



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA COTERAPIA FEMENINA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA
CLINICA Y PSICOTERAPIA
DE GRUPO EN INSTITUCIONES
P R E S E N T A
LIC. SONIA VICTORIA DE LA SELVA REVELES

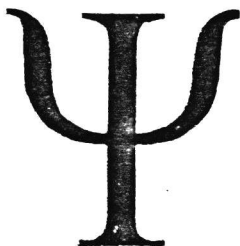
DIRECTOR: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

ASESORES: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ -M.

DRA. TERESA GUERRA T.

MTRA. GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA

MTRA. LUZ MARIA SOLLOA GARCIA



MEXICO, D. F.

1997



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.

A ALFONSO, MI ESPOSO,
POR SU AMOR, APOYO Y
COMPRENSIÓN, DURANTE
MI LABOR EN ESTA IN-
VESTIGACIÓN.

À LA MEMORIA DE MIS
AMADOS PADRES.

À MI HERMANO IGOR POR
LOS MOMENTOS INOLVIDA-
BLES COMPARTIDOS.

À MIS SOBRINOS POR LAS MUCHAS
ALEGRÍAS QUE ME HAN BRINDADO.

À MIS FAMILIARES POR
SU CARIÑO MOSTRADO.

A LA U.N.A.M., A LA FACULTAD
DE PSICOLOGÍA Y A MIS MAESTROS.

A MI H. JURADO:

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-M.
DRA. TERESA GUERRA T.
MTRA. GEORGINA MARTÍNEZ MONTES DE OCA
MTRA. LUZ MARÍA SOLLOA GARCÍA

POR SU INVALUABLE GUÍA,
MI GRATITUD Y APRECIO.

A MIS COMPAÑEROS Y
AMIGOS.

AGRADEZCO A LAS AUTORIDADES DE
LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA, POR PERMITIR INTE-
GRARNOS COMO TERAPEUTAS.

A LA DRA. LILIAN KLEIN
NUESTRA SUPERVISORA POR
SU CALIDEZ Y VALIOSA -
ORIENTACIÓN.

A LA LIC. SUSANA MARTÍNEZ
MI COTERAPEUTA, POR HABERME
ACOMPAÑADO EN ESTA FRUCTÍ-
FERA EXPERIENCIA.

A LOS ALUMNOS UNIVERSITA-
RIOS INTEGRANTES DEL GRU-
PO TERAPÉUTICO, POR SU
IMPORTANTE PARTICIPACIÓN.

A TODAS LAS PERSONAS QUE DIRECTA
O INDIRECTAMENTE CONTRIBUYERON
CON SUS OBSERVACIONES Y RECOMEN-
DACIONES PARA MEJORAR ESTE TRA-
BAJO.

ÍNDICE

	HOJA
INTRODUCCIÓN	I
I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
1. INVESTIGACIONES PREVIAS	3
2. MARCO REFERENCIAL	8
A. COTERAPIA	8
B. LA TRANSFERENCIA	12
C. LA TRANSFERENCIA EN LA COTERAPIA	17
D. LA SITUACIÓN TRIANGULAR EN LA COTERAPIA	22
II. METODOLOGÍA	
3. OBJETIVOS	32
E. PROBLEMA	32
F. HIPÓTESIS CONCEPTUAL	32
4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	32
5. SUJETOS	33
6. ESCENARIO	34
7. INSTRUMENTO	34
G. CATEGORÍAS	34
8. PROCEDIMIENTO	42
H. REGISTRO	42
I. ANÁLISIS DE CONTENIDO	42

III. RESULTADOS

8.	CUADRO DE RESULTADOS	47
9.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	50
	I. CASOS	51

CONCLUSIONES 60

RECOMENDACIONES 63

BIBLIOGRAFÍA 64

APÉNDICES 70

 A. CUADRO No. 1 71

 B. CUADRO No. 2 72

INTRODUCCIÓN

LA PRESENTE INVESTIGACIÓN SE RESPALDA CON LAS PRIMERAS 30 SESIONES DE LABOR PSICOTERAPÉUTICA CON ENFOQUE PSICOANALÍTICO, BAJO SUPERVISIÓN, CON DURACIÓN DE HORA Y MEDIA CADA UNA. ESTA LABOR LA LLEVAMOS A CABO EN COTERAPIA CON UNA COMPAÑERA DE LA MISMA GENERACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES, AL MISMO NIVEL JERÁRQUICO.

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE CADA SESIÓN, SE LLEVÓ A CABO UN DIÁLOGO INTERCLÍNICO EN EL CUAL SE DISCUTIERON LOS CONTENIDOS MANIFIESTOS Y PRINCIPALMENTE LOS CONTENIDOS LATENTES DE CADA UNA DE LAS SESIONES, SE ANALIZARON LOS ASPECTOS TRANSFERENCIALES Y CONTRATRANSFERENCIALES DE LA PRAXIS, ASÍ COMO LA INTERACCIÓN COTERAPÉUTICA. TAMBIÉN SE ELABORÓ UN REPORTE POR SESIÓN QUE SE INCLUYÓ EN EL EXPEDIENTE DEL GRUPO.

DADO QUE LA ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA SE HA HECHO NECESARIA TANTO EN INSTITUCIONES COMO EN FORMA PARTICULAR, POR LA GRAN DEMANDA QUE REQUIERE LA POBLACIÓN EN GENERAL, Y QUE A LA VEZ RESULTA DE SIGNIFICANTE BENEFICIO EL PROPORCIONAR COMO OPCIÓN A TALES DEMANDAS LA COTERAPIA DE GRUPO. RESULTA INDISPENSABLE EL ENFATIZAR LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA LABOR TERAPÉUTICA EN BENEFICIO DE LAS PERSONAS QUE REQUIEREN DE TAL ATENCIÓN.

EN TAL VIRTUD EN ESTE TRABAJO SE PRESENTAN LOS HALLAZGOS EN CUANTO A LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS EN LA COTERAPIA FEMENINA, ENTENDIENDO COMO COTERAPIA FEMENINA AL HECHO DE QUE EL EQUIPO TERAPÉUTICO ESTÁ INTEGRADO POR DOS TERAPEUTAS DEL SEXO FEMENINO, ES DECIR, POR DOS MUJERES TERAPEUTAS.

AL ESTAR INTEGRADO POR DOS MUJERES EL EQUIPO TERAPÉUTICO, LA TRANSFERENCIA DE PARTE DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO QUE SE ESPERA SEA PAULATINA Y RECAIGA HACIA LA FIGURA DE LA MADRE, EN ESTE CASO APARECEN ANSIEDADES Y DIFICULTADES EN LA TRANSFERENCIA Y ACEPTACIÓN DEL ROL MASCULINO; CON TENDENCIA A LA AMBIVALENCIA, CONFUSIÓN, DEVALUACIÓN HACIA LAS TERAPEUTAS Y AGRESIÓN.

ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PRETENDE TAMBIÉN SERVIR COMO MODELO A FIN DE MOTIVAR LA REALIZACIÓN DE SIMILARES INVESTIGACIONES QUE DEN A CONOCER LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS EN LA COTERAPIA MASCULINA Y EN LA HETEROSEXUAL.

I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

I. INVESTIGACIONES PREVIAS.

EN CUANTO A LAS INVESTIGACIONES PREVIAS QUE TOCAN EL TEMA DE LA COTERAPIA PUEDO CITAR A LAS SIGUIENTES:

DÍAZ, DORING, GUERRA Y MÁRQUEZ (1978), HABLAN DE UN CAMBIO EN EL MODELO DE ENTRENAMIENTO QUE CONSISTE EN INICIAR CON EL ROL DE OBSERVADOR SILENCIOSO Y PASAR AL DE COTERAPEUTA ACTIVO.

EL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL OBSERVADOR ERA PERMANECER EN SILENCIO DURANTE LA SESIÓN TERAPÉUTICA, PUDIENDO TOMAR NOTAS O PRESCINDIR DE HACERLO, Y SE LE PERMITÍA INTERVENIR EN FORMA VERBAL CON EL TERAPEUTA DIDÁCTICO, SÓLO AL FINALIZAR LA SESIÓN.

POSTERIORMENTE SE DIÓ EL CAMBIO; INICIALMENTE EL OBSERVADOR PERMANECÍA SILENCIOSO, Y PROGRESIVAMENTE SE FUE INCORPORANDO EN LO INTERPRETATIVO DE LA TERAPIA GRUPAL, HECHO QUE LO UBICÓ COMO OBSERVADOR PARTICIPANTE O COTERAPEUTA ACTIVO.

AURON Y GARCÍA BARRIENTOS (1987), HABLAN DE "LA CONCERTACIÓN DE LA COTERAPIA", Y PROPONEN UNA DEFINICIÓN DEL ESPACIO INTERTERAPÉUTICO, CUYA HIPÓTESIS CONSISTE EN LOGRAR QUE AMBOS TERAPEUTAS PUDIERAN APROVECHAR SU ESPACIO Y ANALIZAR SUS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS, ASÍ COMO LOS FENÓMENOS DE LA RELACIÓN, Y LOS ELEMEN-

TOS QUE CONSOLIDAN UNA BUENA RELACIÓN COTERAPÉUTICA.

DEFINIENDO COMO ESPACIO INTERTERAPÉUTICO A LA ZONA DE INTERSECCIÓN DE UNO Y OTRO DE LOS TERAPÉUTAS, DELIMITADA POR LAS TRANSFERENCIAS Y CONTRATRANSFERENCIAS ACTIVADAS TANTO POR LA RELACIÓN COTERAPÉUTICA COMO LAS QUE GUARDAN CON EL GRUPO,

CIVIDINI-STRANIC, Y KLAIN (1984), SEÑALAN COMO UN ELEMENTO COMÚN ENTRE LOS COTERAPÉUTAS LA ENVIDIA, PLANTEÁNDOSE COMO UNA FUERZA MUY PODEROSA PARA EL PROGRESO Y EL CAMBIO, EN CASO DE SER RECONOCIDA Y ANALIZADA. (CITADO POR AURON Y GARCÍA, 1987).

INDICAN QUE LA TERAPIA SE "MODELA DE ACUERDO A LA DINÁMICA DEL PODER", EN ESPECIAL CUANDO EXISTE UNA RELACIÓN DIDÁCTICA EXPLÍCITA. NOS DICEN QUE ANTE CIERTOS PROBLEMAS QUE PUEDA VIVIR EL COMPAÑERO TERAPEUTA SE MANIFIESTA EL GOCE NARCISISTA Y QUE SU ANÁLISIS, TANTO DE PROBLEMÁTICAS DE PODER COMO DEL GOCE O SUFRIMIENTO NARCISISTA, MUY A MENUDO SON MANEJADAS POR MEDIO DE LA RACIONALIZACIÓN, LA INTELECTUALIZACIÓN, LA NEGACIÓN, O CONDUCTAS DE TIPO DE "SÍ, PERO ...", QUEDANDO ASÍ DESCARTADAS.

DÍAZ, GUADARRAMA, RAMOS, SOCORRO Y VIVES (1982), EN ESTA INVESTIGACIÓN LOS AUTORES ANALIZAN LAS VICISITUDES DE LA RELACIÓN EXPERTO-CANDIDATO, DURANTE EL ENTRENAMIENTO DE CANDIDATOS A ANALISTAS DE GRUPO,

CONSIDERAN QUE EL EXPERTO DEBERÍA PODER UBICARSE EN LA POSICIÓN QUE LE PERMITA, EN SU DOBLE PAPEL DE TERAPEUTA DE UN GRUPO Y DOCENTE, LA MÁXIMA EFICIENCIA, PARA LO CUAL PLANTEAN LO SIGUIENTE:

- 1) LA FORMACIÓN ACADÉMICA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL EXPERTO INDISCUTIBLEMENTE DEBE SER MÁS AMPLIA QUE LA DEL ALUMNO.
- 2) EL ALUMNO PODRÁ SOLICITAR ENTREVISTA CON TANTOS EXPERTOS ASIGNADO COMO JUZQUE CONVENIENTE, A FIN DE ENCONTRAR CON QUIEN PUEDA ACOPLARSE Y TRABAJAR EN FORMA CÓMODA.
- 3) CON OBJETO DE LOGRAR UN ACUERDO INICIAL SOBRE LAS BASES DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS TERAPEUTAS EN RELACIÓN CON EL GRUPO, SE LLEVARÁN A CABO ENTREVISTAS PREVIAS A LA FORMACIÓN DEL EQUIPO COTERAPÉUTICO.
- 4) NO DEBERÁ PERMITIRSE FORMAR PARTE DE UN EQUIPO COTERAPÉUTICO A MIEMBRO QUE HAYA SIDO SUPERIOR JERÁRQUICO (MAESTRO, JEFE, ETC.) O ANALISTA DEL OTRO, NI ACEPTAR COMO EXPERTO A UN COMPAÑERO DE GENERACIÓN.
- 5) ES DESEABLE QUE EXPERTO Y CANDIDATO PROVENGAN DE DIFERENTES INSTITUCIONES DE FORMACIÓN ACADÉMICA, DEBIDO A QUE LAS COINCIDENCIAS LLEVADAS AL MÁXIMO PUEDEN EMPOBRECER EL APRENDIZAJE.

- 6) RECOMIENDAN LOS AUTORES NO FORMAR TRITERAPIA COMO MODELO DE APRENDIZAJE, DEBIDO A LA INTENSIDAD DE LOS FENÓMENOS QUE PRODUCEN EN Y POR EL TERCER EXCLUÍDO.
- 7) PROPONEN LA CREACIÓN DE GRUPOS DE ESTUDIO AUTO O HETEROGES- TIVOS ENTRE LOS GRADUADOS INTERESADOS EN LLEGAR A SER EXPER- TOS, ASÍ COMO SUPERVISIÓN DEL PRIMER GRUPO EN QUE ASUMA ESTE ROL, ANTES DE SER EVALUADO COMO EXPERTO.

CONSIDERAMOS DE IMPORTANCIA EL CITAR A LOTHSTEIN (1980), QUIEN - EN SU LIBRO "CO-THERAPY AND SUPERVISION, IN GROUP AND FAMILY THE- RAPY" ABARCA LA REVISIÓN DE VARIAS INVESTIGACIONES EN TORNO A LA COTERAPIA, ACLARANDO QUE SE HAN ENFOCADO EN LOS PUNTOS RELACIONA- DOS A EMPAREJAMIENTO DE LOS COTERAPEUTAS, SU RELACIÓN CON LOS PA- CIENTES, LAS DIFERENCIAS RACIALES Y DE ESTATUS, ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA RELACIÓN, EL APRENDIZAJE COMPARTIDO, ASPECTOS ERÓTICOS, ES- TADIOS DE LA RELACIÓN COTERAPÉUTICA Y PUNTOS QUE PUEDAN INFLUIR EN LA COMPATIBILIDAD COTERAPÉUTICA.

TAMBIÉN SEÑALA EL REGISTRO DE MATERIAL ANECDÓTICO EN GRANDES CAN- TIDADES Y LA FALTA DE METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN SISTEMATIZADA.

HACE MENCIÓN DE QUE EL ACUERDO EN LA ORIENTACIÓN TEÓRICA TIENE UN EFECTO POSITIVO EN LA COMPATIBILIDAD DE LOS TERAPEUTAS, NO ASÍ - CUANDO TIENEN PERSONALIDAD, ROLES O ESTATUS OPUESTOS, SU RELACIÓN SE TORNA TENSIONANTE Y ADEMÁS INTERFIERE EN EL TRABAJO DE COTE-

RAPIA.

ENCUENTRA ENTRE LAS PAREJAS COTERAPÉUTICAS FEMENINAS EL MAYOR GRADO DE COMPETITIVIDAD Y COMBATIVIDAD.

AUNQUE SE HA REPORTADO COMO CONSTRUCTIVO EL DESACUERDO ENTRE LOS COTERAPEUTAS, MUCHOS DE ELLOS TEMEN QUE ÉSTE EN SÍ O SU MANIFESTACIÓN REVELE SUS PROPIAS DEFICIENCIAS COMO TERAPEUTA DE GRUPO.

NOS DICE MARTÍNEZ BOUQUET (1970), QUE LA COTERAPIA SE INICIÓ A PARTIR DEL PSICODRAMA ANALÍTICO EN DONDE, A LA VEZ QUE DRAMATIZAR, CUALQUIERA DE LOS PARTICIPANTES DEL GRUPO PODRÍA INTERPRETAR Y COORDINAR.

AL REFERIRNOS AL SEXO DE LOS TERAPEUTAS LAS OPINIONES VARÍAN: CON LAS PAREJAS HETEROSEXUALES SE RECREA LA PAREJA PARENTAL, SEGÚN - MENCIONAN SCHWARTZ, ULLOA Y LANGER. PARA ABADY Y PAVLOVSKY (1966), LA PAREJA HETEROSEXUAL IMPONE UN SIGNIFICADO A LA PAREJA DE TERAPEUTAS, LO QUE LIMITA LOS HALLAZGOS QUE PODRÍAN DARSE, A LA VEZ QUE SUBESTIMA EL PAPEL DE LA FANTASÍA INCONSCIENTE EN LA DINÁMICA GRUPAL.

POR SU PARTE BASQUIN (1971), EN SU EXPERIENCIA HA OBSERVADO QUE FRENTE A PAREJAS DEL MISMO SEXO, EL GRUPO EXPRESA ANGUSTIAS DE INHIBICIONES, AGREGA QUE LAS PROYECCIONES FÁLICAS SON MEJOR TOLERADAS POR UNA TERAPEUTA, QUE LAS FEMENINAS POR UN TERAPEUTA HOMBRE,

OPINA QUE UBICAR A LOS PACIENTES DESDE UN PRINCIPIO FRENTE A LA SITUACIÓN TRIANGULAR, IMPLICA UNA ACTITUD INDUCTIVA QUE FAVORECERÁ EL SURGIMIENTO DE FANTASÍAS DE ESCENA PRIMARIA Y QUE SE PUEDE CORRER EL RIESGO DE HACER INTERPRETACIONES CUANDO EL PACIENTE NO ESTÁ PREPARADO AÚN PARA ACEPTARLAS.

2. MARCO REFERENCIAL.

A. COTERAPIA.

LA COTERAPIA CONSISTE EN LA INTEGRACIÓN DE UN EQUIPO TERAPÉUTICO FORMADO POR DOS TERAPEUTAS, BIEN SEAN DEL MISMO SEXO O DE SEXO DIFERENTE, CON EL OBJETO DE LLEVAR A CABO UNA LABOR PSICOTERAPÉUTICA QUE EN ESTE CASO ES GRUPAL, ENFOCADA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEORÍA ELEGIDA Y APLICANDO LAS TÉCNICAS COHERENTES CON ESA MISMA TEORÍA.

PARA ENTENDER LOS PROCESOS PSICODINÁMICOS DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL SURGIÓ LA COTERAPIA COMO UNA TÉCNICA QUE LOS FACILITA Y ACELERA (DÍAZ, DORING, GUERRA Y MÁRQUEZ, 1978), EN UN PRINCIPIO CONSIDERADA COMO PSICOTERAPIA DUAL, PSICOTERAPIA GRUPAL CON DOS TERAPEUTAS, PSICOTERAPIA MÚLTIPLE, HASTA DENOMINARLA COTERAPIA.

ABADY Y PAVLOVSKY (1966), AFIRMAN QUE LA COTERAPIA SURGE CUANDO SE INCLUYE A UN OBSERVADOR SILENCIOSO DENTRO DE LA PSICOTERAPIA -

MÁS ORTODOXA, MISMO QUE MÁS TARDE EMPIEZA A INTERVENIR COMO OBSERVADOR ACTIVO. AGREGAN QUE LA LABOR DE LA PAREJA TERAPÉUTICA EN UN GRUPO, DETERMINA LA INTENSIDAD VIVENCIAL Y EXPRESIVA DE FANTASÍAS INCONSCIENTES QUE EMERGEN DEL GRUPO, ES DECIR, ES UNA LABOR CATALÍTICA.

POR SU PARTE MORENO, LEOVICI, ANZIEU, WILDIOCHER, KESTERMBERG Y DIATKINE (CITADO POR DÍAZ, DORING, GUERRA Y MÁRQUEZ, 1978), HAN LLEVADO A CABO LA COTERAPIA EN TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS, CON UN TERAPEUTA COMO DIRECTOR Y EL OTRO U OTROS TERAPEUTAS COMO SUBORDINADOS DE ÉSTE.

PARA MARTÍNEZ, MOCCIO Y PAVLOVSKY (1970), MENCIONAN QUE EL INICIO DE LA COTERAPIA SURGE A PARTIR DEL PSICODRAMA ANALÍTICO EN EL QUE INDISTINTAMENTE UNO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO PODÍA DRAMATIZAR Y A LA VEZ CUALQUIER MIEMBRO PODÍA INTERPRETAR Y COORDINAR.

LA COTERAPIA DESMITIFICA LA IMAGEN IDEALIZADA Y OMNIPOTENTE DEL TERAPEUTA ÚNICO, EN VIRTUD DE QUE CADA MIEMBRO DEL EQUIPO TERAPÉUTICO EXPERIMENTA CON DISTINTA INTENSIDAD Y CALIDAD LO TRANSFERIDO POR EL GRUPO. AYUDA A RESOLVER LA SOLEDAD Y SOBRECARGA DEL TERAPEUTA CUANDO ES UNO SOLO, PUESTO QUE DEVUELVE MENOS DE LO QUE ADVIERTE (MARTÍNEZ BOUQUET, 1970).

AL HABLAR YALOM (1986) DE LOS COTERAPEUTAS, HACE ALGUNOS SEÑALA-

MIENTOS:

- CONVIENE SELECCIONAR A UN COTERAPEUTA A QUIEN TENGAMOS CONFIANZA, TENIENDO EN CUENTA QUE SEA DIFERENTE A NOSOTROS PARA QUE LA EXPERIENCIA DEL GRUPO SE ENRIQUEZCA.
- QUE LOS TERAPEUTAS SE SIENTAN TRANQUILOS Y SEAN FRANCOS EL UNO CON EL OTRO.
- QUE LOS TERAPEUTAS TRABAJEN EN ARMONÍA, SE MUESTREN ABIERTOS, COLABORADORES Y SU ESTILO Y ESTRATEGIA SEAN SIMILARES.
- QUE AUNQUE EXISTEN ALGUNAS VENTAJAS EN UN EQUIPO FORMADO POR UN HOMBRE Y UNA MUJER, SE CONSIDERA PREFERIBLE DIRIGIR A UN GRUPO CON ALGUIEN COMPATIBLE DEL MISMO SEXO QUE CON UN COTERAPEUTA DEL SEXO OPUESTO CON QUIEN NO SE TRABAJA BIEN.
- ES ESENCIAL QUE LOS COTERAPEUTAS PASEN ALGÚN TIEMPO JUNTOS, AL FINAL DE CADA SESIÓN PARA EXAMINAR Y REFLEXIONAR ACERCA DE SU CONDUCTA. Y EN CASO DE SER SUPERVISADA SU LABOR, ASISTIR AMBOS A LA SESIÓN DE SUPERVISIÓN.
- LA COTERAPIA ALENTA AL DESARROLLO Y EL ANÁLISIS DE LA

II

TRANSFERENCIA, SEGÚN RESULTADOS DE UNA INVESTIGACIÓN SOBRE UNA MUESTRA DE TERAPEUTAS DE GRUPO MUY EXPERIMENTADOS (CITA A RABIN, 1967).

- LA COTERAPIA PERMITE AL TERAPEUTA EL LOGRO DE UN GRAN DESARROLLO PERSONAL Y PROFESIONAL ANALIZANDO SU RELACIÓN CON SU COTERAPEUTA.

PLANTEAN Mc GEE Y SUMANN (1970), DIFERENTES VARIEDADES DE COTERAPIA:

1. LA RELACIÓN COTERAPÉUTICA SEÑOR-JUNIOR (EXPERTO-ESTUDIANTE) Y SU OBJETIVO ES EL ENTRENAMIENTO.
2. LA COTERAPIA CON OBSERVADOR O ANOTADOR, Y
3. LA COTERAPIA IGUALITARIA; QUE PARECE SER LA MÁS FRECUENTE.

ANDERSON, PINE Y Mc-LEE (1972), SE REFIEREN A LA COTERAPIA COMO UNA RELACIÓN IGUALITARIA, O SEA, SIMILAR EN ENTRENAMIENTO Y EN ESTATUS (CITAN DÍAZ Y COL. 1978).

EN NUESTRA INVESTIGACIÓN LLEVAMOS A CABO LA COTERAPIA IGUALITARIA, ESTO ES, AL MISMO NIVEL JERÁRQUICO, SEMEJANTE EN ENTRENAMIENTO Y EN ESTATUS.

EN ESENCIA SE BUSCA QUE CADA UNO DE LOS TERAPEUTAS SE SIENTA CÓMODO CON EL OTRO.

DADAS LAS DIFERENTES PECULIARIDADES PSICOLÓGICAS DE LOS DOS TERAPEUTAS, PUEDEN REALIZAR LA LABOR PSICOTERAPÉUTICA APROVECHANDO - LOS RECURSOS QUE DESTAQUEN EN CADA UNO DE ELLOS, TRABAJANDO EN - FORMA COMPLEMENTARIA, CON LO CUAL AMBOS TERAPEUTAS SE ENRIQUECEN Y DESARROLLAN SUS HABILIDADES, A LA VEZ QUE REALIZAN UN MEJOR - MANEJO DEL MATERIAL PSICOLÓGICO EMERGIDO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO, EVITANDO ASÍ QUE SUS PUNTOS CIEGOS CONVIERTAN EN IATROGÉNICO EL PROCESO TERAPÉUTICO.

DESEMPEÑANDO, CADA UNO DE LOS TERAPEUTAS, LA OBSERVACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PAREJA TERAPÉUTICA, A FIN DE APOYARLA CUANDO LO REQUIERA.

B. LA TRANSFERENCIA.

EL INSTRUMENTO PRINCIPAL PARA CONOCER LO QUE ESTÁ SUCEDIENDO EN LA MENTE DEL PACIENTE COMO TAMBIÉN PARA DESCUBRIR Y RECONSTRUIR SU HISTORIA TEMPRANA, ES LA TRANSFERENCIA (ISAACS, 1948, CITADO - POR GREENSON, 1986). EN TODOS LOS PACIENTES QUE RECIBEN PSICOTERAPIA, SE PRODUCEN REACCIONES DE TRANSFERENCIA.

YA FREUD PLANTEA QUE LA TRANSFERENCIA ES UNA REPETICIÓN, UNA REEDICIÓN DE UNA RELACIÓN OBJETAL ANTIGUA (FREUD, 1905), TAMBIÉN - SEÑALA QUE "LAS REACCIONES DE TRANSFERENCIA OFRECEN AL ANALISTA - UNA OCASIÓN INESTIMABLE DE EXPLORAR EL PASADO INACCESIBLE Y EL - INCONSCIENTE" (GREENSON, CITA A FREUD, 1986, P. 158).

POR SU PARTE GREENSON (1986) SEÑALA COMO CARACTERÍSTICAS DE LAS REACCIONES DEL PACIENTE QUE INDICAN LA POSIBILIDAD DE UNA REACCIÓN DE TRANSFERENCIA: LA IMPROPIEDAD, LA INTENSIDAD, LA AMBIVALENCIA, LOS CAPRICHOS, Y LA TENACIDAD, SIN OLVIDAR QUE SE TRATA TAMBIÉN DE UNA REPETICIÓN.

LA TRANSFERENCIA CONSISTE EN EL FENÓMENO PSICOLÓGICO EN EL QUE SE DEPOSITAN, POR PARTE DEL PACIENTE, EN OBJETOS DEL PRESENTE, SENTIMIENTOS VIVENCIADOS CON OBJETOS DEL PASADO Y AUNQUE ES UNA SITUACIÓN QUE SE DA EN TODAS LAS RELACIONES INTERPERSONALES, EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO SE CONVIERTE EN EL PRINCIPAL INSTRUMENTO DE TRABAJO.

PODRÍAMOS DECIR QUE LA TRANSFERENCIA CONSCIENTE SE REFLEJA EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA, Y QUE LA TRANSFERENCIA INCONSCIENTE DEL PACIENTE, SE REFLEJA EN LA TRANSFERENCIA PROPIAMENTE DICHA, CON LA CUAL SE VA A TRABAJAR EN LA COTERAPIA.

GENERALMENTE LOS FENÓMENOS TRANSFERENCIALES SON INCONSCIENTES, IRRACIONALES, AMBIVALENTES, TENACES E INAPROPIADOS A LA SITUACIÓN DE REALIDAD EN QUE LOS MANIFIESTA EL PACIENTE. "UN INDIVIDUO ES TANTO MÁS NEURÓTICO CUANTO MÁS INFLUYE LA SITUACIÓN TRANSFERENCIAL EN LA SITUACIÓN PRESENTE ACTUAL, EN EL MARCO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA" (GONZÁLEZ, ROMERO Y DE TAVIRA, 1986, P. 123).

DEBEMOS COMPRENDER QUE GRAN NÚMERO DE SENTIMIENTOS DE TRANSFERENCIA SE PRODUCEN SIMULTÁNEAMENTE, COMO OCURRE EN LAS RELACIONES -

DE OBJETO EN GENERAL, SEGÚN REFIERE GREENSON (1986).

RECONOCIENDO LA AMBIVALENCIA DE LOS FENÓMENOS DE TRANSFERENCIA - FREUD (1912), LOS CLASIFICÓ EN TRANSFERENCIA POSITIVA Y TRANSFERENCIA NEGATIVA.

- LA "TRANSFERENCIA POSITIVA" ES AQUELLA RELACIÓN DE TRANSFERENCIA QUE PREDOMINÁNTEMENTE ESTÁ COMPUESTA POR EL AMOR EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS O POR CUALQUIERA DE SUS PRECURSORES O DERIVADOS, ES DECIR, CUANDO EL PACIENTE SIENTE POR SU ANALISTA AMOR, CARIÑO, CONFIANZA, DESEO, GUSTO, INTERÉS, DEVOCIÓN, ADMIRACIÓN, INFATUACIÓN, PASIÓN, ANSIA, ANHELO O TERNURA.

SIENDO LA SIMPATÍA, LA CONFIANZA Y EL RESPETO INGREDIENTES - PARA LA ALIANZA TERAPÉUTICA, SE CORRE EL RIESGO DE QUE EL PACIENTE SE ENAMORE DE ALGUNO DE LOS COTERAPEUTAS, PRINCIPALMENTE EN LOS CASOS EN QUE SON DE SEXO CONTRARIO.

UNA ESPECIE PARTICULAR DE TRANSFERENCIA ES EL AMOR DE TRANSFERENCIA. EL PACIENTE SE ENAMORA DE UNO DE LOS COTERAPEUTAS, EN ESTE CASO, LA TRANSFERENCIA SIEMPRE SE CONVIERTE EN CAUSA DE - RESISTENCIA, AQUÍ LA IMPORTANCIA DE LA TAREA DEL TERAPEUTA DE "ALENTAR LA EXPRESIÓN CABAL DE TODO HECHO DEL AMOR DE TRANSFERENCIA Y EN EL MOMENTO DEBIDO EMPEZAR A LABORAR CON LAS RESISTENCIAS DEL PACIENTE A LA LABOR ANALÍTICA" (GREENSON, 1986, - P. 229).

RECORDEMOS QUE LO REVIVIDO EN LA TRANSFERENCIA NO SON SÓLO LOS HECHOS REALMENTE SUCEDIDOS SINO TAMBIÉN LAS FANTASÍAS DEL PASADO. CON MUCHA FRECUENCIA LAS REACCIONES DE TRANSFERENCIA SEXUALES SON REPETICIONES DE FANTASÍAS DEL PACIENTE RELACIONADAS CON EL PADRE O CON LA MADRE (FREUD, 1914).

- COMO "TRANSFERENCIA NEGATIVA" SE DESIGNA A LOS SENTIMIENTOS DE TRANSFERENCIA BASADOS EN EL ODIOS, CUALQUIERA DE SUS FORMAS, - SUS PRECURSORES Y SUS DERIVADOS. PUEDE MANIFESTARSE EN FORMA DE ODIOS, ENOJO, HOSTILIDAD, DESCONFIANZA, ABORRECIMIENTO, - AVERSIÓN, REPUGNANCIA, RESENTIMIENTO, AMARGURA, ENVIDIA, DISGUSTO, DESDÉN, FASTIDIO, ETC. AUNQUE SIEMPRE ESTÁ PRESENTE - EN EL ANÁLISIS, ES MÁS DIFÍCIL DE DESCUBRIR QUE LAS MANIFESTACIONES DE TRANSFERENCIA POSITIVA.

LA HOSTILIDAD Y EL ODIOS SENTIDOS POR LAS FIGURAS DE LA PRIMERA INFANCIA, REVIVIDAS A TRAVÉS DE LA TRANSFERENCIA, MANIFIESTAN UNA FASE MUY PRODUCTIVA EN LA LABOR ANALÍTICA, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA BUENA ALIANZA DE TRABAJO. ÉTAPA INDISPENSABLE DENTRO DEL PROCESO DE ANÁLISIS.

YA QUE POR OTRA PARTE, LA TRANSFERENCIA NEGATIVA SUELE EMPLEARSE POR PARTE DEL PACIENTE, "PARA FINES DEFENSIVOS, COMO RESISTENCIA CONTRA LA TRANSFERENCIA POSITIVA" (GREENSON, 1986, - P. 237).

FREUD (1895), AL EMPLEAR EL TÉRMINO TRANSFERENCIA EN SU PROPÓSITO DE

OBTENER ASOCIACIONES VERBALES DE SUS PACIENTES, TENÍA COMO FINALIDAD QUE EL PACIENTE DESCUBRIERA A TRAVÉS DE SUS ASOCIACIONES, EL VÍNCULO ENTRE SUS SÍNTOMAS Y SENTIMIENTOS PRESENTES POR UN LADO Y SUS EXPERIENCIAS PASADAS POR EL OTRO.

"EN EL INTENTO POR REVIVIR Y REACTUALIZAR SITUACIONES REALES O IMAGINARIAS Y SATISFACER NECESIDADES PRETÉRITAS DURANTE EL ANÁLISIS PSICOTERAPÉUTICO PRESENTE, LA TRANSFERENCIA SE CONVIERTE EN UN FENÓMENO REGRESIVO CUYA MÁXIMA EXPRESIÓN ES LA NEUROSIS DE TRANSFERENCIA, A LA QUE SE LE DEBE DAR UN SENTIDO CURATIVO" (GONZÁLEZ, ROMERO Y DE TAVIRA, 1986, p. 154).

LO QUE DISTINGUE LA TRANSFERENCIA, ES EL TENER POR UNA PERSONA SENTIMIENTOS QUE NO LE CORRESPONDEN, Y QUE EN REALIDAD SE APLICAN A OTRA. ES UN ANACRONISMO, UN ERROR CRONOLÓGICO, SE HA PRODUCIDO UN DESPLAZAMIENTO A UNA PERSONA DEL PRESENTE, LOS IMPULSOS, LOS SENTIMIENTOS Y LAS DEFENSAS CORRESPONDIENTES A UNA PERSONA DEL PASADO.

ES PRIMORDIALMENTE UN PROCESO NO CONSCIENTE, LA PERSONA QUE REACCIONA CON SENTIMIENTOS DE TRANSFERENCIA POR LO GENERAL NO SE DA CUENTA DE ESA DISTORSIÓN. PUEDE CONSTAR DE ALGUNOS DE LOS COMPONENTES DE UNA RELACIÓN DE OBJETO, ESTO PUEDE APRECIARSE EN FORMA DE SENTIMIENTOS, PULSIONES, DESEOS, TEMORES, FANTASÍAS, ACTITUDES E IDEAS O DEFENSAS CONTRA ELLOS. LAS PERSONAS QUE SON CAUSA ORIGINAL DE LAS RELACIONES DE TRANSFERENCIA SON PERSONAJES IMPORTANTES Y SIGNIFICATIVOS DE LA PRIMER INFANCIA (FREUD, 1912, 1936),

LAS DISTINTAS PERSONAS DEL GRUPO PERMITEN QUE CADA PACIENTE REACCIONE A UNA AMPLIA GAMA DE ESTÍMULOS TRANSFERENCIALES, DE AHÍ QUE QUIZÁ LA MÁS COMÚN DE LAS RESPUESTAS DE GRUPO SEA LA TRANSFERENCIA MÚLTIPLE. "CUALQUIER PACIENTE EN UN GRUPO DE TERAPIA PUEDE CREAR TRANSFERENCIAS MÚLTIPLES CON VARIAS PERSONAS EN EL GRUPO, - CADA UNA DE LAS CUALES PUEDE TENER UN SIGNIFICADO DIFERENTE SIMBÓLICO RESPECTO DE ÉL" (KADIS Y COL. 1986, P. 105).

LOS TERAPEUTAS DE GRUPO DEBEN ESTAR AL PENDIENTE DE ESTA MULTI - TRANSFERENCIA.

C. LA TRANSFERENCIA EN LA COTERAPIA.

LA TRANSFERENCIA EN LA COTERAPIA SE DÁ EN FORMA MÚLTIPLE EN CUANTO AL GRUPO MISMO, Y ANTE LAS COTERAPEUTAS.

LA FIGURA DEL TERAPEUTA ES PERCIBIDA INCORRECTAMENTE POR PARTE DE LOS PACIENTES, DEBIDO A LAS DISTORSIONES DE LA TRANSFERENCIA. UN NÚMERO MÍNIMO DE PACIENTES SE ENCUENTRAN LIBRES DE CONFLICTOS ANTE LA AUTORIDAD DE LOS PADRES Y SU DEPENDENCIA HACIA ELLOS, EN SU AFÁN DE LOGRAR LA AUTONOMÍA Y EXPRESAR LA REBELIÓN.

YALOM (1986) SEÑALA QUE ANTES QUE FREUD, TOLSTOI (SIGLO XIX),

"TUVO UNA PROFUNDA CONCIENCIA DE LAS SUTILES COMPLEJIDADES DE LA RELACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS Y EL JEFE DE DOS GRUPOS MÁS IMPORTANTES DE SU ÉPOCA: LA IGLESIA Y EL EJÉRCITO" (YALOM, 1986, P. 212).

PLASMADO EN SU OBRA "LA GUERRA Y LA PAZ".

PUNTOS QUE MÁS TARDE FREUD RETOMA PARA OFRECERNOS SUS ESCRITOS DE "TOTEM Y TABÚ" (FREUD, 1912) Y "PSICOLOGÍA DE LAS MASAS Y ANÁLISIS DEL YO" (FREUD, 1921) EN LA QUE FREUD SUGIRIÓ "EL DESEO GENERAL, - DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO, DE SER EL FAVORITO DEL JEFE, ES LO QUE PROPICIA SU COHESIÓN".

LO MÁS OBSERVADO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO DE UN GRUPO ES SU - TRANSFERENCIA MÚLTIPLE. LA DINÁMICA DE RESPUESTAS DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO CONSTITUYE LA MATERIA PRIMA O MATERIAL PSICOLÓGICO PARA EL PROCESO DE LA TERAPIA DE GRUPO.

SI BIEN POR UN LADO SLAVSON CONSIDERA QUE EN EL MARCO DE GRUPOS SE VE DILUÍDA LA TRANSFERENCIA, POR OTRO LADO HULSE PLANTEA QUE NO - EXISTE RAZÓN ALGUNA PARA SUPONER QUE LA REACCIÓN DE TRANSFERENCIA DE LOS MIEMBROS DE UN GRUPO SEA NECESARIAMENTE MÁS DILUÍDA QUE LA QUE EXISTE EN EL TRATAMIENTO INDIVIDUAL, A LA VEZ AFIRMA QUE LA TRANSFERENCIA PRIMARIA VA DIRIGIDA HACIA EL TERAPEUTA Y QUE TODAS LAS RESTANTES SON DERIVADAS (CITADOS POR KADIS Y COL. 1986, - P. 103).

EN CUANTO A LOS TERAPEUTAS, POR PARTE DE LOS PACIENTES INTEGRANTES DE UN GRUPO, SE PROYECTA UNA DISOCIACIÓN DE LO BUENO Y LO MALO, - LO FEMENINO Y LO MASCULINO, LO FUERTE Y LO DÉBIL, EL PERSEGUIDO Y EL PERSEGUIDOR, LO SANO Y LO ENFERMO, TODO ELLO CONTEMPLADO EN SUS PROPIAS FANTASÍAS RESPECTO A LA RELACIÓN QUE GUARDAN ENTRE SÍ LOS

TERAPEUTAS.

ENTRE LAS FANTASÍAS PODEMOS CITAR: LA PAREJA ES AMANTE, O ES AVENIDA, DE COMPLEMENTACIÓN O DE OPOSICIÓN, DE CONFUSIÓN EN LA IDENTIDAD DE ROLES, O BIEN, SI SON UNA PAREJA O SON DOS INDIVIDUOS.

SURGE DE AHÍ EL DESEO DEL GRUPO, POR SEPARAR A LA PAREJA, YA QUE AL TRANSFERIR EN CADA TERAPEUTA DIFERENTES VÍNCULOS SE CONECTA LA RELACIÓN BUSCADA, RECHAZANDO LA RELACIÓN EVITADA.

A FIN DE EVITAR LA RELACIÓN TEMIDA, INCESTUOSA Y SEXUALIZADA, SE ADHIERE A LA RELACIÓN BUSCADA, IDEALIZADA Y DESEXUALIZADA.

COMO SE APUNTA ANTERIORMENTE, EL GRUPO RESPONDE EN FORMA CONFUSA ANTE LA IDENTIDAD DE ROLES, QUE LE HACEN ANGUSTIARSE E INHIBIRSE, AÚN MÁS CUANDO LA PAREJA TERAPÉUTICA SE INTEGRA POR TERAPEUTAS DEL MISMO SEXO, COMO ES EL CASO QUE NOS OCUPA, EN DONDE LA PAREJA TERAPÉUTICA ESTÁ INTEGRADA POR DOS TERAPEUTAS MUJERES.

EL GRUPO CREA RELACIONES TRANSFERENCIALES MÚLTIPLES EN PRESENCIA DE UN GRUPO TERAPÉUTICO.

LA TRANSFERENCIA MÚLTIPLE ES EL PROCESO POR MEDIO DEL CUAL REACCIONA TRANSFERENCIALMENTE CADA PACIENTE. LOS DISTINTOS INTEGRANTES DE UN GRUPO PERMITEN A CADA PACIENTE REACCIONAR ANTE UNA AMPLIA GAMA DE ESTÍMULOS TRANSFERENCIALES.

EN UN GRUPO DE TERAPIA CUALQUIERA DE LOS PACIENTES QUE LO INTEGRAN PUEDE CREAR TRANSFERENCIAS MÚLTIPLES CON VARIAS PERSONAS EN EL GRUPO, CON UN SIGNIFICADO SIMBÓLICO DIFERENTE EN RELACIÓN A SÍ MISMO.

EN VIRTUD DE LA NATURALEZA MISMA DE LA SITUACIÓN DE GRUPO, SURGEN PROBLEMAS DE AUTORIDAD Y DE RELACIÓN DE IGUALES, Y LOS INTEGRANTES DEL MISMO, TIENDEN A EXPRESARLOS ATACANDO AL GRUPO TERAPÉUTICO.

EL HECHO DE QUE SE PRODUZCA UN ATAQUE SIN BASE CONTRA LAS TERAPEUTAS, ENTRE OTRAS MUCHAS RAZONES, SURGEN DEL SENTIMIENTO DE DEPENDENCIA IMPOTENTE, POR LA OBEDIENCIA QUE PRODIGAN HACIA LA FIGURA DE AUTORIDAD.

VEN A LAS TERAPEUTAS EN FORMA IRREAL POR LA TRANSFERENCIA O EL - DESPLAZAMIENTO DEL AFECTO; POR LAS ACTITUDES CONFLICTIVAS ANTE LA AUTORIDAD, ANTE LA DEPENDENCIA COMO YA CITAMOS, ANTE LA AUTONOMÍA, ANTE LA REBELIÓN, QUE ATRIBUYEN A LAS TERAPEUTAS, OTRA RAZÓN MÁS ES LA TENDENCIA DE INVESTIR A LAS TERAPUEUTAS DE CARACTERÍSTICAS SOBREHUMANAS Y DE PODER, PARA PROTEGERSE DE LA ANGUSTIA (YALOM - 1986, PP. 215 Y 217)

EL PROCESO DEL GRUPO ES UNA RED CONFUSA DE ACCIÓN Y REACCIÓN, - AMOR Y ODIO, AGRESIVIDAD Y PASIVIDAD, FRIALDAD Y CALOR, DIFERENTES DIRECCIONES EMOCIONALES ENCAMINADAS A LOGRAR EL FOTALECER LA COHESIVIDAD TERAPÉUTICA DEL GRUPO (KADIS Y COL., 1986).

EN LA SITUACIÓN PSICOTERAPÉUTICA SURGEN MANIFESTACIONES EQUIVALEN-

TES A LA NEUROSIS DE TRANSFERENCIA, SE REGISTRAN EN LA PRESENCIA - DEL EQUIPO TERAPÉUTICO, EN LA MEDIDA EN QUE ES POSIBLE INTERPRETAR LOS ELEMENTOS TRANSFERENCIALES, LAS INTERVENCIONES SON SUSCEPTIBLES DE EFECTUARSE EN UN NIVEL PROFUNDO, SOBRE LAS ESTRUCTURAS PSÍQUICAS INDIVIDUALES DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS QUE INTEGRAN EL GRUPO.

EN PRINCIPIO EL GRUPO PERCIBE A LA PAREJA COTERAPÉUTICA COMO PERSECUTORIA, CON ROLES AÚN NO DEFINIDOS, Y EN FORMA PROGRESIVA SE VAN ADQUIRIENDO LÍMITES Y ASIGNANDO A LAS TERAPEUTAS SEXOS DIFERENTES, EN LA MEDIDA EN QUE SURGEN FANTASÍAS EDÍPICAS.

EN CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO, SE VAN A PRODUCIR TRANSFERENCIAS EN EL EQUIPO TERAPÉUTICO, Y LA REACCIÓN TRANSFERENCIAL DE OTRO U OTROS DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO, SITUACIÓN QUE REMITE AL TRÍANGULO EDÍPICO CON UNA DE LAS TERAPEUTICAS COMO PAREJA PARENTAL, Y EN DONDE LA OTRA TERAPEUTA TOMA EL LUGAR DEL OTRO EXCLUÍDO.

AL HABLAR DE LA TRANSFERENCIA QUEDA IMPLÍCITO EL PAPEL QUE JUEGA LA CONTRATRANSFERENCIA DENTRO DEL PROCESO TERAPÉUTICO, EN EL QUE SE PRODUCE LA "REGRESIÓN CONTROLADA" QUE PERMITE EL CONTACTO ENTRE LOS OBJETOS INTERNALIZADOS DEL PACIENTE Y LOS DEL TERAPEUTA, CON LO CUAL SE LLEGA A UNA SOLUCIÓN CONSCIENTE, GRACIAS A QUE LA REGRESIÓN QUE EXPERIMENTA EL TERAPEUTA ESTÁ CONTROLADA (GONZÁLEZ NÚÑEZ, 1986).

DE AQUÍ RESULTA DE GRAN IMPORTANCIA EL ANÁLISIS DE LA CONTRATRANS-

FERENCIA QUE EXPERIMENTAN LAS COTERAPEUTAS. ANÁLISIS QUE SE LLEVÓ A CABO TANTO DE LA TRANSFERENCIA COMO DE LA CONTRATRANSFERENCIA - DE CADA UNA DE LAS INTEGRANTES DEL EQUIPO TERAPÉUTICO, BAJO SUPERVISIÓN.

D. LA SITUACIÓN TRIANGULAR EN LA COTERAPIA.

EN SU PRINCIPIO, FREUD CONSIDERA AL COMPLEJO DE EDIPO COMO UNA - CONJUNCIÓN DE DESEOS AMOROSOS Y HOSTILES, CONOCIDO CON EL CONCEPTO DE AMBIVALENCIA.

COMO COMPONENTE PSICOSEXUAL DE LA PERSONALIDAD HUMANA, ADEMÁS DEL DESARROLLO DE LA LIBIDO, ENCONTRAMOS EL COMPLEJO DE EDIPO.

EL DESARROLLO DE LA LIBIDO, ENTENDIENDO LIBIDO COMO LA ENERGÍA - PSÍQUICA. ENERGÍA QUE SUBYACE A LOS PROCESOS PSÍQUICOS EXPRESADOS A TRAVÉS DE NECESIDADES PSICOLÓGICAS.

AL DESPLAZARSE A DISTINTAS REGIONES DEL CUERPO ESTA ENERGÍA, DURANTE SU EVOLUCIÓN, ENCONTRAMOS UNA JERARQUIZACIÓN EN LAS ETAPAS DE DESARROLLO DE LA LIBIDO, MISMAS QUE A CONTINUACIÓN ENENUMERAMOS:

1. ETAPA ORAL (DEL NACIMIENTO AL 1ER. AÑO DE VIDA)
2. ETAPA ANAL (COMPRENDE OTROS DOS AÑOS)
3. ETAPA FÁLICA (DEL 2O. AL 6O. AÑO)
4. ETAPA DE LATENCIA (DEL 6O. AL 13O. AÑO)
5. ETAPA GENITAL (A PARTIR DEL 13O. AÑO DE VIDA).

LA EDAD ES TOMADA COMO PROMEDIO, PRESENTÁNDOSE EN REALIDAD VARIACIONES.

DURANTE LOS PERÍODOS ORAL Y ANAL, TRANSCURREN CASI IGUAL PARA NIÑOS Y NIÑAS, EN LA ETAPA ORAL, SU MADRE LOS ALIMENTA, EN LA ETAPA ANAL APRENDEN A CONTROLAR LA DEFECACIÓN PARA GANAR SU AMOR Y RESPETO.

AL LLEGAR A LA ETAPA FÁLICA, LOS SENTIMIENTOS TANTO DEL NIÑO COMO DE LA NIÑA SON INTENSAMENTE POSITIVOS, Y A PARTIR DE AQUÍ SE DIFERENCIA EL PROCESO.

EL NIÑO CONTINÚA UNA RELACIÓN DE AMOR SUMAMENTE ESTRECHA Y AGRADABLE CON LA MADRE, EMPIEZA A APARECER SU PADRE EN SU VIDA EMOCIONAL, SU PRESENCIA LA PERCIBE EL NIÑO COMO AMENAZANTE, YA QUE SU RELACIÓN CON SU MADRE SE VE PERTURBADA Y HASTA DESTRUÍDA Y EMPIEZA A DESARROLLAR UN FUERTE SENTIMIENTO NEGATIVO HACIA SU PADRE, DEL CUAL ESTÁ CONSCIENTE (ODIO O AÚN ASESINO), QUISIERA QUE EL PADRE MURIERA PARA RECUPERAR A SU MADRE SÓLO PARA ÉL.

A LA VEZ SUPONE QUE SU PADRE SIENTE ESTO MISMO HACIA ÉL, ES DECIR, QUE LO CONSIDERA UN INTRUSO ODIADO EN SU PROPIA RELACIÓN CON SU ESPOSA (MEZER, 1968).

EN ESTE MOMENTO SURGE EL COMPLEJO DE CASTRACIÓN, DEBIDO A QUE EN ESTA ETAPA TODA SU ENERGÍA PSICOSEXUAL ESTÁ CENTRADA SOBRE SU PENE,

DETERMINA JUSTO LA INTENSIDAD DEL ODIO QUE SUPONE SIENDE SU PADRE HACIA ÉL.

SURGE LA NECESIDAD DE RENUNCIAR A SUS DESEOS Y SE ENFRENTA A FRUSTRACIONES.

LA SOLUCIÓN EMPIEZA CON LA DESAPARICIÓN DEL ODIO HACIA EL PADRE, LO QUE SE LOGRA A TRAVÉS DE LA IDENTIFICACIÓN HACIA EL PADRE, PROCESO POR MEDIO DEL CUAL ENTRA EN ESTRECHA RELACIÓN CON EL PADRE, COMPRENDE QUE EL ÚNICO POSEEDOR LEGÍTIMO DE SU MADRE ES ÉL, ASÍ EL NIÑO DECIDE ELEGIR OTRO OBJETO DE AMOR EXTERIOR.

EL NIÑO EMPIEZA Y TERMINA EL PROCESO CON UNA RELACIÓN HETEROSEXUAL.

EL AFECTO ERÓTICO HACIA LA MADRE SE ABANDONA CON AYUDA DE LA REPRESIÓN, SUBLIMACIÓN E IDENTIFICACIÓN.

EN LA SOLUCIÓN AL COMPLEJO DE ÉDIPPO PODRÍA NO DEJAR DE DESEAR A SU MADRE NUNCA Y NO VOLVERSE A UN OBJETO DE AMOR EXTERNO, SE IDENTIFICARÁ CON EL PADRE, AUNQUE NO SERÁ INCAPAZ DE FUNCIONAR COMO UN HOMBRE NORMAL EN LA SOCIEDAD.

OTRA DIFICULTAD SURGE CUANDO EL NIÑO NO LOGRA IDENTIFICARSE CON SU PADRE, QUEDANDO SIN SOLUCIÓN LOS SENTIMIENTOS DE ODIO DENTRO DE SÍ, CONSERVA TAL HOSTILIDAD.

EN LA NIÑA EL COMPLEJO DE ÉDIPPO ES MÁS COMPLICADO, LO INICIA CON UN

LAZO HOMOSEXUAL Y DEBE TERMINAR CON UN LAZO HETEROSEXUAL.

EN ESTA ETAPA FÁLICA, LA NIÑA EMPIEZA A EXPERIMENTAR CURIOSIDAD SEXUAL, POCO A POCO, COMPRENDE QUE ALGUNAS GENTES TIENEN PENE, DEL QUE CARECE. COMIENZA A SENTIR QUE SU MADRE NO LE DIÓ UN PENE, SUS SENTIMIENTOS HACIA ELLA CAMBIAN, SE VUELVEN AMBIVALENTES, DENTRO SIENTE QUE AMA Y QUE ODI A SU MADRE.

FREUD CONSIDERA QUE EL OUDIO A LA MADRE SURGE A CAUSA DE LA ENVIDIA POR EL PENE, SIENTE QUE LA MADRE LA DEFRAUDÓ AL NEGARLE UN PENE, LA NIÑA SABE QUE EL PADRE TIENE PENE Y ESPERA QUE EL PADRE LE DE UNO A ELLA. DESPLAZA EL DESEO DEL PENE POR EL DE UN HIJO, AL PRINCIPIO DEL PADRE.

EL AMOR DE LA NIÑA AL PADRE ES ESPERANZADOR (MEZER, 1968), INCLUYE EL DESEO DE RECIBIR. DESEA SER LA FAVORITA DE SU PADRE. EMPIEZA POCO A POCO A APRENDER QUE DEBE RENUNCIAR A SUS DESEOS, EMPIEZA EN ELLA LA ACEPTACIÓN DE QUE SU PADRE ES PAREJA DE SU MADRE Y DEBE CONFORMARSE CON TAL HECHO.

IGUAL QUE EN EL NIÑO LA IDENTIFICACIÓN RESUELVE EL SENTIMIENTO DE OUDIO Y AMBIVALENCIA HACIA LA MADRE, COMPRENDE QUE LA MADRE TAMPOCO TIENE PENE. AL ESTABLECER UNA IDENTIFICACIÓN CON SU MADRE SU OUDIO DESAPARECE Y SE CONVIERTE ELLA MISMA EN UNA MADRE MINIATURA.

CUANDO EL AMOR POR SU PADRE, SEGUNDO PASO EN LA SOLUCIÓN NORMAL DEL COMPLEJO DE ÉDIPO EN LA NIÑA, COMPRENDE QUE ÉL PERTENECE A SU MADRE.

SU AMOR DEJA DE ESTAR CENTRADO EN SU PADRE Y VIENE A FIJARSE SOBRE UN OBJETO EXTERIOR. ÉSTO LE FACILITA EL CAMINO HACIA LA FEMINIDAD.

SEGÚN FREUD, BIOLÓGICA Y PSICOLÓGICAMENTE, NO HAY MASCULINIDAD NI FEMINIDAD PURAS. TODOS LOS SERES HUMANOS TIENEN UNA MEZCLA DE LAS DOS.

PUEDE SER UN HECHO DESAGRADABLE PARA LA NIÑA EL DESCUBRIR SU CASTRACIÓN, Y NEGARSE A ACEPTAR SU FALTA DE PENE, LO CUAL PUDO EXAGERAR LA PARTE ACTIVA DE SU NATURALEZA, "Y SI POR SU CONSTITUCIÓN EL LADO ACTIVO ES, PARA UNA NIÑA, EXTRAORDINARIAMENTE FUERTE, ELLA SE REFUGIARÁ EN UNA IDENTIFICACIÓN CON EL PADRE O LA MADRE FÁLICOS" - "SE EVADE DE LO FEMENIL" (MULLAHY, 1953, PP. 71 Y 72).

EL CARÁCTER DEFINITIVO DE TODOS "DEPENDE DE LA HISTORIA DEL COMPLEJO DE ÉDIPO, Y PARTICULARMENTE DE LA CAPACIDAD DE LA PERSONA PARA TRANSFERIR SUS SENTIMIENTOS AMISTOSOS A OTROS SERES, O A TODO SU MEDIO SOCIAL" (MULLAHY CITA A RANK Y SACHS, 1916).

TODA LA FASE DE DESARROLLO TIENE SUS MOTIVOS DE ANSIEDAD, SUS PELIGROS, LA INDEFENSIÓN MENTAL EN LA FASE INMADURA DEL YO LA ENCONTRAMOS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA NIÑEZ, POR EL TEMOR A LA PÉRDIDA DEL OBJETO O DEL AMOR; EN LA ETAPA FÁLICA POR EL TEMOR A LA CASTRACIÓN; Y EN EL PERÍODO DE LATENCIA DEBIDO AL TEMOR DEL SUPER-YO.

SE CONSIDERAN NEURÓTICAS A LAS PERSONAS QUE PERMANECEN INFANTILES EN SU ACTITUD HACIA EL PELIGRO, COBINÁNDOSE TODAS Y CADA UNA DE LAS ANSIEDADES.

ADLER (CITADO POR MULLAHY, 1953), MENCIONA QUE ÚNICAMENTE HAY UN PATRÓN PARA MEDIR AL SER HUMANO, QUE SON LOS ACTOS QUE REALIZA - CUANDO ENFRENTA LOS INEVITABLES PROBLEMAS DE LA HUMANIDAD A LA QUE PERTENECE.

CONSIDERA COMO PROBLEMA LA ACTITUD ADOPTADA HACIA LOS SEMEJANTES, HACIA LA PROFESIÓN Y VOCACIÓN, Y HACIA EL AMOR, LOS CUALES, SOSTIENE, SE PUEDEN RESOLVER SÓLAMENTE MEDIANTE UNA CANTIDAD ADECUADA DE SENTIMIENTO SOCIAL. LA ACTITUD ADOPTADA HACIA LOS SEMEJANTES ES FUNDAMENTAL, PUES LAS OTRAS DOS DEPENDEN DE ELLA.

OPINA QUE EL NIÑO MIMADO ES SEXUALMENTE PRECOZ, PORQUE HA APRENDIDO A NO NEGARSE NADA. DE LO QUE DERIVA QUE EL COMPLEJO DE EDIPO NO SEA MÁS QUE UNA DE LAS MUCHAS FORMAS QUE APARECEN EN LA VIDA DEL NIÑO MIMADO, QUE ES EL JUGUETE INDEFENSO DE SUS EXCITADAS FANTASÍAS.

SUS DESEOS Y FANTASÍAS SEXUALES SE SUBORDINAN Y SE PONEN AL SERVICIO DE LA META DE SU VIDA; LA DOMINACIÓN Y EL PODER EXCESIVO, MEDIANTE LA POSESIÓN DE LA MADRE.

ASÍ, EL GRUPO TERAPÉUTICO SE MANIFIESTA DEMANDANTE HACIA EL EQUIPO TERAPÉUTICO, DESEA CONTINUAR LA PAUTA QUE VIVIERON CON SUS PADRES,

DE SER NIÑOS A QUIENES SUS PADRES LES RESUELVEN SUS PROBLEMAS Y -
ESPERAN QUE LAS TERAPEUTAS SE LOS RESUELVAN AHORA.

EL EQUIPO TERAPÉUTICO PROMOVIÓ QUE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO SE -
DIRIGIERAN HACIA LA BÚSQUEDA DE LA SOLUCIÓN EN LA CONFLICTIVA EDÍ-
PICA.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE JUNG (1915), LA MADRE NO TIENE NINGÚN
SIGNIFICADO NI IMPORTANCIA SEXUAL, PARA EL NIÑO. ELLA ES UNA -
FUENTE DE PLACER EN CUANTO QUE LE PROTEGE Y LE PROPORCIONA ALI-
MENTO; QUE ESTÁ MUY RELACIONADO CON LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES
DE LOS CELOS, UNIDO A ÉSTE UNA ESPECIE DE EROTISMO NACIENTE,
ESTE A TRAVÉS DEL TIEMPO CRECE Y APARECE EL COMPLEJO DE EDIPO EN
EL VARÓN Y EL COMPLEJO DE ELECTRA EN EL CASO DE LA MUJER QUE DI-
RIGE EL AFECTO HACIA SU PADRE, CON LOS CORRESPONDIENTES CELOS -
HACIA LA MADRE.

AL MANIFESTARSE EL COMPLEJO DE EDIPO POR PARTE DEL GRUPO, TRATAN
DE SEPARAR AL GRUPO TERAPÉUTICO, Y SE MANIFIESTAN LOS CELOS HACIA
LA TERAPÉUTA QUE VIVEN COMO FIGURA DE SU MISMO SEXO, ASÍ COMO DE
LOS OTROS INTEGRANTES DEL GRUPO.

PARA KAREN HORNEY (1939), LAS FIJACIONES HACIA LOS PADRES, EN RE-
LACIÓN AL COMPLEJO DE EDIPO, SURGEN DE DOS SITUACIONES EXPLICABLES
DENTRO DE LAS FAMILIAS: EN EL CASO DE LA ESTIMULACIÓN SEXUAL RECI-
BIDA DE LOS PADRES, EL AFECTO DEL NIÑO SE DIRIGE HACIA EL PARIENTE
QUE PROVOCA EL AMOR, O LOS DESEOS SEXUALES, Y EN EL OTRO CASO, EL

DE LA ANSIEDAD PROVOCADA POR UN CONFLICTO ENTRE LA DEPENDENCIA DE LOS PADRES Y LOS IMPULSOS HOSTILES HACIA ELLOS, OBLIGA AL NIÑO A UNIRSE AL PADRE O A LA MADRE CON OBJETO DE OBTENER CONFIANZA, ADHESIÓN QUE NO SIGNIFICA AMOR, CON O SIN TINTE SEXUAL; EL AFECTO SE OTORGA AL MÁS PODEROSO O CAPAZ DE INSPIRAR TEMOR, CUYO CARIÑO SIGNIFICA PROTECCIÓN HACIA EL NIÑO.

PARA OTTO RANK (1929), EL COMPLEJO DE EDIPO REPRESENTA LA PRIMERA EXPRESIÓN DEL INSTINTO SEXUAL, LA PRIMERA TENTATIVA EFICAZ DE VENCER LA ANSIEDAD RELACIONADA CON LOS GENITALES DE LA MADRE, ACEPTANDO ÉSTOS PLACENTERAMENTE COMO OBJETO LIBIDINAL. ESTE ESFUERZO ESTÁ CONDENADO AL FRACASO, TANTO PORQUE EL APARATO GENITAL DEL NIÑO ES INMADURO, COMO POR HACERSE SOBRE LA FUENTE DEL TRAUMA PRIMORDIAL RELACIONADO CON UNA ANSIEDAD INDEFENSA. REPRESENTA EL TRAUMA NATAL DE LA PRIMERA FASE DEL DESARROLLO SEXUAL INFANTIL, COMO UN TRAUMA SEXUAL, SEPARACIÓN DE LA MADRE EN EL NIVEL SEXUAL, CONDICIÓN NECESARIA PARA EL ÉXITO DE LA TRANSFERENCIA NORMAL POSTERIOR EN LA ELECCIÓN DEL AMOR. (LO CITA MULLAHY, 1953).

ERICK FROMM (1987), PLANTEA QUE EL CONFLICTO ENTRE EL PADRE Y EL HIJO SE DA NO POR TENDENCIAS SEXUALES DEL HIJO, NO POR UNA RIVALIDAD SEXUAL, SINO POR LA FUERTE AUTORIDAD PATRIARCAL, DONDE EL HIJO ES CONSIDERADO COMO PROPIEDAD DEL PADRE CUYO INTERÉS DEBE SERVIR. LA DEVOCIÓN POR LA MADRE, NO ES EN ESENCIA SEXUAL, CUANDO SE REPRIME SE SATISFACE AUTOERÓTICAMENTE Y MEDIANTE SU CONDUCTA CON OTROS NIÑOS. LA FIJACIÓN SE PRODUCE POR LA ACTITUD DOMINANTE DE LA MADRE, QUE HACE AL HIJO IMPOTENTE Y MÁS NECESITADO DE SU AMOR

Y PROTECCIÓN.

SULLIVAN (1953) DA UNA IMPORTANCIA FUNDAMENTAL AL PAPEL DE LOS PADRES, ESPECIALMENTE AL DE LA MADRE O SUSTITUTA EN LA NIÑEZ, PERO NO EN UN PAPEL SEXUAL. PLANTEA QUE EL SENTIMIENTO DE FAMILIARIDAD - QUE LOS PADRES SIENTEN HACIA SUS HIJOS DEL MISMO SEXO, LLEVA UNA ACTITUD AUTORITARIA, LO QUE PRODUCE RESENTIMIENTO Y HOSTILIDAD EN EL HIJO. EN CAMBIO, A CAUSA DE LA DIFERENCIA DE SEXO, QUE PRODUCE UNA SENSACIÓN DE EXTRAÑEZA, AL HIJO DE SEXO OPUESTO LO TRATAN LOS PADRES CON MAYOR CONSIDERACIÓN, DE DONDE SURGE UN SENTIMIENTO DE MAYOR AFECTO Y ATRACCIÓN DEL HIJO HACIA ÉL.

POR SU PARTE LE GUEN (1974) PROPONE QUE SE CONSIDERE A LA SITUACIÓN CARACTERIZADA COMO EL MIEDO AL EXTRAÑO COMO LA EXPRESIÓN DEL MODELO DEL COMPLEJO DE EDIPO ORIGINARIO. ENTENDIENDO COMO EXTRAÑO A LO NO-MADRE, ÉSTO PROHIBE LA MADRE AL SEÑALARLA COMO AUSENTE, - ES LA AFIRMACIÓN DE UNA AUSENCIA Y A LA VEZ UNA NEGACIÓN DE UNA PRESENCIA.

A PARTIR DEL INSTANTE EN QUE SE PERCIBE A LA MADRE CARACTERIZADA - COMO OBJETO, SU PÉRDIDA CONSTITUIRÁ UNA AMENAZA Y APARECERÁ LO - NO-MADRE VINIENDO A TESTIMONIAR ESA PÉRDIDA. "DESDE QUE EL SUJETO SE RECONOCE A SÍ MISMO Y AL OBJETO, SE SITÚA, EN RELACIÓN CON UNA PAREJA DE OPUESTOS, COMO ELEMENTO DE UNA TRIANGULACIÓN" (LE GUEN, 1974, p. 27).

CUANDO SE HA DADO LA TRANSFERENCIA DE LA PAREJA PARENTAL EN EL EQUI-

PO TERAPÉUTICO, COMO PAREJA DE OPUESTOS, POR PARTE DEL GRUPO TERAPÉUTICO, SE SITÚA DE MANERA QUE SURGE UNA TRIANGULACIÓN, LA INMADUREZ SE VIVE COMO TAL.

AL CRECER TANTO LA NIÑA COMO EL NIÑO DE PECHOS, ESTA FALTA LOS IDENTIFICA CON EL PADRE. "ES LA QUE APUNTALARÁ ESE OTRO MOMENTO QUE ENTONCES NO SE PUEDE CONSIDERAR SINO COMO EL SEGUNDO TIEMPO DEL DESCUBRIMIENTO DE LA DIFERENCIA ANATÓMICA ENTRE LOS SEXOS: EL DE LA COMPROBACIÓN DE LA PRESENCIA O LA AUSENCIA DE PENE. ES EL MISMO PROCESO QUE VINCULA EL EDIPO SECUNDARIO CON EL EDIPO ORIGINARIO. EN UN PRINCIPIO SE TRATA DE SER EL PADRE PARA TENER A LA MADRE, Y QUE LUEGO ES NECESARIO TENER EL PENE PARA SER EL PADRE" (LE GUEN, 1974, P. 107).

PARA LE GUEN EL ARGUMENTO ESENCIAL DE SU LIBRO ES LA REVALORACIÓN DEL COMPLEJO DE EDIPO.

SURGE UN RECLAMO POR PARTE DEL GRUPO TERAPÉUTICO, CUANDO LA NECESIDAD DE POSEER EL PENE SE PRESENTA PARA POSEER A LA MADRE.

EN EL GRUPO TERAPÉUTICO SURGE EL RECLAMO POR LA AUSENCIA DE LA FIGURA PATERNA, INTERNALIZADA O REAL, MOSTRANDO A LA VEZ SENTIMIENTOS DE RABIA Y RESENTIMIENTO HACIA LA FIGURA MATERNA POR EL SOMETIMIENTO Y LA DEPENDENCIA VIVIDA HACIA ELLA.

AQUÍ OBSERVAMOS QUE EL SER LA PAREJA TERAPÉUTICA DE UN SOLO SEXO NO IMPIDIÓ QUE SE EXPRESARA LA FANTASÍA DE LA PAREJA PARENTAL.

II. METODOLOGÍA

3. OBJETIVOS.

SE PLANTEAN COMO OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO TANTO EL PROBLEMA COMO LA HIPÓTESIS CONCEPTUAL COMO SIGUE:

E. PROBLEMA

LA VIVENCIA EXPERIMENTADA EN LA VIDA REAL ES EL TENER UNA MADRE - MUJER Y UN PADRE - HOMBRE, COMO FIGURAS PARENTALES. AL ESTAR INTEGRADO EL EQUIPO TERAPÉUTICO POR DOS COTERAPEUTAS MUJERES; SE VA A DIFICULTAR LA TRANSFERENCIA DEL ROL MASCULINO CON LAS COTERAPÉUTAS.

F. HIPÓTESIS CONCEPTUAL

TÉCNICAMENTE SE ESPERA QUE LA TRANSFERENCIA DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO SEA PAULATINA Y SE DIRIJA HACIA LA FIGURA DE LA MADRE. EN COTERAPIA SE ESPERA QUE SE TRANSFIERA SOBRE LA PAREJA PARENTAL - MADRE-PADRE, AL EXISTIR DOS COTERAPEUTAS MUJERES APARECEN MANIFESTACIONES DE: RECLAMO POR LA FALTA DE FIGURA MASCULINA; DE IDENTIFICACIÓN MATERNA CON ALGUNA DE LAS COTERAPEUTAS; DE TEMOR O AMENAZA A LA HOMOSEXUALIDAD, POR EL SEXO DE LAS COTERAPEUTAS; ASÍ COMO DE MANIFESTACIONES EDÍPICAS Y AGRESIVAS HACIA LAS TERAPEUTAS.

4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

SE REUNIÓ UN GRUPO TERAPÉUTICO, CON ALUMNOS QUE SOLICITARON EL SERVICIO PSICOLÓGICO A LA CLÍNICA DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM, UNA VEZ EVALUADOS Y ASIGNA-

DOS A GRUPO.

SE ESTABLECIÓ ACUERDO DE TRABAJAR COMO COTERAPEUTAS, CON UNA COMPAÑERA DE LA MISMA GENERACIÓN DEL CURSO DE POSGRADO DENOMINADO PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES, PARA ATENDER AL GRUPO YA CITADO.

SE LLEVARON A CABO 30 SESIONES DE PSICOTERAPIA CON ENFOQUE PSICOANALÍTICO.

EL TRABAJO FUE DESEMPEÑADO EN UNA COTERAPIA FEMENINA, ES DECIR, EL EQUIPO TERAPÉUTICO ESTÁ FORMADO POR DOS MUJERES TERAPEUTAS, AMBAS INTEGRANTES CON EL MISMO NIVEL ACADÉMICO Y AL MISMO NIVEL JERÁRQUICO. (NO SIEMPRE LA COTERAPIA ES AL MISMO NIVEL JERÁRQUICO).

5. SUJETOS

LA MUESTRA SE INTEGRA CON UN GRUPO TERAPÉUTICO, FORMADO POR 14 ALUMNOS DE NIVEL LICENCIATURA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM, CUYAS EDADES ESTÁN EN UN RANGO DE 19 A 28 AÑOS, CUYAS CARACTERÍSTICAS SE ENCUENTRAN EN EL CUADRO No. 1. (APÉNDICE A.)

LOS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPÉUTICO, PASARON POR UN PROCESO DE ADMISIÓN AL SERVICIO TERAPÉUTICO, QUE INCLUYE LAS FASES DE SOLICITUD, ENTREVISTA Y DERIVACIÓN AL SERVICIO QUE CORRESPONDE. CON LAS FASES DE SOLICITUD Y ENTREVISTA, QUEDA INTEGRADO UN EXPEDIENTE POR CADA UNO DE LOS SOLICITANTES, QUE INCLUYE: HISTORIA CLÍNICA,

REPORTE DE LA(S) ENTREVISTA(S). SOLICITUD DE ESTUDIO PSICOLÓGICO Y TARJETA DE CONCLUSIONES EN LA QUE SE ANOTA LA DERIVACIÓN TERAPÉUTICA CONVENIENTE.

COMO CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS NECESARIAS QUE DEBEN REUNIR LOS PACIENTES QUE SE DERIVAN A GRUPO SON: CAPACIDAD DE INSIGHT, FLEXIBILIDAD, CONSISTENCIA EN SU EVOLUCIÓN AFECTIVA VINCULAR Y CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN. DATOS OBTENIDOS DE LA ENTREVISTA Y LA BATERIA PSICOLÓGICA APLICADA A LOS SOLICITANTES DEL SERVICIO.

COMO CARACTERÍSTICAS RESTRICTIVAS PARA DERIVAR A TERAPIA DE GRUPO A PERSONAS: PSICÓTICAS, PARANOIDES, MUY RÍGIDAS, HIPOCONDRIACAS Y CON PÁNICO HOMOSEXUAL LATENTE.

6. ESCENARIO

EL ESCENARIO DONDE SE LLEVARON A CABO LAS SESIONES TERAPÉUTICAS FUE UNA SALA DE LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, CON ASIENTOS INDIVIDUALES ALREDEDOR, PARA LOS PACIENTES Y LAS TERAPEUTAS. CONTIGUA A ÉSTA SE ENCUENTRA OTRA SALA UNIDAS POR UNA VENTANA CON ESPEJO UNILATERAL A FIN DE SUPERVISAR SIN INTERRUMPIR LA LABOR TERAPÉUTICA.

7. INSTRUMENTO

COMO INSTRUMENTO SE UTILIZARON LAS PRIMERAS 30 SESIONES TERAPÉUTICAS REGISTRADAS POR DOS COTERAPEUTAS MUJERES. LA DURACIÓN DE CADA SESIÓN TERAPÉUTICA FUE DE UNA HORA Y MEDIA, UNA VEZ POR SEMANA.

G. CATEGORÍAS.

DE LAS SESIONES REGISTRADAS SE TOMARON LAS RESPUESTAS TANTO MANIFIESTAS COMO LAS RESPUESTAS LATENTES A CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS SIGUIENTES:

I. LA MANIFESTACIÓN DE RECLAMO POR LA FALTA DE FIGURA MASCULINA EN EL EQUIPO TERAPÉUTICO.

A PARTIR DE LA SIMBIOSIS QUE SE DA CON LA MADRE, EL NIÑO LUCHA POR ESCAPAR DE ELLA, CONSERVANDO EL TEMOR A SUS PROPIAS PARTES FEMENINAS; POR SU PARTE, LA NIÑA, AL SEPARARSE DE LA MADRE, CONSERVA EL TEMOR AL ABANDONO, YA QUE EL LAZO ESTRECHO A LA MADRE LO TRASLADA AL NUEVO OBJETO DE AMOR. (HAZAN, 1995).

AMBOS BUSCAN LA FIGURA MASCULINA, LA FIGURA RESCATADORA DE: SER DEVORADO POR LA MADRE, EN EL CASO DEL NIÑO, Y DE LA AMENAZA AL ABANDONO, POR PARTE DE LA NIÑA.

EL PANORAMA QUE BRINDA LA ACTUACIÓN DE LOS PADRES A TRAVÉS DE LOS OJOS DE LOS HIJOS, INTEGRANTES DEL GRUPO, NOS PERMITE APRECIAR LA FALTA DEL ADECUADO EJEMPLO DEL PADRE, EN OCASIONES EL MISMO PADRE IGNORA EL PAPEL QUE LE CORRESPONDE COMO TAL.

BIEN SEA PORQUE EL PADRE ABANDONA EL HOGAR, Y DESAPARECE O SE DESLIGA POR COMPLETO DE ÉL, O BIEN PORQUE SÓLO PROVEE ECONÓMICAMENTE O EN PARTE, PERO SU PRESENCIA ES POBRE O NULA EN EL SENO FAMILIAR.

DE LA CARENCIA DEL PATRÓN ADECUADO EN LOS HIJOS, SURGE EL CONSTANTE "ANHELO DEL PADRE" (GONZÁLEZ NÚÑEZ, 1995).

EL NIÑO QUE CARECE DE PADRE, UN PADRE AUSENTE FÍSICA Y PSICOLÓGI-

CAMENTE, SOBRE TODO, ES PROBABLE QUE LLEGUE A LA HOMOSEXUALIDAD, AL NO TENER UN PATRÓN DE IDENTIFICACIÓN ADECUADO, AFORTUNADAMENTE LA GRAN MAYORÍA LOGRA ESA IDENTIFICACIÓN CON PADRES SUSTITUTOS: - HERMANO, TÍO, ABUELO, PADRASTRO, ETC.

EL CONTENIDO MANIFIESTO EXPRESADO POR LOS INTEGRANTES DEL GRUPO - REVELAN UNA RELACIÓN DISTANTE Y NEGATIVA HACIA LA FIGURA DEL - PADRE.

MÁS EN EL CONTENIDO LATENTE, SE OBSERVA EL ANHELO DEL PADRE.

AUNQUE EL RECLAMO MANIFIESTO ES HACIA LAS TERAPEUTAS MUJERES, EL RECLAMO INCONSCIENTE ES HACIA AMBOS PADRES. HACIA LA MADRE POR NO PERMITIR LA RELACIÓN CON EL PADRE, Y HACIA EL PADRE POR EL - ABANDONO EMOCIONAL HACIA ELLOS.

2. LA IDENTIFICACIÓN MATERNA CON ALGUNA DE LAS COTERAPEUTAS.

PODEMOS APRECIAR EN EL PROCESO TERAPÉUTICO TENDENCIAS REGRESIVAS A TRAVÉS DE LA FORMA EN QUE SE RELACIONAN LOS PACIENTES, A TRAVÉS DE LA MANIFESTACIÓN DE SUS DESEOS, SENTIMIENTOS Y DE CONDUCTAS - INFANTILES QUE DIRIGEN HACIA SU TERAPEUTA. UN EJEMPLO SERÍA EL - QUE UNO DE LOS PACIENTES ADOPTE UNA EXPRESIÓN DE CHIQUEO PARA - LOGRAR ALGO DEL TERAPEUTA.

FREUD SEÑALA EN 1916 QUE: "LA TRANSFERENCIA ESTÁ PRESENTE EN EL

PACIENTE DESDE EL COMIENZO DEL TRATAMIENTO, Y POR UN TIEMPO ES EL MÁS PODEROSO MOTIVO DE SU PROGRESO", UTILIZÓ EL TÉRMINO TRANSFERENCIA CUANDO INTENTÓ OBTENER ASOCIACIONES VERBALES EN SUS PACIENTES, ASOCIACIÓN ENTRE SUS SÍNTOMAS Y SENTIMIENTOS PRESENTES O ACTUALES POR UNA PARTE Y SUS EXPERIENCIAS PASADAS POR OTRA.

TANTO LA ANGUSTIA COMO LA RESISTENCIA QUE PRESENTA UN PACIENTE EN EL DESARROLLO DE UNA TRANSFERENCIA HACIA SU TERAPEUTA, NOS DICE QUE SE ESTÁ DEFENDIENDO DE IMPULSOS Y DESEOS QUE NO ACEPTA, ASÍ COMO CUANDO SE PRESENTAN FANTASÍAS PERSECUTORIAS.

"EN LA TRANSFERENCIA "CORRIENTE" DE LOS NEURÓTICOS Y DE LOS "NORMALES" EXISTE LA CAPACIDAD DE COMPARAR LA ILUSIÓN TRANSFERENCIAL Y EL PACIENTE ES CAPAZ DE VERSE A SÍ MISMO, HASTA CIERTO PUNTO, COMO SI SE TRATARA DE OTRA PERSONA" (SANDLER, DARE Y HOLDER, 1986).

3. MANIFESTACIONES DE TEMOR O AMENAZA A LA HOMOSEXUALIDAD, POR EL SEXO DE LAS COTERAPEUTAS.

DEL PANORAMA QUE BRINDA LA ACTUACIÓN DE LOS PADRES A TRAVÉS DE LOS OJOS DE LOS HIJOS -INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPÉUTICO-, PODEMOS APRECIAR LA FALTA DEL ADECUADO EJEMPLO DEL PADRE, EN OCASIONES EL MISMO PADRE IGNORA EL PAPEL QUE LE CORRESPONDE COMO TAL, COMO ANTES HABÍAMOS CITADO, PUESTO QUE ÉL TAMPOCO TUVO TAL EJEMPLO ADECUADO,

BIEN SEA PORQUE EL PADRE ABANDONA EL HOGAR Y DESAPARECE, O SE DESLIGA POR COMPLETO DE ÉL, O BIEN PORQUE SE CONVIERTE EN PROVEEDOR -

ECONÓMICO, Y SU AUSENCIA AFECTIVA SE ASENTÚA EN CASA.

AL CARECER EL NIÑO DEL PATRÓN ADECUADO EN CUANTO A LA FIGURA MASCULINA, CORRE EL RIESGO DE LOGRAR UNA IDENTIFICACIÓN HOMOSEXUAL, AUNQUE POR FORTUNA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, ESA FIGURA SE PERCIBE DE PARIENTES COMO ABUELO, TÍO, HERMANO, ETC.

POR SU PARTE, LA NIÑA AL CARECER DE LA FIGURA MASCULINA LE LIMITA EN EL PROCESO NORMAL PARA PODER TRASLADAR SU LÍBIDO HACIA EL NUEVO OBJETO DE AMOR.

LA FIGURA RESCATADORA PARA AMBOS, NIÑA Y NIÑO, LA FIGURA MASCULINA, YA SEA AUSENTE FÍSICO O PRESENTE FÍSICO PERO AUSENTE PSICOLÓGICO, NO EXISTE.

DE SU PROCESO INACABADO DE MADURACIÓN, SURGE EL ADOLESCENTE TARDÍO, CUYA RESOLUCIÓN INCOMPLETA NO LE PERMITE UNA SEXUALIDAD MADURA, EXPERIMENTANDO A SU VEZ EL TEMOR A LA HOMOSEXUALIDAD.

EL CONTENIDO MANIFIESTO EXPRESADO POR LOS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPÉUTICO REVELAN UNA RELACIÓN DISTANTE Y NEGATIVA HACIA LA FIGURA DEL PADRE.

EN CAMBIO EN EL CONTENIDO LATENTE, DESTACA EL ANHELO DEL PADRE.

ÉSTO SE CONVIERTE EN RECLAMO HACIA EL PADRE POR NO HABERLOS RESCATADO DEL APEGO EMOCIONAL QUE VIVEN HACIA LA MADRE, QUE LES HACE EXPERIMENTAR TEMOR Y AMBIVALENCIA EN CUANTO A SU PROPIA IDENTIDAD

PSICOSEXUAL.

4. MANIFESTACIONES EDÍPICAS.

EL COMPLEJO DE EDIPO, CONSIDERADO UNIVERSAL, SITUADO EN LA EDAD DE 4 Ó 5 AÑOS, SE CARACTERIZA POR EL CONFLICTO QUE VIVENCIA EL SER HUMANO ENTRE SUS DESEOS Y RELACIONES DE OBJETO DEL TIPO MÁS INTENSO, "POR LA PREFERENCIA AMOROSA DEL HIJO HACIA LA MADRE Y UNA RIVALIDAD Y HOSTILIDAD HACIA EL PADRE" (SANDOVAL, 1984).

ES EL DESEO DEL NIÑO PEQUEÑO DE TENER RELACIONES SEXUALES CON SU MADRE, DE POSEERLA COMPLETAMENTE Y DESHACERSE DE SU PADRE DE ALGUNA FORMA, INCLUSIVE LLEGUE A DESEARLE LA MUERTE. ÉSTO ÚLTIMO SE PRESENTA COMO UN CONFLICTO CON EL AMOR QUE EL NIÑO SIENTE POR SU PADRE Y CON EL TEMOR DE QUE EL PADRE LO RECHACE O LO DAÑE CORPORALMENTE, EN ESENCIA EL TEMOR A QUE SU PADRE LE DAÑE SUS GENITALES EN VENGANZA, PRODUCIENDO LA ANSIEDAD DE CASTRACIÓN.

EN RELACIÓN A LA NIÑA ES ALGO SIMILAR ESTANDO INVERTIDO EL PAPEL DE LOS PADRES. NO OBSTANTE EN AMBOS, NIÑOS Y NIÑAS, SE PIENSA QUE EXISTEN LAS DOS SITUACIONES, OPUESTAS. ENCONTRAMOS ASÍ EN EL NIÑO EL DESEO DE SER POSEÍDO POR EL PADRE Y DE DESHACERSE DE LA MADRE, COMO CONSECUENCIA DE UNA BISEXUALIDAD INNATA EN TODOS, HOMBRE O MUJER.

EN EL DESARROLLO NORMAL DE TODO SER HUMANO, EL COMPLEJO DE EDIPO

ES UNA ETAPA EN LA QUE EL NIÑO, AL HABER EXPERIMENTADO A SU MADRE COMO UNA FUENTE QUE SATISFACE TODAS SUS NECESIDADES Y PLACERES, - VIVE UNA FUERTE INCLINACIÓN HACIA POSEERLA, A SENTIRLA SUYA DE - UNA MANERA SIGNIFICATIVA Y PLENA.

"DESDE ANTES DEL NACIMIENTO EXISTE UNA RELACIÓN MUY IMPORTANTE Y VITAL ENTRE LA MADRE, EL NIÑO Y EL PADRE, PUES AUNQUE NO LO PAREZCA Y LO QUE SE OBSERVE SEA UNA RELACIÓN DUAL, ESTÁ DEFINITIVAMENTE ESTABLECIDO EL TRIÁNGULO EDÍPICO. LA PRESENCIA Y ACTUACIÓN DEL PADRE FRENTE A LA PAREJA Y FUTURA MADRE DEL HIJO, DETERMINARÁ EN BUENA MEDIDA LA RELACIÓN QUE ELLA PUEDA ESTABLECER CON EL SER QUE VENDRÁ AL MUNDO" (SANDOVAL, 1984).

5. MANIFESTACIONES AGRESIVAS.

ENTRE LAS TENDENCIAS AGRESIVAS QUE SURGEN DURANTE EL PROCESO TERAPÉUTICO PODEMOS REGISTRAR LAS RELACIONADAS CON EL SENTIMIENTO DE - LA AGRESIÓN DIRIGIDA TANTO A LAS TERAPEUTAS, EN NUESTRO CASO, COMO AL RESTO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO.

HAY TENDENCIAS QUE AYUDAN A MANTENER LA ALIANZA TERAPÉUTICA ASÍ - COMO ALGUNOS ASPECTOS DE LA TRANSFERENCIA, TAMBIÉN ELEMENTOS Y - FUERZAS QUE SE Oponen AL PROCESO TERAPÉUTICO.

FREUD (1905) SE REFIRIÓ AL CONCEPTO DE TRANSFERENCIA SURGIDO DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO CON PACIENTES NEURÓTICOS, AL EXTENDERSE LA APLICACIÓN DE ESTA PRÁCTICA A OTRO TIPO DE PACIENTES, SE - HIZO NECESARIA LA INTRODUCCIÓN DE DIFERENTES TÉRMINOS PARA DES-

CRIBIR LAS ESPECIALES Y ADICIONALES FORMAS DE TRANSFERENCIA.

ENTENDIENDO LA TRANSFERENCIA COMO "UNA ILUSIÓN ESPECÍFICA QUE SE DESARROLLA CON RESPECTO A OTRA PERSONA, LA CUAL REPRESENTA -SIN QUE EL SUJETO SEPA-, EN CIERTOS RASGOS, LA REPETICIÓN DE UNA RELACIÓN HACIA UNA IMPORTANTE FIGURA DEL PASADO. CORRESPONDE DESTACAR QUE ESTO ES SENTIDO POR EL SUJETO, NO COMO UNA REPETICIÓN DEL PASADO SINO COMO ALGO ESTRICTAMENTE APROPIADO AL PRESENTE Y A LA PERSONA EN CUESTIÓN" (CITADO POR DARE Y HOLDER, 1986).

CON "NEUROSIS DE TRANSFERENCIA" SE REFIERE FREUD (1920) A LA REPETICIÓN DEL MATERIAL REPRIMIDO Y VIVIRLO COMO LO VIVIÓ CON - SUS OBJETOS PRIMARIOS, EN LUGAR DE SÓLO RECORDARLO COMO ALGO - DEL PASADO.

NUESTRA ORGANIZACIÓN DEFENSIVA ANTE UNA AMENAZA, PUEDE ESTAR BASADA EN UNA RESPUESTA AGRESIVA, UNA RESPUESTA PRIMARIA.

A TRAVÉS DEL PROCESO TERAPÉUTICO SURGEN ESTOS TIPOS DE RESPUESTAS AGRESIVAS, QUE AL HACERLAS EVIDENTES ANTE EL PACIENTE QUE LA PRODUCE, SE VA LOGRANDO QUE EL MATERIAL INCONSCIENTE PASE A LA CONCIENCIA, UNA VEZ REGISTRADO A NIVEL CONSCIENTE POR EL PACIENTE - ESTARÁ EN POSIBILIDAD DE INTENTAR MODIFICAR SU ORGANIZACIÓN DEFENSIVA Y LOGRAR UN MEJOR MANEJO DE SU AGRESIÓN.

DE LO ANTERIOR SE DESPRENDE QUE ESTAS CONDUCTAS AGRESIVAS SON - NECESARIAS Y DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA QUE SE DÉN DENTRO DEL - PROCESO TERAPÉUTICO.

POR CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS ANTES DESCRITAS, Y CON OBJETO DE HACERLAS MÁS COMPENSIBLES, AGREGAMOS CASOS EN EL CAPÍTULO III DE RESULTADOS.

8. PROCEDIMIENTO

H. REGISTRO

EL REGISTRO DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS SE REALIZÓ ALTERNATIVAMENTE POR LAS TERAPEUTAS, EN EL DIÁLOGO INTERCLÍNICO INMEDIATO - POSTERIOR A CADA SESIÓN, UNA VEZ DISCUTIDOS Y ANALIZADOS LOS CONTENIDOS MANIFIESTO Y LATENTE, LOS ASPECTOS TRANSFERENCIALES Y - CONTRATRANSFERENCIALES, ASÍ COMO LA INTERACCIÓN COTERAPÉUTICA.

I. ANÁLISIS DE CONTENIDO

EL ANÁLISIS DE CONTENIDO PUEDE SER APLICADO TANTO A MATERIALES DISPONIBLES COMO A LOS MATERIALES ESPECIALMENTE PRODUCIDOS PARA PROBLEMAS PARTICULARES DE INVESTIGACIÓN, COMO SON: CARTAS, - DIARIOS, MATERIAL ETNOGRÁFICO, ARTÍCULOS, PERIÓDICOS, Y EDITORIALES, MINUTAS DE JUNTAS, ETC., EN EL PRIMER CASO.

PUEDE UNO PEDIR A NIÑOS Y ADULTOS QUE ESCRIBAN AUTOBIOGRAFÍAS, HISTORIAS, ENSAYOS, PARA PRODUCIR MATERIAL A INVESTIGAR.

PARA RESPONDERNOS LA PREGUNTA ¿CÓMO SE HACE EL ANÁLISIS DE - CONTENIDO? EN PRINCIPIO TENEMOS QUE ABORDAR SU DEFINICIÓN Y CATEGORIZACIÓN DEL UNIVERSO, LAS UNIDADES DE ANÁLISIS, Y SU CUANTIFICACIÓN.

DEFINICIÓN. DEFINIR EL UNIVERSO (U) DE CONTENIDO QUE VA A ANALIZARSE. EL UNIVERSO DE CONTENIDO ESTÁ FORMADO POR 30 SESIONES DE PSICOTERAPIA CON ENFOQUE

PSICOANALÍTICO.

CATEGORIZACIÓN. "LA CATEGORIZACIÓN, O PARTICIPACIÓN DE U, ES - TAL VEZ LA PARTE MÁS IMPORTANTE DEL ANÁLISIS - PORQUE CONSTITUYE UNA REFLEXIÓN DE LA TEORÍA - DE LAS HIPÓTESIS QUE SE ESTÁN PROBANDO. DESPE- JA, EN EFECTO, LAS VARIABLES DE LAS HIPÓTESIS" (KERLINGER, 1988, p. 545).

EN CUANTO A LA CATEGORIZACIÓN "DECLARACIONES - VERBALES QUE PODRÍAN CATEGORIZARSE BAJO" SUBTÍ- TULOS ELEGIDOS PARA EL FIN.

EN NUESTRA INVESTIGACIÓN UTILIZAMOS LAS MANIFESTACIONES DE RE- CLAMO POR LA FALTA DE FIGURA MASCULINA EN EL EQUIPO TERAPÉUTICO; IDENTIFICACIÓN MATERNA CON ALGUNA DE LAS COTERAPEUTAS; MANIFES- TACIONES DE TEMOR O AMENAZA A LA HOMOSEXUALIDAD, POR EL SEXO DE LAS COTERAPEUTAS; MANIFESTACIONES EDÍPICAS; Y MANIFESTACIONES - AGRESIVAS.

UNIDAD DE ANÁLISIS. CINCO UNIDADES DE ANÁLISIS DESTACA BERELSON (CITADO POR KERLINGER, 1988), Y SON: PALABRAS, - TEMAS, CARÁCTERES, REACTIVOS Y MEDIDAS ESPACIO- TIEMPO.

PALABRA. LA PALABRA ES LA UNIDAD MÁS PEQUEÑA (PUEDE INCLU- SIVE HABER UNIDADES MÁS PEQUEÑAS COMO FONEMAS Y OTROS). TAMBIÉN SE FACILITA EL TRABAJO CON ELLA

(SOBRE TODO EN ANÁLISIS DE CONTENIDO EN COMPUTADORA), POR SER UNA UNIDAD SENCILLA. LAS PALABRAS PUEDEN CONTARSE Y ASIGNARSE A LAS CATEGORÍAS ELEGIDAS.

TEMA.

EL TEMA ES UNA UNIDAD ÚTIL, MÁS DIFÍCIL QUE LA PALABRA. EL TEMA PUEDE SER UNA ORACIÓN, UNA PROPOSICIÓN ACERCA DE ALGO.

LOS TEMAS SE COMBINAN EN CONJUNTOS DE TEMAS. KERLINGER (1988) DESTACA QUE EL TEMA ES UNA IMPORTANTE Y ÚTIL UNIDAD DE ANÁLISIS "PORQUE SUELE SER REALISTA Y CERCANO AL CONTENIDO ORIGINAL" (KERLINGER, 1988, P.546).

LOS TEMAS ELEGIDOS PARA LA CATEGORIZACIÓN EN NUESTRO ESTUDIO SON:

1. RECLAMO POR FALTA DE FIGURA MASCULINA.
2. IDENTIFICACIÓN MATERNA CON UNA DE LAS COTERAPEUTAS.
3. TEMOR A LA HOMOSEXUALIDAD.
4. POSICIÓN EDÍPICA.
5. AGRESIÓN HACIA LAS TERAPEUTAS.

CARÁCTER Y ESPACIO-TIEMPO. LAS UNIDADES DE CARÁCTER Y ESPACIO-TIEMPO, NO SON MUY ÚTILES EN LA INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO, YA QUE SE TIENEN CONSIDERADAS: EL CARÁCTER COMO UN INDIVIDUO CON UNA PRO-

DUCCIÓN LITERARIA Y AL ESPACIO-TIEMPO COMO -
MEDICIÓN FÍSICA REAL DEL CONTENIDO.

REACTIVO. LA UNIDAD REACTIVO ES IMPORTANTE AL IGUAL QUE
EL TEMA. ES TODA UNA HISTORIA DE NOTICIAS, -
UN PROGRAMA DE TELEVISIÓN, UNA RECITACIÓN O
DISCUSIÓN DE CLASE.

EL REACTIVO COMO UNIDAD DE ANÁLISIS ES PARTICU-
LARMENTE ÚTIL EN LA INVESTIGACIÓN DEL COMPORTA-
MIENTO. PUEDEN DEFINIRSE CRITERIOS PERTINENTES
PARA CATEGORIZAR UNA VARIABLE. PERO SE DEBEN
HACER CUIDADOSAS VERIFICACIONES DE LA CONFIA-
BILIDAD Y LA VALIDEZ.

CUANTIFICACIÓN. "TODOS LOS MATERIALES SON POTENCIALMENTE CUANTI-
FICABLES" (KERLINGER, 1988). ALGUNOS MATERIALES
NO SE PRESTAN TANTO A LA CUANTIFICACIÓN COMO -
OTROS. AGREGA EL MISMO AUTOR QUE NO ES FÁCIL,
PERO QUE PUEDE HACERSE. (P.547).

TAMBIÉN NOS SEÑALA TRES FORMAS DE ASIGNAR NÚME-
ROS A LOS OBJETOS DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO U;
COMO SON: MEDICIÓN NOMINAL, ASIGNACIÓN DE RAN-
GOS O MEDICIÓN ORDINAL, Y CALIFICACIÓN.

MEDICIÓN NOMINAL. - CONTAR EL NÚMERO DE OBJETOS EN

CADA CATEGORÍA DESPUÉS DE ASIGNAR CADA OBJETO A SU CATEGORÍA APROPIADA.

ASIGNACIÓN DE RANGOS O MEDICIÓN ORDINAL.- CUANDO SE TRABAJA CON POCOS OBJETOS SE LES DEBE ASIGNAR UN RANGO, A LOS JUECES SE LES PUEDE PEDIR QUE LES ASIGNEN UN RANGO, DE ACUERDO CON UN CRITERIO ESPECIFICADO.

CALIFICACIÓN.- SE PUEDE CALIFICAR CON BASE EN GRADOS DE LAS VARIABLES ASIGNADAS.

ENTRE LAS SIETE CONDICIONES QUE PLANTEA BERELSON, ANTES QUE LA CUANTIFICACIÓN SEA JUSTIFICADA O EVALUADA COMO APROPIADA, A DOS DE ELLAS SE REFIERE KERLINGER (1988):

- CONTAR CON CUIDADO (O CUALQUIER TIPO DE CUANTIFICACIÓN) CUANDO LOS MATERIALES A SER ANALIZADOS SON REPRESENTATIVOS.
- CONTAR CON CUIDADO CUANDO LOS REACTIVOS DE CATEGORÍAS APARECEN EN LOS MATERIALES EN CANTIDADES SUFICIENTES PARA JUSTIFICAR EL CONTEO (O CUALQUIER OTRA FORMA DE CUANTIFICACIÓN).

DE NO CUMPLIRSE LO ANTERIOR, LA GENERALIZACIÓN A PARTIR DE LAS ESTADÍSTICAS CALCULADAS EN BASE A ELLAS NO ESTÁ GENERALIZADA.

EN CUYO CASO SÓLO PODRÁN UTILIZARSE HEURÍSTICOS Y SUGERENTES Y NO PARA RELACIONAR VARIABLES ENTRE SÍ (KERLINGER, 1988).

EN EL CASO QUE NOS OCUPA, UTILIZAMOS EL TEMA COMO UNIDAD DE ANÁLISIS, DEBIDO A SU CUALIDAD DE REALISMO Y CERCANÍA AL CONTENIDO ORIGINAL. DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS SE REGISTRÓ LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS QUE APARECEN EN EL CUADRO No. 2, APÉNDICE B, Y SE CLASIFICARON POR CATEGORÍAS.

COMO MÉTODO DE CUANTIFICACIÓN LLEVAMOS A CABO LA MEDICIÓN NOMINAL, OBSERVANDO EL CUMPLIMIENTO DEL REQUISITO ESPECIFICADO EN LA PRIMERA DE LAS CONDICIONES YA CITADAS.

III. RESULTADOS

DE LOS REGISTROS DE LAS SESIONES SE OBTUVIERON LAS RESPUESTAS QUE DE ACUERDO A SU ANÁLISIS DE CONTENIDO PERMITIERON SER DISTRIBUÍDAS EN LAS CATEGORÍAS ESTABLECIDAS.

8. CUADRO DE RESULTDOS

POR LOS DATOS OBTENIDOS SE REALIZÓ UN CUADRO RESUMEN CON PORCENTAJE DE RESPUESTA.

EN EL CUADRO QUE CORRESPINDE AL PORCENTAJE DE RESPUESTA DE LA CONDUCTA MOSTRADA DURANTE EL PROCESO TERAPÉUTICO DESTACA EN UN MAYOR PORCENTAJE LA CONDUCTA DE AGRESIVIDAD EN UN 43.98 POR CIENTO, INTEGRADA POR UN PORCENTAJE DE 28.70 CON CONTENIDO MANIFIESTO Y EL 15.38 POR CIENTO CON CONTENIDO LATENTE.

LE SIGUE EN ORDEN DESCENDENTE LA MANIFESTACIÓN DENTRO DE LA POSICIÓN EDÍPICA PASIVA, CON UN TOTAL DE 37.98 POR CIENTO DE LOS CUALES EL 23.61 POR CIENTO CORRESPONDE A CONTENIDO MANIFIESTO Y UN PORCENTAJE DE 14.35 A CONTENIDO LATENTE.

EN ORDEN DESCENDENTE SE ENCUENTRAN LOS RENGLONES IDENTIFICACIÓN MATERNA CON UNA DE LAS TERAPEUTAS CON UN PORCENTAJE TOTAL DE 6.48, FORMADO POR 1.39 POR CIENTO EN CONTENIDO MANIFIESTO Y UN PORCENTAJE DE 5.09 EN CONTENIDO LATENTE. SIGUIÉNDOLE EL TITULADO RECLAMO POR FALTA DE FIGURA MASCULINA, CON UN 6.02 POR CIENTO TOTAL, FORMADO POR UN PORCENTAJE DE 2.32 EN CONTENIDO MANIFIESTO Y UN 3.70 POR CIENTO EN CONTENIDO LATENTE.

POR ÚLTIMO APARECE EL RENGLÓN DENOMINADO TEMOR A LA HOMOSEXUALIDAD, CON UN PORCENTAJE TOTAL DE 5.56 POR CIENTO, AL QUE CORRESPONDE 3.24 POR CIENTO EN CONTENIDO MANIFIESTO Y PORCENTAJE DE 2.32 POR CIENTO EN CONTENIDO LATENTE.

A CONTINUACIÓN PRESENTAMOS CUADRO DE PORCENTAJE DE RESPUESTA, EN CONTENIDO MANIFIESTO, CONTENIDO LATENTE Y EN TOTAL DE PORCENTAJE POR CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS.

PORCENTAJE DE RESPUESTA

T E M A	C O N T E N I D O		T O T A L
	MANIFIESTO	LATENTE	
1. Reclamo falta de figura masculina.	2.32	3.70	6.02
2. Identificación materna con terapeuta.	1.39	5.09	6.48
3. Temor a la homosexualidad.	3.24	2.32	5.56
4. Posición Edípica Pasiva.	23.61	14.35	37.96
5. Agresión.	28.70	15.28	43.98
S u m a	59.26	40.74	100.00

svsr'

9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS, QUE A CONTINUACIÓN CITAMOS:

PROBLEMA. LA VIVENCIA EXPERIMENTADA EN LA VIDA REAL ES EL TENER UNA MADRE-MUJER Y UN PADRE-HOMBRE, COMO FIGURAS PARENTALES. AL ESTAR INTEGRADO EL EQUIPO TERAPÉUTICO POR DOS COTERAPEUTAS MUJERES; SE VA A DIFICULTAR LA TRANSFERENCIA DEL ROL MASCULINO CON LAS COTERAPEUTAS.

HIPÓTESIS CONCEPTUAL. TÉCNICAMENTE SE ESPERA QUE LA TRANSFERENCIA DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO SEA PAULATINA Y SE DIRIJA HACIA LA FIGURA DE LA MADRE. EN COTERAPIA SE ESPERA QUE SE TRANSFIERA SOBRE LA PAREJA PARENTAL MADRE-PADRE, AL EXISTIR DOS COTERAPEUTAS MUJERES APARECEN MANIFESTACIONES: DE RECLAMO POR LA FALTA DE FIGURA MASCULINA; DE IDENTIFICACIÓN MATERNA CON ALGUNA DE LAS COTERAPEUTAS; DE TEMOR O AMENAZA A LA HOMOSEXUALIDAD; ASÍ COMO DE MANIFESTACIONES EDÍPICAS O AGRESIVAS HACIA LAS TERAPEUTAS.

AL ANALIZAR LOS RESULTADOS DE ESTA INVESTIGACIÓN, SE ENCONTRÓ QUE A TRAVÉS DEL PROCESO TERAPÉUTICO SE DIFICULTÓ LA MANIFESTACIÓN DE LA TRANSFERENCIA DEL ROL MASCULINO CON LAS TERAPEUTAS, DE LO CUAL SURGIERON MANIFESTACIONES AGRESIVAS HACIA LAS TERAPEUTAS, MANIFESTACIONES DE LA POSICIÓN EDÍPICA PASIVA, DE IDENTIFICACIÓN MATERNA CON UNA DE LAS TERAPEUTAS, EL RECLAMO POR LA FALTA DE FIGURA MASCULINA, Y POR TEMOR A LA HOMOSEXUALIDAD.

CON LOS RESULTADOS ANTERIORES, ACEPTAMOS EL PROBLEMA QUE INDICA LA DIFICULTAD QUE SE DIÓ EN LA TRANSFERENCIA DEL ROL MASCULINO HACIA LAS COTERAPEUTAS MUJERES.

ASÍ MISMO, SE ACEPTA LA HIPÓTESIS CONCEPTUAL, QUE SEÑALA EL SURGIMIENTO DE MANIFESTACIONES: DE RECLAMO POR LA FALTA DE FIGURA MASCULINA, DE IDENTIFICACIÓN MATERNA CON ALGUNA DE LAS COTERAPEUTAS, DE TEMOR O AMENAZA A LA HOMOSEXUALIDAD, DE MANIFESTACIONES EDÍPICAS Y DE MANIFESTACIONES AGRESIVAS HACIA LAS TERAPEUTAS.

I. CASOS.

AGREGAMOS CASOS A MANERA DE FACILITAR LA COMPRESIÓN DE LAS CATEGORÍAS CITADAS.

LOS NOMBRES UTILIZADOS EN ESTOS CASOS SON NOMBRES SUPUESTOS PARA PROTEGER LA INDIVIDUALIDAD DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPÉUTICO.

CASO I. RECLAMO POR FALTA DE FIGURA MASCULINA.

ANTES DE INICIAR LA SESIÓN NÚMERO CATORCE (14), AÍDA, UNA DE LAS INTEGRANTES SOLICITA RETIRARSE, Y UNA DE LAS TERAPEUTAS LA INVITA A EXPONER SU SITUACIÓN ANTE EL GRUPO, A LO QUE ACCEDE Y PERMANECE EN LA SESIÓN.

POR SU PARTE KELVIN, SOLICITA SE LE PERMITA RETIRARSE TEMPRANO A FIN DE ASISTIR A UNA ENTREVISTA CON LA PSICÓLOGA DE LA GUARDERÍA DONDE ESTÁ SU HIJO. AL SEÑALAR QUE SU HIJO "VIVE RODEADO DE MUJERES", SE MANIFIESTA MOLESTO.

EN ESTA SESIÓN KELVIN ERA EL ÚNICO INTEGRANTE MASCULINO DE UN TOTAL DE CINCO PERSONAS. CUATRO INTEGRANTES MUJERES Y DOS TERAPEUTAS MUJERES.

EL GRUPO TERAPÉUTICO ESTABLECE UNA DINÁMICA EN RELACIÓN A LA RESISTENCIA QUE SIENTEN PARA ASISTIR A LA TERAPIA.

EL GRUPO RESPONDE EN CUANTO A LA CATEGORÍA "RECLAMO POR FALTA DE FIGURA MASCULINA" EN EL EQUIPO TERAPÉUTICO.

INTERVIENE COMO EMERGENTE DEL GRUPO KELVIN, QUIEN AGREGA "SI FUERAN LAS TERAPEUTAS DE DIFERENTE SEXO, PODRÍAMOS NOSOTROS TENER EL PUNTO DE VISTA MASCULINO MUY NECESARIO".

MANIFIESTA EL SENTIR DEL GRUPO, SU NECESIDAD DE CONTAR CON LA FIGURA MASCULINA, ES DECIR, SE HACE EVIDENTE SU CARENCIA AFECTIVA EN SU RELACION CON ÉSTA, Y SU DESEO DE ALIANZA CON LA FIGURA DEL SEXO MASCULINO.

EL INTEGRANTE QUE EN ESTA OCASIÓN FUNGE COMO EMERGENTE, KELVIN, ES UN VARÓN SOLTERO DE VEINTIOCHO (28) AÑOS DE EDAD, PASANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA, QUE POR PRIMERA VEZ ASISTE A UN PROCESO TERAPÉUTICO, CUYO PADRE SE ENCUENTRA SEPARADO DE SU MADRE, TANTO ÉL COMO SUS HERMANAS VIVEN CON SU MADRE (VIVE RODEADO DE MUJERES), SU MADRE PRETENDE OTORGARLE EL PAPEL DE HERMANO PARENTAL, EL CUAL A SU VEZ PRETENDE ASUMIR PERO NO FUNCIONA, PUESTO QUE SUS HERMANAS NO LE CONCEDEN AUTORIDAD ALGUNA.

ES PADRE DE UN NIÑO QUE PROCREÓ CON UNA MUJER CASADA QUE EN UN TIEMPO VIVIÓ CON ÉL, DEJANDO A SU MARIDO Y A SUS HIJOS; POSTERIORMENTE REGRESÓ CON ELLOS, LLEVÁNDOSE AL NIÑO.

ACTUALMENTE CONTINÚA SU RELACIÓN CON ELLA, SO PRETEXTO ÚNICO SU INTERÉS POR SU HIJO.

CASO 2. IDENTIFICACIÓN MATERNA CON UNA DE LAS TERAPEUTAS.

EN LA SESIÓN VEINTISEIS (26), INTEGRADA POR CINCO (5) PERSONAS - DEL SEXO FEMENINO, SE ESTABLECE UNA DINÁMICA EN RELACIÓN A LA DEPENDENCIA QUE VIVEN HACIA SUS PADRES Y DEL MANEJO DE LOS PERMISOS.

SE ESTABLECE POR PARTE DE REBECA UNA TRANSFERENCIA HACIA UNA DE LAS TERAPEUTAS, EXPERANDO CONSEJO COMO SUCEDE CON SU MADRE. - PREGUNTA: ¿No? BUSCANDO LA APROBACIÓN DE LA TERAPEUTA, QUERIENDO QUEDAR BIEN CON ELLA.

ES DECIR, SE PRESENTA LA CATEGORÍA "IDENTIFICACIÓN MATERNA CON UNA DE LAS TERAPEUTAS", TRATA DE SEGUIR SUS SEÑALAMIENTOS EN LA MISMA FORMA EN QUE SIGUE LOS DE MAMÁ, QUERIENDO SER APROBADA.

SE PERCIBE EN EL GRUPO UNA NECESIDAD DE ACEPTACIÓN Y AFECTO QUE CADA UNO A SU MANERA TRATA DE CONSEGUIR.

REBECA, QUIEN SURGE COMO EMERGENTE, CUENTA CON VEINTITRES (23) AÑOS DE EDAD, ES ALUMNA DEL 9º. SEMESTRE A NIVEL LICENCIATURA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

SE CONSIDERA SENSIBLE A LA CRÍTICA Y SER DEPENDIENTE DE SU -

MADRE, RECONOCE QUE SU COMPORTAMIENTO ES IGUAL AL DE SU MADRE - RESPECTO A EVITAR ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES AÚN CON FAMILIARES.

CASO 3. TEMOR A LA HOMOSEXUALIDAD.

EN LA SESIÓN NÚMERO TRES (3), EN LAS INSTALACIONES DONDE SE LLEVÓ A CABO LA TERAPIA, ESE DÍA NO CONTAMOS CON ENERGÍA ELÉCTRICA, POR LO QUE ALUMBRAMOS CON VELAS. NO OBSTANTE, ASISTIERON A LA SESIÓN NUEVE (9) INTEGRANTES.

CUATRO DE ELLOS DEL SEXO FEMENINO: CAROLINA, YOLANDA, REBECA Y SOFÍA, ENTRARON A UNA DINÁMICA EN LA QUE HABLAN DE SUS PROBLEMAS CON LA FIGURA MATERNA Y EXPRESAN SU NECESIDAD DE INDEPENDENCIA.

POR SU PARTE, LOS INTEGRANTES DEL SEXO MASCULINO: ISMAEL Y KELVIN MANIFIESTAN PROBLEMAS DE RELACIÓN CON LA MADRE Y TEMOR EN RELACIONARSE E INVOLUCRARSE AFECTIVAMENTE CON EL SEXO OPUESTO, CON QUIENES SE CONECTA ZERGIO.

SE HACE PRESENTE LA CATEGORÍA "TEMOR A LA HOMOSEXUALIDAD" POR PARTE DEL GRUPO TERAPÉUTICO.

POSTERIORMENTE, EN LA SESIÓN NÚMERO VEINTE (20), NUEVAMENTE SURGE UNA DINÁMICA CON EL TEMA. LAS INTEGRANTES: DULCE MARÍA,

REBECA, YOLANDA Y ÁIDA HABLAN DE QUE SE SIENTEN TEMEROSAS ANTE LAS RELACIONES SEXUALES, LAS QUE PERCIBEN COMO AGRESIVAS O SUCIAS QUE SE VIVEN COMO TABÚ, SIN ASUMIR UNA RESPONSABILIDAD PROPIA ANTE LA DECISIÓN DE LLEVARLAS A CABO Y ANTE SUS CONSECUENCIAS.

CASO 4. POSICIÓN EDÍPICA

EN LA SESIÓN NÚMERO CUATRO (4) LOS INTEGRANTES ESTABLECEN UNA DINÁMICA RELACIONADA A LA DEPENDENCIA QUE VIVEN HACIA SUS PADRES. SE PERCIBEN EL CORAJE Y A LA VEZ EL MIEDO HACIA LA FIGURA DE AUTORIDAD POR PARTE DE YOLANDA, CAROLINA, ZERGIO E ISMAEL. MANIFESTACIONES DE INCONFORMIDAD POR HABER DESEMPEÑADO Y DESEMPEÑAR AÚN FUNCIONES QUE CORRESPONDEN A SUS PADRES Y POR LA DEPENDENCIA QUE TIENEN HACIA ELLOS.

ASÍ COMO CONFLICTOS ENTRE LOS PADRES QUE LOS HIJOS HAN HECHO SUYOS COMO: ZERGIO, ISMAEL Y KELVIN.

SE PERCIBIÓ UNA TRANSFERENCIA, UN RECLAMO POR PARTE DE LOS PACIENTES A TRAVÉS DE MANIFESTAR LA CONDUCTA DE SUS PROPIOS PADRES, EN LA RESPONSABILIDAD QUE LES DEJAMOS LAS TERAPEUTAS PARA QUE SE RESPONSABILICEN DE SU PROPIA CONDUCTA.

EN LA SESIÓN NÚMERO CINCO (5), EL GRUPO ESTABLECE UNA DINÁMICA RELACIONADA CON UN SENTIMIENTO DE VACÍO. SURGE COMO EMERGENTE ZERGIO.

LA INTERVENCIÓN POR PARTE DE ZERGIO, DESPUÉS DE UN SILENCIO PROLONGADO, CONSISTIÓ EN TRAER A LA SESIÓN LA EXPERIENCIA QUE VIVIERON TANTO SU FAMILIA COMO ÉL MISMO ACERCA DE HABER SIDO ESPANTADO Y SENTIR QUE SE PARALIZA Y LE OPRIME ALGO EL PECHO.

A SUS HERMANOS LOS ASUSTAN Y CORREN CON SUS PAPÁS, EL PADRE TAMBIÉN SE ASUSTA, ZERGIO "AUNQUE NO SE ASUSTA" SEGÚN COMENTA, ACABA NO SÓLO POR CREERLO SINO POR SENTIRLO.

PLATICA TAMBIÉN QUE SUEÑA A SU ABUELA PATERNA (YA FALLECIDA) Y A UN TÍO, SIN CABEZA, "SON ELLOS, LOS OIGO"; LE DICE LA ABUELA QUE CUIDE A SU PAPÁ, PERO ÉL NO TIENE DESEOS DE ACERCARSE A SU PADRE, "NO SE HABLAN MÁS QUE LO INDISPENSABLE".

ZERGIO ES UN JOVEN DEL SEXO MASCULINO, SOLTERO, QUE CUENTA CON VEINTISEIS (26) AÑOS DE EDAD Y CURSA MATERIAS DE LOS SEMESTRES SEGUNDO, CUARTO Y SEXTO, DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA, QUE ASISTE POR PRIMERA OCASIÓN A UN TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO. NO TIENE TRABAJO ESTABLE. REFIERE QUE DE PEQUEÑO, DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE ALCOHOLISMO DEL PADRE, HABÍA OCASIONES EN QUE FALTABA A TRABAJAR Y SU MADRE LO ENVIABA A ÉL A SUPLIR AL PADRE EN SU TRABAJO. EL PADRE ACOSTUMBRA GOLPEAR A LA MADRE, ZERGIO INTERVIENE PARA DEFENDERLA.

DENTRO DE LA CATEGORÍA "POSICIÓN EDÍPICA" SE ENCUENTRA LOCALIZADO EN LA PARTE PASIVA, DESEMPEÑANDO EL PAPEL DE HIJO PATERNAL, CON MUCHA HOSTILIDAD HACIA EL PADRE Y SALVADOR DE LA MADRE.

SE MANIFIESTAN PROCESOS INCONSCIENTES DE TEMOR HACIA LA FIGURA DE AUTORIDAD, REPRESENTADO EN LA ABUELA, HACIA ALGO DESCONOCIDO, - DESPLAZAMIENTO DE LA FAMILIA, DE LOS CONFLICTOS DE LA PAREJA - HACIA EL ESPANTO Y EL NO PERMITIR QUE SE MANIFIESTE LA ANGUSTIA (PAPÁ NO PEGA A MAMÁ, EL ESPANTO SE CONVIERTE EN EL PUNTO QUE UNE A LA FAMILIA).

PODEMOS OBSERVAR QUE DEBIDO A LA DINÁMICA FAMILIAR EXISTENTE, - LOS HIJOS SE ENCUENTRAN EN LA POSICIÓN EDÍPICA PASIVA, LO QUE - IMPIDE LA EVOLUCIÓN Y MADURACIÓN PSICOLÓGICA ESPERADA, POR LAS PARTES QUE INTERVIENEN EN ELLA.

CASO 5. AGRESIÓN HACIA LAS TERAPEUTAS.

EN LA SESIÓN DIECINUEVE (19) EL GRUPO ENTABLA UNA DINÁMICA RELACIONADA CON EL TEMA DE LA AGRESIÓN.

SURGE COMO EMERGENTE DULCE MARÍA, Y SE REGISTRA UNA TRANSFERENCIA DE SU PARTE, RESPECTO DEL ENOJO QUE MANIFIESTA SENTIR HACIA SU - HERMANA Y CUÑADO POR UN CONFLICTO QUE SE SUSCITA ENTRE ELLOS, - COMENTA: "DESDE QUE NACÍ HE ESTADO SIN MADRE".

SE TRATA DE UNA PERSONA DEL SEXO FEMENINO QUE CUENTA CON VEINTIDOS (22) AÑOS DE EDAD Y CURSA EL 60. SEMESTRE DE LA CARRERA DE - PSICOLOGÍA. AL NACER, SU MADRE LA DEJA CON SU PADRE, CON QUIEN - PERMANECE HASTA LOS CINCO AÑOS APROXIMADAMENTE, A PARTIR DE ENTONCES VA A CASA DE SUS ABUELOS Y TÍOS MATERNOS, A QUIENES VIVE

COMO PADRES Y HERMANOS.

RELATA QUE LA MUERTE DE SUS VERDADEROS PADRES NO LA VIVE COMO LA PÉRDIDA DE SUS PADRES, EN CAMBIO LA RECIENTE MUERTE DE SU ABUELA PATERNA LA VIVE COMO LA MUERTE DE SU MADRE, Y SE PROCUPA POR SU ABUELO PATERNO COMO DE UN VERDADERO PADRE.

EN LA SESIÓN VEINTIDOS (22) NUEVAMENTE HABLA DULCE MARÍA DEL ENOJO QUE LE PROVOCA LA CONDUCTA, TANTO DE SU HERMANA COMO DE SU ESPOSO DE ÉSTA, A QUIENES CONSIDERA COMO MUY DESCUIDADOS HACIA SUS HIJAS, MISMAS QUE DEJAN ENCARGADAS EN CASA DE DULCE MARÍA Y CON QUIENES SE IDENTIFICA EN CUANTO A SU PROPIO SENTIMIENTO DE ABANDONO.

EN LA SESIÓN VEINTICINCO (25) DULCE MARÍA MANIFIESTA QUE LE DIÓ CORAJE QUE NACIERA UNA SOBRINITA SUYA, QUERÍA QUE FUERA NIÑO. AL REFERIRSE A SU PROPIA MADRE RECLAMA: "¿CÓMO PODÍA SER QUE SIENDO ELLA MI MADRE ME PUDO DEJAR" Y AGREGA "NO ME QUISO NI ANTES NI DESPUÉS DE NACER".

YA EN LA SESIÓN DIECISEIS (16), DULCE MARÍA MANIFESTÓ MOLESTIA HACIA UNA DE LAS TERAPEUTAS, CUANDO ÉSTA SONRIÓ, POR LA TRANSFERENCIA QUE EXPERIMENTÓ LA PACIENTE DE LA SONRISA DE SU HERMANO, QUIEN SE BURLABA DE ELLA Y SE "REÍA ASÍ".

A TRAVÉS DEL PROCESO TERAPÉUTICO LOS INTEGRANTES DEL GRUPO TERA-

PÉUTICO HAN MANIFESTADO SU AGRESIÓN, BIEN SEA DIRIGIDA HACIA SUS PADRES, MAESTROS O HERMANOS, COMO RECLAMO HACIA LAS PROPIAS COTERAPEUTAS, HACIA LA FIGURA DE AUTORIDAD. APARECE AQUÍ LA CATEGORÍA "AGRESIÓN HACIA LAS TERAPEUTAS".

MUESTRAN AGRESIÓN HACIA LA AUTORIDAD A QUIEN TAMBIÉN TEMEN, LO QUE NO LES PERMITE EXPRESAR SU AGRESIVIDAD EN FORMA DIRECTA, POR SENTIRSE AMENAZADOS DE PERDER SU APROBACIÓN Y AFECTO.

EL GRUPO SE MUESTRA "AGRESIVO HACIA LAS TERAPEUTAS" POR NO ESTARLES DANDO LO QUE QUIEREN QUE SE LES DÉ, ESPERAN DE ELLAS RECIBIR. LAS TERAPEUTAS POR EL CONTRARIO, LES ESTÁN ENFRENTANDO A FIN DE QUE SE RESPONSABILICEN DE SU PROPIA CONDUCTA, ES DECIR, SE LES ESTÁ PIDIENDO QUE SEAN ELLOS LOS QUE DÉN.

ESTOS CASOS NOS MUESTRAN LAS DIFICULTADES EN CUANTO A LA TRANSFERENCIA HACIA LAS TERAPEUTAS DE SEXO FEMENINO, QUE REGISTRAMOS EN CATEGORÍAS, SIN QUE ESTAS DIFICULTADES IMPIDAN LA MANIFESTACIÓN DE LA FANTASÍA DE LA PAREJA PARENTAL POR PARTE DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPÉUTICO.

LOS RESULTADOS DE ESTE TRABAJO SE PODRÁN CORROBORAR, SIN DUDA, EN INVESTIGACIONES FUTURAS.

CONCLUSIONES

DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO QUE NOS OCUPA, Y SIGUIENDO NUESTRO ORDEN DE CATEGORÍAS ESTABLECIDAS EN EL CAPÍTULO II. METODOLOGÍA - INSTRUMENTO (HOJA 35), VAN A SER PRESENTADAS:

1. EL RECLAMO POR FALTA DE FIGURA MASCULINA EXPRESA SU ENOJO Y LA NECESIDAD DE RELACIÓN EMOCIONAL CON ESTA FIGURA, VIVENCIADA DE ESTA MANERA POR LOS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPÉUTICO, Y EN ABRIR PARA AGREDIR Y SER SÁDICOS, A FIN DE EXPRESAR LA HOSTILIDAD QUE LES ABRUMA, HOSTILIDAD ASOCIADA AL TEMOR Y A LA CULPA, POR LO CUAL NO PODÍA SER EXPRESADA.
2. EL RENGLÓN RELACIONADO CON LA IDENTIFICACIÓN MATERNA CON ALGUNA DE LAS TERAPEUTAS APARECE COMO TERCER LUGAR EN PORCENTAJE DE RESPUESTA Y ALEJADO EN PORCENTAJE A LOS OTROS. INDICA SU CONDUCTA DE INSEGURIDAD Y BÚSQUEDA DE APROBACIÓN Y ACEPTACIÓN.
3. REGISTRADO COMO ÚLTIMO, O MÁS BAJO EN CUANTO A PORCENTAJE, - EL TEMOR A LA HOMOSEXUALIDAD QUE EXPERIMENTA EL GRUPO EN RELACIÓN A SU APEGO EMOCIONAL HACIA LA FIGURA FEMENINA Y LA DISTANCIA EMOCIONAL HACIA LA FIGURA MASCULINA, VIVENCIANDO TEMOR Y AMBIVALENCIA EN SU PROPIA IDENTIDAD PSICOSEXUAL.
4. PREDOMINA EN EL GRUPO TERAPÉUTICO LA POSICIÓN EDÍPICA PASIVA, CONSIDERADA ÉSTA COMO UN PROCESO INACABADO DE MADUREZ. LO

QUE NOS REFLEJA EL ENOJO O CORAJE QUE EXPERIMENTAN HACIA LA FIGURA DE AUTORIDAD.

5. DESTACA EN EL CUADRO POR PORCENTAJE DE RESPUESTAS, CONTENIDO MANIFIESTO, EN LAS RESPUESTAS RELACIONADAS CON EL SENTIMIENTO DE LA AGRESIÓN DIRIGIDA A LAS TERAPEUTAS, CONDUCTA QUE, COMO ANTES SE CITÓ, ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA SE DE DENTRO DEL PROCESO TERAPÉUTICO COMO PARTE DE LAS MANIFESTACIONES DE TRANSFERENCIA.

SI PRESENTAMOS ESTAS CATEGORÍAS EN RELACIÓN AL PORCENTAJE OBTENIDO QUEDARÍAN DE ESTA MANERA:

1. AGRESIÓN HACIA LAS TERAPEUTAS (43.98); 2. POSICIÓN EDÍPICA PASIVA (37.96); 3. IDENTIFICACIÓN MATERNA CON ALGUNA DE LAS TERAPEUTAS (6.48); 4. RECLAMO POR FALTA DE FIGURA MASCULINA (6.02) Y 5. TEMOR A LA HOMOSEXUALIDAD (5.56).

CON ESTOS DATOS PODEMOS CONCLUIR QUE SE ACEPTAN LOS OBJETIVOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, EN VIRTUD DE HABER REGISTRADO A TRAVÉS DEL PROCESO TERAPÉUTICO, MANIFESTACIONES DE DIFICULTAD EN LA TRANSFERENCIA DEL ROL MASCULINO CON LAS COTERAPEUTAS.

COMO SE APRECIA, NOS ENCONTRAMOS ANTE UN GRUPO CON CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENCIA TARDÍA.

OBSERVAMOS QUE EL CONFLICTO DEL GRUPO PUEDE SER MANIFESTADO POR SUS INTEGRANTES, Y QUE SURGIÓ LA EVIDENCIA DE UN ÉDIPO NO RESUEL-

TO, EL RECONOCIMIENTO DE LA DEPENDENCIA QUE SE EXPERIMENTA EN RELACIÓN A LA FIGURA FEMENINA, MADRE, Y LA HOSTILIDAD O AGRESIÓN HACIA AMBOS PADRES, ASÍ TAMBIÉN LA VIVENCIA DE ANHELO DEL PADRE, ES DECIR, LA FIGURA MASCULINA.

TODO LO ANTERIOR NO IMPORTANDO QUE LA PAREJA TERAPÉUTICA ESTÉ FORMADA POR DOS FIGURAS FEMENINAS.

EL HECHO DE ENCONTRARSE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FRENTE AL EQUIPO TERAPÉUTICO FORMADO POR DOS FIGURAS FEMENINAS, FACILITA, POR UNA PARTE EXPRESAR LA AGRESIÓN HACIA LA FIGURA FEMENINA, Y POR OTRA, EXPERIMENTAR LA CARENCIA DE LA FIGURA MASCULINA,

DE LO ANTERIOR PODEMOS CONCLUIR QUE EL EQUIPO TERAPÉUTICO INTEGRADO POR DOS FIGURAS FEMENINAS, PERMITE LA ELABORACIÓN DEL COMPLEJO DE EDIPO, AÚN NO ESTANDO PRESENTE LA FIGURA MASCULINA DENTRO DEL EQUIPO TERAPÉUTICO.

LA FIGURA MASCULINA SE ENCUENTRA AUSENTE FÍSICAMENTE DENTRO DEL EQUIPO TERAPÉUTICO, MÁS NO ASÍ EN CUANTO AL ASPECTO PSICOLÓGICO, YA QUE CADA UNO DE LOS PRESENTES EN EL GRUPO TERAPÉUTICO, LLEVA SU PROPIA IMAGEN DEL PADRE, A TRAVÉS DE SU VIVENCIA QUE HAN EXPERIMENTADO HACIA LA FIGURA MASCULINA.

RECOMENDACIONES

- SE SUGIERE LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO SIMILAR AL PRESENTE, EN UN GRUPO CUYO EQUIPO TERAPÉUTICO ESTÉ INTEGRADO POR DOS TERAPEUTAS DEL SEXO MASCULINO, A FIN DE INVESTIGAR EN QUÉ FORMA SE MANIFIESTA LA SITUACIÓN TRIANGULAR EN LA COTERAPIA.
- TAMBIÉN OPINAMOS SERÍA CONVENIENTE LLEVAR A CABO DOS ESTUDIOS COMPARATIVOS: UNO CON UN GRUPO DIRIGIDO POR UN EQUIPO TERAPÉUTICO FORMADO POR DOS TERAPEUTAS DE DISTINTO SEXO; Y OTRO DIRIGIDO POR UN GRUPO TERAPÉUTICO INTEGRADO POR DOS TERAPEUTAS DEL SEXO MASCULINO.
- RECOMENDAMOS LLEVAR A CABO GRABACIÓN DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS, A FIN DE TENER A LA DISPOSICIÓN UN MAYOR NÚMERO DE DATOS MANIFIESTOS, Y PODER ASÍ ENRIQUECER LOS CASOS A EXPONER.

BIBLIOGRAFÍA

- ABADY, M. Y PAVLOVSKY, E. (1966) "UNA EXPERIENCIA DE PSICOTERAPIA GRUPAL, LA COTERAPIA". ED. GENITOR, BUENOS AIRES.
- AURON, F., GARCIA BARRIENTOS, J. (1987) "ANÁLISIS DEL ESPACIO INTERTERAPÉUTICO". TESIS RECEPCIONAL DE ANALISTAS DE GRUPO. AMPAG, MÉXICO.
- BACH, GEORGE R. (1984) "PSICOTERAPIA INTENSIVA DE GRUPO". - EDICIONES HORMÉ, S.A.E. BUENOS AIRES.
- BASQUIN, M. (1971) "EL PSICODRAMA, UN ACERCAMIENTO PSICOANALÍTICO". SIGLO XXI EDITORES. MÉXICO.
- BLOS, PETER. (1975) "PSICOANÁLISIS DE LA ADOLESCENCIA". - EDITORIAL JOAQUÍN MORTIZ. MÉXICO.
- DIAZ, C., DORING, R., GUERRA, T., MARQUEZ, O. (1978) "LA COTERAPIA". AMPAG, MÉXICO.
- DIAZ, P.I., GUADARRAMA, J., RAMOS, V., SOCORRO, H., VIVES, J. (1982) "DINÁMICA DE LA RELACIÓN EXPERTO-CANDIDATO". TESIS RECEPCIONAL DE ANALISTAS DE GRUPO. AMPAG. - MÉXICO.

FREUD, ANNA. (1936) "EL YO Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA". EDITORIAL PAIDOS, BUENOS AIRES. 1977.

FREUD, SIGMUND. (1973) "OBRAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD". EDITORIAL BIBLIOTECA NUEVA, MADRID, ESPAÑA.

--- (1985) ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA.

--- (1900) LA INTERPRETACIÓN DE LOS SUEÑOS.

--- (1905) SOBRE PSICOTERAPIA.

ANÁLISIS FRAGMENTARIO EN UNA HISTERIA.

TRES ENSAYOS PARA UNA TEORÍA SEXUAL.

--- (1912) LA DINÁMICA DE LA TRANSFERENCIA.

TÓTEM Y TABÚ.

CONSEJOS AL MÉDICO EN EL TRATAMIENTO
PSICOANALÍTICO.

--- (1914) RECUERDO, REPETICIÓN Y ELABORACIÓN.

--- (1916) LECCIONES INTRODUCTORIAS AL PSICOANÁLISIS.

--- (1920) MÁS ALLÁ DEL PRINCIPIO DEL PLACER.

--- (1921) PSICOLOGÍA DE LAS MASAS Y ANÁLISIS DEL
YO.

--- (1923) EL YO Y EL ELLO.

ESQUEMA DEL PSICOANÁLISIS.

--- (1937) ANÁLISIS TERMINABLE E INTERMINABLE.

CONSTRUCCIONES EN PSICOANÁLISIS.

FROMM, ERICK. (1987) "PSICOANÁLISIS DE LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA". FONDO DE CULTURA ECONÓMICA, MÉXICO.

- FROMM-REICHMANN, FRIEDA. (1977) "PRINCIPIOS DE PSICOTERAPIA INTENSIVA". EDICIONES HORMÉ, S.A.E. BUENOS AIRES.
- GONZALEZ NUÑEZ, J.J., ROMERO, J. Y DE TAVIRA, F. (1986) "TEORÍA Y TÉCNICA DE LA TERAPIA PSICOANALÍTICA DE ADOLESCENTES". EDITORIAL TRILLAS. MÉXICO.
- GONZALEZ NUÑEZ, J.J. (1989) "LA FORTALEZA DEL PSICOTERAPÉUTA: LA CONTRATRASFERENCIA". INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SOCIAL, A.C. MÉXICO.
- GONZALEZ NUÑEZ, J.J. Y NUÑEZ, M. (1995) "AFECTOS HACIA LA FIGURA PATERNA EN MÉXICO, ESTUDIO REALIZADO DENTRO DE UN GRUPO PSICOTERAPÉUTICO". REVISTA ANUAL No.14 ALETHEIA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SOCIAL. MÉXICO.
- GREENSON, RALPH R. (1986) "TÉCNICA Y PRÁCTICA DEL PSICOANÁLISIS". SIGLO VEINTIUNO EDITORES. MÉXICO.
- GRINBERG, LEON. (1981) "PSICOANÁLISIS ASPECTOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS". EDICIONES PAIDOS, BARCELONA, ESPAÑA.
- GRINBERG, L., LANGER, M., Y RODRIGUE, E. (1977) "PSICOTERAPIA DEL GRUPO". EDITORIAL PAIDOS. BUENOS AIRES.

HAZAN, ESTELA. (1995) "SUPER YO FEMNINO". ASOCIACIÓN MEXICANA DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA, A.C. SIMPOSIO - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y FEDERACIÓN MEXICANA DE SALUD MENTAL, A.C. MÉXICO.

HORNEY, KAREN. (1939) "NEW WAYS IN PSYCHOANALYSIS". ED. NORTON. NUEVA YORK.

JUNG, CARL G. (1915) "THE THEORY OF PSYCHOANALYSIS". NERVOUS AND MENTAL DISEASE MONOGRAPH SERIES NO. 19, NUEVA YORK.

KADIS, A.L., KRASNER, J.D., WINICK, CH., Y FOULKES, S.H. - (1986) "MANUAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO". FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. MÉXICO.

KERLINGER, FRED N. (1988) "INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO". EDITORIAL MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE MÉXICO, - S.A. DE C.V. MÉXICO.

KISSEN, MORTON. (1979) "DINÁMICA DE GRUPO Y PSICOANÁLISIS DE GRUPO". EDITORIAL LIMUSA. MÉXICO.

LE GUEN, CLAUDE. (1974) "EL EDIPO ORIGINARIO". AMORROUTU EDITORES. BUENOS AIRES, ARGENTINA.

- LORENTZEN, IRMA J. (1986) "DESCRIPCIÓN EVALUATORIA DEL TRABAJO REALIZADO EN EL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM, DURANTE EL PRIMER AÑO DE SERVICIO (PERÍODO COMPRENDIDO DEL 10. DE AGOSTO DE 1981, AL 10. DE AGOSTO DE 1982), TESIS EN MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, UNAM, MÉXICO.
- LOTHSTEIN, L.M. (1980) "CO-THERAPY AND SUPERVISION: GROUP AND FAMILY THERAPY". WOLBERG, R. Y ARANSON, M., BRUNNER MAZEL EDIT. NEW YORK.
- MANDOLINI, RICARDO G. (1977) "HISTORIA GENERAL DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A FROMM". EDITORIAL GIORDIA, S.F.L. BUENOS AIRES.
- MARTINEZ B., MOCCIO Y PAVLOVSKY. (1970) "ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE COTERAPIA". PSICODRAMA PSICOANALÍTICO EN GRUPOS. - EDIT. KARGIERMAN, BUENOS AIRES. CAP. XII.
- MEZER, ROBERT R. (1968) "PSIQUIATRÍA DINÁMICA". EDITORIAL PAX. MÉXICO.
- MULLAHY, PATRICK. (1953) "EDIPO. MITO Y COMPLEJO". EL ATENEO, EDITORIAL. BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- PALACIOS, AGUSTIN. (1975) "TÉCNICA DE GRUPO EN PSICOANÁLISIS". LA PRENSA MÉDICA MEXICANA. MÉXICO.

- SANDLER, J., DARE CH., Y HOLDER, A. (1986). "EL PACIENTE Y EL ANALISTA". EDICIONES PAIDOS. BARCELONA, ESPAÑA.
- SANDOVAL, DOLORES. (1984) "EL MEXICANO: PSICODINÁMICA DE SUS RELACIONES FAMILIARES". EDICIONES VILICAÑA, MÉXICO.
- SINGER, ERWIN. (1984) "CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOTERAPIA". FONDO DE CULTURA ECONÓMICA, MÉXICO.
- SLAVSON, S.R. (1976) "TRATADO DE PSICOTERAPIA GRUPAL ANALÍTICA". EDITORIAL PAIDOS, BUENOS AIRES.
- SULLIVAN, H. S. (1953) "CONCEPTIONS OF MODERN PSYCHIATRY". ED. NORTON. NUEVA YORK.
- YALOM, IRVIN D. (1986) "TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO". FONDO DE CULTURA ECONÓMICA, MÉXICO.
- ZIMMERMANN, DAVID. (1969) "ESTUDIOS SOBRE PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO". EDICIONES HORMÉ, S.A.E. BUENOS AIRES.

APÉNDICES

- A. CUADRO No. 1 CARACTERÍSTICAS- MUESTRA.
- B. CUADRO No. 2 FRECUENCIA DE RESPUESTAS.

CUADRO No. 1

NOMBRE	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	LUGAR ORIGEN	HIJO No.	FAMILIA INTEGRADA	EXPERIENCIA TERAPÉUTICA
S	F	20	Soltera	6o. semestre	D.F.	2a.	Sí	2a. asistió a la sesión en grupo anterior
Y	F	23	Soltera	8o. semestre	D.F.	2a.	Sí	Primera vez
L	F	21	Soltera	6o. semestre	D.F.	2a.	Sí	Primera vez
U	F	23	Soltera	8o. semestre	D.F.	2a.	Sí	Primera vez
D	F	22	Soltera	6o. semestre	D.F.	1a.	Padres muertos	Primera vez
N	F	21	Soltera	4o. semestre	D.F.	1a.	Madre muerta	Primera vez
I	M	19	Soltero	4o. semestre	D.F.	4o.	Sí	Primera vez
A	F	20	Soltera	6o. semestre	D.F.	1a.	Padres separados	Primera vez
O	M	23	Casado	2o. y 4o. semestres	Costa Rica	1o.	Padres Divorciados	2a. asistió Terapia Individual en Costa Rica
E	F	23	Casada	8o. semestre	D.F.	1a.	Sí	Primera vez
C	F	21	Soltera	2o. semestre	D.F.	1a.	Padres Divorciados	Primera vez
Z	M	26	Soltero	2o., 4o. y 6o. semestres	D.F.	2o.	Sí	Primera vez
K	M	28	Soltero	Pasante	D.F.	3o.	Padre separado	Primera vez
R	F	22	Soltera	8o. semestre	D.F.	2a.	Sí	2a. asistió la sesión grupo

CUADRO No. 2

FRECUENCIA DE RESPUESTAS												
SESIÓN No.	CATEGORÍAS								TOTAL			
	1		2		3		4				5	
	M	L	M	L	M	L	M	L	M	L	M	L
1							2		2		4	
2									1	2	1	2
3					2		4	2	6	2	12	4
4							4	3		4	4	7
5								3	2	1	2	4
6							2		1	1	3	1
7							1		2	2	3	2
8							1	1	1	1	2	2
9							4	4		2	4	6
10									5		5	
11								1		1		2
12							1	4		2	1	6
13							3		3		6	
14	2			3		3	1		1	1	7	4
15			3	3			3				6	3
16	1							1		1	1	2
17							2	1	2		4	1
18		3					3				3	3
19						1	1		3	1	4	2
20					1	4	7	1	1	2	9	7

APENDICE B

21	1	5			2	2	1	5	6			
22					2	1	4	6	1			
23						1	4	4	1			
24					1	2	2	2	3			
25	1			1	1	4	4	7	4			
26			1		3		4	7	1			
27						1	4	1	4			
28					1	1	2	3	1			
29					2		2	4				
30			4				4	6	4			
SUMA	5	8	3	11	7	5	51	31	62	33	128	88
TOTAL		13		14		12		82		95		216
%		6.02		6.48		5.56		37.96		43.98		100 %

M - CONTENIDO MANIFIESTO.

L - CONTENIDO LATENTE.