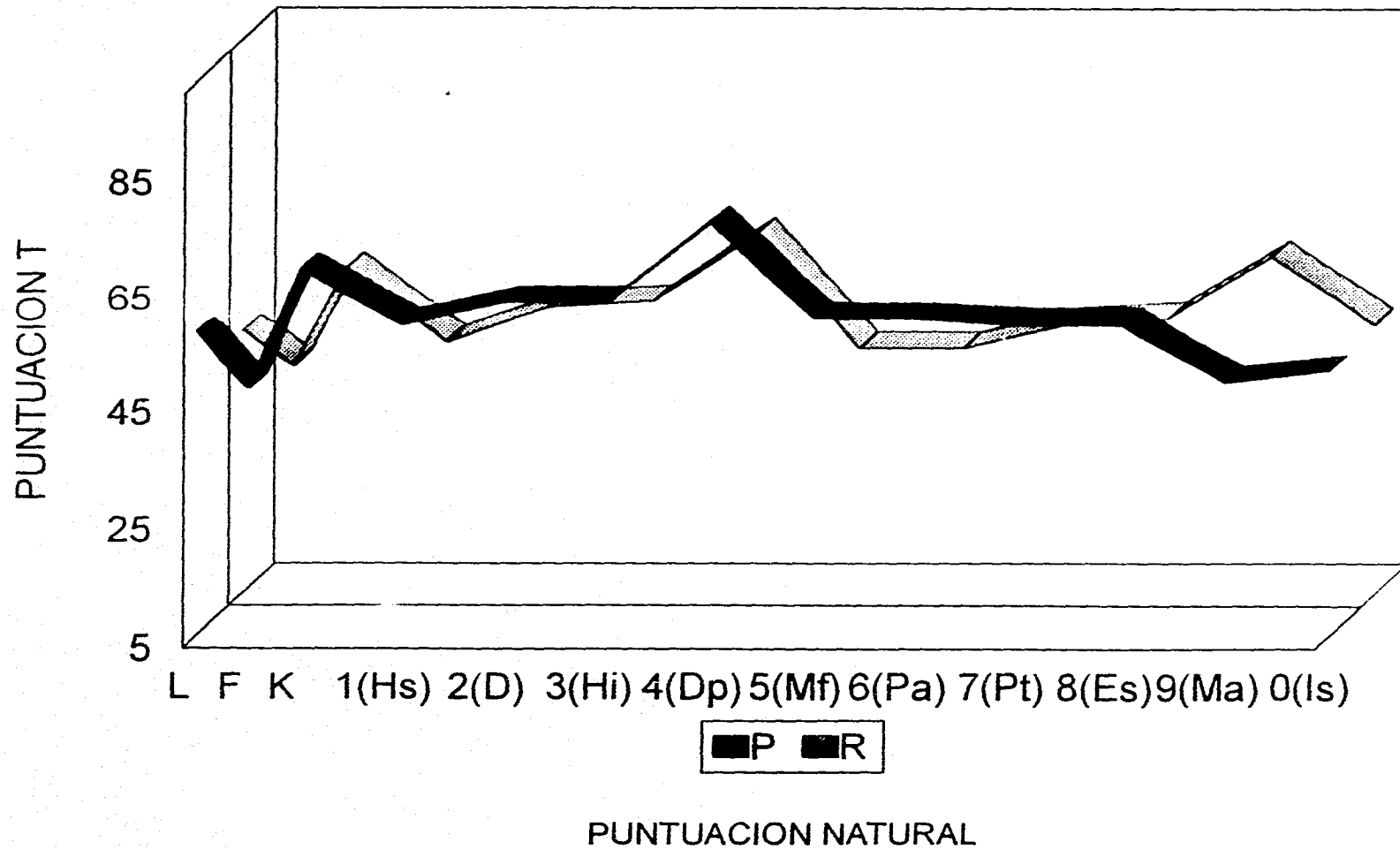
GRAFICAS DE MMPI TEST-RETEST

CASO N°2



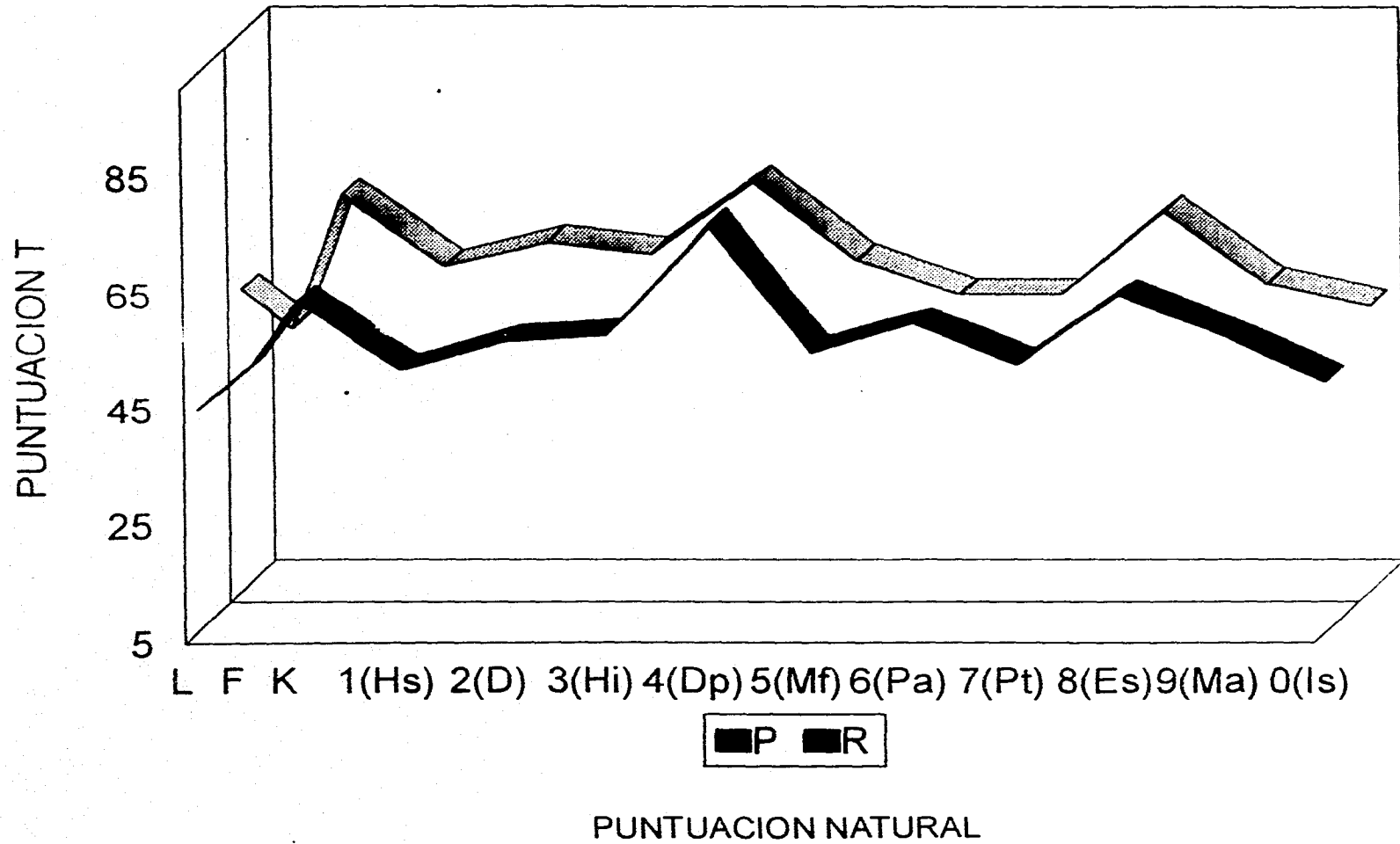
GRAFICAS DE MMPI TEST-RETEST

CASO N°3



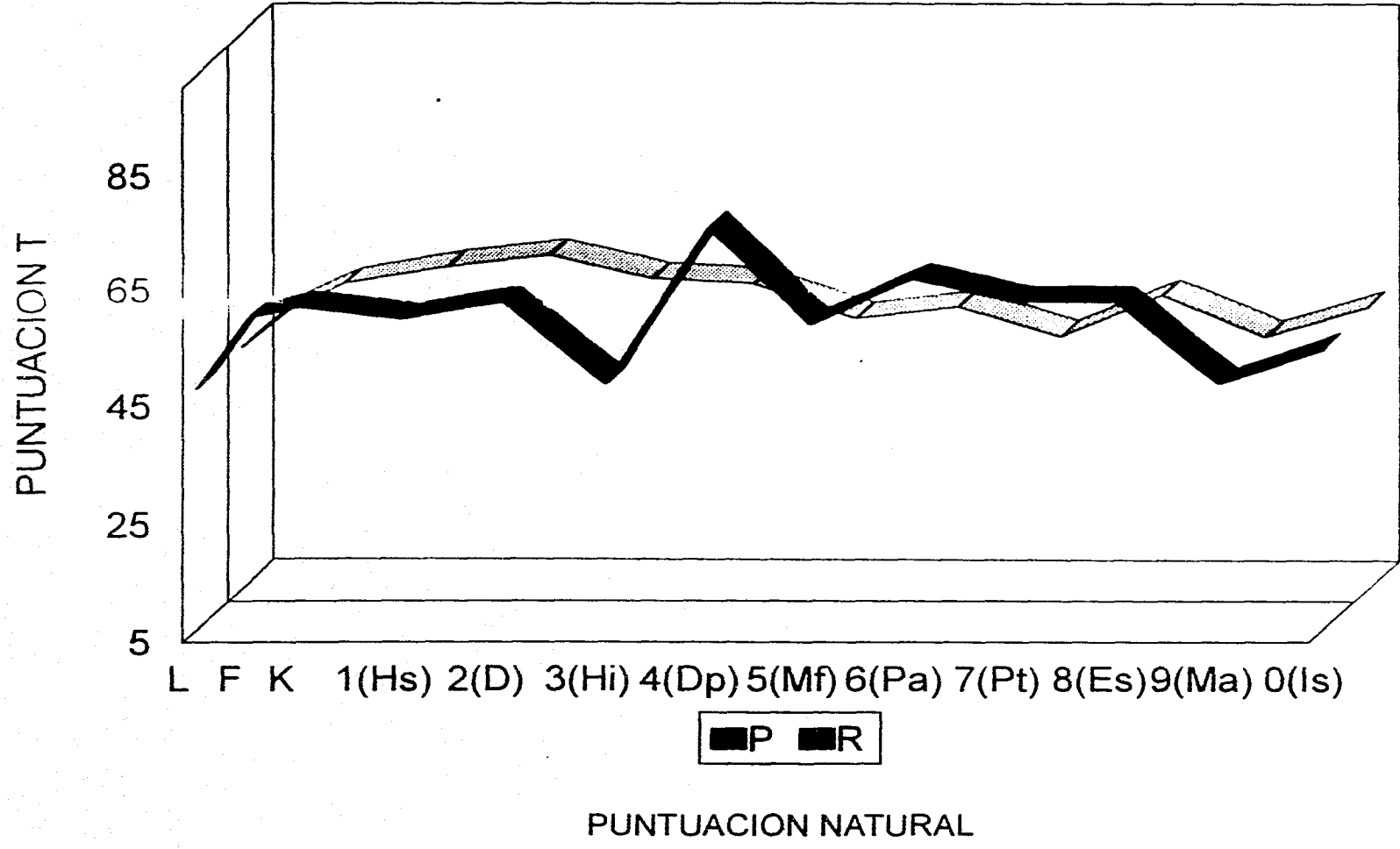
GRAFICAS DE MMPI TEST-RETEST

CASO N°4



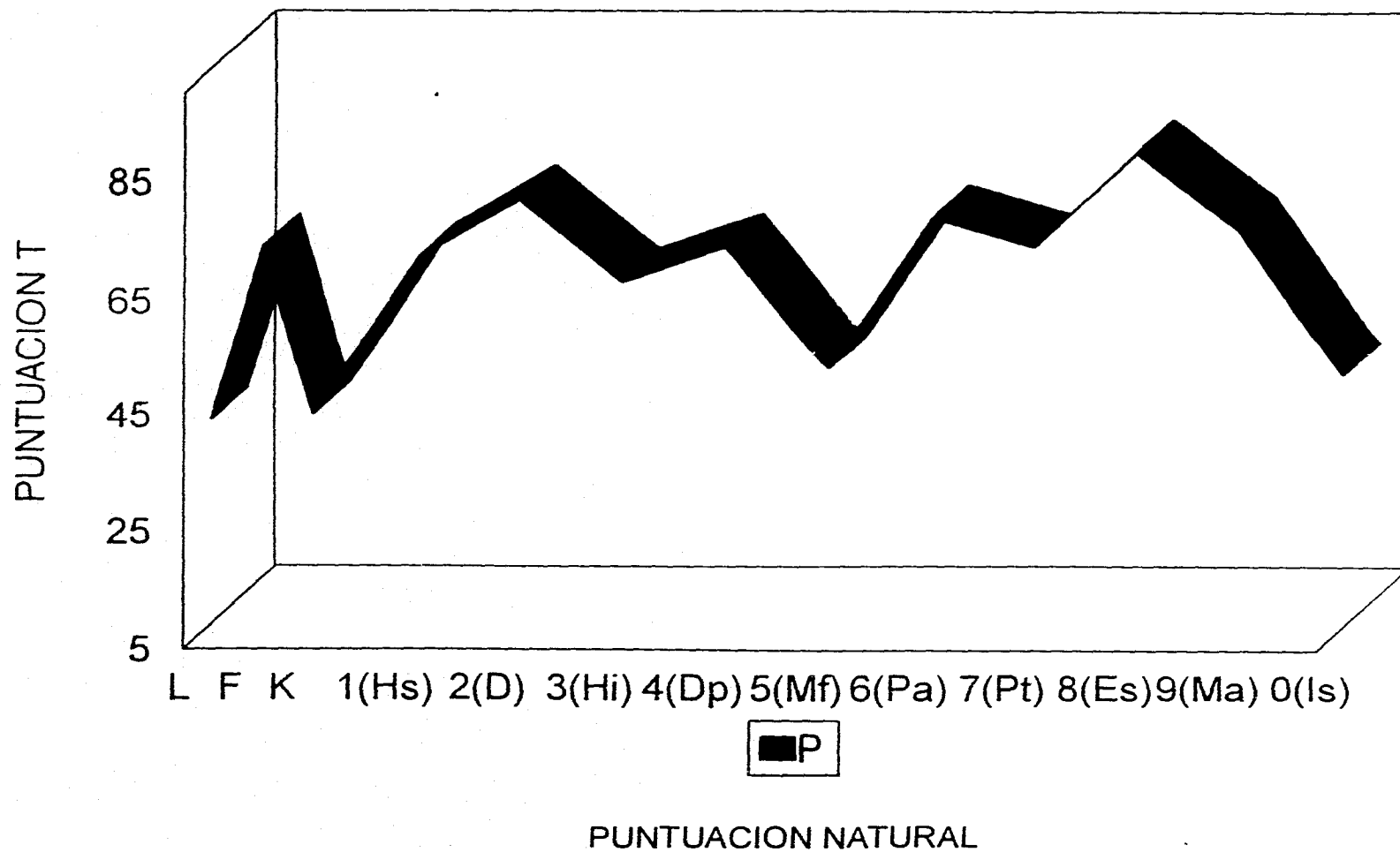
GRAFICAS DE MMPI TEST-RETEST

CASO N°5



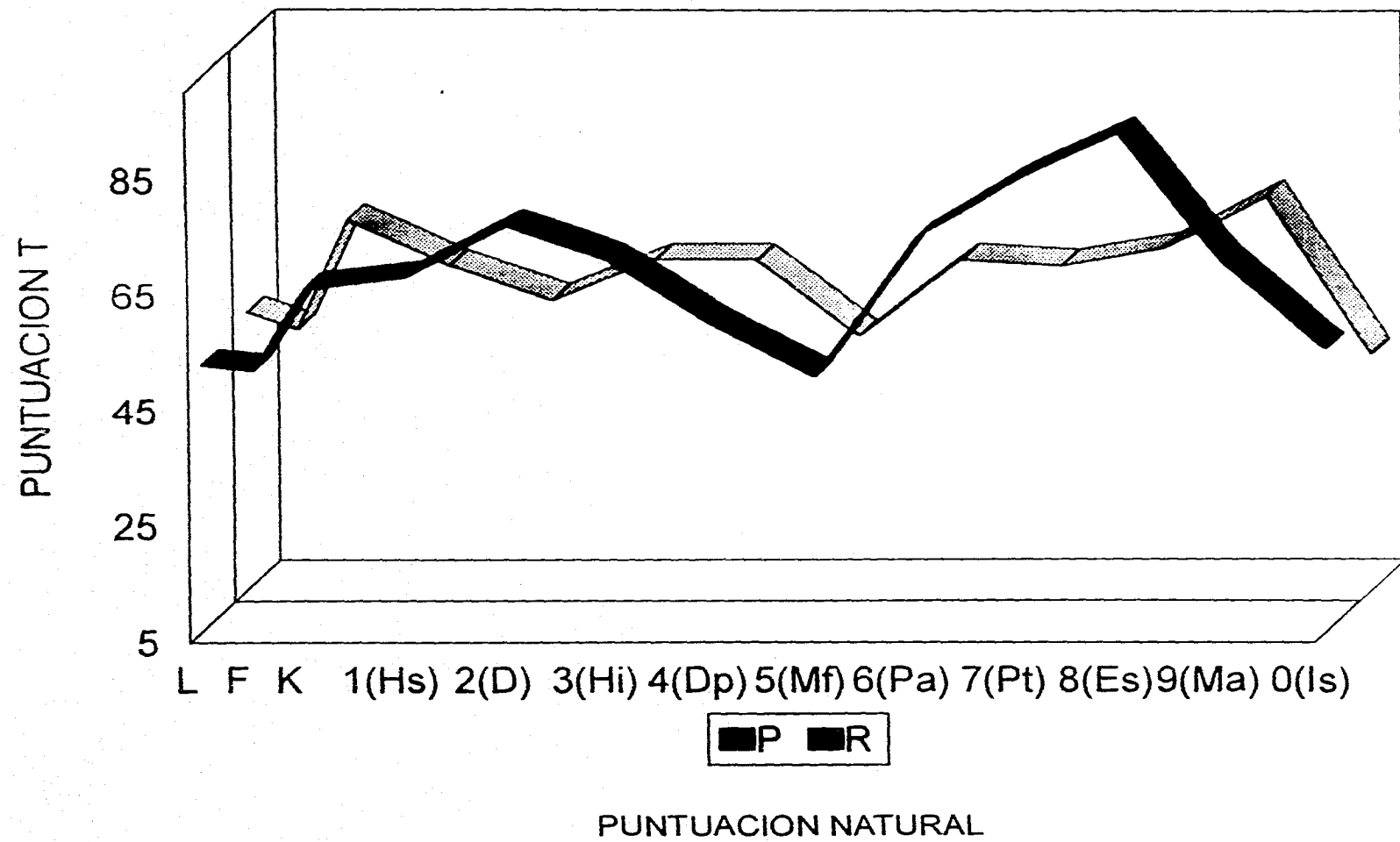
GRAFICAS DE MMPI TEST-RETEST

CASO N°6



GRAFICAS DE MMPI TEST-RETEST

CASO N°7



BIBLIOGRAFIA

1. Acevedo, M. (1993) La Fuerza Yoica en un grupo de Psicoterapia. Tesina de Especialidad, Facultad de Psicología UNAM. México.
2. Alatorre R. y Torres L. Trad. (1988). Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. Trad. Selectiva del Publication Manual of the American Psychological Association. UNAM. México 1988. pp 32.
3. Arbiser, S. (1973). Esquema de Psicoterapia con Grupos. en Acta Psiquiátrica Psicol. Amérlat.
4. Bach, G. (1974). Terapia de Grupo Intensiva. Roland Press. Nueva York, E.U.A. 1974.
5. Bauleo, A. (1983). Contrainstitución y Grupos. Nuevomar Colecc. Psicopedagogía. México.
6. Bellak, L. Small, L. (1975). Psicoterapia Breve y de Emergencia. (Ed) Pax. México, D.F.
7. Bion, W. (1990). Experiencias en Grupos, Grupos e Instituciones. (Ed) Paidós. México.
8. Bleger, J. (1971) Temas en Psicología, entrevistas y grupos. (Ed) Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
9. Cappon G. (1976). El Movimiento de encuentro en Psicoterapia de Grupo. Descripción y análisis Crítico. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología UNAM, México.
10. Carrillo J. (1984) El análisis grupal de duración limitada. Apuntes para un modelo. Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de AMPAG. Nov. 1984 AMPAG. Análisis Grupal. Vol. III No. 3. Sept. 1986
11. Cartwright y Zander. (1971). Dinámica de Grupos. (De) Trillas. México.

- 12 Cázares, H. y otros (1985). Técnicas actuales de Investigación Documental. (Ed) Trillas. UAM-Iztapalapa. México, D.F.
- 13 Dellarossa, A.(1973) Grupo, Terapia Institucional. Col. Psicología América Latina. Buenos Aires, Argentina
- 14 Díaz, P. (1984) Grupo a tiempo limitado y objetivos focalizados. presentado en el II Congreso Nacional de la AMPAG. México, D.F. Noviembre de 1984.
- 15 Díaz, P. (1989). Técnicas de la Entrevista Psicodinámica.(Ed.) Pax, México, D.F."
- 16 Díaz, P. (1988) Terapia Grupal Breve. presentado en el III Congreso de AMPAG. Querétaro, Qro. Octubre, 1988.
- 17 Didier, A.(1980). La Dinámica de grupos pequeños. (De) Kapeluz. México.
- 18 D. Yalom. (1969) Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. (Ed) F.C.E. México, D.F.
- 19 Elinger, J. (1973) Dificultades del terapeuta en la incorporación del encuadre institucional y su repercusión en la clínica. Acta Psiquiátrica Psicol. Amerilat.
- 20 Esquivel, A. (1993). Modelo de Psicoterapia Breve en la tercera edad. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. UNAM. México.
- 21 Fiorini J. (1990). Teoría y Técnica de Psicoterapias. (Ed) Nueva Visión. Buenos Aires Argentina.
- 22 Freud, A. (1951). El yo y los mecanismos de defensa. (Ed) Paidós. México.
- 23 Freud, S. Obras Completas. En particular los siguientes trabajos: Introducción al psicoanálisis (1917); Psicología de masas y análisis del Yo (1921); Introducción al narcisismo (1914); El Yo y el Ello (1923) y El Esquema del Psicoanálisis (1941).

- 24 González de G. (1986). La terminación del contrato de la terapia grupal a tiempo limitado. Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de AMPAG. 21 Años de Análisis Grupal en México. Oct. 1984. AMPAG. Análisis Grupal. Vol. VI. No. 3, Sept. 1989.

- 25 González N. (1992). Concepto actual de Contratransferencia en la psicología de grupo. En Alétheia Psicología y Psicoanálisis, nº 11. México, Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica Social.

- 26 González, N. (1989). La fortaleza del psicoterapeuta, la contratransferencia. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C. México

- 27 González N. (1992). La interacción Grupal. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.

- 28 González N., Monroy V. y Kupferman S. (1978) Dinámica de grupos, técnicas y tácticas. (Ed) Concepto Pax. México, D. F.

- 29 Graham, J.(1977). MMPI Guía Práctica, Manual Moderno, México, D.F.

- 30 Hataway, S. (1951) Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la psicopatología, Trad. al Español Núñez Rafael, Manual Moderno. México, D.F.

- 31 Klein, L. y otros. (1991) La terminación del proceso terapéutico en grupos con objetivos focalizados y a tiempo limitado. II Congreso y IV Congreso Nacional de AMPAG. Guanajuato, Gto. México. Mayo 1991.

- 32 Klein, L. (1989). Del aprendizaje en grupo al aprendizaje grupal. Trabajo presentado en el III Congreso Nacional de AMPAG. "21 años de Análisis Grupal en México". Oct. 1984. AMPAG. Análisis Grupal. Vol. VI No. 3. Sept. 1989.

- 33 Kleinmuntz, B. (1980). Elementos de Psicología Anormal. (Ed). Continental, México, D.F.

- 34 Laplanche y Pontalis .(1983). Diccionario de Psicoanálisis. (Ed). Labor Mexico

- 35 Mainsonneuve, J. (1983) La dinámica de los Grupos. (Ed) Nueva Visión. México, D.F.
- 36 Merani, A.(1979). Enciclopedia de Psicología Rusa. Vol. VII. Diccionario., (Ed) Grijalbo México, D.F.
- 37 Michaca, P.(1989) Desarrollo de la Personalidad. Teorías de las relaciones de objeto. (Ed) Pax, México.
- 38 Nadelsticher, A. (1984) Prontuario para investigadores Colecc. Cuadernos Universitarios No. 4. C.S.H. UAM. Iztapalapa. México. D.F.
- 39 N. Kerlinger. (1989) Investigación del comportamiento (Ed) McGraw Hill México.D.F.
- 40 Pardinás, F. (1980) Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. (Ed) México, D.F.
- 41 Pichon R. (1980) El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social.(Ed) Nueva Visión. México, D.F.
- 42 Pichot, P. (1976) Los test mentales. (Ed) Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- 43 Riviera, O. (1981) Esquivel, F. y Maqueo.L. Taller sobre el manejo y la interpretación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI). Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, D.F.
- 44 Riviera, O. (1987). Esquivel, F. y Maqueo, L. Integración de Estudios Psicológicos. (Ed) Diana. México D.F.
- 45 Riviera, O. (1986) Interpretación del MMPI Clínico. (Ed) Diana, México. D.F.