

01941 1
3oj



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

COTERAPIA GRUPAL, SUS EFECTOS EN
EL AUTOCONCEPTO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
LA ESPECIALIDAD EN
PSICOLOGIA CLINICA Y PSICOTERAPIA
DE GRUPO EN INSTITUCIONES
P R E S E N T A :

HILDA BEATRIZ SALMERON GARCIA

Comité de Tesis: Dr. José de Jesús González Núñez (Asesor)
Mtra. Irma Judith Lorentzen Gordillo
Mtro. Samuel Jurado Cárdenas

Sinodales: Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinosa
Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Análisis Estadístico: Dr. Héctor Alejandro Ortega Soto
Investigador del Instituto Mexicano de Psiquiatría



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación, fue el observar la modificación del autoconcepto en estudiantes de Psicología sometidos a coterapia grupal.

El tratamiento se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología en la UNAM, tuvo una duración de 6 meses con una sesión semanal de hora y media, involucró a 11 sujetos que conformaron el grupo experimental (sujetos que terminaron el tratamiento y a quienes se les pudo aplicar la preprueba y la postprueba) y a 5 personas que integraron el grupo control, y que fueron pacientes que desertaron del tratamiento, motivo por el cual solo se les aplicó la preprueba. La escala para medir autoconcepto fue construída por La Rosa.

La prueba "t" arrojó una $p=0.03$, lo que indicó que fue significativamente mayor la subescala de autoconcepto emocional en el grupo experimental que en el grupo control; sin embargo, la "t" de Wilcoxon $p=0.03$ indicó que el área emocional disminuyó en los pacientes, después de finalizada la terapia.

Además de observar si el autoconcepto se modificó, se intentó establecer la correlación de algunas áreas del autoconcepto con variables demográficas. Para tal fin, se utilizó la correlación de Spearman. No se verificó correlación positiva entre el autoconcepto y: el lugar de nacimiento ni el número de hermanos, ni entre éste y las actividades extraescolares, ni con la escolaridad de los padres, ni con la edad, ni con el semestre cursado, ni el turno.

Finalmente, se utilizó la "exacta de Fisher", misma con que se confirmó la significancia de que los alumnos de los primeros semestres deserten del tratamiento, el resultado fue 0.012

INTRODUCCION

Este trabajo intenta abordar la relación que existe entre la coterapia grupal y el autoconcepto.

Para tal fin, el estudio se ha dividido en 4 capítulos. El capítulo 1 aborda la evolución del yo, luego del sí mismo, para llegar a la postura de que el autoconcepto es la parte evaluativa del sí mismo que de acuerdo con los logros y aspiraciones que la persona maneja es como tendrá o no una autoconcepción positiva. Por supuesto que al hablar de "realidades" surge el problema del autoconcepto y su relación con los niveles de salud y de satisfacción personal mismos que serán igualmente tratados.

En el capítulo 2 se aborda el problema de la psicoterapia grupal, se analiza brevemente la evolución de dicho tratamiento y posteriormente se trata el tema de la coterapia grupal con tiempo limitado y objetivo focalizado por ser la manera en que se llevó a cabo el presente estudio.

El capítulo 3 conforma el marco teórico de esta tesis y es por ello que se analiza el desarrollo del autoconcepto y los estudios en donde la relación terapia-autoconcepto se ha desarrollado.

Finalmente, el capítulo 4 constituye el marco metodológico del trabajo por lo que a la vez que se analizan los resultados, se discuten los límites y sugerencias para futuros trabajos relacionados con el tema.

INDICE

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

CAPITULO 1 AUTOCONCEPTO

PAG

1.1. Generalidades	1
1.2. Antecedentes históricos del autoconcepto	3
1.3. Fundamento	6
1.3.1. Investigaciones acerca del autoconcepto	13
1.3.2. Autoconcepto. Niveles y ajustes	19

CAPITULO 2 COTERAPIA GRUPAL

2.1. Antecedentes	27
2.2. Coterapia	35
2.3. Terapia grupal breve y focalización	42
2.3.1. Selección de pacientes	43
2.3.2. Tipo de Grupos	43
2.3.3. Pacientes a quienes va dirigida	44
2.3.4. Duración	46
2.4. Terapia breve	47

CAPITULO 3 AUTOCONCEPTO Y PSICOTERAPIA

3.1. Autoconcepto o sí mismo. Organismo, emoción y sensación, campo fenoménico	54
3.1.1. Formación del autoconcepto	59
3.1.2. Autoconcepto. Adaptación y desadaptación	60
3.2. Efectos de la psicoterapia en el autoconcepto Algunos estudios	66

CAPITULO 4 METODOLOGIA Y RESULTADOS

	PAG
4.1. Problema	87
4.2. Objetivo General	87
4.3. Objetivos Especificos	87
4.4. Hipótesis	87
4.5. Definición de términos	88
4.6. Definición del instrumento	88
4.7. Definición o características de la población	91
4.8. Método de Investigación	92
4.8.1. Diseño de Investigación	92
4.8.2. Variable Independiente	93
4.8.3. Variable Dependiente	93
4.8.4. Variables Controladas	94
4.8.5. Condiciones experimentales o ambientales	94
4.9. Procedimiento de Evaluación	94
4.9.1. Cantidad de sujetos	95
4.9.2. Descripción de las características más importantes de la muestra obtenida	95
4.9.3. Formación y Asignación de grupos a las unidades experimentales	95
4.9.4. Instrucciones dadas a los participantes	95
4.10. Análisis de Resultados Estadísticos	96
b.1. Sexo	
b.2. Lugar de nacimiento	
b.3. Edad	
b.4. Edo. civil	
b.5. No. de hermanos	
b.6. Escolaridad padre	
b.7. Escolaridad madre	
b.8. Promedio preparatoria	
b.9. Carrera que cursa	
b.10. Área de Psicología descada	
b.11. Semestre que cursa	
b.12. Turno	
b.13. Actividades sistemáticas ajenas al estudio	
b.14. Tratamiento anterior	
4.11. Conclusiones Sugerencias y Recomendaciones	103

	PAG
TABLA 1 DATOS GRALES. ALUMNOS SOMETIDOS A PSICOTERAPIA	96
TABLA 2 DATOS GRALES ALUMNOS DESERTORES DE TERAPIA	97
TABLA 3 PRUEBA INTERGRUPOS	101
TABLA 4 PRUEBA INTRAGRUPPO	101
ANEXO 1	
ANEXO 2	

CAPITULO 1 AUTOCONCEPTO

1.1. Generalidades

Antes de referirnos formalmente al autoconcepto, es necesario hacer mención de cómo se fue originando este constructo.

Este capítulo, junto con el dos y tres, conforman el marco teórico del trabajo, por lo cual se revisarán varias teorías las cuales se encuentran en flagrante contradicción dado que los principios de los que parten son totalmente diferentes, por lo tanto, este trabajo, al ser un estudio de investigación debe tomar en cuenta lo anterior.

El autoconcepto surgió como un intento por esclarecer y precisar las funciones del "sí mismo", haciendo la diferenciación entre el alma y el yo.

Originalmente, la parte anímica del hombre era el alma, a ella le eran asignadas una serie de funciones introspectivas.

Según Mueller (1) la idea de alma nace de experiencias fundamentales: "nacimiento y muerte, sueño; y ensueño, síncope, delirios, etc., inherentes a una primera y oscura toma de conciencia del hombre de su realidad en el mundo".

Esta concepción animista del mundo, origen de la vida mental, va "evolucionando" hasta que se le relega a un sentido metafísico, ya no se habla entonces de alma, sino de mente.

Poco después se llega al concepto del "yo", pero como resulta demasiado vago y general, hay autores que prefieren referirse al "sí mismo" (Roger) o "propio" (Allport) (2).

Este "sí mismo" está conformado, a su vez, por el autoconcepto, la autoestima, la autoimagen, la autopercepción, etc., factores componentes del "self", que pretenden tener mayor especificidad.

Sin embargo, esta pretendida especificidad, está muy lejos de conseguirse, ya que los conceptos anteriores se prestan a

ser utilizados de manera ambigua pues el mismo término adquiere significados diferentes o bien, hay autores que hacen una diferenciación entre cada uno de ellos.

El mismo término adquiere diferentes connotaciones, dependiendo de los teóricos que lo utilicen para referirse aparentemente al mismo fenómeno. Un ejemplo de ello serán los nombres de amor a sí mismo (self-love), autoconfianza (self-confidence), autorrespeto (self-respect), autoaceptación (self acceptance), autosatisfacción (self satisfaction), autoevaluación (self-evaluation), autovaloración (self-appraisal), autovaloración o autoaprecio (self-worth), autoestima (self-esteem), autopercepción (self-perception), también es utilizado en el sentido de adecuación o eficacia personal, en el sentido de suficiencia, congruencia del "self" ideal, ego o las fuerzas del ego. Todos estos términos denotan procesos básicos de las funciones psicológicas que pueden ser descritas, también, como la autorregulación o el autoafecto (self-affection), o como la combinación de ambas (3).

Todos los términos citados, a veces hacen referencia a un mismo proceso y otras, en cambio, a procesos mutuamente excluyentes. Sin embargo, parece haber cierto acuerdo entre los autores, acerca de que el autoconcepto engloba a todos los anteriores (4,5,6).

De acuerdo con Vate San Pedro (7), "toda persona tiene un conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí mismo, esto es lo que constituye lo que conocemos como el concepto personal o autoconcepto. La autoestima es la propia satisfacción con su autoconcepto".

Wylie (5), hace una distinción entre conducta fenoménica (conciencia) y no fenoménica con respecto al autoconcepto. En el primer caso, se supone a la persona capaz de autoevaluarse y en el segundo caso no, ya que operan factores inconscientes que la persona no controla.

A partir de este punto, es de suponerse que los métodos, conceptos y resultados varíen significativamente respecto al

autoconcepto. Los autores que sostienen la teoría del inconsciente encontrarán la evaluación propia distorsionada por factores intrínsecos y/o extrínsecos relativos al individuo, que modifican sustancialmente su punto de vista respecto al "sí mismo" y por lo tanto su evaluación, la cual no será confiable.

Aunado a lo anterior, la diversidad de nombres, ofrece una desventaja más, y es que la tendencia del investigador respecto a la autoestima alta o baja, relativa al concepto de normalidad, está dada de antemano.

Tanto Wylie (5) como Wells(3), después de analizar la problemática de autoconcepto y la autoestima concluyen que las contradicciones en el tema se deben a que no existen criterios universales acerca de lo que es el "ego", el "sí mismo" y el "yo", punto de partida de las teorías sobre autoconcepto y autoestima.

Por otra parte, cualquier método utilizado para inferir esos procesos es criticable, pues ninguna teoría ha adquirido consenso, de ahí que la técnica empleada provoque grandes controversias entre los teóricos que la manejan.

De cualquier forma Wells, apoya la investigación al respecto, dado que estos constructos son necesarios y útiles para la investigación psicológica.

1.2. Antecedentes históricos del autoconcepto

Como se mencionó anteriormente, el autoconcepto es una parte del "sí mismo", por ello, antes de abocarse de lleno a la teoría de Rogers, es necesario señalar algunos puntos de vista relevantes respecto al "sí mismo" relacionados con el autoconcepto.

William James (citado en 8) considera el concepto de "sí mismo" según tres aspectos: 1. sus elementos constituyentes, 2. los sentimientos del "sí mismo", y 3. las acciones destinadas a la búsqueda y a la preservación del "sí mismo".

Los constituyentes del "sí mismo" son el "sí mismo" material, el "sí mismo" social, el "sí mismo" espiritual y el "yo" puro.

El "sí mismo" material consiste en las posesiones materiales del individuo: el "sí mismo social" se refiere a cómo es considerado por sus semejantes; y, el "sí mismo espiritual" comprende sus facultades y disposiciones psicológicas. James no acepta el concepto del "yo puro kantiano"¹ y concluye que, para la ciencia natural de la psicología, el "yo" puede ser definido como la corriente de pensamiento que constituye el sentimiento propio de identidad personal. El "yo" es un fenómeno consciente, por ello, la evaluación que la persona tenga de sí, dependerá de sus aspiraciones. Una persona tiene alta autoestima según el grado en que sus aspiraciones y logros converjan.

Cooley (citado en 3) habla del "sí mismo" pero desde una perspectiva sociológica, postula que la concepción que un individuo tenga de sí mismo, está determinada por la percepción que los otros tengan de él. De esta forma, la idea de "sí mismo" consta de tres elementos principales: la imaginación de nuestra apariencia a otras personas, la imaginación de sus juicios de esas apariencias y algunas clases de sentimientos propios. Cooley distingue el "sí mismo" empírico o social y los propios sentimientos, aunque parece referirse hacia una distinción de objetividad-subjetividad.

Habla de la formación del "sí mismo" a través de la interacción con los otros: ve en él una especie de instinto que funciona como unificador y estimulador de la conducta individual, y adopta la misma clase de motivo hacia la

¹. Kant afirmaba que nunca experimentamos el "yo" conocedor del mismo modo que el "yo" objeto. El "sí mismo" conocedor es un "yo" trascendental o puro, que existe y abarca, pero no es abarcado. La solución opuesta es presentada por William James y Dewey, quienes sostienen que no existe un conocedor sustantivo distinto del proceso de conocimiento. Cada momento de la conciencia se imbrica con el momento previo y el conocedor está de algún modo sumergido en lo que es conocido. Únicamente cuando detenemos el proceso normal del conocimiento y reflexionamos sobre el mismo, nos imaginamos que existe este problema. El conocedor no es otro que el propio organismo (2).

aprobación del "sí mismo" que James. En Cooley, este motivo es innato y funciona para la sobrevivencia individual en el ser humano. Como en James, el "sí mismo" es un proceso consciente; sin embargo, permite la preconsciencia o la clase habitual de conducta.

George Herbert Mead (citado en 9) ve al "sí mismo" como un fenómeno social, como el producto de las interacciones en las cuales la persona se experimenta a sí misma como reflejada en la conducta de otros.

Para Mead, la conducta humana está identificada con la apariencia del "self". La inteligencia y conducta racional son la autoconciencia y están relacionadas, y, además hacen posible, por la habilidad de las personas, la toma de roles respecto a otro y el verse a sí mismo como objeto. Este proceso solo es posible a través del uso de símbolos significativos. Aún cuando Mead habla también de un proceso consciente, hace la diferencia entre la preconsciencia y la conciencia.

Asigna al lenguaje la parte esencial del descubrimiento y de la operación del "sí mismo" como símbolo o como proceso; de cualquier forma será el "sí mismo" un fenómeno reflexivo y como base de ello todas las medidas y manipulaciones del autoconcepto.

Para Freud (citado en 3) el ego es la estructura que surge como resultado del contacto con la realidad social. Sin embargo, la distinción entre el ego y el "self" no es del todo clara. Las nociones de superego y ego ideal representan los aspectos sociales desde los cuales la autorregulación es hecha aunque no constituyen lo que se ha venido llamando "yo" social. A diferencia de otros, Freud describe el proceso de autorregulación no como el resultado de repetidos refuerzos o como la historia de sucesos y hechos, pero sí como el resultado de la identificación con el ego ideal.

Las teorías que han sido influenciadas por el psicoanálisis van más enfocadas hacia el "sí mismo". Para Adler, Horney,

Fromm y Sullivan (citado en 3) el "sí mismo" es una estructura reflexiva que tiene muchos más significados.

Todas estas teorías neofreudianas incluyen al inconsciente, al preconsciente y a la conciencia como partes del "sí mismo". Esto se puede contrastar con las teorías fenomenológicas, como en Mead, donde no tienen tanta importancia estos procesos.

1.3. Fundamento

En esta sección, se presentarán los elementos teóricos subyacentes al problema de investigación, las aproximaciones teóricas relacionadas al problema, las definiciones de los conceptos más relevantes, así como las divisiones o clases que presenta el tópico a estudiar.

Como se ha observado, al estudiar los antecedentes del autoconcepto, surgen autores que hablan del "sí mismo", del "yo", o del ego; ahora bien, ¿qué relación hay entre uno y otro con respecto al autoconcepto?.

Según Nava Hernández (10) la problemática en torno al concepto psicoanalítico del "self", comienza con Hartman, cuando hace la distinción entre el "yo"-como sistema psíquico- y el "self" como concepto referido a uno mismo. Así, el yo como concepto psicoanalítico, no es sinónimo de personalidad, ni de individuo y es algo más que la concientización del sentimiento de sí mismo.

Para Erickson (citado en 8) el "yo" será el sujeto y el "sí mismo" el objeto. El "yo", como instrumento central y organizador se enfrenta durante el curso de su vida con un cambiante "sí mismo" que, a su vez, exige ser sintetizado con "sí mismos" abandonados y anticipados. La identidad del "sí mismo" es el resultado de todas esas experiencias en las cuales un sentido de autodifusión temporal está contenido con éxito en una autodefinición y un reconocimiento social renovados y cada vez más realistas.

Según Vázquez (11) el "yo" es el concepto de identidad del ser humano que persiste como entidad ontológica a través de su vida. El autoconcepto forma parte de ese "yo"

estrechamente vinculado con el ego y los diversos "sí mismos" de la personalidad. El autoconcepto es lo que la persona sabe de su propio "yo".

Si entendemos al "sí mismo" como objeto, nos referiremos a las actividades de la persona y a la percepción de ella misma, es decir, la imagen que uno recibe cuando se le pide a alguien que la describa.

Como proceso, el "sí mismo" es la adaptación al medio, el pensar, el percibir, o sea la actividad del individuo.

Según Nava Hernández (10) se distingue entre el "self" como sujeto o agente ejecutor y el "self" como objeto del propio conocimiento y evaluación de la persona. El "self" como objeto es lo que se entiende por autoconcepto.

Para Epstein (9), el autoconcepto está incluido en la teoría del "self". El propósito fundamental de la teoría del "self" es optimizar el balance entre el placer y el dolor, así como facilitar el mantenimiento de la autoestima y organizar los datos de la experiencia de manera que pueda ser ligado con la efectividad.

Para Hilgard (12), los motivos humanos deben ser entendidos en una relación entre biología y cultura; y los mecanismos defensivos del ego solo son comprensibles si aceptamos la concepción del "self", lo cual implica el autoconcepto, que a su vez nos brinda dos ventajas: ver al "self" dentro de la conciencia y permitir a un observador externo inferir al "self".

El "self" tiene dos aspectos, la continuidad y la autorregulación y autocrítica. La continuidad de las memorias mantiene la identidad personal y la autoconciencia del "self" como un objeto de valor que organiza muchas de nuestras actitudes.

Como observamos, todos estos teóricos hacen referencia a una identidad, a una conciencia de sí, a las actitudes que están relacionadas con la efectividad de la actuación del individuo para designar al autoconcepto y sus necesidades en una teoría psicológica.

El "yo" o ego, sería la instancia psíquica que se forma a partir de que un individuo entra en relación con otro², abarcando desde la inconsciencia hasta la conciencia; el "self" o "sí mismo" serían una parte diferenciada y consciente del "yo", que contiene aspectos evaluativos y afectivos englobados en el autoconcepto.

Sin embargo, hay autores que no aceptan en el "self" dicha conciencia y por ello rechazan la autorregulación por parte del sujeto, argumentando que en ella operan factores inconscientes que el individuo no puede controlar y que determinan en gran medida, su evaluación, la cual no puede ser objetiva.

El término de "self", muestra dificultades para ser definido de manera consistente, se distingue al "self" y al autoconcepto por la flexibilidad. El "self" es utilizado ambiguamente para referir tanto al objeto de las cogniciones particulares como al lugar de las cogniciones mismas.

No es apropiado solo hablar del "self" sino hablar de manera más explícita de sus estructuras o procesos - autopercepción, autoconcepción, autoestima, autorregulación, etc.- Por ello se utilizan en una discusión particular y reflexiva términos que especifican el fenómeno de interés. Wylie (5) emplea el término de autoconcepto para denotar aspectos actitudinales de esas percepciones.

Rosenberg, Turner y Shibutani (citado en 3) refieren una situación propia a las autoimágenes, las cuales reproducen el autoconcepto. Otros autores hablan de representaciones o de autorretratos, así como de autoestima, autorregulación y autoaceptación.

Schwarzer (14) habla de autoconcentración, que está directamente vinculada con la autopreocupación, la cual

2 Algunos teóricos como por ejemplo Igor Caruso, señalan que la socialización comienza desde la vida uterina en donde la aceptación o el rechazo son factores fundamentales para la humanización del sujeto (13).

incrementa el autoconocimiento por un lado y la ejecución por el otro.

Tanto la conciencia como la autoconcentración hacen ciertos aspectos del "self" y lo motivan a reducir las discrepancias. Schwarzer menciona además, la autoeficacia, la cual puede ser definida como una acción percibida hacia el exterior atribuida a las propias habilidades. Es adquirida por experiencias directas, indirectas o simbólicas. Ella es responsable de la selección de las acciones para la movilización de los esfuerzos y la persistencia en la resolución del problema, este constructo permite la definición de una parte de la ansiedad. A pesar de todos los términos expuestos, Schwarzer prefiere una conceptualización más amplia que sugiera el uso de variables tales como: autoeficacia (esperanza vs. duda), autodetenimiento (preocupación) y retracción mental (cognición escapatoria) como elementos constitutivos de la ansiedad y de su tratamiento.

Toda la literatura, en general, hace referencia a diferentes aspectos de la conducta reflexiva distribuyéndola en procesos o conductas del "self", tendiendo a darle un sentido de fenómeno observable más que una entidad psicológica hipotética.

Observemos algunas definiciones de autoconcepto y veamos estos elementos.

Rosenberg (citado en 10) define el autoconcepto como la totalidad de pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo como objeto.

El autoconcepto no es el ego de Freud, sino que el ego protege y aumenta el autoconcepto, pero no constituye el autoconcepto. Para Rosenberg, los componentes del autoconcepto serían: 1) el "sí mismo" existente, en donde encontramos las subdivisiones de partes, relación, dimensión, contenido y límites; 2) el "sí mismo" deseado, que incluye la imagen ideal, de compromiso y moral; y, 3) el "sí mismo" presentado, que engloba cumplimiento de metas, objetivos y

valores, consistencia de sí mismo junto con la autoestima y la internalización de roles sociales.

Por su parte, Schwarzer (14) concibe al autoconcepto como la información total de la autoreferencia que el individuo procesa, almacena y organiza de manera sistemática. Es el conocimiento organizado de uno mismo.

Lecky (citado en 15) identifica al autoconcepto como el núcleo de la personalidad y define a ésta como la organización de valores que son consistentes unos con otros. La organización de la personalidad es considerada dinámica e incluye la asimilación continua de nuevas ideas y el rechazo de las viejas. El autoconcepto determina qué conceptos son aceptables por asimilación dentro de la organización total de la personalidad, solo cuando está libre de presión puede integrar las percepciones.

Byrne (citado en 16) dice que, en términos generales, el autoconcepto es la percepción de nosotros mismos; en términos específicos, son nuestras actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y adaptabilidad social.

Cooley y Shibutani (citado en 6) definen el concepto del "yo" como lo que significa para sí mismo un individuo, el modo regularizado en que una persona actúa con referencia a ella misma. Es tanto sujeto como objeto de sus propias actividades. De acuerdo a como se percibe a sí mismo, su cuerpo, lo que posee, sus éxitos y fracasos, se formará el concepto de "sí mismo", ya sea como una persona competente o incompetente. Su autoconcepto le permitirá tener una concepción de su autenticidad e integridad personal, cuanto más positivo sea el autoconcepto, la personalidad será más íntegra y estable.

Wells y Maxwell (citado en 16) mencionan que el autoconcepto es generalmente descrito en términos de actitudes reflexivas, las cuales son usualmente consideradas en tres aspectos fundamentales: el cognitivo (el contenido psicológico de la actitud), el afectivo (una evaluación

relacionada al contenido) y el connotivo (respuestas de comportamiento a la actitud). La autoestima es comunmente identificada con el segundo aspecto, lo cual es considerado principalmente como motivacional.

Para W.H. Fitts (citado en 11) el autoconcepto es el criterio que una persona tiene de sí misma, es la descripción más completa que una persona es capaz de dar de sí misma en un momento dado. El énfasis recae en la persona como objeto de autoconocimiento, pero por lo general, incluye el sentimiento de lo que la persona concibe de cómo es el "sí mismo". Los componentes del autoconcepto son tres: un componente perceptual, que es la forma en que la persona se percibe a sí misma, dicha percepción está compuesta de las impresiones que las demás personas tienen de ella; el componente conceptual que se refiere a los conceptos que la persona tiene de sus propias características, habilidades, recursos, fallas, limitaciones, así como la concepción acerca de su pasado y su futuro; y el componente de actitudes, que incluye sentimientos acerca de sí mismo y su desenvolvimiento ante el "status" y frente a su futuro.

Maslow (citado en 17) afirmó que los motivos humanos pueden ser organizados en una jerarquía (necesidades fisiológicas, necesidad de seguridad, de pertenencia y amor, de estimación incluyendo el respeto a sí mismo y sentimientos de éxito y, finalmente, la autorrealización).

Las necesidades de estima representan el deseo por una evaluación -de sí mismo, de autoestima, de autorrespeto y de la estima de otros- estable, alta y firmemente fundamentada.

En realidad, hay dos subseries de necesidades en esta categoría. Una, el deseo de fuerza, de logro, de adecuación, de dominio, competencia y confianza frente al mundo así como de independencia y libertad. Otra, el deseo de fama o de prestigio (definida como respeto o estima de otras personas), "status", dominación, reconocimiento, atención, importancia o apreciación. Hace hincapié en la necesidad del respeto de otros. La gratificación de esas necesidades provoca

sentimientos de confianza en sí mismo. dignidad, fuerza, capacidad y adecuación.

Para Shavelson, Hubner y Stanton (18) el autoconcepto - ampliamente definido- es la percepción que de ellas mismas tienen las personas. Las percepciones están conformadas a través de la experiencia con una interpretación del ambiente y están especialmente influenciadas por los refuerzos y evaluaciones de otras personas que sean significativas, así como de los atributos de la propia conducta. La organización del autoconcepto es jerárquica y multifacética, con percepciones promovidas de las inferencias en las subáreas del "self", áreas amplias y, finalmente, el autoconcepto. Según Shavelson, la organización multifacética se incrementa con la edad, depende de la categoría particular descubierta por el individuo y repartida en el grupo.

Según Marsh (19), Shavelson ve que el autoconcepto es tanto descriptivo como evaluativo sin hacer distinción entre autoestima y autoconcepto.

Siguiendo con Marsh, desde su punto de vista, se pueden identificar a los interaccionistas simbólicos (Rosenberg, Sherif and Sherif, Newcomb, Miller, Kuhn etc.) para quienes el autoconcepto es una mirada reflexiva de las percepciones de los otros, y la autorregulación es el producto de cómo nosotros pensamos lo que otros piensan de nosotros.

Shrauger y Schoeneman (citado en 19) no comparten la opinión de los interaccionistas, pues argumentan que la correlación entre lo que uno piensa de sí y lo que piensan los demás es baja.

Vázquez (11) afirma que el autoconcepto se basa en la identidad de la persona, pero alcanza su desarrollo gracias a dos fenómenos propios del ser humano: la autoconciencia y la autoaceptación. La autoconciencia es el acto por el cual la persona constituye su propio objeto de conocimiento, de acuerdo a ciertas categorías y atributos. La autoaceptación es el asumir la responsabilidad por la propia conducta, aceptando los elogios y las críticas de manera objetiva, sin

distorsionar los sentimientos, los motivos, las habilidades y las propias limitaciones.

Rudikoff (20) define el autoconcepto como el "sí mismo" percibido, con los atributos, los sentimientos y las conductas propias que son observadas subjetivamente y admitidas en la conciencia.

El concepto personal comprende la percepción individual de atributos, sentimientos y conducta en general. El ideal de uno mismo está constituido por los atributos, los sentimientos y la conducta que cada individuo desearía poseer.

El concepto del "self", agrega, es fundamental para la psicoterapia ya que es la parte que el individuo cambia en relación con las propias percepciones las cuales considera más confortables, seguras, menos cargadas de ansiedad y con una mayor posibilidad de realizar sus triunfos.

1.3.1. Investigaciones acerca del autoconcepto

En el intento por explicarse las funciones y características del autoconcepto se han realizado investigaciones que pretenden conocer la estabilidad, las propiedades y las diferencias del autoconcepto en poblaciones diversas, así como de encontrar relaciones causales entre el autoconcepto y algunas variables.

Shavelson y Marsh (citado en 14) subdividen el autoconcepto general en: académico, social, emocional y físico, cada uno de ellos puede ser a su vez subdividido.

Una jerarquía relativa y estable de cogniciones representa la manera como el individuo se ve a él mismo y también proporciona las categorías para la autopercepción y la autorregulación.

Los factores que confluyen en la formación de la autoimagen son: primero, la información directa o indirecta del mundo social; segundo, el proceso mediante el cual una persona lleva a su autopercepción y autorregulación, por medio de sus cualidades y atributos, las habilidades o causas. También la memoria examina y provee una recuperación

selectiva de la información acerca del "self". El fenómeno incluye a la reflexión y a la comparación. Estas comparaciones están basadas en las normas sociales, individuales o en criterios absolutos. Sin embargo, la manera más potente y eficaz para obtener conocimientos de las propias habilidades está basada en la comparación social.

Vázquez (11) aplicó la escala de Tennessee a 100 sujetos de escuelas diurnas de gobierno con el fin de observar si existían diferencias significativas en el autoconcepto entre hijos de madre soltera y de hogar integrado. Aunque hubo diferencias entre los grupos, tales como una mayor defensividad ante la situación de prueba -en los hijos de madres solteras con el objeto de presentar una imagen más favorable de sí mismos, ocasionando que su capacidad para la autocrítica esté un tanto alterada- a nivel global, no se encontraron diferencias significativas.

Con la misma escala Henze García (21) estudió a 15 muchachos entre 12 y 18 años, interesados en ingresar como seminaristas, con un diseño pre-post (20 días de diferencia) no encontró cambios significativos entre las dos aplicaciones.

Respecto a la estabilidad del autoconcepto, Shavelson (22) con un diseño pre-post, y utilizando 8 medidas de autoconcepto, encontró que el autoconcepto general, es tan estable como el autoconcepto específico. Observó que el éxito en una subárea específica se correlaciona con el área general del autoconcepto en cuestión, por ejemplo, el autoconcepto general de habilidad numérica se correlaciona altamente con el autoconcepto de matemáticas; sus datos indican que el autoconcepto es una estructura jerárquica y multifacética y apuntan hacia una relación causal entre autoconcepto y logro. Sin embargo, dada la naturaleza y el tamaño de la muestra sus conclusiones deben ser interpretadas con cuidado.

Jerusalem (23) estudió la estabilidad del autoconcepto académico de alumnos alemanes que terminaron la escuela

primaria e ingresaron a la secundaria. Aplicó la escala de Rosenberg, así como dos escalas de logro, la primera contestada por el maestro y la segunda por el alumno. Concluye que las diferencias subjetivas en las condiciones sociales dentro de la escuela secundaria tienen un fuerte impacto en la estabilidad del autoconcepto de los niños.

El autoconcepto está determinado por el desacuerdo entre la cognición autoreferida y el resultado de todas las experiencias previas en el contexto de logro referido. Al cambiar la nueva referencia de grupo, el individuo tiene que hacer una nueva revisión acorde con la realidad inmediata. Más allá de las referencias de grupo, la relación entre el autoconcepto y los logros tienen un carácter trascendente. Ni el descubrimiento de habilidades, ni el aumento de valor, por ellas mismas, pueden favorecerlo.

Las autoevaluaciones perjudican el incremento del autoconocimiento; por otra parte, la percepción del ambiente de aprendizaje produce cambios en el autoconcepto. También el percibir una atmósfera sin demandas excesivas, combinadas con un trato personal del maestro, ayuda a la obtención de cambios favorables. La retroalimentación social y un ambiente en la clase, subjetivamente amenazador, son determinantes negativos para el descubrimiento del autoconcepto.

Con el objeto de investigar la función de continuidad/discontinuidad y estabilidad/inestabilidad del autoconcepto, Silbereisen y Eyferth (24) hicieron un estudio con jóvenes berlineses. Partieron de la posición teórica de Filipp's para quien el autoconcepto es un aspecto de la experiencia y de la conducta; ambas con representaciones cognoscitivas resultantes del procesamiento de la información acerca del "self", que es buscado desde varios recursos interpersonales. El conocimiento de uno mismo abarca tres aspectos: a) el conocimiento de los resultados, por ejemplo del autoconcepto; b) el conocimiento de las modalidades del afecto; y c) el conocimiento de la

información relevante al "self". El estudio abordó estos tres aspectos. Las categorías del self fueron: autoestima, transgresión y relaciones sociales; cada área estaba contenida en 4 reactivos del cuestionario, el cual era tipo Likert.

Los sujetos seleccionados pertenecían a tres escuelas y a tres grados diferentes. El coeficiente de estabilidad fue de $p=0.43$ y el coeficiente general fue de $p=0.01$.

Se observó que a medida que el adolescente crece se torna menos interesado en las opiniones de los otros (parientes o compañeros de clase). A nivel general, no se encontraron cambios en los coeficientes, pero desde otra perspectiva, se evidenció una discontinuidad. La gente joven percibió diferencias en la significación de sus padres, de gente de su mismo sexo y del sexo contrario en la autoestima. La tendencia general de los jóvenes de mayor edad es la de incrementar la importancia de su autoestima, la amiga parece no tener significancia ética para los hombres, en contraste con las muchachas, para quienes éticamente, son significativos los hombres.

La Rosa (16) utilizando una escala de autoconcepto, construida por él mismo, con alumnos de la UNAM y de preparatorias pertenecientes a la misma institución, encontró que los hombres no primogénitos tienen un autoconcepto emocional más alto que las mujeres sean o no primogénitas.

En la dimensión ocupacional observó que los de mayor edad tienen puntajes más bajos; las mujeres que trabajan obtuvieron puntajes más altos que las mujeres que no lo hacen y que los hombres que trabajan. Además, los hijos de padres con mayor escolaridad mostraron en el área ocupacional puntajes más altos.

Marsh (19) aplicó un cuestionario de autoconcepto del tipo del diferencial semántico y una prueba de progresión de logro al iniciar el tratamiento psicoterapéutico y 6 meses después de éste a 15 alumnos de 5o. grado y a 14 de 6o. Los niños tenían habilidades académicas por debajo del promedio y

provenían de estratos sociales bajos. Utilizó un grupo adicional conformado por 5 grupos del 4o. grado de primaria de una escuela católica de Australia. Las edades eran de 8 a 11 años, los niños provenían de la clase media y poseían una habilidad escolar promedio.

La consistencia interna de las aplicaciones 1 y 2 muestran una estabilidad de la escala de $r = 0.87$ y de $r = 0.92$ para la puntuación total. La consistencia interna más baja ocurrió en la subescala de habilidades físicas y en la de relaciones con los padres; el autoconcepto académico resultó más consistente que el autoconcepto no académico, exceptuando la apariencia física.

Marsh sugiere que la estabilidad del autoconcepto puede ser evaluada en términos absolutos o relativos. La estabilidad absoluta implica que el autoconcepto promedio no varía. Es decir, las diferencias en cada una de las áreas referidas, son pequeñas y no sistemáticas.

La estabilidad relativa puede ser inferida de la magnitud de la correlación entre las medidas de autoconcepto en dos diferentes tiempos. El cambio representa el otro lado de la estabilidad, una pérdida de estabilidad indica que el cambio se está efectuando.

Desde esta perspectiva, para Marsh, los estudios del autoconcepto se encuentran en un dilema. Teóricamente, el autoconcepto general incorpora todos los componentes de la vida de la persona, por ello no es probable que aún un suceso dramático tenga gran efecto sobre el autoconcepto. Desde el punto de vista de la teoría de la medición es deseable que el autoconcepto sea estable

El incremento en el autoconcepto es frecuentemente un éxito buscado en un programa de intervención donde se supone que un cambio permitirá obtener otros logros deseables. Por tanto, el autoconcepto no debería ser perfectamente estable aún en los eventos menos dramáticos. Aquí es donde encuentra Marsh el dilema.

Los resultados empíricos ofrecen una respuesta aceptable para ambas posturas del dilema; el autoconcepto puede ser relativamente estable pero se dan cambios certeros y específicos para una dimensión particular del autoconcepto.

Padilla Olivares (6), en una revisión bibliográfica sobre el autoconcepto y apoyándose en McCandless, concluye que el autoconcepto del individuo es excepcionalmente complejo y para darle una definición más completa, deberá pensarse en tres componentes: su estructura, su función y su calidad. Dentro de su estructura, considera: 1. lo rígido o flexible, 2. lo congruente o exacto, 3. lo simple o complejo. 4. lo ancho o estrecho, 5. lo abierto o limitado. En lo que respecta a la función, es considerado como: 1. autoevaluativo, 2. predictor de éxito o de fracaso, 3. con funciones de potencialidad y beneficios sociales (autoestima), 4. determinado interna o externamente. En relación con su calidad, ésta puede ser: 1. alta o baja; favorable o desfavorable, 2. autoaceptación contra rechazo.

Epstein (9), resume las características del autoconcepto en siete puntos:

1. El autoconcepto es un subsistema con un grado razonable de consistencia interna, organizado por conceptos contenidos dentro de un sistema conceptual amplio.

2. Contiene diversos "sí mismos" empíricos tales como el "self" corporal, el "self" espiritual y el "self" social.

3. Es una organización dinámica que cambia con la experiencia, muestra una tendencia para asimilar el incremento de información con el cual hace manifiesto su principio de crecimiento.

4. El autoconcepto se descubre en la experiencia externa, particularmente en la interacción social con otros significativos para él.

5. Es esencialmente por la función del individuo que la organización del autoconcepto debe ser mantenida. Cuando la organización del autoconcepto se ve amenazada, el sujeto

experimenta ansiedad y centra su interés en defenderse de dicha amenaza.

6. Existen necesidades básicas de la autoestima, que están ligadas a todos los aspectos del sistema del "self" y, en contraste, casi todas las otras necesidades están subordinadas.

7. El autoconcepto tiene dos funciones principales: a) organizar los datos de la experiencia, particularmente aquellos que involucran una interacción social dentro de las secuencias predecibles de acción-reacción; y, b) facilitar el interés por satisfacer las necesidades, además de evitar la desaprobación y la ansiedad.

Shavelson (22) define el autoconcepto con siete características críticas muy semejantes a las anteriores, ellas son: organizado, multifacético, jerárquico, estable, tiende al incremento multifacético desde la infancia hasta la edad adulta, contiene una dimensión descriptiva y una evaluativa y, puede ser diferenciado de otros constructos como el rendimiento académico.

1.3.2. Autoconcepto. Niveles y ajustes

En las descripciones antes mencionadas, el constructo de autoconcepto suena similar, y es plausible que finalmente estén hablando de lo mismo. El significado del constructo, sin embargo, depende del contexto teórico, a pesar de la aparente equivalencia de términos. Así, las definiciones de autoconcepto virtualmente idénticas, no siempre arrojan las mismas predicciones conductuales. Cada una de estas definiciones implica alguna presunción acerca de cómo opera el proceso relevante de la definición, en particular, asume niveles óptimos con el funcionamiento personal.

Aquí, más que en ningún otro rubro, los términos de autoconcepto; y autoestima resultan intercambiables, como notaremos a continuación.

Cooley (citado en 6) afirma que la persona elegirá ciertas metas que le harán sentirse satisfecha consigo misma o autorrechazada; si se eligen metas excesivamente ambiciosas

quizá está intentando compensar un nivel bajo de autoestima, lo cual impide al sujeto ver sus debilidades, y, al no tener confianza en sí mismo, no reconoce sus limitaciones; así, construye una autoconcepción idealizada que lo llevará a sentirse satisfecho consigo mismo. Esto será un índice de la congruencia entre su concepto del yo y su yo ideal.

Para Coombs (citado en 6) una persona con un autoconcepto adecuado espera de la vida el éxito, su comportamiento sería, igualmente, portador de dicho triunfo. Si el autoconcepto es inadecuado, el individuo sentirá que no tiene éxito y encontrará el fracaso.

Al respecto, Schwarzer (14) habla de un mecanismo de predisposición (self-serving bias), en donde las personas se adjudican créditos por las buenas acciones y niegan su culpa por logros pobres. Esta estrategia aumenta el valor proyectado a la autoestima. Ello tiene un valor funcional para el mantenimiento del autoconcepto.

La gente depresiva evalúa de manera más realista que aquellas que tienden a sobrestimar sus capacidades. Los individuos normales tienden a amplificar sus atributos positivos, más que los negativos.

Por medio del mecanismo de predisposición, los sujetos pueden distorsionar la información de muchas maneras. Una evaluación positiva puede aumentar la autoestima y hacer menos vulnerable a la depresión a las personas. Una evaluación realista es poco favorable para la salud mental. Por otra parte, la ilusión de control permite una estimación baja para demandas académicas y seduce a la gente a seleccionar problemas difíciles, de lo que resultan fracasos inesperados.

Sin embargo, muchas veces las personas aceptan responsabilidad por logros negativos y niegan su crédito por actos positivos. Esto puede obedecer a la motivación de una autorepresentación favorable. Una imagen pública positiva requiere modestia, por ello, los pensamientos acerca de la propia competencia o moralidad son suprimidos en favor de una

declaración menos positiva a cambio de una autoestima pública más favorable. Ello se da, especialmente en personas cuya conducta está bajo escrutinio.

Las personas que aceptan un crédito injusto o indebido, a cambio de un logro exterior mayor pueden experimentar una invalidación de su declaración irreal por un fracaso subsecuente.

Por ello, el mecanismo de predisposición puede localizarse a nivel de la autopercepción o bien a nivel de la autodescripción, dependiendo de la clase de situación y del estado público o privado de la conciencia.

Leventhal y Perloe (citado en 6) describen a los sujetos de autoestima alta como personas influidas por el optimismo, la gratificación, las comunicaciones potencialmente autoestimables o autoevaluables; en cambio, los sujetos de autoestima baja, muestran características opuestas.

Para Rosenberg (citado en 16) una autoestima alta se relaciona con consecuencias sociales e interpersonales tales como menor timidez y depresión, más actividades extracurriculares y mayor asertividad.

Para Coopersmith (citado en 16) la verdadera autoestima ocurre cuando la persona se siente digna y portadora de valor, y la autoestima defensiva se da cuando el individuo se siente indigno, aunque no pueda admitir tal información por ser amenazante. Son cuatro las variables importantes en la determinación de la autoestima: los valores, los éxitos, las aspiraciones y las defensas.

Fitzgerald y Stomer (citado en 6) postulan que entre más incongruente sea el autoconcepto de sí mismo, menor será la posibilidad de lograr una personalidad integrada; cuanto más inestable, menor será la posibilidad de satisfacer el deseo de realización y existirá una mayor tendencia a sufrir una disfunción de rol.

Slipola (citado en 25) señala que una actitud negativa hacia el "self", que refleje la convicción del individuo de que es débil e inferior, lo puede llevar a concluir que no

vale la pena manifestar sus opiniones, ya que no puede afectar el curso de acción de un grupo. La expectativa de éxito, o de experiencias favorables, dan como resultado una actitud confiada, pero las de fracaso y rechazo, pueden dar como resultado un estado de aprehensión, angustia y falta de persistencia.

Según Wells (3) una autoestima alta es básicamente la perspectiva de la autoaceptación. De acuerdo con esta descripción, la persona con tal característica, tiende a la carencia de autoconfianza, depende de los demás, es precavida y utiliza una apariencia defensiva, no es imaginativa, es conformista, evita el autoanálisis y usa defensas represivas: es menos creativa y flexible, más autoritaria, infama a su "sí mismo" y tiende hacia demás formas de desviación o criminalidad.

En contraste, una autoestima baja, indica el uso de proyecciones o defensas expresivas, la poseen personas que tienden a escapar de sí mismas, a reprocharse y a incorporar información negativa.

Combs, Wissman y Ritter (citado en 3) sugieren que la relación entre autoestima y ajuste, más que positiva o negativa, es curvilínea. Las respuestas extremas no son buenas para un ajuste personal, y el centro representa un puntaje razonable y realista de la autoapreciación y de la autoaceptación y confianza.

Otro factor que se presta a discusión es la distinción, frecuentemente hecha entre la autoestima genuina y la observada (medida, autorreporte, presentada, etc.) Muchos teóricos sostienen que cuando una persona tiene un puntaje alto, puede tener un autoconocimiento genuino o una autoestima defensiva; en este caso la persona no puede admitir esta información de ella misma o se la oculta a las personas; consecuentemente, puede actuar como una persona que tiene una alta autoestima, pero tener una posición media cuando se le mide u observa.

La autoestima real y la observada no son necesariamente idénticas, es importante recordar esta distinción, cuando se comparan las predicciones, explicaciones y evidencias ofrecidas por diferentes perspectivas. Muchas de las discusiones y discrepancias en las investigaciones resultan de la distinción entre el concepto y la medida, y desde ella, las implicaciones de las evidencias empíricas. Muchas de estas evidencias opuestas, no pueden ser comparadas porque las medidas hasta ahora utilizadas no lo permiten.

Bailey (26), encontró que los alumnos con un buen desempeño académico tenían un autoconcepto alto, pequeñas discrepancias entre lo percibido y lo deseado y entre niveles de habilidad, grandes deseos de niveles superiores y poca discrepancia entre lo percibido y el nivel actual de habilidad en el colegio.

Crano y Crano (27) al investigar la interacción entre el autoconcepto y el tratamiento de la ansiedad en diferentes condiciones sociales de presión, observaron que la correlación entre autoconcepto y ansiedad es negativa, lo que indica que el autoconcepto alto está asociado con niveles bajos de ansiedad.

Akeret (28) en su estudio, encontró una correlación significativa y positiva entre las áreas del autoconcepto (valores académicos, relaciones interpersonales, ajuste sexual y emocional) y las áreas de autoaceptación. Concluyó que el autoconcepto, al abarcar diferentes áreas, no es un Gestalt unificada en términos de todo o nada, sino que cada dimensión es evaluada de manera diferente; por ello, el ajuste que hacen algunos autores entre el "self" y el "self" ideal lo considera limitado, pues el individuo no puede ni aceptarse ni rechazarse en todo.

Strong (29) al realizar un análisis factorial de las medidas del autoconcepto encontró diferentes componentes del autoconcepto: "self" percibido, "self" aceptado, "self" ideal y deseabilidad social.

Los factores asociados al autoconcepto provocan confusión por la influencia que marcan; esto es, si son, o no, determinantes y si se les puede considerar como predictores de la relación.

Las discrepancias entre los autoconceptos, "yo real" y "yo ideal", resultan más del autoconcepto que tiene el individuo en el momento, que de una discrepancia real. Es decir, los dos factores (discrepancia y autoconceptos) correlacionan altamente, sin embargo, la discrepancia considerada como un tipo de autosatisfacción, aumenta con el incremento de la edad, del coeficiente intelectual y de algunos otros factores. Al respecto, Bugental (30) aplicando la técnica "Who I am?" a 60 personas pasantes y graduados que se encontraban en un curso de entrevista, encontró que en la dimensión social del autoconcepto, el sexo y el estado civil eran muy importantes; en lo que respecta a la familia, había mucha variación; la edad, el nombre, el sexo y la posición social no eran significativos, tampoco se encontraron diferencias en la ocupación en donde existen afectos negativos y ambivalentes.

Tanto a Wylie (5), como a Wells (3) y a Strong (29); todas las técnicas para medir el autoconcepto les parecen insuficientes; el último autor enfatiza que lo expresado por el sujeto es extremadamente vulnerable a la influencia de las respuestas y a la sugestión; y que, cualquier intento de empatía, con o sin un profesional, dará como resultado la mejoría del paciente.

Padilla Olivares (6) resalta las limitaciones de los estudios sobre el autoconcepto: son investigaciones realizadas en países extranjeros, la congruencia de autoconceptos se estudia con base en otros factores, no existe unificación de criterios ni en la metodología ni en la teoría, la información es incompleta para la medición de variables, y en general, se caracterizan por la poca objetividad.

Resumiendo, en este capítulo se analizaron los antecedentes del autoconcepto, se mencionó, que dicho constructo obedece al afán de los teóricos por esclarecer las funciones del yo, del ego, del self o del sí mismo.

Sin embargo, toda vez que el autoconcepto es una función evaluadora del self, se confunde con otros términos que son el fundamento o la consecuencia de dicha evaluación, como ocurre con la autoestima, que vendría a ser el resultado, en términos afectivos, del autoconcepto.

Surge, sin embargo una interrogante, y es la concerniente a si el autoconcepto es una parte consciente o no del yo, del self o del sí mismo.

Quienes afirman al autoconcepto como una estructura consciente, aceptarán los métodos científicos que pretenden asociar algunas variables de manera causal al constructo además de evaluar si la terapia o eventos dramáticos modifican o no el autoconcepto.

La tarea anterior no resulta tan fácil en la medida en que al autoconcepto se le asocia con otra serie de percepciones, conocimientos, referencias y evaluaciones; y, por otra parte, se pretende identificarle con conductas de ajuste.

En este sentido, parece que el autoconcepto incluye lo que la persona se autoevalúa y las evaluaciones que de ella hacen otras personas, con base en lo anterior, es como la persona trazará sus metas contrastándolas con sus logros; de ahí el autoconcepto o el conocimiento de sí misma y las connotaciones afectivas dadas por la autoestima.

Parece, en general, que el autoconcepto se asocia de manera positiva con la edad, con la ocupación, el estado civil, la escolaridad y el lugar de nacimiento, y de manera negativa con el físico y con la ansiedad.

Se ha supuesto así, que el autoconcepto es consciente, estable, jerárquico y multifacético. Se ha hablado de un autoconcepto global y de diversas áreas que lo conforman, tales como el autoconcepto ético-moral, social, ocupacional, académico, etc.

Sin embargo, no existe acuerdo en señalar el nivel del autoconcepto con la salud del individuo, por lo que Combs y otros han sugerido una relación curvilínea y no causal entre autoconceptos altos o bajos y el consiguiente ajuste personal.

Existen algunos índices, sin embargo, dados por la pauta social y por mecanismos internos como el "self-serving-bias", que contaminarán las autoevaluaciones toda vez que el individuo intentará actuar conforme a lo que piensa que él es y por lo tanto se merece, sin despreciar lo socialmente aceptable; así es como se habla entonces del autoconcepto y su relación con la situación. De acuerdo con Schwarzer, el autoconocimiento, irá siempre en detrimento del autoconcepto elevado.

Por otra parte, si el autoconcepto es estable, y se pretende evaluar un éxito terapéutico a través de su cambio, se caerá en la paradoja señalada por Marsh, en donde desde el punto de vista de la medición es deseable que el autoconcepto sea estable y sin embargo, desde la intervención, conviene que cambie.

De acuerdo a los medicionistas ortodoxos, para obtener una definición operacional aceptable debemos: 1. estandarizar, 2. ser lo más objetivos posibles, 3. cuantificar; con todo lo anterior, observamos, que la medición del autoconcepto, dista mucho de ser universalmente válida.

Por lo anterior, existen teóricos como Wells y Padilla a quienes las teorías sobre autoconcepto les parecen carentes de validez.

CAPITULO 2 COTERAPIA DE GRUPO

Antes de situarnos en el tipo de terapia que se llevó a cabo para la realización de este trabajo, brevemente describiré una historia sucinta de cómo ha ido evolucionando dicha técnica pues la terapia grupal fue en un inicio una psicología individual en grupo ya que sus precursores se encontraban todavía dentro del esquema médico, por un lado y con la dificultad teórica de desentrañar supuestos psicoanalíticos inmersos en una situación grupal, por otro.

2.1. Antecedentes

Durkin (31) señala a Pratt como el primer terapeuta de grupo y a Slavson como el padre de la psicoterapia; Pratt rompe, en 1941 con el tratamiento médico tradicional cuando emplea la terapia de grupo con tuberculosos, posteriormente, amplió su técnica a otro tipo de enfermedades. Lazell (1921) trabajó con psicóticos hospitalizados. Otros, como L.R. Wolberg y S. Hadden (1942,1953), introdujeron técnicas analíticas al trabajo de grupos, ellos fueron los fundadores de la Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo.

El método de Slavson es analíticamente orientado y la interacción juega un papel fundamental. Wender, utiliza la interacción grupal y la discusión de la psicodinamia, combina la figura del padre con la del analista. Schilder es el único que, aplicando la técnica analítica interpreta resistencia y transferencia; él es quien ha provisto el modelo de terapia grupal que dominará por varias décadas.

Un contemporáneo de Slavson fue J.L. Moreno quien utiliza el socio y psicodrama; sus principios están más basados en los métodos sociológicos que en el psicoanálisis. Aunque Slavson y Moreno no se conocieron personalmente, estas bases ayudan a que durante los años treinta y cuarenta domine en el campo terapéutico la terapia de grupo, antes que las dinámicas grupales, el existencialismo o la teoría sistémica.

De esta manera, la terapia analítica de grupo combina procesos terapéuticos y grupales: desafortunadamente, la relación entre las contrapartes de la terapia analítica, no son siempre claramente concebidas; no están delimitadas de manera precisa, pero eso es inevitable en una nueva modalidad de tratamiento.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la terapia de grupo tuvo gran auge, pero fue necesario implementar otras técnicas debido al gran número de pacientes psicóticos por lo cual se basaron en el trabajo social de grupo, que incluye psicodrama, modificación de conducta y grupos "T".

Alexander Wolf, aplicando sus conocimientos obtenidos durante la guerra, tuvo como colegas y/o estudiantes a: Huhg Mullan, Max Rosenbaum, Milton Berger, C. Beukenkamp, Asya Kadis y Schwartz.

Mientras tanto en Inglaterra, Bion, junto con Tavitock y S.H. Foulkes, también emplearon sus experiencias adquiridas en los tiempos de guerra. Excepto Bion, los otros dos eran psicoanalistas quienes utilizaron los principios de la Psicología Gestalt y la teoría de campo de Lewin. Ellos llamaron a su tratamiento psicoterapia grupo-analítica para diferenciarla de la terapia grupal americana.

Cartwright y Zander, entre otros, contribuyeron a desarrollar las dinámicas de grupo y el tratamiento de grupos así como la integración del psicoanálisis con las teorías francesas que hablan de foco y del conflicto nuclear.

Desafortunadamente, algo que detuvo el desarrollo del estudio de los grupos, fue la objeción de algunos acerca de que era imposible dar terapia sin conocimientos de psicopatología; esto solo vino a confundir los principios entre psicología de grupo y psicoterapia de grupo.

Las polémicas posteriores, se refirieron a la cuestión de si las regresiones son válidas o de si el terapeuta debía manejar al grupo en el "aquí y el ahora"; pues opinaban que con las regresiones, el conflicto se agudizaba en vez de solucionarse. Hubo quienes pensaron que era mejor trabajar

la contratransferencia que el "insight" o bien la contratransferencia en vez de que el terapeuta expusiera verbalmente sus pensamientos.

Vemos que no basta transportar términos psicoanalíticos para hacer grpoterapia psicoanalíticamente orientada ya que el grupo tiene características sui generis, que aumentan nuevos retos, ampliando los horizontes del quehacer clínico.

Mientras estas polémicas continuaban, por otra parte, surgió el "movimiento de encuentro", que pretendía intensificar la experiencia emocional en la terapia de grupo. Entre sus técnicas se encuentran las sesiones maratónicas. Ellos asumen que la dinámica de la personalidad y el cambio conductual descansa en el mutuo encuentro emocional entre el terapeuta y el paciente; en el "aquí y ahora". Sostienen que el cambio se logra antes del "insight", no por él; ven al "insight" solo como la continuación, por lo cual toma, desde este punto de vista, un plano secundario en el tratamiento; pues piensan que la cognición (entendida como la interpretación analítica) interfiere con el proceso terapéutico. Esta innovadora técnica se sustenta en el holismo y en el humanismo filosófico. El conductor es espontáneo al utilizar la intuición para entender así la situación.

Entre los representantes del "Análisis Transaccional", encontramos a: Eric Berne, Mary y Robert Goulding; pero en opinión de Durkin, este método no es tan novedoso, toda vez que resulta una super simplificación de nociones psicoanalíticas tal y como lo demuestran los conceptos de padre, hijo y adulto.

Finalmente, dentro de las terapias grupales encontramos a las terapias familiares, las cuales han tenido gran aceptación y desarrollo. Se distinguen dos escuelas fundamentales: la de Ackerman, basada en el psicoanálisis y la sistémica basada en el modelo cibernético y representada por Bateson, Ruesch y los colegas de Palo Alto California (Weakland, Haley, Jackson, etc.).

Como observamos, la terapia de grupo no fue bien acogida, existían problemas respecto a las técnicas empleadas, arguyendo unos en favor y otros en contra de el regreso a la medicina, para consolidar posteriormente, una psicoterapia de grupo psicológica.

Entre los psicoanalistas, existió también un desacuerdo respecto a si la grupoterapia era una terapia individual en grupo; de ahí que Grinberg (32) distinga entre la psicoterapia "por" el grupo la cual sería unipersonal e introspectiva, en donde el terapeuta funge como líder y cuyos representantes principales son: Pratt, Marsh, Wender, Low, Lazel y Moreno; por otra parte estaría la psicoterapia "en" grupo, la cual es bi-personal o psicoanalítica; sin embargo, aquí el terapeuta sugiere el tema inicial de la sesión limitándose a la interpretación individual en el grupo; entre sus representantes señala Grinberg a: Slavson, Schilder y Klapman. Finalmente encontramos a la psicoterapia "del" grupo, basada, según Grinberg totalmente en el psicoanálisis sin desconocer lo benéfico del trabajo siempre en grupo; ya que a la manera Gestalt y de campo, destacan al individuo influido por los demás y actuando en función de ellos.

De acuerdo con Foulkes (33), para que la terapia de grupo, sea psicoanalíticamente orientada, es necesario: que la comunicación verbal se cambie en "asociación grupal" (asociación libre), que las comunicaciones y acciones de los participantes sean analizadas, comentadas, interpretadas y estudiadas por el grupo y que no se limite el análisis al contenido manifiesto, sino que incluya también el contenido latente.

En este sentido, la figura del terapeuta servirá de transferencia, de traducción e interpretación de los mecanismos de defensa; de esta forma el analista focaliza su atención y su interpretación en la relación entre la situación inmediatamente presente -el aquí y ahora- y el pasado del paciente.

Foulkes y Grinberg, retoman la polémica anteriormente señalada respecto al papel del analista y el trabajo en grupo. Un hecho significativo para la proliferación de la psicoterapia de grupo, además de lo económico en tiempo y esfuerzo, es que el punto de vista neopsicoanalítico nutre a la teoría grupal, enriqueciéndola con su concepción de individuo total en y por la sociedad.

De ahí la dicotomía intrapsíquico e interindividual, que como consecuencia de lo anterior, se genera.

Al respecto, Geller (34), apoyándose en la división intrapsíquico e interindividual, destaca a la terapia de grupo como el método apropiado para llevar a buen término la interacción de ambos componentes, pues a la vez que el individuo interactúa en y con el grupo, revaloriza situaciones similares a la suya en otros, facilitándose de esta forma el "insight"; puesto que se da cuenta de que sus distorsiones e incapacidades para la comunicación pueden alterar su percepción de la realidad.

En general, el clima afectivo del grupo es cálido, aunque no por esto, deje de haber identificaciones y proyecciones, problemas en la comunicación que generan sentimientos hostiles y agresivos.

El papel del psicoanálisis es básico en toda la serie de conceptos que la terapia de grupo utiliza: pero este tipo de tratamiento no toma en cuenta solo los aspectos patológicos sino que destaca al ser humano como una totalidad cultural.

En opinión de Geller, la psicoterapia no se limita tampoco al psicoanálisis individual en grupo, ya que permite a los participantes, por primera ocasión en su vida, exponer sus sentimientos, y al ser permisivo el ambiente, existe la posibilidad de realizar una evaluación objetiva de su conducta y de sus pensamientos ya que cuando estos son exhibidos hacen posible la conciencia de la conducta defensiva o sintomática. Así, los pacientes aprenden que el perder el control con afectos de hostilidad y agresión no constituye ninguna conducta dañina para ellos, sino que la

reacción de los otros pacientes a las hostilidades, permitirá evaluar la propia conducta. Al experimentar este acontecimiento, los pacientes pueden identificarse o no con lo narrado; de esta forma el individuo obtiene validez en sus concepciones morales y en sus reacciones emocionales frente al grupo. Aún y cuando el individuo difiera del resto, podrá no obstante, reflexionar entre sus conductas realistas y eficaces de aquellas defensivas e ineficientes.

Para Grinberg (32) lo que difiere en su tratamiento "del" grupo, con respecto a otro tipo de tratamientos es: la interpretación al grupo como un todo al señalar el clima emocional con sus oscilaciones y las fantasías subyacentes; la interpretación en función de los roles, en función de una situación o sentimiento común al grupo; la interpretación de la actitud y la fantasía del grupo hacia una persona (ya sea algún miembro del grupo o hacia el propio terapeuta); interpretaciones de los subgrupos como índices de desintegración del "todo" y como dramatización de las fantasías inconscientes; interpretación en función del aquí y ahora, configurando su campo la interacción y la sobreposición de las creencias y actitudes de cada uno de los integrantes hacia el grupo como una totalidad, hacia los miembros y hacia el terapeuta.

Contrariamente a lo anterior, Vassiliou (35) en su artículo, intenta mostrar lo obsoleto de las discusiones respecto a si la terapia de grupo es diferente de la terapia individual en grupo, así como la falsa diferenciación entre lo intrapsíquico e interpersonal.

Parte del concepto de synalactic que proviene del griego synallage (transacción), para mostrar cómo el individuo es siempre ser social; en este sentido, cualquier conducta verbal o no verbal de un sujeto "A" traerá consecuencias en "B", no de una manera causal sino que "A", también modificará a "C", "D", "E", etc. y estos al primero.

Con el objeto de ejemplificar lo anterior, analiza la problemática con la figura femenina de 3 sujetos que

conforman un grupo, dos tuvieron brotes psicóticos previos y el otro era homosexual. Este tenía 43 años y los otros 21 y 20 años.

La coterapeuta mujer, fue objeto de agresiones "encubiertas"; cuando los terapeutas confrontan lo anterior, se aclara la incomodidad que su presencia despierta en el grupo. Todo esto fue analizado verbal y gráficamente por medio de dibujos que los mismos pacientes hicieron y discutieron hasta crear una imagen colectiva. Los autores demuestran que el compartir experiencias, identificarse, rechazarse, etc., conforma lo sinalagmático es decir, la reciprocidad de la situación que es siempre social y por ende bilateral por lo cual, resulta estéril toda diferenciación arbitraria del tipo: "dentro", "fuera", "en" "de", etc.

El problema relacionado con la clasificación de los tratamientos, no acaba ahí, pues el hecho de aceptar la orientación psicoanalítica con muchos términos importados del psicoanálisis, como el de transferencia y el de contratransferencia, genera aún mayor controversia.

De acuerdo con Rabin (36), no existe consenso acerca del significado de la contratransferencia pues:

1. De acuerdo con Flescher y Lewin, la contratransferencia incluye todos los sentimientos, actitudes y necesidades del terapeuta (conscientes e inconscientes) que afectan el impacto con el paciente.

2. Annie Reich elimina la conciencia y dice que la contratransferencia envuelve todos los sentimientos inconscientes del terapeuta, actitudes y necesidades que afectan al paciente.

3. Grotjhan considera que la contratransferencia es la transferencia del terapeuta hacia el paciente o hacia el grupo.

4. Schwartz y Wolf definen la contratransferencia como el encuentro del terapeuta con los deseos transferenciales del paciente.

5. Ormont define una especial clase de ayuda contratransferencial, la llama "contratransferencia objetiva". Esta contratransferencia incluye sentimientos conscientes y realistas; inducidos por el paciente o el grupo en el terapeuta.

Hay dos contribuciones importantes a la terapia de grupo una hecha por Zanvel Liff (citado en 36) quien ve a la transferencia hacia el grupo como un todo, y destaca a la familia, que, como grupo primario nos dará la pauta para nuestro comportamiento en los grupos subsecuentes en donde interactuemos.

La otra contribución importante, parte de la idea kleiniana de madre buena y mala; sin embargo, estos sentimientos son altamente inconscientes como para ser percibidos tanto por el terapeuta como por el grupo.

Acerca de la exposición de los sentimientos del terapeuta a los pacientes existen varias posturas; Paula Heiman (ibid) considera que nunca deben exponerse estos sentimientos ya que en su opinión eso se acerca más al terreno de la confesión y sobrecarga al paciente.

Otros analistas consideran que la autoexposición interfiere con la claridad de la proyección del paciente.

Contrariamente, muchos analistas consideran que el terapeuta puede compartir sus sentimientos y fantasías (contratransferencia o similar) de manera infrecuente y bajo circunstancias muy especiales. Ellos creen que el no compartir estos sentimientos, que a final de cuentas, los pacientes perciben puede crear mucho más interferencia y distorsión que beneficio; no se trata de que el terapeuta se analice sino más bien, que a partir de sus sentimientos trabaje con el grupo.

Hugh Mullan (ibid) junto con otros terapeutas de grupo, y sobre todo con aquellos conocidos como experienciales o existenciales creen que el modelar la conducta auténtica del terapeuta de la contratransferencia y de las reacciones no

contratransferenciales es esencial para la práctica de una práctica efectiva de grupo.

Con base en lo anterior, Rabin comenta que este problema es además de crucial dentro de la terapia, complejo, pues por un lado, si la contratransferencia, suponiendo que sea una, es inconsciente ¿cómo manejarla? y, si ésta se basa en los sentimientos y fantasías del terapeuta y del grupo ¿cómo hablar de objetividad en el tratamiento?. Deberíamos en este sentido, especificar cuales son las contratransferencias que ayudan o impiden el cambio terapéutico.

Para complicar aún más todo, y limitándonos a la terapia grupal psicoanalíticamente orientada, las técnicas, la selección de pacientes y el tipo de modalidades que en este campo se den constituyen una fuente más de polémica y de controversias.

Una de estas modalidades, dentro del terreno grupal, lo constituye la coterapia.

2.2. Coterapia

Existen varios nombres para designar el mismo proceso terapéutico en donde se encuentran dos o más terapeutas que se encargan del grupo tales como: terapia con dos terapeutas, terapia dual, psicoterapia múltiple, terapia colaborativa³ etc. (37); aunque hay también quienes designan con el nombre de coterapia a los observadores y al equipo de supervisión; sin embargo, la coterapia solo existe cuando dos o más terapeutas tienen una relación horizontal.

De acuerdo con Martínez Bouquet (citado en 38), la coterapia debe: operar en absoluta condición de igualdad en lo que se refiere a importancia, funciones, operación y jerarquía; enriqueciendo la visión del grupo con diferentes enfoques; se pueden dividir las funciones: uno de los terapeutas se puede meter emocionalmente más que el otro; uno puede ver lo individual y el otro lo grupal, un terapeuta

³ Dentro de esta puede citarse al grupo de pacientes psicósomáticos en donde trabajan juntos el médico y el terapeuta.

puede arriesgarse a profundizar en las interpretaciones, mientras que el otro está presente para contener la angustia del grupo.

Desde el punto de vista de los pacientes, la coterapia produce una acción catalítica y de facilitación de las fantasías inconscientes donde se desmitifica la imagen idealizada y omnipotente del terapeuta, que tiene un carácter defensivo. El grupo y los terapeutas "se piensan mejor" (elaboración en conjunto de la transferencia grupal, metabolización de las identificaciones proyectivas del grupo).

Es habitual, sin embargo que el grupo, como un mecanismo de defensa, tienda a disociar a la pareja terapéutica.

Por lo anterior, Bejos Lucero (37) comenta que los coterapeutas, antes de iniciar la práctica terapéutica deben aclarar los siguientes factores:

a) Factores externos: estos son los primeros en actuar sobre el grupo, sexo, edad, raza, etc.. deben tomarse en cuenta, señalarse y manejar aspectos como el nombre, apellido, título profesional, si se hablan de usted o de tu, el dueño del local en donde se lleva a cabo el tratamiento, etc.

b) Factores caracteriológicos: rasgos de pasividad, ternura, agresión, monopolización de las sesiones, estilo, dicción, etc.

c) Factores dinámicos: necesidad de sobresalir, de poder, de autoestima. Dobles mensajes, mecanismos de defensa, diferencias ideológicas, etc.

Tubert (citado en 37) señala el riesgo del doble mensaje contradictorio que consiste en pedir a los pacientes, por una parte, que se realice la comunicación en el grupo; y por otra, cuando existen dificultades entre los terapeutas, estos no son capaces de comunicarse entre sí.

Otra forma de doble vínculo se da en el caso de terapeutas con deseos de trabajar "juntos", ignorando las diferencias entre sus respectivos esquemas referenciales.

Debemos considerar en este punto, referente a la integración del equipo terapéutico, ciertas herramientas que son útiles para resolver las "zonas de conflicto" que pueden estar manifestándose en tensiones o escisiones entre los miembros; para ello es útil el psicodrama, el rol-playing, la asesoría o supervisión.

Dentro de las ventajas que la coterapia ofrece encontramos que el equipo terapéutico contiene mejor al grupo con sus emergencias y abate las necesidades contratransferenciales, aumenta la zona de elaboración y diálogo interclínico post-sesión.

De acuerdo con Yoffe (38), la coterapia conformada por una pareja de terapeutas heterosexuales, acelera, acrecienta y a veces magnifica los diversos tipos de transferencia y su correlato contratransferencial. Por ejemplo, los pacientes varones expresan fácilmente "su amor" por los terapeutas mediante expresiones o sueños característicos: mientras que las pacientes mujeres se mantienen más reservadas y a la expectativa.

La coterapia ayuda así mismo a disminuir la angustia que causa la ausencia del terapeuta. Por otra parte, el aprendizaje que la coterapia ofrece es múltiple ya que trabajando en equipo ambas partes aprenden diferentes maneras de dirigir al grupo y de observarlo (39), (40), (41).

De esta forma, aunque muchos son los trabajos que en coterapia se realizan, no hay bibliografía suficiente que aclare el cómo del proceso.

Biagini (42) comenta que para la integración del equipo terapéutico iniciaron alternando los roles activos y pasivos en un terapeuta, de tal forma que mientras una observaba el contenido manifiesto, la otra coterapeuta se centraba en el contenido latente, una observaba más la conducta individual, mientras la otra la grupal, etc.. hasta que, paulatinamente, lograron integrar ambos roles.

Una manera muy conveniente de lograr esta integración, además de las arriba señaladas, es no perder de vista el foco grupal e individual.

Carrillo (43) muestra los efectos de un cambio de observador en un grupo de psicoterapia analítica en la sesión número 150: tal cambio se considera brusco por realizarse sin previo aviso; además que el cambio de terapeuta incluyó el cambio de sexo que fue de masculino a femenino.

En esta experiencia el grupo realizó mágicamente sus deseos por separar a la pareja terapeuta-observador, y, al desaparecer éste, se lleva la locura grupal; por lo que el grupo sintió la necesidad de llenar el hueco, se produjo un estado de confusión que se interpretó como defensa para no entender ansiedades paralelas, y de culpas persecutorias por haber deshecho a la pareja.

Zimmermann (citado en 37) opina que la presencia del observador en el grupo es por regla general desventajosa para los pacientes, para el psicoterapeuta y para el proceso terapéutico. Sostiene, que existen otros métodos didácticos y de entrenamiento, derivados de los procedimientos de formación psicoanalítica, más adecuados.

En cuanto al observador, éste tiene el inconveniente de que su sola posición implique permanecer incapacitado de manifestarse durante la sesión lo que constituye una situación verdaderamente traumática que contraindicaría su presencia en el grupo.

Tales conclusiones abarcan aspectos relevantes para observar las ventajas y desventajas en el empleo de esta técnica.

Aronson y Feldman (44) quienes están igualmente en desacuerdo con el papel del observador comunican aspectos de su relación con los terapeutas: a) el observador intentó asumir el rol de supervisión del terapeuta; b) el terapeuta se sintió contratransferencialmente amenazado; c) el observador se identificó más con los pacientes. Además de que su rol como observador nunca fue ni objetivo ni estático.

Concluyen que la presencia con el rol impuesto y acalado del observador silencioso, se puede comparar con un factor traumático el cual es definido como el estímulo de fuente externa o interna de naturaleza sexual o agresiva que abruma a la personalidad del individuo en un momento dado.

El anuncio de la entrada del observador contiene una connotación traumática como se desprende de las fantasías de los miembros del grupo, del terapeuta y del observador.

Tal trauma depende de variables como: etapa de cohesión y elaboración del grupo, vicisitudes recientes del grupo y de la relación previa entre terapeuta y observador.

El grupo reacciona como ante una situación traumática en la que un "intruso" viene a interferir, anotar y presenciar una intimidad.

El observador reacciona en primera instancia con alegría, curiosidad, deseo de comprender lo que pasa y cooperar con el terapeuta pero con el transcurso de la experiencia, el observador va sintiendo una especie de aburrimiento, dificultad para comprender, disminución de su curiosidad y empieza a presentar problemas para asistir a las sesiones, esto se expresa con somnolencia, llegadas tarde, apatía como un intento de ocultar su resentimiento y competencia hacia el terapeuta, ya que se siente marginado y excluido con deseos imperiosos de hablar, pero con temor hacia la represalia.

Para el analista es también un hecho traumático, porque representa una interferencia en la dinámica de grupo y en sus relaciones con éste. Reacciona con fantasías persecutorias al sentirse observado de manera impositiva.

Con el fin de evitar lo anterior, puede entonces, recurrirse a la coterapia.

Biagini (42) reporta una coterapia de grupo, psicoanalíticamente orientada conformada por 10 pacientes al inicio y tres al final; hubo además un observador; se llevó a cabo con alumnos de Psicología durante un año, con sesiones de hora y media una vez a la semana.

La terapeuta se presentó en la sesión número 7, lo que permitió al grupo mostrar el fenómeno de desplazamiento, donde la agresión reprimida hacia la terapeuta, por el largo tiempo de espera y por la dinámica misma de la situación terapéutica, es depositada, por la representante de los miembros fuertes del grupo, en la mencionada coterapeuta. En ese momento se produce la primera escisión en el grupo, entre los miembros fuertes y débiles, siendo estos, quienes "rescatan" a la coterapeuta, intentando identificarse con ella.

A mitad del tratamiento aparecen manifestaciones de hostilidad evidente hacia las terapeutas, escindiéndolas como la terapeuta "buena" y la terapeuta "mala"; es en ésta fase también, donde algunos miembros comienzan a lograr avances terapéuticos significativos.

En la etapa final, la comunicación entre los miembros era de igualdad y de mucha cohesión (a estas alturas del tratamiento quedaban 3 miembros); las revelaciones de sí mismos se volvieron más frecuentes y espontáneas. Entre las coterapeutas, aunque quedaron satisfechas con los logros obtenidos por los pacientes, había preocupación por el futuro de los integrantes; también permitieron la entrada de preocupaciones personales, como una forma de no asumir el dolor de la pérdida del grupo. Los sentimientos contratransferenciales de la terapeuta observadora guardaron relación con el deseo de verse finalmente "integrada e individualizada por el grupo y finalmente salir del anonimato".

Comenta que en todos los pacientes, tanto en los que abandonaron el tratamiento como en aquellos que no, existieron cambios terapéuticos significativos manifestados por la modificación en los contenidos verbales, cambios conductuales en su vida cotidiana, modificación en las actitudes corporales y en los patrones de relación interpersonal y de los roles asumidos dentro del grupo.

Sugieren que para la creación de grupos terapéuticos debe existir mayor homogeneidad en la problemática presentada; similar nivel de motivación para la terapia y conciencia de enfermedad; también equivalente desarrollo yoico, super yoico y capacidad para establecer relaciones objetales.

Su propuesta en lo que a coterapia se refiere es que el terapeuta puede tener una función integradora y una función moderadora, de maneja alternativa.

Riveros (45) comenta: "de gran utilidad fue la propuesta de trabajo entre coterapeutas dada en cuatro modalidades descritas como: intervención libre de ambas coterapeutas, intervención de una coterapeuta durante toda la sesión mientras que la otra guarda silencio y observa, para luego invertir el proceso, intervención de una coterapeuta sobre lo grupal y de la otra sobre lo individual para luego invertir el proceso, intervención de ambas terapeutas en lo grupal y/o individual" esta propuesta en su opinión facilitó el aprendizaje, el manejo de la psicoterapia de grupo y también mejoró la relación entre las coterapeutas, al disminuir la competencia generada entre ellas, lo cual redundó en beneficio del grupo.

Yoffe (38) reporta un trabajo en coterapia, conformada por una terapeuta mujer y un terapeuta hombre; llevada a cabo durante 2 años; con pacientes de ambos sexos cuyas edades fluctuaban entre los 19 y 28 años, todos habían sido tratados previamente en psicoterapia individual, su diagnóstico era homosexualidad. Poseían, así mismo, nivel de inteligencia y capacidad de "insight" altos. Los autores comentan las reacciones provocadas por el grupo sobre el tema homosexual:

- aceptación de las propias fantasías homosexuales generadas por la transferencia grupal.

- reconocimiento de los propios núcleos homosexuales, parte de los cuales fueron tratados en el análisis personal y didáctico de otros como producto de la relación terapeuta-paciente.

- aceptación sincrónica de la identidad sexual de la pareja terapéutica en la relación transferencial.

- la sensación en diferentes momentos del proceso terapéutico de haberlos forzado a ser un modelo de identificación sexual para uno mismo y para el grupo.

Destacan los aspectos eróticos afectivos de la relación entre los coterapeutas que fueron captados (consciente e inconscientemente) por el grupo y que les sirvieron de modelaje y de espejeo para su propia elaboración. El grupo erotizaba su vínculo con la pareja terapéutica y en la fantasía erotizaba el vínculo entre los terapeutas como manifestación de una transferencia negativa al servicio de la resistencia, misma que fue trabajada a través de la interpretación.

En síntesis, la coterapia es una modalidad más de la terapia grupal y aunque su uso se extiende sobre todo en instituciones y más en instituciones educativas, como en el trabajo que nos ocupa; no siempre pueden elegirse los integrantes del equipo terapéutico lo cual resulta de fundamental importancia dado que, como señalan algunos autores, (41), (37), (40) en este trabajo deberá compartirse la ideología; así como establecerse una amplia comunicación sobre ésta, de lo contrario, más que obtener las ventajas de la modalidad, se prestaría a ser un vehículo de antagonismos y de divisiones para el grupo.

Por otra parte, aunque de alguna manera la coterapia venga a substituir al observador, de ningún modo deberá verse como un reemplazo de este, ya que plantea otro tipo de problemas específicos y algunas veces ajenos al trabajo del observador; incluso, puede optarse por las dos modalidades, es decir, coterapia con observadores, pues cada uno tiene una función diferente.

2.3. Terapia grupal breve y focalización

La coterapia grupal, con observadores, psicoanalíticamente orientada, con tiempo limitado y objetivo focalizado, fue el

tipo de tratamiento que se llevó a cabo en esta investigación, por lo tanto, abordaremos este enfoque.

El primer paso a seguir para iniciar este tipo de tratamiento es el de selección de pacientes.

2.3.1. Selección de pacientes

Como el tipo de terapia de grupo generalmente se lleva en instituciones, no hay consenso acerca de quienes sean los responsables de la admisión de pacientes ya que puede existir un departamento especial para tal fin o bien; ser los mismos terapeutas quienes seleccionen a los pacientes. Lo que si es importante es que exista comunicación entre los terapeutas y las personas encargadas de la admisión.

Grinberg (32), por su parte, evita todo contacto con los pacientes, por considerarlo "factor contaminante" de lazos afectivos que atentan en contra de la situación grupal.

Ezriel (ibid) considera que es mejor que los miembros se conozcan en la primera sesión ya que este encuentro, puede proveer material de gran valor para ser interpretado y constituir la base para el surgimiento precoz de las dificultades y diferencias individuales en el grupo.

Para Grotjahn (46) el hecho de que el terapeuta sea quien seleccione a los pacientes resulta muy valioso pues según él, el tratamiento empieza con la entrevista, además de establecerse la transferencia.

2.3.2. Tipo de Grupos

Los grupos pueden ser abiertos o cerrados.

En la primera modalidad, los pacientes pueden ingresar y salir del tratamiento sin que el grupo desaparezca. En los grupos cerrados, una vez constituido el grupo, se fija una fecha de terminación y hasta entonces podrán replantearse objetivos, los cuales pueden apuntar a la terminación o a la continuación del tratamiento.

Ambos tipos de grupo tienen sus inconvenientes; en el primero podría ser el hecho de que si se realiza el tratamiento en una institución, muchos aspirantes a

participar en este grupo tendrán que esperar a que se abra un nuevo grupo o bien, a que finalicen los grupos ya iniciados.

En los grupos abiertos no obstante, se corre el riesgo de que la moral del grupo disminuya al sentir a un nuevo miembro o al finalizar su tratamiento otro. Sin embargo, cualquiera que sea el ambiente del grupo el ingreso o egreso de un miembro provee al proceso de herramientas útiles para su trabajo e interpretación.

Los grupos también pueden ser homogéneos y heterogéneos (32, 33, 46, 47)

Los grupos pueden hacerse homogéneos de acuerdo a la edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico y cultural o bien en relación con los síntomas clínicos.

En las instituciones los pacientes se preseleccionan ya que estas cumplen funciones específicas con determinadas poblaciones.

Foulkes (33) distingue un tercer tipo de grupo que denomina el intermedio; en donde la selección se referirá a los rasgos de carácter.

2.3.3. Pacientes a quienes va dirigida

Existe consenso en la literatura con respecto a no aceptar en los grupos a personas que tengan lazos afectivos estrechos (pareja, familiares) puesto que además de evitar tratar asuntos íntimos, crearán subgrupos, desconectándose del resto y obstaculizando la transferencia terapéutica.

El problema anterior puede generarse cuando entre los pacientes existen miembros ya analizados y otros no.

Tanto Grinberg (32) como Foulkes (33) están a favor de los grupos mixtos; por contener estos mucho más material valioso a ser analizado, pero la selección con base en el diagnóstico, no deja de tener sus inconvenientes.

Slavson (citado en 47) sugiere 4 condiciones generales para la selección de pacientes: el paciente debe haber experimentado una "satisfacción mínima en sus relaciones primarias alguna vez durante su infancia", sus problemas sexuales deben estar reducidos al mínimo; debe poseer

suficiencia básica del yo y un "desarrollo mínimo del super-yo". Según el autor, son contraindicaciones los pacientes que muestran insuficiencia en sus relaciones primarias, las graves perturbaciones sexuales, el carácter regresivo infantil y el narcisismo extremo.

Los criterios anteriormente señalados producen cierta confusión puesto que según Anthony (ibid), aunque el individuo es una entidad, al entrar en contacto con el grupo se originan las "transacciones complementarias" que agrupa en 6 categorías: exhibicionista-voyerista; heterosexual-homosexual; sado-masquista; envidia del pene -orgullo del pene; maniaco-depresivo y progresión - regresión

Grinberg (32) recomienda no incluir en terapia grupal a pacientes en estados depresivos severos, ni personas con tendencias suicidas. Señala que los neuróticos y los psicóticos deben ser tratados aparte. En su opinión la terapia grupal da buenos resultados con pacientes borderline y homosexuales en un grupo de neuróticos; sin embargo, está contraindicado el borderline, llamado en palabras de Bach, el "monopolista crónico" que puede interferir en la cohesión grupal. En el concepto del mismo autor, tampoco deben integrarse pacientes que exhiben síntomas de grandes desviaciones sexuales por ejemplo, criminales o personalidades psicopáticas muy impulsivas.

Yoffe y Kadis (38, 47) han reportado excelentes resultados en grupos de psicóticos, alcohólicos y homosexuales.

En opinión de Feder (48) pareciera que la terapia de grupo psicoanalíticamente orientada, es eficaz en casi cualquier patología, lo que habría que evitar son los extremos, esto es, que en un grupo de neuróticos exista un psicótico, o bien, que en un grupo de homosexuales esté presente un heterosexual pues éste se sentirá único y diferente del resto, provocando sentimiento de extrañeza y de peculiaridad para la persona distinta; todo esto afectará la cohesión grupal. También puede suceder que el paciente distinto sea agredido por el grupo.

Grinberg (32) destaca la importancia de la terapia colectiva para perturbaciones neuróticas vinculadas a fuertes inhibiciones de orden social; puesto que en el seno del grupo se reproducen las características estructurales sociales del medio ambiente y que se suponen al encuadre familiar subyacente.

Slavson (citado en 48) divide a la psicoterapia de grupo en: de actividad y analítica; la primera modalidad sirve para niños en edad de latencia, para algunos psicóticos y seniles; y la segunda modalidad sirve para niños de varias edades, adolescentes y adultos que se encuentran seriamente enfermos.

Con respecto a la efectividad del tratamiento, la cual radica en opinión del autor, en lograr un mejor y mayor "insight". Slavson compara a la terapia grupal con el psicoanálisis individual, del cual parece no desprenderse: puesto que avala mayor poder al último por su capacidad de trabajar con el inconsciente; sin embargo, atribuye al terapeuta y no al tratamiento, cualquiera que éste sea, el éxito o el fracaso.

De acuerdo con Grotjahn (46), más que preguntarse si el paciente puede estar o no en grupo, habría que plantearse la cuestión de "¿qué grupo? y ¿cuando comenzar?", lo que nos refuerza el comentario de Feder de que si bien es conveniente evitar los extremos, todo tipo de grupos abiertos o cerrados, homogéneos o heterogéneos, presentan inconvenientes y ventajas que no pueden ser generalizadas para todos los casos, ni todas las situaciones.

2.3.4. Duración

Nuevamente encontramos diversidad de opiniones con respecto al lugar y a la duración del tratamiento. En general, se espera que sea de una hora y media a la semana, pero Grotjahn (46) evita que el tratamiento comience en la sala de espera, motivo por el cual inicia siempre 10 minutos antes y termina después de 2 horas.

Contrariamente, hay quienes promueven el diálogo antes de la sesión por favorecer la cohesión grupal y ser una herramienta terapéutica.

La sesión puede llevarse a cabo en instituciones, en consultorios privados o en lugares que tengan suficiente espacio y muebles que puedan moverse fácilmente y ser colocados en círculo.

En relación con el número de pacientes necesarios para iniciar la sesión, Montanelli (39) sugiere no comenzar si no están tres miembros presentes como mínimo.

Grinberg (32) aboga por iniciar la sesión con un paciente puesto que el paciente será el representante del grupo. Sin embargo, se le debe siempre consultar si quiere o no empezar la sesión.

La duración del tratamiento va de 6 meses para el proceso breve y de año y medio a dos años para el tratamiento promedio (49).

2.4. Terapia breve

Partiendo de la dualidad del paciente y de la polaridad que de ésta surge, se hace necesaria la flexibilidad en la elección de la técnica, en función de cada situación concreta; esta flexibilidad es rango distintivo de la psicoterapia breve, así como la de operar con una estrategia multidimensional.

En la terapia breve, el papel del terapeuta es fundamentalmente activo, a partir de evaluar la situación total del paciente, comprendiendo la estructura dinámica esencial de su problemática, elabora un plan de abordaje individualizado.

Este proyecto terapéutico establece ciertas metas fundamentales, desde luego limitadas, a alcanzar en plazos aproximadamente previsible. Para el logro de estos objetivos parciales, Fiorini (50), esboza una estrategia general, que comprende a su vez objetivos técnicos escalonados.

Esta centralización en la focalización, obedece al núcleo en donde las áreas de conflicto parecen ligarse a los síntomas, orientándose siempre por la clase de defensas que para ello deben fortalecerse y por las que deben atacarse.

Como la eficacia de la terapia breve depende de la focalización, el terapeuta deberá seleccionar los temas a tratar con base en el foco; de esta forma, el "tacto" terapéutico consistirá en seleccionar aquellas interpretaciones que posean mayor valor posicional; aunque por supuesto, será necesaria la flexibilidad que tendrá por guía la evolución del tratamiento.

Lo anterior, limita a la terapia breve en cuanto a su posibilidad de regresión transferencial; en la institución, la posibilidad se reduce a concentrar la transferencia en la relación con el terapeuta. Las proyecciones del paciente se diversifican en el contexto multipersonal, distribuyéndose en múltiples vínculos con otros miembros del equipo terapéutico, y con otros pacientes, tornándose más complejas las relaciones en el aquí y ahora de la sesión.

En psicoterapia breve, la orientación preponderante hacia la realidad actual extratransferencial se basa en la necesidad de ayudar al paciente a efectuar ciertas tareas integrativas inmediatas, a recuperar lo antes posible su capacidad satisfactoria. En consecuencia, el terapeuta actúa confrontando sistemáticamente al paciente con su realidad social, ambiental y con sus perspectivas frente a la misma.

Bellak y Small (49), partiendo de la idea de que la terapia breve debe dirigirse a la superación de deterioros específicos, y que toda situación que exige psicoterapia involucra el deterioro, en menor o mayor grado, de una u otra función del yo, piensan que la eficacia dependerá entonces, de que las intervenciones se dirijan a la reparación y a la restauración de las funciones del yo que se encuentren dañadas. Esta dirección tiende a producir la selección de intervenciones específicamente orientadas, que rinden frutos con más rapidez en virtud de su especificidad.

Fiorini (50) opina que a partir de una evaluación exhaustiva del paciente, que abarque tanto su historia dinámica como sus condiciones de vida actuales, pueden ser recursos de la acción terapéutica: ofrecer al paciente un clima permisivo, que favorezca la catarsis de sus fantasías, temores, deseos censurados en su medio habitual; en ese marco, favorecer el aprendizaje de la autorregulación, objetivación y crítica de sus conductas habituales, tanto en su interacción familiar como institucional. Alentar al paciente en la asunción de roles que fortalezcan, por el ejercicio, su capacidad de discriminación y ajuste realista. Apoyarlo en la elaboración de un proyecto personal, con metas que impliquen adquisición de cierto bienestar y autoestima, lo que significa el incremento de la conciencia de enfermedad y una más clara conciencia de perspectivas personales. Ejercer alguna influencia sobre las pautas de interacción familiar, favoreciendo su comprensión del sentido de la enfermedad, de los síntomas, orientándolo hacia un manejo más controlado de sus ansiedades y hacia la elaboración grupal de nuevos modos de ajuste personal.

Bellak y Small (49) piensan que es un requisito prácticamente universal de la psicoterapia breve, el prestar especial atención a la recuperación de la autoestima. En muchos individuos, la necesidad de pedir ayuda para la solución de problemas emocionales o mentales constituye una experiencia traumática, un golpe para la autoestima. La decisión de buscar asistencia es a menudo concomitante del sentimiento de no poder manejar los propios problemas, y no son pocos los que consideran que la necesidad de recurrir a la psicoterapia los expone al rechazo e implica cierto grado de reconocimiento del propio fracaso. Por ello, los autores aconsejan señalar a tales individuos los rasgos positivos de su vida, demostrarles que han logrado algunas cosas, que soportaron las dificultades, y que han asumido una actitud especialmente sensata al buscar asistencia para superar sus problemas.

Fiorini (50) intentando responder a la pregunta de qué es lo que produce el cambio, señala tres puntos principales: activación yoica, elaboración de un foco y relación de trabajo.

El foco puede irse extendiendo y adecuándose a la duración de las terapias que por su plazo pueden ser breves, moderadas y prolongadas.

Para poder estructurar el foco, se debe tomar el motivo de consulta, extrayendo el conflicto nuclear exacerbado, sin perder de vista la situación grupal que vive el paciente. Aquí pueden reconocerse aspectos histórico-genéticos individuales y grupales reactivados; otra zona integrante de la situación comprende el momento evolutivo individual y grupal, las tareas que se desprenden de necesidades propias de ese momento evolutivo y la prospectiva global que comporta esa etapa. Gran parte de la conflictiva agudizada en la situación deriva no solamente de la reactivación de conflictos infantiles, sino del choque entre las limitaciones dadas por la persistencia de esos conflictos y las necesidades propias de la etapa evolutiva abierta que urgen una satisfacción. Urgencias a la vez subjetivas (autoestimas) y objetivas (presiones sociales para la maduración y la eficiencia).

Esta zona de componentes de la situación, se pone en relación con otra zona de determinantes del contexto social más amplio. Un conjunto de condiciones económicas, laborales, culturales, ideológicas que intervienen de muchas maneras en la situación.

Fiorini sostiene la idea de situación como una entidad dialéctica en la que pueden existir conceptualizaciones psicodinámicas, comunicacionales o psicosociales.

El tratamiento focalizado, se concentrará en ciertos aspectos, pues existen mecanismos reguladores del foco como son: el paciente y su grupo familiar, el terapeuta y la institución y el proceso terapéutico.

Entre las técnicas que Fiorini destaca para ser utilizadas en la terapia breve están: interrogación, proporcionar información, confirmar o rectificar los criterios del paciente sobre su situación, clarificar de manera que los contenidos y relaciones del relato del paciente cobren mayor sentido; recapitular, señalar relaciones; interpretar, sugerir, indicar, encuadrar y meta-intervenir.

La terapia breve puede fracasar, igual que la terapia de grupo en psicopatías; no puede, en plazos limitados, producir cambios en la estructura nuclear de la personalidad aunque no por ello deja de producir cambios importantes. Un énfasis excesivo puesto en la comprensión racional, así como interpretaciones prematuras, pueden reforzar resistencias incrementando la intelectualización, el operar por sugestión puede impulsar a "la fuga a la salud" e inducir pacientes al "acting out".

Es útil este tipo de terapia para cuadros agudos, particularmente situaciones de crisis o descompensaciones. Situaciones de cambio, por ejemplo transición en etapas evolutivas (adolescencia, matrimonio, graduación, climaterio, jubilación). Trastornos reactivos en pacientes que conservan previamente un nivel aceptable de adaptación.

Fiorini, igual que otros teóricos por ejemplo Fromm Reichman, Sullivan, Mackinnon (51, 52, 53), destacan la importancia de la primera entrevista ya que ahí comienza la psicoterapia.

En síntesis, en este capítulo, se describió de manera sucinta, la evolución de la terapia grupal, cuyas modalidades son tan amplias que incluyen tanto la terapia familiar como la de pareja.

Pareciera que la evolución de la terapia grupal, tiende a consolidarse en el terreno psicológico, desprendiéndose cada vez más del ámbito médico, nutriéndose del psicoanálisis e integrando otras teorías que destacan la interacción y el papel social del individuo, hasta llegar a las técnicas francesas de foco.

Existen, no obstante, múltiples interrogantes al intentar renovar y adaptar el psicoanálisis clásico al tratamiento de grupo psicoanalíticamente orientado tales como la cuestión acerca de si lo que modifica el cambio se debe más a cuestiones afectivas o intelectuales: lo anterior atenta en contra del pretendido insight como único motor de cambio. También se problematiza acerca de la necesidad de fomentar la regresión o de trabajar en el "aquí y ahora".

Se habló de las técnicas fundamentales de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada, de las tesis que la sustentan, del tipo de grupos que existen, así como del tipo de pacientes a quienes va dirigida y de la duración del tratamiento.

Se aborda una más de las modalidades de la terapia grupal: la coterapia. La coterapia no es sinónimo de observadores toda vez que debe darse en condiciones de igualdad entre ambos terapeutas. Este equipo terapéutico, sin embargo, no deja de tener problemas y también grandes ventajas para la realización del proceso, en tanto que facilita la contención de la angustia grupal y enriquece la visión del terapeuta. Sin embargo, existe escasa bibliografía sobre el tema, y en la existente se enfatiza sobre sus ventajas y desventajas descuidando el cómo del proceso.

Finalmente, se abordó la terapia grupal, breve y focalizada, con base en la teoría sustentada por Fiorini, Bellak y Small.

CAPÍTULO 3 AUTOCONCEPTO Y PSICOTERAPIA

Este capítulo constituye la fundamentación tanto del diseño de investigación como de la interpretación de resultados es decir, conforma el marco teórico, se mencionan algunas investigaciones donde fue sometida a prueba la misma relación que se estudió en este trabajo.

La intención por evaluar el efecto de la terapia en el autoconcepto se debe quizá al hecho de esclarecer o mejor dicho apuntar hacia un esclarecimiento en la intrincada red de relaciones que el proceso terapéutico conlleva.

De esta forma, el autoconcepto es un constructo que puede ser cualificado en numerales, lo que nos da una idea de si existe alguna relación entre la terapia y el autoconcepto.

Al proceso terapéutico, como vimos en el capítulo 2, se le asignan una serie de beneficios quizá intangibles, cuantitativamente hablando, de medir; sin embargo, el proceso grupal aunque confronte y disminuya por momentos al autoconcepto, al apunlar en contra de las resistencias que el paciente maneja, posibilita que la evaluación que un paciente hace de sí mismo, con respecto a sus ideales y sus logros sea más realista, rompiendo con los estereotipos y maneras habituales de actuar.

En primer término se revisará lo que para Rogers es el autoconcepto o concepto del self; ya que por una lado, Rogers nos otorga el beneficio de incluir en su teoría del autoconcepto, los componentes socioeconómicos y bioculturales que el hombre como tal posee, su método también ha sido aplicado en terapia grupal trabaja en el "aquí y ahora" utilizando igual que la grupoterapia psicoanalíticamente orientada la teoría Gestalt y la de campo de Lewin, aunque no hace tanto énfasis en la interpretación de la que habla Grinberg y Foulkes utiliza herramientas del tipo de terapia breve señaladas por Fiorini además de que su teoría ha sido suficientemente estudiada como para permitirnos partir de

ella ya que en este trabajo se analiza la misma relación ya mencionada de autoconcepto y psicoterapia.

De acuerdo con Hall y Gardner (8), Rogers desarrolla la exposición más cabal del "sí mismo"⁴, sustentada por un gran conjunto de fundamentos empíricos.

La teoría de Rogers es de carácter básicamente fenomenológico, se basa en el concepto de "sí mismo" como función explicativa. Describe el punto final del desarrollo de la personalidad como una congruencia básica entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual del "sí mismo", situación que, de lograrse, significaría liberarse de la tensión y la ansiedad internas, y de tensiones potenciales; representa el grado máximo de una adaptación orientada realísticamente.

3.1. Autoconcepto o sí mismo. Organismo, emoción y sensación, campo fenoménico

Resultaría, en este punto apresurado hablar del "sí mismo" o autoconcepto según Rogers, sin antes exponer tres de los constructos en que se apoya para fundamentarlo. Ellos son: organismo, sensación y emoción, y el campo fenoménico, también llamado campo experiencial.

Organismo

Desde el punto de vista psicológico, será el centro de cualquier experiencia que incluya todo aquello que ocurre internamente en el individuo y estará potencialmente abierto a la conciencia en un determinado momento.

El organismo es en todo momento un sistema organizado total; la modificación de alguna parte puede producir cambios en cualquier otra. Rogers rechaza el atomismo y la segmentación en favor de una teoría gestáltica.

En lugar de hablar de numerosas necesidades y motivos, es posible descubrir todas las necesidades orgánicas y

4 Al respecto Wylie opina exactamente lo contrario, arguye que Rogers no respeta las reglas lógicas y que confunde antecedente y consecuente; y que todas las teorías relativas al autoconcepto parecen no coincidir con el método científico (5).

psicológicas como aspectos parciales de una necesidad fundamental, la cual Rogers expresa como la tendencia que el organismo tiene de actualizar, mantener y desarrollar al organismo experienciante.

El organismo progresa a través de la lucha y el dolor hacia la valorización y el desarrollo. La tendencia del organismo hacia la autorrealización y el crecimiento operará toda vez que se dé la oportunidad de una nítida elección entre el movimiento progresivo y la conducta regresiva, y, a menos que la experiencia sea simbolizada adecuadamente, a menos que se establezcan apropiadas y exactas diferenciaciones, el individuo confundirá la conducta regresiva con la conducta autorrealizadora.

Emoción y Sensación

En su afán por conocer el papel de la emoción y el sentimiento durante el esfuerzo intencional o conductual, Rogers integra a las emociones en dos grupos:

- a) las sensaciones desagradables y/o excitantes
- b) las emociones tranquilas y/o placenteras

El primer grupo tiende a acompañar el intento de búsqueda del organismo y parece tener por efecto la integración y concentración de la conducta hacia la meta.

El segundo grupo abarca la satisfacción de la necesidad, la experiencia consumatoria.

Así, la intensidad de la reacción emocional varía de acuerdo con la relación percibida entre la conducta y el mantenimiento y desarrollo del individuo.

Cabe destacar que el desarrollo posterior de la personalidad implica modificaciones al concepto de conservación y desarrollo del organismo.

La conducta frecuentemente se puede describir mejor, como orientada a la satisfacción de necesidades de la personalidad, algunas veces contra el organismo, y, la necesidad emocional se puede calibrar mejor por el grado de implicación de la personalidad que por el grado de implicación del organismo.

Campo Fenoménico o campo experiencial

Todo individuo vive en un mundo cambiante de experiencias, de las cuales es el centro.

A esto, se le puede llamar campo fenoménico o campo experiencial: incluye todo lo que es experimentado por el organismo; dichas experiencias, sin embargo, pueden ser percibidas consciente o inconscientemente.

Son conscientes en tanto son simbolizadas. Dice Rogers: "debemos reconocer que en este mundo privado de experiencias, y probablemente una porción muy reducida, es vivida conscientemente. Muchas de nuestras percepciones sensoriales y viscerales no son simbolizadas. Sin embargo, también es cierto que gran parte de este mundo de experiencias es accesible a la conciencia y puede hacerse consciente si la necesidad del individuo determina que ciertas sensaciones pasen a un primer plano porque se asocian con la satisfacción de una necesidad" (54)

Y continúa Rogers explicando a la manera Gestalt: "En otras palabras, la mayor parte de las experiencias del individuo constituyen el fondo del campo perceptual, pero fácilmente pueden convertirse en figura, mientras que otras experiencias se deslizan al fondo (ibid).

Aunque hay aspectos de la experiencia que el individuo evita que se conviertan en figura.

El contacto completo y directo con el mundo de su experiencia total es solamente potencial; no se produce en la actividad general del individuo. Hay impulsos o sensaciones cuya entrada a la conciencia solo se aceptan en determinadas condiciones. Mi conciencia real y el conocimiento de mi campo fenoménico es limitado.

Dejando a un lado cuestiones filosóficas, podemos ver que la realidad, psicológicamente hablando, es aquella que yo percibo y de la que conformo mi marco fenomenológico por el cual yo actúo. Cada percepción es una hipótesis relacionada con las necesidades del individuo, las cuales se someten a la prueba de la experiencia. No obstante, no todas las

hipótesis son sometidas a verificación empírica y sin embargo, se les confiere tanta autoridad como a aquellas que sí.

En la concepción de la motivación todos los elementos eficaces existen en el presente. Las tensiones y necesidades presentes son las únicas que el organismo intenta reducir o satisfacer. Si bien es cierto que la conducta pasada ha servido para modificar el significado que será percibido en las experiencias presentes, no tiene lugar ninguna conducta que no se oriente a satisfacer una necesidad presente.

El sí mismo o autoconcepto

Prevía a la exposición de este término, se hizo necesaria la revisión de los términos anteriores con quienes tiene una intrincada relación.

Se habló de la manera de cómo se constituye el campo experiencial o campo fenoménico; pues bien, una parte de él, se convierte en el sí mismo o autoconcepto que denota la Gestalt conceptual, organizada y coherente; compuesta de percepciones características que, a medida que el niño evoluciona, una parte del mundo privado total se reconoce como "yo", "mío", "mi"; con otros y con diversos aspectos de la vida, junto con los valores vinculados a esas percepciones. Se trata de un Gestalt que está preparada para la conciencia, si bien, no necesariamente en la conciencia (8).

Un punto importante, es que el sí mismo consciente, no necesariamente coexiste con el organismo físico.

Angyal (citado en 58) señala que no existe la posibilidad de delimitar exactamente el organismo y el medio ambiente, y que igualmente no hay límites netos entre la experiencia del sí mismo y del mundo externo. Si un objeto o una experiencia se consideran o no, partes del sí mismo, depende en grado considerable de si se les percibe o no dentro del control del sí mismo. Consideramos a aquellos elementos que controlamos como parte de nuestro sí mismo, pero cuando un objeto -

incluso una parte de nuestro cuerpo- está fuera de control, lo experimentamos como algo que no integra el sí mismo.

Rogers coincide con dicha descripción, sintetizando que, a diferencia de algunos autores, él no utiliza el concepto de sí mismo como sinónimo de organismo, sino como la conciencia de ser o de funcionar.

Vemos así, que el sí mismo, se forma como resultado de la interacción con el ambiente y particularmente de la interacción valorativa con los demás.

El sí mismo será así, una pauta conceptual organizada, fluida pero congruente de percepciones de las características y relaciones del "yo" o del "mi" conjuntamente con los valores ligados a estos conceptos, que conformarán el autoconcepto.

Sin embargo, los valores asignados a las experiencias, y los valores que son parte de la propia estructura, en algunos casos son valores experimentados directamente por el organismo, y en otros serán los valores introyectados o recibidos de otros, pero percibidos de manera distorsionada, como si hubieran sido experimentados directamente (55): lo cual repercutirá en el autoconcepto y por lo tanto en el desempeño del individuo.

Se decía que la estructura del sí mismo, es una configuración organizada de percepciones que son admisibles a la conciencia. Está integrada por elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades; los preceptos y conceptos del sí mismo en relación con el ambiente y con los demás; y con el ambiente. El autoconcepto agrega las cualidades valiosas que se perciben con experiencias y objetos; y las metas e ideales que se perciben con valencias positivas o negativas.

Por lo tanto, el autoconcepto es el cuadro organizado que existe en la conciencia, ya sea como figura o como fondo, de sí mismo y de sí mismo en relación: junto con los valores positivos o negativos que se asocian con esas cualidades y

relaciones, tal como se percibe que existen en el presente, pasado o futuro.

3.1.1. Formación del autoconcepto

Revisaremos brevemente la teoría de Rogers acerca de la formación del autoconcepto y los consiguientes ajustes y desajustes psicológicos que como consecuencia de la consideración positiva de los demás se producen.

Desde la infancia, el niño va guiándose por lo que él considera aspectos positivos, que de ninguna manera serán rígidos, sino que estarán continuamente cambiando y apoyando su crecimiento.

Esta tendencia actualizante, con las relaciones sociales, poco a poco se va diferenciando y constituyendo la conciencia de ser y estar o conciencia del yo.

A medida que se exterioriza la conciencia del yo, el individuo desarrolla una necesidad de consideración positiva, que es una necesidad adquirida y se desarrolla por medio de la inferencia a partir del campo experiencial de otra persona por lo cual es ambigua.

Este proceso es recíproco pues al satisfacer la necesidad de otro, el individuo satisface su propia necesidad. De ahí surge el complejo de consideración positiva, importándole al sujeto a veces más esta consideración particular, que su propio proceso de valoración orgánica.

Sin embargo, para que dicha consideración positiva tenga efecto, deberá de provenir de una persona considerada digna para el sujeto que recibe esa valoración; en esta medida es que se habla de selectividad.

La valoración condicional se da cuando el individuo busca o evita una experiencia por considerarla digna de sí mismo. Ello hablaría de un funcionamiento psíquico óptimo, que en la realidad no se da.

A causa de la necesidad de consideración positiva de sí mismo, el individuo percibe su experiencia de manera selectiva, en función de la valoración condicional a la que ha llegado a someterse.

3.1.2. Autoconcepto. Adaptación y desadaptación del sujeto

A medida que se producen experiencias en la vida del individuo, éstas son:

a) simbolizadas, percibidas y organizadas en cierta relación con el "sí mismo"

b) ignoradas porque no se percibe ninguna relación con la estructura del "sí mismo"

c) se les niega la simbolización o se les simboliza distorsionadamente porque la experiencia no es compatible con la estructura del "sí mismo" o autoconcepto.

El primer caso, señala aquellas experiencias que se aceptan en la conciencia y se organizan en alguna relación con la propia estructura ya sea porque satisfacen una necesidad del "sí mismo" o porque son coherentes con la propia estructura.

En el segundo grupo se encuentran las experiencias que existen en el fondo de la Gestalt y ni refuerzan ni contradicen el autoconcepto.

El último inciso hace referencia a aquellas experiencias inadmisibles a la conciencia, es aquí en donde Rogers ubica a las conductas desajustadas con los mecanismos defensivos que las caracterizan.

Desde el momento en que se produce la primera percepción selectiva en función de la valoración condicional, se establece cierto grado de incongruencia entre el yo y la experiencia, apareciendo cierto nivel de inadaptación psicológica y de vulnerabilidad, pues el individuo puede distorsionar sus propias necesidades, tornándolo incapaz de analizar conscientemente sus experiencias que le crean conflicto dado que se subciben como amenazantes y si se integrara esta experiencia amenazante a la conciencia, el autoconcepto perdería su carácter de Gestalt coherente, las consideraciones de valor serían violadas creándose un estado de angustia caracterizado por procesos defensivos impidiéndole al sujeto un desarrollo pleno.

Los procesos de crisis y desadaptación psicológica se producen solo cuando el proceso defensivo resulta ineficaz y el estímulo amenazante pasa a la conciencia provocando un estado de desorganización y de confusión.

El autoconcepto es el que determina la manera de actuar, solo aquellas modalidades que se adecúen a él serán seguidas.

Para Rogers, la adaptación psicológica se dará cuando el autoconcepto sea tal, que todas las experiencias sensoriales y viscerales del organismo sean o puedan ser asimiladas a nivel simbólico en relación compatible con el propio concepto.

Cuando se produce este tipo de integración, la tendencia al crecimiento puede operar plenamente, y el individuo avanza en la dirección normal de toda vida orgánica. Una vez que la estructura del sí mismo es capaz de aceptar e incluir en la conciencia las experiencias orgánicas, cuando el sistema organizacional se puede expandir lo suficiente como para contenerlas, entonces se logra una clara integración y un sentido de dirección, el individuo siente que su fuerza puede dirigirla hacia la realización y al desarrollo de un organismo unificado.

Lo importante es que todas las experiencias, impulsos, sensaciones, etc., sean accesibles y no necesariamente que estén presentes en la conciencia. Un hecho negativo significativo es la organización del autoconcepto contra la simbolización de ciertas experiencias contradictorias con él sí mismo. En realidad, cuando todas las experiencias son asimiladas en relación al yo y se convierten en parte de su estructura, tienden a disminuir la conciencia de sí por parte del individuo, su conducta se hace más espontánea, la expresión de las actitudes es menos controlada, porque el yo puede aceptar tales actitudes y tal conducta como partes suyas.

En la terapia, a medida que la persona explora su campo fenoménico, llega a examinar los valores que ha introyectado y que ha utilizado como si se basaran en su propia

experiencia. Está insatisfecho con ellos, expresando a menudo que su actuación se conformaba con lo que pensaban los demás que debía hacer. Gradualmente llega a experimentar el hecho de que está haciendo juicios de valor en una forma nueva para él.

Al principio, hace una elección de manera temerosa, sin saber, a ciencia cierta, si su elección ha sido adecuada, pero posteriormente descubre que la experiencia propia le indicará si ha elegido satisfactoriamente o no. Descubre que no necesita saber cuales son los valores correctos; a través de los datos proporcionados por su propio organismo puede experimentar lo que es satisfactorio y vitalizador. Puede depositar su confianza en una autorregulación en lugar del rígido sistema de valores introyectado.

Los valores siempre son aceptados porque se los percibe como principios que hacen a la conservación, realización y desarrollo del organismo. Es sobre esta base que se introyectan los valores de la cultura. Puesto que todos los individuos tienen básicamente las mismas necesidades, incluyendo la de ser aceptado por los demás, parece que cuando cada individuo formula sus valores en términos de su propia experiencia directa, lo que resulta no es la anarquía, sino un alto grado de comunidad y un sistema de valores genuinamente socializado (56).

El autoconcepto cambia tanto en el desarrollo ordinario del individuo como en la terapia.

En lo que se refiere al estado de desarrollo ordinario, el individuo constantemente se enfrenta a críticas las que de momento rechaza, pero posteriormente reflexiona sobre ellas, una vez asimiladas, estas críticas modificarán su autoconcepto y por lo tanto su conducta. Sin embargo, esto no ocurre en el caso de experiencias profundamente rechazadas, que son incompatibles con el autoconcepto. Parece posible que la persona enfrenta tal incompatibilidad solo cuando participa en una relación con otro, en la que se siente seguro de que será aceptado.

De acuerdo con Rogers respecto al cambio ocurrido en la terapia, éste se debe principalmente a dos razones: a la captación intuitiva o "insight" y a que el terapeuta acepta toda clase de experiencias, actitudes y percepciones.

Así, las experiencias que han sido rechazadas, el individuo las integrará paulatinamente, dándoles una forma consciente, una vez que esto ocurre, el autoconcepto se expande de tal forma que se le puede incluir como partes de una totalidad.

Cuando el individuo percibe y acepta en un sistema compatible e integrado todas sus experiencias sensoriales y viscerales, necesariamente comprende más a los demás y los acepta como personas diferenciadas.

La persona que completa su terapia se siente más aliviada al ser ella misma, más segura de sí misma, más realista en sus relaciones con los demás y desarrolla mejores relaciones interpersonales.

La base teórica en que esto se apoya es la siguiente: La persona que rechaza algunas experiencias debe defenderse continuamente de la simbolización de dichas experiencias. Como consecuencia, todas las experiencias son enfrentadas defensivamente como amenazas potenciales y no como lo que verdaderamente son. De este modo, en las relaciones interpersonales, se experimentan y se perciben las palabras o conductas como amenazadoras, aunque esa no sea su intención. Además, se atacan las palabras y conductas de los demás porque representan o se asemejan a las experiencias temidas. Luego, no hay una verdadera comprensión del otro como persona diferente, puesto que se le percibe principalmente en términos de amenazas o no amenazas para el sí mismo. En términos kleinianos serían los mecanismos de identificación proyectiva e introductiva.

Pero cuando todas las experiencias son accesibles a la conciencia y se las integra, la actitud defensiva se minimiza. Cuando no hay necesidad de defenderse, no hay necesidad de atacar. Cuando no hay necesidad de atacar se

percibe a la otra persona como lo que realmente es, un ser diferente, que opera en términos de sus propios significados, basados en su propio campo perceptual.

Por otra parte, en lo que a desadaptación psicológica se refiere, vemos que el organismo lucha por alcanzar ciertas satisfacciones en el campo tal y como lo experimenta orgánicamente, en tanto que el sí mismo es más restringido y no puede admitir en la conciencia muchas de las experiencias reales.

Clinicamente se observan dos grados algo diferentes de esta tensión:

En un primer caso, el individuo tiene un autoconcepto definido y organizado, basado en parte en las experiencias orgánicas (sentimientos o afectos). Su autoconcepto ha sido introyectado a partir de los contactos sociales, y de las sensaciones experimentadas por el individuo, hasta convertirlas en genuinamente suyas.

En el otro caso, el individuo siente, cuando ha explorado su inadaptación, que no tiene valor, que su único sí mismo consiste en emprender lo que otros creen que debería hacer. El autoconcepto, se basa en evaluaciones de los otros, y contiene un mínimo de simbolización exacta de la experiencia y, de evaluación orgánica directa de esa experiencia. Puesto que los valores que sostienen los otros no tienen necesariamente una relación con las experiencias orgánicas reales del individuo, la discrepancia entre la estructura del sí mismo y el mundo experiencial gradualmente se llega a expresar como un sentimiento de tensión y angustia.

En algunos casos, el individuo niega su percepción, esto ocurre cuando una persona con un autoconcepto negativo, a pesar de los halagos dirigidos a ella por otras personas, sigue dudando de su capacidad; contrariamente, puede aceptar que cualquiera la desvalore, porque eso concuerda con su autoconcepto. Este es el mecanismo que Schwarzer llama "self serving bias".

De igual forma, Rogers resalta el hecho de que las percepciones se excluyen porque son contradictorias y no porque sean derogatorias.

Un segundo tipo de rechazo es al que se le denomina represión. En este caso, parecería que se produce la experiencia orgánica, pero no la simbolización de esa experiencia o solo una simbolización distorsionada, porque una representación consciente y adecuada de esa experiencia resultaría contradictoria con el autoconcepto.

El concepto de "subcepción" describe el estado en que el organismo actúa ante una amenaza aún en un nivel por debajo del requerido para el reconocimiento consciente. Este concepto, apoya la hipótesis referente a que el individuo puede negar las experiencias a la conciencia sin haber sido nunca consciente de ellas. Hay al menos un proceso de subcepción, una respuesta orgánica fisiológica evaluadora y discriminativa ante la experiencia, que puede preceder a la percepción consciente de tal experiencia. Esto proporciona una posible descripción básica de la manera en que impide la simbolización exacta y la conciencia de las experiencias que se sienten amenazadoras. La ansiedad acompaña a numerosas desadaptaciones psicológicas porque es la tensión que muestra el autoconcepto organizado cuando las subcepciones le indican que la simbolización de ciertas experiencias sería destructiva para la organización.

La conducta puede surgir, en algunos casos, a partir de experiencias y necesidades orgánicas que no han sido simbolizadas. Tal conducta puede ser incompatible con la estructura del sí mismo, pero en esos casos el individuo no es "dueño de sí".

La inadaptación psicológica se produce cuando el organismo rechaza de la conciencia experiencias sensoriales y viscerales significativas, que en consecuencia no son simbolizadas y organizadas en la totalidad de la estructura de su sí mismo. Cuando se produce esta situación hay una tensión psicológica básica o potencial.

En la neurosis típica, el organismo satisface una necesidad que no se reconoce en la conciencia, por medio de conductas congruentes con el autoconcepto, por lo que pueden ser conscientemente aceptadas.

3.2. Efectos de la psicoterapia en el autoconcepto.

Algunos estudios

En este apartado, se hablará de los estudios que a mi juicio han sido sobresalientes en relación con nuestro trabajo; analizaremos también los métodos utilizados, así como los resultados a que han dado lugar, con las correspondientes interpretaciones, y al final indicaremos nuestra postura explicando los elementos teóricos que incorporaremos para desarrollar el tema elegido.

Rogers (54) obtuvo de una cantidad de casos grabados, afirmaciones referidas al sí mismo, de las cuales se seleccionaron al azar 150; y se le pidió al sujeto que clasificara los enunciados en once categorías, con las aseveraciones menos características en la categoría 0 y las más características en la categoría 10.

Después de completar esta clasificación, que es considerada como el "sí mismo", se le pide al sujeto que clasifique nuevamente las aseveraciones para reflejar a su "sí mismo" deseado o ideal. Después de la terminación de la terapia, se le solicita una nueva clasificación de las aseveraciones con respecto a "sí mismo" y con respecto a su ideal.

El mismo procedimiento se utilizó con un grupo control, al que no se administró tratamiento alguno, cuyo sexo, edad, y nivel socioeconómico eran aproximadamente equivalentes a los del grupo de estudio.

Los resultados evidenciaron un cambio significativo en el grupo control, que confirmó las hipótesis planteadas: la terapia disminuye la discrepancia entre el sí mismo que el paciente percibe y el que valoriza; y esta disminución en la discrepancia es más notable en los sujetos que tienen una mayor movimiento durante la terapia.

Butler y Haigh (57), realizaron el mismo experimento: el promedio de las correlaciones existentes entre la autoclasificación y la clasificación ideal dentro del grupo control resultó igual a cero, lo que indica una absoluta falta de congruencia entre lo que el individuo cree ser y lo que desearía ser. El grupo de los pacientes fue equiparado con cada uno del grupo control, integrado por sujetos no interesados en recibir terapia, llevaron a cabo ambas clasificaciones, en este caso el promedio de las correlaciones entre las dos clasificaciones alcanzó 0.58, lo que prueba que los miembros del grupo control estaban mucho más satisfechos consigo mismos que quienes habían resuelto recurrir a terapia. Al término del tratamiento (con un promedio de 31 sesiones por paciente), se solicitó a los integrantes del grupo terapéutico que nuevamente llevaran a cabo las clasificaciones, el promedio de las correlaciones fue de 0.34, lo que constituyó un aumento significativo respecto a los resultados previos a la terapia, aún cuando el índice de correlación obtenido para el grupo control seguía siendo mayor. El grupo control, en el segundo tratamiento y de acuerdo al promedio obtenido, no había sufrido modificación alguna. El tercer grupo de sujetos que habían resuelto recurrir a terapia, a quienes se pidió aguardaran 60 días antes de iniciarla, no experimentó cambios en cuanto a las correlaciones en cuestión durante el período estipulado.

Se hizo un seguimiento que osciló entre 6 y 12 meses después de terminado el tratamiento, fueron sometidos al mismo estudio y la puntuación fue similar a la obtenida al finalizar la terapia.

Los investigadores sostienen que las discrepancias entre el autoconcepto y el concepto deseado o valuado, refleja la insatisfacción que genera el pedir ayuda, concluyen que el aumento del autoconcepto definido como la congruencia directa entre las clasificaciones del concepto real y el valuado, es una consecuencia de la terapia.

Rudikoff (20) tomó los aspectos del autoconcepto, y del ideal del "self", como criterios de progreso psicológico en la terapia. sometió a 8 personas a tratamiento para investigar si el progreso en la salud mental correspondía a personas ajustadas que describieran su ideal como más alto (más integrado o ajustado) que su autoconcepto y más alto que el concepto de una persona ordinaria.

Según Ruidkoff, diferencias grandes entre los conceptos dentro del mismo individuo reflejarían disconformidad y un esfuerzo psicológico. también, estas grandes discrepancias entre los conceptos y un criterio externo de buen ajuste indicarían una carencia de bienestar psicológico.

El instrumento básico fue la técnica Q, misma que se aplicó en cuatro momentos: antes de la terapia, seis días después de iniciada, una vez terminada y seis meses después.

El número de sesiones por individuo osciló entre seis para la mínima y 38 para la máxima.

Rudikoff observó que el concepto del self en las personas ordinarias y la relación del ideal, con otros juicios clínicos de ajuste, mostraron la misma dirección. El autoconcepto decreció en ajuste en el período inicial, hubo un progreso significativo durante la terapia y una disminución al terminarla.

Las percepciones de ajuste en las personas revelan un ligero decremento en el período inicial y un gradual, más no significativo, progreso en la terapia.

El autoconcepto, en las personas ordinarias, se tornó similar en cada período. El ideal se incrementó en el período inicial, pero disminuyó durante la terapia y al finalizarla, tornándose más realizable el logro.

Para Vargas (58), el foco de atención de la psicoterapia es la emergencia de las nuevas percepciones del "self" dentro de la conciencia y la presumible asimilación dentro del autoconcepto.

Supone que cuando una persona está en proceso terapéutico cambia sus normas psicológicas habituales (sentimientos,

pensamientos, percepciones y acciones); su autoconocimiento se presenta de 3 formas: a) el sujeto se empeña en percibirse a sí mismo más comprometido en el proceso de cambio, b) dado que él resolvió olvidar las normas establecidas de su autopercepción, deja de ser cauto conforme a esas normas, pero empieza a ser cauto y a tener conciencia de normas en él mismo, c) como las normas anteriormente establecidas se pierden, el paciente descubre nuevos sentimientos, conceptos, preceptos y experiencias incrementadas en él mismo y así emerge su propio aspecto.

Por ello, Vargas investigó el incremento del autoconocimiento durante la terapia. Las hipótesis fueron: los casos juzgados como exitosos tendrán una correlación positiva con el incremento del autoconocimiento durante la terapia. El instrumento de autodescripción fue utilizado para definir las categorías del autoconocimiento.

Para obtener el índice de éxito en la terapia fueron utilizados 4 criterios: dos escalas del terapeuta, el TAT, y la técnica Q.

Los sujetos participantes fueron 9, seis de los cuales eran estudiantes de la Universidad de Chicago. El número de sesiones fue de 9 para la mínima y de 41 para la máxima.

Vargas reporta que en sus resultados hay una correlación positiva entre el incremento de autoconocimiento y la terapia exitosa, de acuerdo con el TAT, existe una correlación negativa entre la terapia exitosa y los tres momentos hacia el autoconocimiento, ello fue corroborado con la técnica Q, la cual arrojó los mismos resultados. Sin embargo, de acuerdo con los puntajes del TAT en la postprueba se verificaron bajas pero consistentes correlaciones entre el éxito de la terapia y las tres formas hacia el incremento del autoconocimiento.

Gibson, Snyder y Ray (59), con el objeto de observar los cambios ocurridos en sujetos sometidos a psicoterapia, aplicaron a 42 personas, que recurrieron a solicitar el servicio a la clínica de la Universidad de Pensilvania, la

prueba de Rorschachs, el MMPI, así como dos escalas de actitudes, además de grabar las entrevistas de las cuales, 62% fueron transcritas para un análisis posterior, obteniéndose un total de 20 medidas de cambio para ser examinadas con un análisis factorial.

Los cambios más significativos ocurrieron en actitudes y sentimientos. Comprobaron que lo que la persona dice, no coincide con los juicios del terapeuta, tampoco coincidieron los cambios presentados en las pruebas y las variaciones de la entrevista. Consideran que, efectivamente, hay un cambio que no es atribuible a algo específico y aconsejan emplear más medidas para poder detectar qué factores están involucrados en la transferencia, resistencia e "insight".

Dymond (60), reporta un estudio realizado con 25 sujetos sometidos a psicoterapia rogeriana y 10 sujetos sin tratamiento; se les aplicó el TAT, una escala de salud mental y la técnica Q antes y después del tratamiento.

Los resultados postterapéuticos de los sujetos sometidos a terapia fueron notablemente más altos que los registrados antes de comenzar el tratamiento.

Los puntajes de los sujetos control no difirieron en la postprueba con respecto a la preprueba; las postpruebas del grupo experimental no fueron diferentes, significativamente hablando, en relación con las postpruebas del grupo control.

El TAT y la técnica Q, en términos de ajuste y cambio, fueron similares en los dos grupos, el cambio en el TAT fue paralelo a la variación en la técnica Q; los resultados postterapia del TAT fueron similares a los juicios emitidos por los jueces con referencia al éxito del proceso así como al cambio del mismo instrumento en la preterapia y al terminarla.

Hubo diferencia en las mujeres con relación al éxito.

Grummon (61), preguntándose qué dimensión ocupa la motivación para psicoterapia en el cambio constructivo de la personalidad como función del tiempo, aplicó a 23 sujetos una batería de pruebas psicológicas cuando recurrieron al

servicio (período preespera) y 62 días después de su llegada sin que se les administrara terapia.

Se compararon los resultados con personas que no estaban interesadas en recibir ayuda psicológica y a quienes se les pagó para que contestaran la batería, en un período idéntico y con las variables demográficas iguales a las del grupo experimental.

Las pruebas sugirieron que el grupo no interesado en recibir ayuda (grupo control), se encontraba mejor ajustado que el grupo experimental, aunque también se encontraron sujetos mal ajustados en el primer grupo, pero no se registró ningún cambio en la personalidad.

Al grupo experimental, una vez iniciada la terapia, se le subdividió en grupo de desgaste y continuadores con base en el número de entrevistas. Fueron 8 sujetos los que continuaron su terapia por 5 o menos entrevistas (grupo desgaste) y 15 los que obtuvieron como mínimo 6 entrevistas.

Se supuso que los del grupo de continuadores tenían mayor motivación para la terapia que los del grupo de desgaste. Sin embargo, otros factores tales como la disminución de los problemas o el desagrado del terapeuta estuvieron asociados para la interrupción de la terapia.

En ningún grupo, ni control ni experimental, se encontraron evidencias para aceptar la hipótesis referente a que la motivación para la terapia brinda cambios para una personalidad constructiva como función de un intervalo de 62 días.

Sin embargo, se afirma que dicha hipótesis no debe ser totalmente rechazada puesto que 62 días son pocos para que la psicoterapia y sus efectos se manifiesten. Agrega que la motivación para el cambio, por ella misma, no es una fuerza importante para la remisión espontánea, sino que la motivación para el cambio puede ser importante cuando actúa con otras fuerzas. Al respecto, el grupo de desgaste obtuvo mejores puntajes que el grupo sin tratamiento. Los del grupo continuador, durante los 62 días de espera se mostraron

ligeramente peor, por ello no puede decirse que la mejoría sea solo función del tiempo, parecería más bien, que los sujetos del grupo experimental tienen algún factor selectivo que les impide una menor tendencia hacia la remisión espontánea.

Ello nos llevaría a cuestionarnos si los sujetos que interrumpen la terapia no pueden ser clasificados como mejorados, aunque pueden ser considerados como intentos para determinar la ausencia o presencia de cambios en la personalidad.

Rogers (62), con el objeto de comprobar si la conducta se vuelve más madura⁵ después de la terapia, aplicó a 23 sujetos la escala de madurez emocional de "Willoughby", esta escala fue aplicada desde que los sujetos solicitaron terapia, durante ella y 7 meses después de finalizarla.

A cada sujeto se le pidió llevara dos amigos que su juicio, lo conocieran bien. A los amigos también se les aplicó la escala pero tenían que referirla no a ellos sino al sujeto de tratamiento.

El grupo control lo conformaron sujetos a quienes habiendo recurrido a solicitar terapia, se les pidió que aguardaran 62 días para comenzar con su tratamiento. La escala se les aplicó desde que solicitaron tratamiento y al iniciar la terapia.

Los juicios provenientes del sujeto y de sus dos amigos, fueron poco consistentes.

No se verificaron cambios significativos entre el grupo experimental y el grupo control. Se hallaron cambios significativos en las terapias consideradas a juicio del terapeuta como moderadamente exitosas. Cuando el terapeuta las consideró como terapia sin éxito, los amigos del paciente notaron un deterioro en la madurez de la conducta del sujeto

5 Por conducta madura Rogers entiende menor defensividad, más sociabilidad, mayor aceptación de la realidad y del ambiente en donde el individuo se desenvuelve, así como una muestra de socialización de sus valores.

sometido a terapia, pero el paciente se consideró, no obstante, más maduro (quedaría como interrogante si la defensividad condujo a esos resultados).

De manera general, el cambio fue significativo, no solo en su autoconcepto sino en cambios parciales de su conducta tales como el manejar su carro, actuar en un grupo de discusión, tratar a la gente, etc.. cambios que fueron evidentes tanto para el sujeto sometido a terapia como para sus amigos.

Con respecto a la técnica Q, y a la veracidad del sujeto, y la coincidencia de lo dicho por la persona con lo dicho por el terapeuta Butler y Haigh (57) explican que puede darse la conducta defensiva en donde el sujeto ofrece una imagen distorsionada de sí mismo, mostrándose como bien ajustado aunque en realidad no lo esté. La conducta defensiva puede asumir diversas formas tales como la negación, el retraimiento, la justificación, la racionalización, la proyección y la hostilidad.

Por otra parte, considerar una elevada correlación, entre el "sí mismo" actual y el ideal, como único criterio de ajuste, conduciría a la inclusión de personas mal ajustadas, en especial esquizoparanoides, en la categoría de bien ajustadas.

Lo anterior fue comprobado por Friedman (citado en 8) quien constituyó tres grupos: uno de sujetos "normales", el segundo de psiconeuróticos y el tercero de esquizoparanoides a quienes aplicó la técnica Q.

La correlación de los sujetos psicóticos, no mucho menor que la de los normales, es considerablemente mayor que la de los neuróticos.

Otra variable que afecta a las autoclasificaciones es la adecuación social en donde se atribuye una autoclasificación más alta a un rasgo considerado deseable que a otro indeseable (8).

Grummon y John (63), examinaron los cambios ocurridos en la salud mental de 23 pacientes sometidos a terapia. La

salud mental fue evaluada en 23 escalas. Utilizaron las escalas para hacer un análisis a "ciegas" del TAT, el cual fue administrado antes, después y como seguimiento de la terapia. El nivel de salud mental fue evaluado y comparado con el grupo control, el cual no recibió terapia.

Empleando la prueba como signo para examinar los cambios en dos períodos a) preterapia y postterapia b) preterapia y seguimiento, encontraron, en el sujeto sometido a terapia, un mayor progreso en el nivel de salud mental. En el grupo control, los cambios favorables ocurrieron en varias escalas durante el período de tratamiento; pero en el de preterapia y seguimiento, el cambio fue azaroso.

La dirección de la mayoría de las escalas del grupo experimental fue progresiva en el seguimiento; sin embargo, esta dirección fue pequeña para sostener la hipótesis de que el cambio ocurrido en terapia se mantenga tiempo después de terminada.

Los pacientes con rasgos neuróticos o psicóticos, mostraron un progreso mayor en el período terapéutico, sin embargo, existe la tendencia a un progreso importante en aquellos sujetos que recibieron las mejores puntuaciones en el período preterapéutico.

Cuando compararon a los dos grupos, el grupo experimental, no mostró un progreso significativo en el período terapéutico en las dos medidas utilizadas, pero si se encontraron acercamientos significativos en los períodos de preterapia y seguimiento. El mayor progreso ocurrió en el período terapéutico, por lo que señalan que los datos apoyan, pero no prueban la hipótesis de que la terapia tenga acercamientos constructivos en el nivel de salud mental con respecto al grupo sin terapia.

Aplicando la escala de autoconcepto de Tennessee, a 30 pacientes sometidos a psicoterapia durante 3 meses o más, siendo las consultas una vez a la semana y a 24 pacientes que esperaban turno para psicoterapia durante 3 meses o más. Ashcraft y Fitts (64), encontraron que el grupo experimental

mostró cambios significativos, a diferencia del grupo control. Durante el período sin terapia hubo un decremento en la tendencia psicótica y perceptual del conflicto.

Concluyen que la terapia produce cambios, los cuales son más precisos y predecibles en individuos que en grupos.

El sujeto sometido a terapia muestra más consistencia en algunas áreas del autoconcepto y menos evidencias de patología.

El grupo control cambió solo en dos de las 21 variables, lo cual muestra que la consistencia del autoconcepto es alta. Al respecto, Gividen (citado en 65), encontró que experiencias estresantes causan cambios negativos en el autoconcepto. Congdon (ibid), demostró que los medicamentos tranquilizantes modifican los síntomas psicóticos, pero no producen cambios en el autoconcepto.

Nava Hernández (10), con el objeto de conocer si existen cambios en el autoconcepto en un grupo de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos y la imposible modificación de éste, como resultado del tratamiento con dosis de mantenimiento con neurólépticos de acción prolongada durante el 10., 50. y 90. mes, estudió en un grupo de pacientes que accedían al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Observó que en el puntajes total de la escala de Tennessee hubo modificaciones significativas, y que los cambios más importantes ocurren en los primeros cinco meses de tratamiento; las áreas que se modificaron fueron la del yo ético-moral, la del yo personal, la identidad básica, la escala de conducta y el puntajes de conflicto total.

Fabela y Nava (65) investigaron si el autoconcepto y el grado de conciencia de enfermedad se modificaba en 35 alcohólicos internados en una clínica de rehabilitación en donde se les somete a un tratamiento integral consistente en: dinámicas y psicoterapia de grupo, terapia psicológica, consultoría en alcoholismo, "la silla caliente", psicodrama, cine-debate así como a psicoterapia y orientación familiar

(estas actividades están coordinadas por psiquiatras y alcohólicos rehabilitados), la duración del tratamiento fue de 25 a 28 días después de 2 ó 3 de desintoxicación.

Los criterios para seleccionar a los 35 sujetos fueron: el coeficiente intelectual, ausencia de daño orgánico o reincidencia.

Las pruebas psicológicas aplicadas fueron: el test gestáltico visomotor (técnica Pascal), el WAIS, el cuestionario de personalidad de Eynseck (EPQ) y la escala de autoconcepto de Tennessee.

Con respecto al autoconcepto, los resultados a los que llegaron fueron que los sujetos, después de someterse al programa de rehabilitación, tienden a balancear su autodescripción tomando en cuenta tanto lo que son como lo que no son; sin embargo, manifiestan una actitud defensiva, mostrando una imagen socialmente aceptada y favorable; pero, simultáneamente, presentan conflictos y contradicciones para mantenerlas ya que se ve afectada por la falta de integridad y unidad personal del yo.

Los sujetos tienden a presentar poca integridad y unidad personal en relación con su identidad, su autoaceptación y su comportamiento, los cuales integran su marco referencial interno de autodescripción, área que es la más afectada por la base motivacional del tratamiento.

Las áreas que mayor alteración experimentaron en la escala de Fitts son: el yo físico, el yo personal, el yo ético y moral.

Concluyen que el tratamiento interdisciplinario fomenta la conciencia de enfermedad e induce cambios en el autoconcepto del alcohólico.

Relacionado con los estudios de autoconcepto, se encuentran los estudios sobre prejuicio. Haimowitz (citado en 67) concluyó que la evidencia es más negativa que positiva con respecto al cambio de actitudes éticas después de la terapia.

Rogers (67), a manera de conclusión sobre los estudios realizados y anteriormente mencionados acerca de la psicoterapia, califica a las terapias como moderadamente exitosas, atribuyéndole a ellas los cambios ocurridos en el self: las personas se acercan más a lo que desean ser, lo que conlleva clínicamente hablando, a un mayor ajuste psicológico dado que le permite al sujeto evaluarse de una manera más real y obtener mayores logros.

Esta es una de las hipótesis centrales en la psicoterapia rogeriana, se pone énfasis en que el sujeto revisa su autoconcepto permitiéndole asimilar experiencias básicas que antes de recibir tratamiento eran negadas a la conciencia, originando tensión, la que se produce cuando el autoconcepto es incongruente con las percepciones experimentadas (15).

Las herramientas disponibles en la investigación para probar lo anterior, no son tan adecuadas, pero existen datos sugestivos que la apoyan tales como las terapias exitosas, en donde, a diferencia de los considerados fracasos, se observa una movilización hacia la experiencia totalizadora incluyendo aquellas previamente negadas a la conciencia. Ello sugiere que el autoconcepto va incorporando sus experiencias, en las terapias consideradas exitosas.

Advierte Rogers que los datos son sugestivos y de ninguna manera concluyentes, sobre todo, por la intervención de elementos incluidos en la relación terapéutica que pueden producir el logro, tales elementos son: la personalidad del terapeuta, los años de experiencia, el contenido de su preparación, la actitud preconcebida de la relación terapéutica tanto de parte del paciente como del terapeuta.

En lo que se refiere al crecimiento del individuo, sin embargo, es difícil conocer si la libertad y apertura del terapeuta son las únicas causas que lo provocan (68).

Ante todos estos cuestionamientos, que subyacen al proceso tanto de conocimiento como de evaluación de la terapia, Rogers se declara incapaz de dar una respuesta concreta a todas las interrogantes.

En relación con el uso del método fenomenológico, Rogers sugiere que es tan arbitrario como el "inferir sobre lo inferido", ambos métodos distorsionan los resultados. Uno por la defensividad y demás conductas tomadas por el respondiente que impiden una contestación verídica. Y otro, porque llega un momento en que el investigador se separa del objeto de estudio. Sin embargo, la mayor parte de las medidas son, según su punto de vista fenomenológicas tales como las escalas, cuestionarios, y pruebas de inteligencia, en donde se da por supuesto que el sujeto responde verídicamente. Así pues, su sistema no es la excepción en lo que a fenomenológico se refiere, en tanto al sujeto se le supone capaz de responder a todas esas pruebas.

Rogers concluye que, pese a las dificultades planteadas, la psicoterapia es un efectivo agente de cambio toda vez que esos cambios no ocurren en los grupos control o en el período de espera (67).

Seeman (66) elabora un artículo histórico acerca de lo experimentado por la terapia rogeriana, identifica dos dimensiones: los procesos internos y las dimensiones externas, que ayudan a explicar el proceso interno.

Snyder y Curran (citados en 67), suponen que la terapia es un aprendizaje que consiste en tres aspectos del "insight": a) percibir nuevas relaciones entre hechos antiguos, b) incremento gradual del autoentendimiento c) el reconocimiento y aceptación de los aspectos que el "self" anteriormente negaba, distorsionaba o reprimía.

Con respecto a los estudios del autoconcepto inferido por la técnica Q, Seeman comenta que las puntuaciones del "self" no proveen acceso directo al concepto del "self" pero reflejan el autoconcepto como la autoimagen que la persona comunica a otras en una situación particular.

Según Seeman, en la conceptualización del proceso de terapia rogeriana, los dos intentos de mayor relevancia son los de Snyder y Raimy.

Raimy asoció a la terapia el constructo de autoconcepto al que define como un mapa, el cual la persona consulta para obtener el entendimiento de él mismo. La aprobación, desaprobación o ambivalencia sentida por el autoconcepto está relacionada con el ajuste personal. Una fuerte carga de desaprobación sugiere angustia o alteración. Cuando una reorganización exitosa de la personalidad tiene lugar, se espera un cambio del "self" desaprobado hacia un "self" aprobado.

Las terapias exitosas producen el cambio esperado, a diferencia de las infructuosas en donde no se observa cambio alguno.

El autoconcepto sirve para regular la conducta y para mantener una personalidad uniforme. Al mismo tiempo altera y reestructura la conducta, además de satisfacer necesidades. Igual que George Mead, Raimy cree que el autoconcepto es un recurso de las interacciones sociales que empiezan con la familia y continúan a lo largo de la vida. Las evaluaciones que el individuo hace de sí mismo, tienen claramente un origen social. Estas, logran una evaluación de la personalidad cuando son positivas y una desorganización cuando son negativas.

Seeman (66) en su análisis de algunos estudios acerca de los cambios ocurridos en la personalidad de los pacientes con la terapia, concluye que existen suficientes evidencias indicadoras de un efecto positivo, aunque no en todos los estudios se sabe con certeza cuales aspectos fueron los que cambiaron.

Aunque estos estudios nos proveen de referencias conceptuales acerca del curso de la terapia, no dicen nada acerca del impacto a largo plazo que en la conducta tiene la terapia; de igual manera, los estudios hablan de modificaciones conductuales y de diferencias individuales pero no acerca de las experiencias en la entrevista que producen los cambios. Se requiere un modelo de investigación tal que permita conocer la relación entre el proceso

terapéutico y sus efectos. Debe pues, centrarse la atención en los procesos relevantes de la formulación teórica de la terapia y estudiarse cada concepto en términos tanto de proceso como de logro para alcanzar a determinar la relación entre ambos.

Por otra parte, es particularmente difícil definir los criterios que señalen el éxito en la terapia. La disminución en la severidad y en el número de síntomas es un criterio, el cambio en el material verbal presentado es otro, pero las observaciones de la conducta son difíciles de interpretar.

Seeman no propone eliminar el criterio de éxito; sino al contrario, como toda empresa social, sugiere que sea sometida a un análisis, examinando y contrastando las diferencias.

Si bien es cierto que comparando diferentes métodos y utilizando grupos control podemos estudiar si la terapia dio lugar o no al efecto deseado, esto agrega muy poco acerca del conocimiento del contenido.

Desde el punto de vista pragmático, el criterio de éxito, hace énfasis en la conducta individual dentro del mundo externo referido a un ajuste laboral, social, marital y académico.

Continúa Seeman; un análisis más detenido del proceso terapéutico nos dirá cuales son las condiciones necesarias para que el cambio se produzca. En este sentido, enfatiza la necesidad de realizar una descripción de los individuos con respecto a sus variables de personalidad.

Aronson (69) publicó un artículo acerca de la terapia de grupo cuyo foco era el miedo a volar.

Los pacientes eran hombres y mujeres de la clase media, con buen nivel socioeconómico.

El grupo fue coordinado por un psicólogo, un psiquiatra y una trabajadora social. El mayor peso se le dio a la entrevista inicial en donde se seleccionaban personas que tuvieran miedo a volar; para evitar resentimientos que el grupo pudiera alimentar, no se aceptaron a personas que no tuvieran este tipo de miedo. Se les preguntaba, así mismo, a

todos los candidatos cuales eran los hechos precipitantes con que relacionaban su miedo y qué habían hecho para resolverlo; también se indagaba si los sujetos tenían otro tipo de fobias; interrogaban los entrevistadores acerca de la problemática que este miedo causaba en el matrimonio y en la familia. En esta etapa el entrevistador tenía ya una idea clara acerca del mecanismo de represión y del miedo a perder el control que operaba en los pacientes. En las cinco primeras sesiones se invitó a expertos o a personas relacionadas con la actividad aérea; las 7 u 8 sesiones subsiguientes servían para la elaboración de los miedos así como la recomendación de cómo salir de ellos.

El tamaño del grupo, era de 8 a 10 miembros. Las sesiones eran una vez a la semana con duración de hora y media.

Los conductores, con el objeto de aumentar la cohesión grupal, les recomendaban reunirse sin ellos media hora antes y media hora después de la sesión.

El autor sugiere una atmósfera informal y cómoda que de ser posible, contenga carteles y fotografías aéreas o de aviones.

El terapeuta recomendó las siguientes reglas para la actuación del grupo.

a) cada miembro tuvo la oportunidad de hablar acerca de su miedo con el mayor detalle posible. Esto gratifica a los sujetos quienes nunca se han sentido comprendidos por los no fóbicos.

b) a cada miembro se le pidió para la siguiente sesión, que trajera dos dibujos, en los cuales se mostraran los aspectos placenteros del viaje en avión y otro en donde señalara las consecuencias más nefastas. También se les invitó a describir sus sueños, mismos que fueron tratados como propiedad grupal; se trabajó así mismo, con técnicas de desensibilización sistemática.

Aronson reporta mejoría en el 90% de los casos, afirma que la evolución de algunos individuos en el grupo coadyuva a que otros miembros tengan motivación para enfrentar el problema.

Ongay Moguel (70) interesado en el efecto de las transferencias en una terapia de grupo con tiempo limitado reporta una coterapia de grupo con duración de un año en la Facultad de Psicología, el grupo tuvo a 7 integrantes iniciales, dos desertaron; posteriormente 3 miembros se incorporaron, 2 causaron baja y 1 continuó.

Sostiene que la interpretación transferencial es un recurso válido en psicoterapias grupales de tiempo limitado. Si las características del grupo hacen que las manifestaciones transferenciales sean frecuentes, es necesaria la interpretación transferencial. En un grupo en donde se desarrolle más lentamente la neurosis de transferencia, tal vez puedan efectuarse solo intervenciones extratransferenciales.

No obstante, si la transferencia está operando en el grupo, puede ser más dañino no interpretarla que hacerlo, pues de lo contrario, puede dar lugar al acting out.

Aguirre Cárdenas (71) en la evaluación de una experiencia de grupo en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM reporta que hubo modificaciones en el MMPI en las escalas de Hs, D, Hi y Pt. El aumento de la primera lo atribuye como la expresión de ansiedad en forma indirecta a través de quejas físicas y las otras escalas disminuyeron en el orden arriba señalado. Los logros terapéuticos de los pacientes se manifestaron, además con variaciones en el repertorio defensivo de los miembros cambiando la negación, proyección y evasión por racionalización como un intento de explicar su problemática.

Apareció en todos los miembros, una mayor gratificación en las relaciones interpersonales, una comunicación grupal más eficiente, disminuyó la proyección cuando se mejoró la discriminación entre lo propio y lo ajeno; bajó el nivel de crítica y exigencia hacia sí mismo y hacia los otros. Evidenciaron en general, una autoestima más realista.

Es evidente que en el terreno de la evaluación de la terapia, abundan más las preguntas que las respuestas.

Con relación a las interrogantes y críticas formuladas por Seeman; Pérez Gómez (72) plantea otras cuestiones relevantes a la pretendida evaluación.

Pérez Gómez apoya la tricotomía ciencia-arte-tecnología como componentes de la terapia, y es precisamente en su componente arte y habilidad como factores del proceso, que una evaluación resulta no solo insuficiente, sino hasta cierto punto irrealizable, dado que no hay parámetros para medir dicha cuestión.

Cada terapeuta se comporta con sus pacientes de manera específica, nunca sigue la misma dirección, se adecúa tanto al sujeto como a la dinámica y a la patología.

Con respecto a las características del terapeuta que contribuyen a lograr un tratamiento eficaz, no se ha demostrado una relación causal entre aceptación, autenticidad y calidez por parte del terapeuta, en la disminución de síntomas individuales, ni en el mejoramiento de síndromes patológicos.

Además, tampoco hay acuerdo en que sea solo el terapeuta quien pueda manejar la situación, ya que el proceso también está influido por la personalidad del paciente y por su expectativa de responder de una manera específica.

Los factores específicos, (aquellos característicos de cada teoría, pero que en la práctica son difíciles de identificar) parecen no ser relevantes en el cambio esperado. Esto lleva a preguntarse si una persona no experimentada en la aplicación de una terapia puede obtener resultados iguales o superiores a los de un terapeuta experimentado.

La cuestión es sumamente compleja pues los efectos pueden no ser del tipo del todo o nada. En muchos estudios participan principalmente terapeutas no experimentados, lo que se atribuye a que los experimentados tienen una resistencia a que se les someta a prueba.

Por otra parte, el tener mucha experiencia no es sinónimo de efectividad, pues se pueden cometer errores durante años y no darse cuenta de ello.

La neutralidad del terapeuta no existe, pues respetar la libertad de un sujeto es también permitirle emplear todas sus potencialidades, ayudarlo a abandonar los modelos de conducta que lo han convertido en un enfermo y colaborar para que encuentre otros mejores, siempre en un contexto sociocultural históricamente determinado.

No hay consenso entre la duración mínima de la psicoterapia y el éxito; los estudios al respecto han encontrado que existe un sesgo entre éxito e inteligencia. La edad y el sexo parecen no tener importancia en la efectividad de la terapia, pero sí la clase social y el tipo de patología.

Las personas de clase baja recurren a individuos más a su alcance tales como la enfermera, el médico o el sacerdote, a diferencia de personas de la clase media.

Parece que el mejor candidato para psicoterapia en el sentido de posibilidades de cambio, es el joven atractivo, con capacidad verbal, inteligente y exitoso.

Como observamos, el problema de la evaluación de las terapias resulta un fenómeno complejo. Pérez Gómez cita cuatro causas principales: 1) la formulación del problema a causa del número de variables que deben ser consideradas; 2) deficiencia teórica que se traduce en un marco de referencia común a los diferentes enfoques empleados; 3) dificultades metodológicas en la manera de afrontar la cuestión y 4) problema de valores que impide una toma de decisión uniforme en lo que se refiere a juzgar los resultados de las psicoterapias.

Las opiniones varían desde la imposibilidad de lograr una evaluación al respecto hasta los que consideran que siendo un trabajo científico, se ve obligado a ser evaluado.

Si no se pierde de vista la tricotomía de la que se hablaba, vemos que se confunden los métodos experimentales con los métodos tecnológicos y con los métodos estéticos, según Pérez Gómez no se excluyen pero hay que tomarlos en cuenta como tales y no confundirlos.

Wylie (5) califica a los estudios sobre autoconcepto como inadaptables al método científico y hace hincapié en el análisis de factores como el "insight". En su opinión, habría que posponer los estudios sobre autoconcepto hasta que sean descubiertas mejores técnicas de medirlo.

Sin embargo, como mencionan Seeman (66) y Pérez Gómez (72), parece que a la pregunta de: ¿qué produce el cambio?, no hay respuesta concreta.

En relación con los estudios de Nava (10) y de Fabala (65), las áreas que mostraron cambio fueron el "yo personal" y el "yo ético moral", después de 5 meses y de 26 días, respectivamente; pero no hablan de algún seguimiento que pudiera indicar si los cambios fueron positivos o negativos y en qué medida.

De esta forma, llegamos a lo que tanto Wylie (5) como Wells (3) señalaban acerca de los estudios sobre autoconcepto, y se refiere a la incapacidad de discernir si la modificación ocurre en el sentido de lo deseable o no y el grado de ajuste psicológico que implica.

En este capítulo se revisó la teoría rogeriana sobre autoconcepto.

Para Rogers, una parte del sí mismo es lo que constituye el autoconcepto. El sí mismo es aquella parte del campo fenoménico considerada propia; la propiedad estará dada por el control que el individuo cree ejercer sobre objetos y sujetos. El sí mismo es también, el conjunto de preceptos y conceptos del self, del ambiente y de los otros, por lo cual estará abierto a la conciencia.

El campo fenoménico, es el lugar de las experiencias en donde el organismo es el centro. El organismo es el individuo experienciante, y en este sentido, está totalmente abierto a toda experiencia, a diferencia del sí mismo el cual hace una función selectiva de las experiencias, mismas que pueden rechazarse porque resultan contradictorias con el autoconcepto y no porque sean derogatorias del mismo. El autoconcepto es entonces el valor del sí mismo.

Cuando el self tiene conciencia de él mismo, se desarrolla el proceso de consideración positiva, pero, cuando se exaltan las opiniones de los demás, en detrimento de las propias, se produce el complejo de consideración positiva, que da lugar a desajustes psicológicos y a ansiedad. El ajuste es la capacidad de asimilar las experiencias.

Los mecanismos que impiden esta asimilación son la negación y la represión.

Rogers sostiene, que el insight y un ambiente de aceptación, son los motores dentro del proceso terapéutico, de que el autoconcepto se modifique y de que exista un mejor ajuste.

Por tal motivo, incluimos estudios al respecto y, aunque estas investigaciones ofrecen datos sugestivos de que la terapia modifica el autoconcepto, toda vez que en sujetos sin tratamiento, estos cambios no se dieron, sería difícil, sin embargo, atribuir a eventos concretos dentro del proceso terapéutico la eficacia y la eficiencia del cambio. Lo anterior, en opinión de Pérez Gómez, se debe a la deficiencia metodológica que en el proceso terapéutico se genera, a la confusión de métodos técnicos, científicos y estéticos que se derivan del proceso y a que el tratamiento terapéutico, siempre conlleva valores ideológicos, difíciles de especificar.

CAPITULO 4 METODOLOGIA Y RESULTADOS

4.1. Problema

¿Se modifica el autoconcepto del alumno que solicita terapia grupal en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología UNAM?

4.2. Objetivo General

Evaluar los cambios en el autoconcepto de alumnos que solicitan terapia en la Facultad de Psicología, después de haberse sometido a terapia de grupo.

4.3. Objetivos Específicos

Identificar si cada una de las dimensiones que conforman el autoconcepto se modifican con la terapia de grupo.

Conocer si algunas variables sociodemográficas se correlacionan con la puntuación de alguna dimensión del autoconcepto.

4.4. Hipótesis

Se mencionarán las hipótesis centrales, omitiéndose las hipótesis alternativas por ser su contraparte y evitar repetir los enunciados.

1. Después de la terapia de grupo se modificará el autoconcepto.

2. Se obtendrán diferencias en los puntajes del autoconcepto entre los alumnos que desertan del tratamiento y los que no.

3. Habrá diferencias significativas de acuerdo al lugar de nacimiento y el autoconcepto global

4. Se correlacionará positivamente el número de actividades extraescolares y el autoconcepto.

5. Existirá relación entre la escolaridad de los padres y el autoconcepto ocupacional del alumno.

6. El autoconcepto social y el número de hermanos no tendrá relevancia.

7. El autoconcepto se incrementa con la edad.

8. Los alumnos de los primeros semestres poseen menor autoconcepto global

9. El promedio actual se relacionará positivamente con el autoconcepto ocupacional.

10. El turno influirá significativamente en el puntajes total del autoconcepto.

11. Los alumnos de semestres inferiores desertan más fácilmente del tratamiento.

4.5. Definición de términos

AUTOCONCEPTO

El autoconcepto es la percepción que uno tiene de sí mismo: específicamente son las actitudes, sentimientos y conocimientos con respecto a las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

En términos operacionales, se dirá que el autoconcepto es el puntaje que el alumno obtenga en la escala de "la Rosa" (16)

TERAPIA GRUPAL, TRATAMIENTO, PSICOTERAPIA

Con estos términos, se designará la terapia de grupo a corto y determinado plazo, en donde necesariamente tendrá que focalizarse la problemática de los pacientes. En ningún momento se pretenderá tratar todos los conflictos y ni siquiera que los alumnos "conozcan cómo son".

Cada grupo terapéutico, en total serán tres grupos, estará a cargo de dos coterapeutas, quienes serán observadas por una maestra del Centro y de alumnas que también fungirán como coterapeutas en los otros grupos. Todas las sesiones serán grabadas y comentadas al final por el equipo de supervisión.

El número de sesiones será de 24 con duración de hora y media cada una.

4.6. Definición del Instrumento

Como ya se ha mencionado, nuestro instrumento fue la escala de autoconcepto elaborada por Jorge la Rosa (16) (Ver anexo 2).

Esta escala es del tipo diferencial semántico creado por Osgood; pero construida y validada por la Rosa para medir específicamente autoconcepto en población mexicana.

La escala de autoconcepto es el resultado de cinco estudios piloto y una aplicación final, involucrando a un total de 2.626 sujetos de ambos sexos.

El análisis factorial utilizado en la construcción y evaluación de la escala indicó que existen 5 dimensiones básicas: la social, la emocional, la ocupacional, la ética y la de iniciativa, las cuales se correlacionaron significativamente entre sí, el promedio obtenido fue de $r=0.40$ en donde $p<0.001$

Para obtener la confiabilidad interna de la escala, se utilizó el "alpha de Cronbach" arrojando un coeficiente global de 0.94

La escala tuvo una correlación significativa con otras pruebas: una de locus de control y otra de adecuación afiliativa lo que indica que el instrumento se comporta en la forma esperada.

La prueba contiene 72 reactivos bipolares compuestos por dos adjetivos contrarios; entre estos dos adjetivos, existe un continuo de siete líneas, la línea junto al reactivo indica que esa característica se posee en mayor grado. El espacio central indica que el individuo no se describe con ninguno de los dos adjetivos. Y las líneas, entre la central y la extrema, muestran la direccionalidad del adjetivo en cantidad (poco o bastante). (ver anexo 2)

Para fines evaluativos, las líneas entre los adjetivos de izquierda a derecha, van en un continuo del 1 al 7. De esta manera, si el sujeto contesta en la quinta línea, obtendrá la puntuación 5.

Para obtener la calificación por áreas se suman los puntajes de cada reactivo que la constituye. También se puede conseguir la calificación total. Dada la riqueza del análisis factorial, este instrumento se presta a ser

calificado de diversas maneras, dependiendo de los objetivos del estudio.

Aquí se utilizaron los puntajes totales y los puntajes por áreas para determinar si hubo o no modificación del autoconcepto.

La escala está conformada por 5 dimensiones básicas: social, emocional, ética, ocupacional e iniciativa; a continuación se explicarán brevemente cada una de ellas.

I DIMENSION SOCIAL: se refiere al comportamiento del individuo en interacción con sus semejantes, abarca tanto las relaciones con sus familiares y amigos, como la manera en que una persona realiza sus interacciones con sus jefes o subalternos, conocidos o no.

Esta dimensión está representada por 3 factores:

- a) Sociabilidad afiliativa: especifica en el polo positivo el estilo afiliación o de relacionarse con los demás.
- b) Sociabilidad expresiva: se refiere a la comunicación o expresión del individuo en el medio social.
- c) Accesibilidad: define, en el aspecto positivo, la persona accesible a la cual se aproximan los demás con confianza y que podrán contar con su comprensión.

II DIMENSION EMOCIONAL: abarca los sentimientos y emociones de uno, considerados desde un punto de vista intraindividual, interindividual y desde la perspectiva de sanidad o no. Se divide en 3 áreas:

- a) Estados de ánimo: caracteriza la vida emocional intraindividual, o sea, los estados de ánimo experimentados en la subjetividad.
- b) Sentimientos Interindividuales: considera los sentimientos interindividuales, en donde el otro es el objeto de los sentimientos personales.
- c) Salud Emocional: enfoca los aspectos intra e interindividuales desde el punto de vista de salud mental.

Una persona feliz, alegre y optimista es una persona sana respecto a los sentimientos experimentados y lo contrario puede decirse de un individuo deprimido, triste, frustrado.

Se pueden hacer consideraciones semejantes referentes a los sentimientos interindividuales: saludable es la persona cariñosa, amorosa y tierna y menos sano es el individuo seco, odiosos e insensible.

III DIMENSION OCUPACIONAL: se refiere al funcionamiento y habilidades del individuo en su trabajo, ocupación o profesión y se extiende tanto a la situación del trabajador como del funcionario o del profesional.

IV DIMENSION ETICA: concierne al aspecto de congruencia o no con los valores personales y que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares en una cultura dada.

La felicidad del individuo depende de que alcance sus ideales, mantenga una relación armónica con los demás individuos y tenga la posesión de bienes necesarios para su supervivencia y desarrollo.

V INICIATIVA: se refiere a si la persona tiene o no capacidad de iniciarse en diferentes campos de actividad humana incluso la social (sumiso-dominante).

Esta subescala verifica la capacidad del individuo en situaciones sociales y por eso se asemeja y corresponde, en parte, a subescalas que miden liderazgo. Desde otro punto de vista, la iniciativa puede referirse a una característica de la personalidad que se aplica al estilo como el individuo desempeña sus actividades u ocupación.

4.7. Definición o características de la población

El tipo de muestreo empleado fue no probabilístico, pues no todas las personas que recurrieron al Centro de Servicios Psicológicos a solicitar terapia tuvieron la misma posibilidad de participar en este estudio. La asignación de los sujetos a los grupos (a, b y c), que conformaron la muestra, fue dada por las secretarías del Centro, quienes asignaron a los pacientes de acuerdo a los horarios dados por ellos y por las coterapeutas. Quedando los grupos conformados de la siguiente manera: grupo "a" lunes de 9:00 a

10:30; grupo "b" martes de 9:00 a 10:30; y finalmente, el grupo "c" de 16:00 a 17:30 horas los jueves.

De los grupos anteriores, se formaron los grupos experimental y control. El primero se constituyó por alumnos que concluyeron el tratamiento y el grupo control lo integraron alumnos que causaron baja.

De esta forma, no se utilizó muestreo aleatorio en ninguna de las etapas, por lo cual los resultados del presente estudio deben tomarse con reservas.

4.8. Método de Investigación

En este apartado, se describirán: el diseño de investigación, las variables independiente, dependiente y controladas, así como las condiciones experimentales o ambientales.

4.8.1. Diseño de Investigación

Con el fin de llegar a la comprobación empírica de las hipótesis propuestas, el diseño de investigación se hace necesario puesto que nos permite controlar la varianza, al reunir y analizar nuestros datos en determinada forma. El diseño corresponde al de dos grupos.

El paradigma del diseño será:

Yb	x	Ya	Grupo Experimental (grupo 1)
Yb	-x		Grupo Control (grupo 2)

donde:

Yb aplicación de la escala de autoconcepto

X Zooterapia grupal focalizada, a tiempo determinado

Ya aplicación de la escala de autoconcepto, finalizada la terapia.

Como es de suponerse, al grupo experimental se le aplicó tanto la preprueba como la postprueba mientras que al grupo control solo la preprueba.

En este sentido, se comparará la preprueba del grupo 1 con la del grupo 2 y posteriormente, el grupo 1 se comparará consigo mismo.

4.8.2. Variable Independiente

Nuestra variable independiente o activa, es la coterapia grupal, a tiempo limitado y con objetivo focalizado.

Todas las sesiones de los tres grupos fueron filmadas, observadas y comentadas por el equipo de supervisión, que estuvo integrado por las alumnas de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones y de dos maestras.

El tiempo en que se llevó a cabo la terapia de grupo fue de 24 sesiones, en el transcurso de seis meses, con vacaciones administrativas, que impidieron fueran veintisiete sesiones, dado que la UNAM se encontraba cerrada. La duración de cada sesión fue de hora y media.

4.8.3. Variable Dependiente

El autoconcepto es la variable dependiente, será el autorreporte dado por la escala "la Rosa" y corresponde a una variable atributiva dado que representa una característica humana preexistente en los sujetos que van a ser evaluados.

Las variables atributivas como señala Kerlinger (73) "están ya manipuladas, el medio ambiente inicial, la herencia y otras circunstancias han hecho de ellas lo que son actualmente".

Por otra parte, el autoconcepto es también una variable continua ya que puede influir en un conjunto ordenado de valores dentro de un cierto intervalo. Ello significa: primero, que sus valores reflejan un orden jerárquico, y que un valor mayor de variable indica que la propiedad en cuestión se posee en un grado superior; segundo, las medidas continuas están contenidas en una escala y se asigna a cada individuo una puntuación en ella.

Sin embargo, las escalas para cuantificar las variables en cuestión, no han alcanzado esta precisión y son del tipo ordinal o por rangos.

4.8.4. Variables Controladas

Como es sabido, en toda investigación pueden introducirse variables que alteren o modifiquen los resultados. De ahí la

necesidad de especificar las técnicas de control que fueron utilizadas con el propósito de eliminar o neutralizar los efectos que son fuente de error.

Con el objeto de disminuir el efecto de "Hawthorne", en donde los sujetos cambian por el simple hecho de participar en el estudio, no se mencionó a los alumnos que evaluaban las escalas, ni las hipótesis de trabajo. Sin embargo, lo anterior hay que tomarlo con cierta reserva ya que la mayoría de los sujetos fueron estudiantes de Psicología y algunos, sobre todo los de semestre superiores, tendrían mayor posibilidad de conocer el instrumento.

4.8.5. Condiciones experimentales o ambientales

El estudio se desarrolló en la Facultad de Psicología, específicamente en el Centro de Servicios Psicológicos, donde las salas terapéuticas cuentan con "Cámaras de Gesell", que permitieron a los observadores no ser vistos por los pacientes. Las salas en donde se desarrollaron las sesiones son de 4.00 por 5.00 metros, aproximadamente, las cuales contienen sillas apilables mismas que permiten ganar espacio cuando no se utilizan. En las salas se encuentran dos cámaras, una fija y otra móvil, con las cuales se realizó la filmación de las sesiones.

En estas salas se realizaron las aplicaciones de la preprueba y de la postprueba, las entrevistas, la coterapia y la supervisión.

4.9. Procedimiento de Evaluación

En este punto será descrito con detalle, el procedimiento, mencionando cada uno de los pasos a seguir en el transcurso del estudio, especificando aquello que sea relevante al momento de establecer las manipulaciones experimentales. Indicaré la cantidad de sujetos, las características más importantes de la muestra obtenida, el qué y el cómo se manejaron: la formación y asignación de grupos a las unidades experimentales y las instrucciones dadas a los alumnos.

4.9.1. Cantidad de sujetos

El total de grupos terapéuticos fue de 3: el grupo "a" estuvo conformado por 7 sujetos, de los cuales desertaron 5; el grupo "b" estuvo compuesto por 9 personas de donde causaron baja 3 y finalmente, el grupo "c" tuvo una baja, quedando con 9 pacientes.

Así, del total de 26 pacientes que iniciaron el tratamiento, quedaron 17 pacientes que lo continuaron; solo 11 de ellos contestaron la preprueba y la postprueba configurando el grupo experimental y 5 de quienes causaron baja y se les pudo aplicar la preprueba se autoseleccionaron al grupo control o grupo 2.

4.9.2. Descripción de las características más importantes de la muestra obtenida.

Con base en el cuestionario (ver anexo 1) se recabaron los datos generales tanto del grupo control como del grupo experimental, esta información está condensada en las tablas 1 y 2, ver análisis de resultados.

4.9.3. Formación y asignación de grupos a las unidades experimentales

Como se indicó, los grupos, control y experimental, se autoseleccionaron.

El grupo experimental estuvo integrado por sujetos que terminaron el tratamiento (11) y el grupo control por 5 sujetos que desertaron y a quienes se les pudo aplicar la preprueba.

4.9.4. Instrucciones dadas a los participantes

A todos los alumnos se les dijo que se necesitaban aplicar pruebas con el objeto de realizar investigaciones en el Centro de Servicios Psicológicos, cuyos resultados servirían para la evaluación del servicio, mismas que redundarían en un mejor servicio para los futuros pacientes.

Específicamente, en relación con el cuestionario de autoconcepto (anexo 2) se les dijo que se describieran a sí mismos, colocando una X en la línea que más se adecuara a sus características con respecto a los dos adjetivos; se les

indicó que debían contestar lo más rápidamente posible, lo que primero se les ocurriera pero siempre pensando en cómo eran y no en cómo les gustaría ser.

4.10. Análisis de Resultados Estadísticos

En este apartado se analizarán los resultados arrojados por las pruebas estadísticas, esto permitirá aceptar o rechazar las hipótesis propuestas.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa de computadora "TADPOLE (BIOSOFT)": fijándose para todas las pruebas estadísticas empleadas un "Alfa" de 0.5

TABLA 1 DATOS GENERALES ALUMNOS SOMETIDOS A PSICOTERAPIA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	F	19	4/4	3	5	9.3	2	3	8.4	Mat	2	no
2	F	20	1/3	5	3	8.9	1	5	9.7	Mat	-	no
3	M	20	5/6	-	2	-	4	4	5	Mat	3	no
4	F	26	2/4	3	3	-	2	9/9	-	Ves	3,9	si
5	F	20	4/4	3	3	7.6	3	3	8.6	Ves	3	si
6	F	19	4/4	5	5	8.2	3	3	9.2	Ves	3	no
7	M	22	6/9	2	2	7	4	5	-	Ves	3	no
8	F	22	6/6	2	2	7.7	3	7	8	Ves	3	no
9	F	22	5/7	4	4	8.3	2	3	8	Ves	-	no
10	F	19	1/3	6	4	8.4	3	1	-	Ves	2,9	no
11	F	21	4/5	3	3	8.6	3	3	8	Ves	3	no

A Sexo	G Area Psicología
B Edad	H Semestre que cursa
C Lugar que ocupa	I Promedio actual
D Escolaridad padre	J Turno
E Escolaridad madre	K Otras actividades
F Promedio escuela de procedencia	L Tratamiento anterior
ESCOLARIDAD PADRES	ACTIVIDADES AJENAS A PSICOLOGIA
1. Analfabeta	1. Sociales
2. Primaria Incompleta	2. Deportivas
3. Primaria Completa	3. Laborales
4. Secundaria o equivalente	4. Recreativas
5. Preparatoria o equival.	5. Culturales
6. Universitaria	6. Políticas
AREA ELEGIDA	7. Musicales
1. Industrial	8. Académicas
2. Educativa	9. Otras
3. Clínica	
4. MEDICINA	

TABLA 2 DATOS GENERALES ALUMNOS DESERTORES DE TERAPIA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	J	L
12	F	20	2/4	3	4	8.3	2	6	8.5	Mat	8	Si
13	F	18	1/3	6	3	8.9	3	1	-	Mat	-	No
14	M	19	1/2	5	5	8.5	1	1	-	Mat	3	Si
15	F	20	2/4	2	3	8	3	1	-	Mat	3	No
16	F	20	1	5	4	8	3	1	-	Mat	3	No

A Sexo

B Edad

C Lugar que ocupa

D Escolaridad padre

E Escolaridad madre

F Promedio escuela de procedencia

G Area Psicología

H Semestre que cursa

I Promedio actual

J Turno

K Otras actividades

L Tratamiento anterior

ESCOLARIDAD PADRES

1. Analfabeta
2. Primaria Incompleta
3. Primaria Completa
4. Secundaria o equivalente
5. Preparatoria o equival.
6. Universitaria

ACTIVIDADES AJENAS A PSICOLOGIA

1. Sociales
2. Deportivas
3. Laborales
4. Recreativas
5. Culturales
6. Políticas
7. Musicales
8. Académicas
9. Otras

AREA PSICOLOGIA

1. Industrial
2. Educativa
3. Clínica

Con base en las tablas 1 y 2 iremos describiendo los resultados de ambos grupos.

1. Sexo

El grupo experimental estuvo constituido por 2 hombres y 9 mujeres lo que significa un 81% de la población para estas mientras que el 19% corresponde a los hombres.

En el grupo control la población estuvo conformada por 4 mujeres y un hombre (80% y 20% respectivamente).

2. Lugar de nacimiento

Todos los sujetos nacieron en el Distrito Federal.

3. Edad

El promedio de edad para el grupo control fue de 19 años, con una desviación estándar (S) de 1.

El promedio de edad para el grupo experimental fue de 21 años, con una S de 2.07

4. Estado Civil

Los sujetos de los dos grupos eran solteros.

5. Número de hermanos. Lugar que ocupa.

En el grupo experimental el promedio de hermanos fue de 5 con una S de 1.8. Hubo dos primogénitos (18%) y 5 ocupaban el último lugar de nacimiento (45%); entre estos extremos, 1 ocupó el 2o. lugar de nacimiento (9%); 1 el 4o. lugar (9%); y 2 el 5o. lugar (18%).

En el grupo control, en cambio, el promedio de hermanos fue de 3 con una S de 1. En este grupo existió un hijo único (20%); 2 primogénitos (40%) y dos que ocupan el 2o. lugar de 4 hermanos (40%).

6. Escolaridad Padre

La escolaridad del padre del grupo experimental fue:

2 sujetos que no terminaron la primaria 18%

4 sujetos que terminaron la primaria 36%

1 sujeto que terminó la secundaria 9%

2 sujetos que terminaron la preparatoria o bachillerato 9%

1 sujeto que terminó una carrera universitaria 9%

Un paciente no dio la información

Con respecto al grupo control existió:

1 sujeto que tiene primaria incompleta 20%

1 sujeto que tiene primaria completa 20%

2 sujetos que terminaron preparatoria 40%

1 sujeto con formación universitaria 20%

7. Escolaridad Madre

Para el grupo experimental fue:

3 sujetos con primaria incompleta 27%

4 sujetos con primaria completa 36%

2 sujetos con secundaria o equivalente 18%

2 sujetos con preparatoria o equivalente 18%

Para el grupo control la escolaridad de la madre fue:

2 madres con primaria completa 40%

2 madres con secundaria o equivalente 40%

1 madre con preparatoria o equivalente 20%

Lo anterior nos señala que la escolaridad del padre, tanto en el grupo experimental como en el grupo control es mayor que la escolaridad de la madre, en los dos grupos.

Pero una comparación intergrupos nos muestra a ambos padres con mayor nivel de escolaridad en el grupo control, en relación con el grupo experimental.

8. Promedio de Preparatoria de los pacientes.

En el grupo experimental hubo 2 sujetos de quienes no se recabó dicha información; por lo cual los datos corresponden solo a 9 sujetos quienes obtuvieron un promedio de la escuela de procedencia de 8.2 con una S de 0.91

El promedio de la preparatoria en el grupo control fue de 8.3 con una S de 0.38

Nuevamente, la puntuación favorece a los alumnos del grupo control quienes obtuvieron en la preparatoria un promedio superior en relación con el grupo experimental.

9. Carrera que cursa

El grupo experimental estuvo compuesto por 2 alumnos que estudiaban Medicina, el resto estudiaba Psicología.

El grupo control, en cambio, estuvo constituido en un 100% por estudiantes de Psicología.

10. Area de Psicología que elegirá

Para el grupo experimental los sujetos se decidirán del siguiente modo:

1 sujeto por el Área industrial 9%

3 sujetos por el Área educativa 27%

5 sujetos por el Área clínica 45%

2 sujetos estudiaban Medicina 18%

El grupo control, arrojó los siguientes resultados:

1 sujeto decidirá por el Área industrial 20%

2 sujetos decidirán por el área educativa 20%

2 sujetos decidirán por el Área clínica 60%

La elección del área es muy semejante en ambos grupos.

11. Semestre que cursa

Grupo Experimental

1 sujeto estudiaba el 1er. semestre 9%

6 sujetos estudiaban el 3er. semestre 54%

2 sujetos estudiaban el 5o. semestre 18%

1 sujeto estudiaba el 7o. semestre 9%

1 sujeto acabó Psicología 9%

En el grupo control la escolaridad era:

4 sujetos de 1er semestre 80%

1 sujeto de 5o. semestre 20%

12. Turno

El 72% de los alumnos del grupo experimental estudiaba en la tarde y el 27% en la mañana.

En el grupo control el 100% se encontraba estudiando Psicología en la mañana.

13. Actividades sistemáticas ajenas al estudio en la Facultad de Psicología

En el grupo control una persona realizaba carrera simultánea (20%); otra no realizaba actividades ajenas al estudio de Psicología (20%) y 3 trabajaban (60%).

En el grupo experimental 2 personas realizaban más de 2 actividades distintas a la de estudiar (18%); 2 no realizaban actividad alguna aparte del estudio (18%) y 7 sujetos trabajaban (63%).

14. Tratamiento anterior

Un 18% de los pacientes del grupo experimental han recibido anteriormente tratamiento psicoterapéutico, aunque jamás fue del tipo grupal; 81% nunca recibieron ningún tipo de tratamiento.

En el grupo control el 60% de los sujetos nunca recibió tratamiento psicológico previo y el 40% sí.

Con el objeto de observar si existían diferencias entre los grupos en la preprueba se utilizó la prueba "t" de medidas independientes con 14 grados de libertad.

TABLA 3 PRUEBA INTERGRUPOS

Prueba "t" para medidas independientes con 14 grados de libertad

	X		S		t(14)	p
	G1	G2	G1	G2		
A ETICA	20.18	19.40	1.94	2.79	0.65	0.56
A SOCIAL	76.45	73.20	7.90	4.32	0.85	0.45
A OCUPAC.	24.18	21.40	3.60	2.70	1.53	0.18
A INIC.	23.36	25.80	4.90	4.3	-0.94	0.39
A EMOC.	90.27	80.80	7.10	7.36	2.44	0.03*
A TOTAL	34.4	32.2	0.32	0.16	1.10	0.33

*Significativo

La tabla número 3 nos muestra que el autoconcepto en el área emocional es mayor en el grupo experimental que en el grupo control $p=0.03$

Así mismo, se comparó la subescala emocional de la postprueba del grupo 1 con la preprueba del grupo control arrojando: $t=1.23(14)$, $p=0.27$ por lo cual se observa que no existen diferencias significativas.

Sin embargo, la tabla 4 nos indica que después de la terapia, el autoconcepto en el área emocional disminuyó después del tratamiento, toda vez que $p=0.03$

TABLA 4 PRUEBA INTRAGRUPOS

t de Wilcoxon para medidas repetidas con 10 grados de libertad

	X		S		t(10)	p
	Prepr	Pospr.	Prepr.	Pospr.		
A EMOC	90.27	85.18	7.10	6.22	2.04	0.03*
A INIC.	23.36	24.27	4.90	4.73	-1.71	0.16
A SOCIAL	76.45	79.72	7.90	15.7	-0.90	0.44
A OCUP.	24.18	22.09	3.60	3.61	1.99	0.11
A ETICA	20.18	19.45	1.94	2.91	0.66	0.56
A TOTAL	34.45	36.63	3.44	3.26	-1.98	0.11

*Significativo

Antes de analizar los resultados es conveniente señalar que, dadas las limitaciones del tamaño de la muestra y del diseño, en el cual lo deseable hubiera sido someter a 2 grupos a la preprueba y a la postprueba; debe entenderse que en este estudio no puede hablarse de una relación causal entre terapia y autoconcepto y tampoco pueden generalizarse los resultados.

Con base en los resultados anteriores se acepta la hipótesis 1 que indica que, después de la terapia de grupo se modificará el autoconcepto.

De igual manera, se acepta la hipótesis 6 que indica la diferencia en el puntajes del autoconcepto entre los alumnos que desertan y los que no lo hacen.

Las diferencias entre los grupos, con base en los datos generales (tabla 3 y 4) fueron: los alumnos del grupo experimental en su mayoría, tenían más edad que los del grupo control y pertenecían al turno vespertino.

Cuantitativamente hablando, el número de hermanos, el promedio de la preparatoria y la escolaridad tanto del padre como de la madre fue mayor en el grupo control.

Con el objeto de correlacionar el autoconcepto y algunas características demográficas se utilizó la "correlación de Spearman", misma que arrojó los siguientes resultados:

No existió correlación positiva entre el lugar de nacimiento y el autoconcepto total toda vez que $r = 0.23$ (14), $p = 0.21$ por lo cual se rechaza la hipótesis número 3.

Al no existir correlación entre las actividades extraescolares y el autoconcepto ya que $r = 0.13$ (14), $p = 0.34$ entonces se rechaza la hipótesis número 4.

Para la correlación entre la escolaridad del padre con el autoconcepto ocupacional se obtuvo: $r = -0.08$ (14), $p = 0.38$ y con el autoconcepto total $r = -0.079$, $p = 0.39$. Mientras que para la escolaridad de la madre, con el autoconcepto ocupacional la $r = -0.061$ (14), $p = 0.42$ y la escolaridad de la madre con el autoconcepto total $r = -0.11$ (14), $p = 0.35$. Motivo

por el cual se rechaza la hipótesis número 5 que habla de una relación positiva entre la escolaridad de los padres y el autoconcepto.

Tampoco existe correlación entre el número de hermanos y el autoconcepto social, por lo cual se acepta la hipótesis número 6 ya que $r = 3.42(14)$, $p = 0.11$

No hubo correlación entre la edad y el autoconcepto total, siendo $r = -0.20(14)$, $p = 0.24$ por lo tanto se rechaza la hipótesis número 7.

La relación entre el semestre cursado y el autoconcepto total fue de $r = -0.18(14)$, $p = 0.26$ por ello se rechaza la hipótesis número 8; aunque hay que recordar, sin embargo, que en el grupo control los sujetos en su mayoría eran de 1er. semestre y su autoconcepto emocional fue significativamente menor que el del grupo control.

El coeficiente de correlación para la relación entre el promedio actual y autoconcepto ocupacional fue de $r = -0.039(14)$, $p = 0.44$ no existiendo correlación por lo cual se rechaza la hipótesis número 9

También fue nula la correlación entre el turno y el autoconcepto global en donde $r = -0.02(14)$, $p = -0.02$ por lo que se rechaza la hipótesis número 10.

Finalmente, se utilizó una "exacta de Fisher" para conocer si los alumnos de semestres inferiores desertan del tratamiento más fácilmente; el resultado fue 0.012 por lo cual se acepta la hipótesis número 11.

4.11. CONCLUSIONES

En este estudio se investigó si el autoconcepto se modifica en pacientes sometidos a psicoterapia grupal, contrastando los resultados con el autoconcepto de pacientes que desertaron del tratamiento. Así mismo, se sometió a prueba el autoconcepto con algunas variables demográficas.

A pesar de los resultados obtenidos, que de ninguna manera pueden generalizarse y por ende, deben tomarse con reservas, coincido con el punto de vista de los autores que sostienen que después de la terapia el autoconcepto se modifica, no

porque el sujeto cambie sustancialmente y se convierta en otro, sino porque se acepta como persona integrando éxitos y fracasos, limitaciones y posibilidades hacia él mismo y su realidad.

Sin embargo, sea que el autoconcepto se modifique o no, debe quedar claro que no se sometió a prueba a la psicoterapia, pues rebasaría los alcances de este trabajo.

Lo que se intentó fue establecer la relación entre psicoterapia y modificación del autoconcepto, lo cual, podría tomarse como un indicador muy débil, parcial y por ello incompleto, de la mencionada evaluación terapéutica.

El autoconcepto global, no tuvo modificaciones, pero si el autoconcepto emocional, lo cual refleja lo predicho por Marsh, respecto a que la totalidad del autoconcepto no puede cambiar, ni con la terapia ni con algún tipo de evento dramático, pero si alguna parte del autoconcepto.

El hecho de que los alumnos del grupo experimental obtengan un mayor autoconcepto emocional, y que después del tratamiento éste disminuya, nos hace reflexionar acerca de lo dicho por Butler y Haigh respecto a que no es válido suponer un autoconcepto alto como índice de salud, esto me hace observar mi tendencia a presuponer lo contrario y pensar, de este modo que la coterapia coadyuva en el mejoramiento del autoconcepto, en particular y de la salud en general.

La subescala que mide la dimensión emocional está constituida por los estados de ánimo, la afectividad o sentimientos interindividuales y la salud emocional.

Si el aspecto de emocionalidad se refiere a la trascendencia de los límites del yo; (sociabilidad) al someterse a un tratamiento grupal, los pacientes descubren dentro del grupo la dificultad que poseen para relacionarse con otras personas, el hecho de que haya bajado el autoconcepto emocional, puede entonces tomarse como un índice de eficacia del tratamiento toda vez que nuestro foco se orientó a la concientización de esta problemática.

Lo anterior coincide con lo mencionado por Cuje para quien, después de someter a sujetos a terapia, reporta que sus metas se vuelven más realizables, más alcanzables; lo cual coincide con lo reportado por Vázquez para quien autoconocimiento y autoaceptación van unidos.

Si aceptamos como cierto que los sujetos lograron una evaluación más realista, esto repercutirá en la emoción subjetiva que no trasciende los límites del yo sino que responde a sus objetivos vitales, quizá notaron que al tener expectativas irrealizables no podrían satisfacer estos objetivos personales.

De ser válido lo anterior, los pacientes pueden acudir a otro tratamiento debido a la sensibilización lograda en este.

Por otra parte, el hecho de que el autoconcepto de los sujetos del grupo experimental haya disminuido, puede deberse, también a que en la terapia breve, muchas veces se logra la sensibilización del paciente, pero el tiempo sin embargo, no es suficiente para que estos puedan lograr una elaboración de su problemática; es esta una de las limitaciones de la terapia breve.

Todas estas especulaciones no pueden fundamentarse, de manera sólida porque el cuestionario de autoconcepto que se utilizó, aunque esta validado no tiene una normalización que nos permita deducir de los puntajes, algún índice o no de salud; y quizá no hay sido el instrumento adecuado para detectar cambios en un proceso terapéutico. Es esta otra limitación del presente trabajo y una recomendación para futuros estudios.

En este sentido, este estudio no fue la excepción y solo confirma la regla de todas las limitaciones que los diversos teóricos del autoconcepto sobre dichos trabajos mencionan; tales como el nivel de confiabilidad, el nivel de salud y las diversas variables demográficas con las que a veces concuerda y en cambio otras no.

Por otra parte, las bajas causadas, por alumnos del primer semestre en el tratamiento, constituye solo un reflejo de lo

este sentido, estaría por demás suponer que si no tienen certeza al ingresar en un área nueva y vasta, estén los pacientes genuinamente convencidos de la necesidad de tratamiento; pues como se comentó anteriormente el motivo de consulta "manifiesto" era que habían sido aconsejados por sus maestros de recibir terapia pero, a este nivel de estudios todavía no se tiene idea de lo que el tratamiento significa.

Parece que a pesar de los esfuerzos por esclarecer las funciones del yo, del ego o del sí mismo, el autoconcepto y demás funciones atribuibles a esas estructuras, solo complican más todo; pues se pretende establecer una relación causal para la descripción de fenómenos complejos como resultan ser el yo, el autoconcepto y la psicoterapia. Tantas contradicciones y controversias sobre el tema, llevan a algunos teóricos a preguntarse si los agentes de cambio se encuentran en algunos individuos de donde las teorías resultan insuficientes para explicarlo.

Rogers más que utilizar el método fenomenológico, emplea, a mi juicio, el método empirista a la manera de John Loocke, y sin embargo, sus críticos comentan que jamás evalúa científicamente sus procedimientos.

Por otra parte, pareciera que, de acuerdo a nuestros resultados, el autoconocimiento perjudica el autoconcepto, en el sentido de que la persona al verse de una manera más realista podría deprimirse; sin embargo, otros autores como Butler y Haigh sostienen que entre más se conozca la persona, ésta, se trazará metas más realizables, lo cual le ayudará a tener mayor confianza.

La pregunta acerca del éxito o no de la terapia, parece ser muy subjetiva, pues con el comentario anterior, podemos observar que no a todos ayuda el conocerse más. No obstante, no hay consenso acerca de ¿qué del proceso es lo que condyuva al cambio? Aronson postula el acto de hablar e identificarse, Rogers asegura que es el insight y el clima cálido, Ongay Moguel concluye que la transferencia y sin embargo, Fiorini, Geller y Vassiliou destacan los factores

cálido. Ongay Moguel concluye que la transferencia y sin embargo, Fiorini, Gellar y Vassiliou destacan los factores sociales e históricos del individuo como condición necesaria para la modificación y el crecimiento. Pérez Gómez comenta que el mejor pronóstico lo obtienen pacientes jóvenes y exitosos, de ser cierto lo anterior, ¿cómo afrontar los retos que el cambio conlleva con personas que no sean ni jóvenes ni exitosas?

Por otra parte, en cuanto a la correlación entre autoconcepto y algunas variables demográficas, concluimos que:

La relación entre lugar de nacimiento y autoconcepto en este estudio no ocurrió; muchos autores sin embargo, reportan el papel del primogénito o de los hijos más chicos, atribuyéndoles características tan específicas, que evidentemente estas repercuten en el autoconcepto. Al respecto, sería conveniente recurrir a otro tipo de técnicas para ampliar los datos acerca de los roles específicos en cuanto al lugar de nacimiento.

En estos grupos no fue algo significativo el número de actividades extraescolares, y esto puede atribuirse a un disminuido autoconcepto, de donde quizá surja la idea de recurrir a psicoterapia.

Al respecto, la Rosa (16) informa que, cuando el autoconcepto es alto, existe mayor número de actividades puesto que cuando la persona tiene un buen concepto de sí, no le resulta desagradable incursionar en otros campos, ya que tiene expectativas de éxito. Aquí sería conveniente un estudio entre sujetos que deseen tratamiento y los que no. En este sentido Salmerón (74) reporta un estudio en donde los alumnos con mejores promedios correlacionaron significativamente con el autoconcepto y con el número de actividades extraescolares que realizaban. Sin embargo, para los alumnos de Psicología, es decir para los pacientes de ambos grupos, el trabajo que actualmente pueden desempeñar sin haber terminado la carrera parece no ser fuente de

satisfacción para el autoconcepto ocupacional y por ello no hubo diferencias entre los sujetos del turno vespertino -que en su mayoría trabajaban- y los del turno matutino, que generalmente no lo hacen. Tampoco hubo diferencias entre el promedio actual y el autoconcepto ocupacional.

Aunque el nivel de escolaridad de los padres fue mayor en el grupo control que en el grupo experimental pareció no tener relevancia en el autoconcepto. Quizá esto se deba a que por una parte, la escolaridad de los padres, en general, fue baja y por otra parte, a que los pacientes se encontraban en conflictos con las figuras parentales por lo cual la correlación fue negativa tanto para el padre como para la madre; siendo el coeficiente de correlación de $r = -0.039$ y de $r = -0.02$ respectivamente.

La idea de Jerusalem (23) respecto a que el autoconcepto se incrementa con la edad, en el presente estudio, no se corroboró ya que $r = -0.020$; para profundizar en esta relación habría que obtener una muestra mayor donde se incluyan grupos significativos que abarquen diversas edades.

En este estudio, la nula relación entre edad y autoconcepto se verifica con la nula relación entre el semestre cursado y el autoconcepto y entre el promedio actual y autoconcepto. En estas relaciones, resulta pertinente la recomendación anterior para futuros estudios.

Sin embargo, si fue significativa la escolaridad de los primeros semestres y el índice de deserción del tratamiento por lo cual se sugiere que para la conformación de nuevos grupos se acepten alumnos de semestres avanzados, de otra manera, sería problemático constituir una terapia grupal. Biagini, trabajando con una población similar a la nuestra, recomienda, mayor homogeneidad en la selección de sujetos con un equivalente índice de conciencia de enfermedad, similar nivel de motivación para la terapia así como de desarrollo yoico y super yoico.

Por otra parte, con respecto al problema de la coterapia existe escasa bibliografía sobre el tema, los autores

utilizan el término como sinónimo de observadores, como sustitución de estos y simplemente no describen el cómo del proceso coterapéutico. Parece sin embargo, justificado lo anterior pues observamos que el proceso en sí mismo implica severos y profundos problemas.

Una recomendación final sería que el Centro de Servicios Psicológicos abriera sus servicios a la población universitaria en general, no limitándose a los alumnos de Psicología o al tratamiento de algunas familias y niños: vinculándose con otras instancias de la UNAM y con otras Instituciones.

BIBLIOGRAFIA

1. MUELLER, F.L. Historia de la Psicología. FCE México, 1976.
2. ALLPORT W.G. La personalidad. Su configuración y desarrollo. Ed. Herder. Barcelona, 1977.
3. WELLS, L.E. Self-Esteem: its conceptualization and measurement. Sage Publications, Inc. Beverly Hills. California, 1976
4. RODRIGUEZ-Estrada, M. et al. Autoestima: Clave del éxito personal. Manual Moderno. Serie Capacitación Integral. México, 1985
5. WYLIE, C.R. Self-concept. A review of methodological considerations and measuring instruments. University of Nebraska Press, 1974 Vol. I
6. PADILLA-OLIVARES, M.C. Relación que existe entre el desempeño académico y la congruencia entre el autoconcepto del yo y el autoconcepto del yo ideal. Tesis licenciatura en Psicología Universidad Iberoamericana. México, 1979
7. VITE-SAN PEDRO, S.G. Autoestima de madres con trabajo doméstico y trabajo remunerado. Tesis maestría en Psicología social. Facultad de Psicología. UNAM. México, 1986.
8. HALL, C.S. Y I GARDNER . Teoría del sí mismo y la personalidad. Editorial Paidós. México, 1984
9. EPSTEIN, S. The self- concept revisited. En American Psychologist 28(5):404-416, 1973

10. NAVA HERNANDEZ, A.F. El autoconcepto en esquizofrénicos. Tesis de licenciatura en Psicología. Fac. de Psicología. UNAM. México, 1986
11. VAZQUEZ, P. El autoconcepto en adolescentes hijos de madre soltera y hogar integrado. Tesis Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México, 1983
12. HILGARD, E.R. Human motives and the concept of the self. In American Psychologist (4):374-382, 1949
13. CARUSO, A.I. Narcisismo y Socialización. Fundamentos psicogenéticos de la conducta social. Siglo XXI. México, 1987.
14. SCHWARZER, R. (Ed.) Introduction. En The self in anxiety, stress and depression. Free University of Berlin. Berlín, 1984.
15. ROGERS, R.C. Some observations on the organization of the personality. En American Psychologist 2(9):358-368, 1947
16. LA ROSA, J. Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. Tesis doctorado en Psicología Social. Fac. de Psicología. UNAM. México, 1986
17. COFFER, N. C. y APPLEBY, M.H. Psicología de la motivación. Teoría e Investigación. Ed. Trillas. México, 1979
18. SHAVELSON, R.J. et al Self-concept: validation of construct interpretations. En Review of Educational Research (46):497-411, 1976.

19. MARSH, W.H. et al Self-concept: reliability, stability, dimensionality, validity and the measurement of change. En Journal of Educational Psychology 75(5):772-790, 1983
20. RUDIHOFF C. E. A comparative study of the changes in the concepts of the self, the ordinary persons, and the ideal in eight cases. En Psychotherapy and Personality changes: coordinated research studies in the client-centered approach. En ROGERS y DYMOND EDIT, 1954 pp. 85-98
21. HENZE-GARCIA, L.M.I. Estudio del autoconcepto de un grupo piloto de adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México, 1980
22. SHAVELSON, J.R. y R. BOLUS. Self-concept: the interplay of theory and methods. En Journal of Educational Psychology 74(1):3-17, 1982
23. JERUSALEM, M. Reference group learning environment and self-evaluations: a dynamic multilevel analysis with latent variables. En SCHWARZER EDIT. 1984 pp. 61-74
24. SILBEREISEN, N.R.K. Y S. ZANK. Development of self-related cognitions in adolescents. En SCHWARZER EDIT. 1984
25. REIDL-AGUILAR, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del Distrito Federal. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social 1(2):273-288, 1981
26. BAILEY, C.R. Self-concept differences in low and high achieving students. Journal of Clinical Psychology 27(2): 188-190, 1971.

27. CRANO, W.D. Y S.L. CRANO. Interaction of self-concept and state trait anxiety under different conditions of social comparison pressure. En SCHWARZER EDIT. 1984. pp. 159-169
28. AKERET V.R. Interrelationships among various dimensions of the self concept. Journal of Counseling Psychology 6:199-201, 1959
29. STRONG J. Y D.D. FEDER. Measurement of the self concept: a critique of the literature. Journal of Counseling Psychology 8(2): 176-178, 1961
30. BUGENTAL, F.T. Y E.C. GUNNING. Investigations into self-concept: stability of reported self-identifications. II Journal of Clinical Psychology 11(1): 41-46, 1955
31. DURKIN, H. E. Current problems of group therapy in historical context. En WOLBERG Y ARONSON EDIT. 1974 pp.116-141
32. GRINBERG, L. et al Psicoterapia del grupo. Ed. Paidós. Argentina, 1977.
33. FOULKES, S.H. Psicoterapia grupo-analítica Métodos y Principios. Godisa. México, 1986.
34. GELLER, J.J. Contribution of the interpersonal school of psychoanalysis to analytic group psychotherapy. En WOLBERG Y ARONSON EDIT. 1974, pp. 206 y ss.
35. VASSILOU, G. Y V. G. VASSILOU. On the synallactic aspects of the grouping process. En WOLBERG Y ARONSON EDIT. 1974, pp.158-210
36. RABIN M. H. Countertransference in analytic group psychotherapy. En WOLBERG Y ARONSON EDIT. 1974

37. BEJOS LUCERO, M.C. La coterapia: desarrollos, conflictos y alternativas. Tesis licenciatura Psicología UNAM. México, 1980.
38. YOFFE, H. Y M. MORALES. La coterapia en un grupo de homosexuales. Transferencia y Contratrtransferencia. Rev. de Psicología Alétheia (10):59-66, 1991.
39. MONTANELLI, R.P. Y S. CASAGRANDE. Encuadre y contrato para pacientes de psicoterapia de grupo en la dirección psicológica y orientación vocacional En Acta de Psiquiatría y Psicología de America Latina 17(2):102-107, 1971
40. ELINGER, J. C. Dificultad del terapeuta en la incorporación del encuadre. En Acta de Psiquiatría y Psicología de America Latina. 17(2): 121-123, 1971
41. DIAZ, C. et al. El observador en la psicoterapia analítica de grupo. Trabajo de Investigación en AMPAG. México, 1978.
42. BIAGINI ALARCON, M. et al. Psicoterapia de grupo psicoanalíticamente orientada con alumnos de la Fac. de Psicología de la UNAM Tesis Especialidad en Psic. Clínica y Psicot. de Grupos en Instituciones UNAM. México, 1991.
43. CARRILLO, J.A. et al. Notas sobre los efectos de un cambio de observador en un grupo en psicoterapia psicoanalítica. Trabajo de ingreso al AMPAG. México, 1972.
44. ARONSON Y FELDMAN. Observing the observers group therapy Clinic. New York 1970
45. RIVEROS REYNA, M.C. Psicoterapia de grupo, experiencia con un grupo psicoanalíticamente orientado. Tesis Posgrado en Psicología UNAM. México, 1991

46. GROTJAHN, M. El arte y la técnica de la terapia grupal analítica. Paidós. Argentina, 1979
47. KADIS, L. et al. Manual de psicoterapia de grupo FCE. México, 1986
48. FEDER, L. Valoración psicodinámica de los cinco principales métodos de la psicoterapia de grupo. Tesis licenciatura en Psicología UNAM. 1954
49. SMALL, L. Psicoterapias breves. Gedisa. México, 1986
50. FIORINI J.H. Teoría y técnica de psicoterapias. Nueva Visión. Argentina, 1990
51. FROMM REICHMAN, F. Principios de Psicoterapia Intensiva. Paidós. Argentina, 1987
52. SULLIVAN, H.S. La entrevista psiquiátrica. Ed. Psique. Argentina, 1984
53. MACKINNON, M. Psiquiatría Clínica Aplicada. Interamericana. México, 1981
54. ROGERS, R.C. Psicoterapia centrada en el cliente. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1975.
55. ROGERS, R.C. El proceso de convertirse en persona. Ed. Paidós. México, 1984.
56. ROGERS, R.C. Orientación psicología y psicoterapia. Narcea, S.A. de ediciones Madrid, 1984
57. BUTLER, M.J. Y G. HAIGH. Changes in the relation between self-concepts consequent upon client-centered counseling. En ROGERS EDIT. 1954

58. VARGAS, M. Changes in self-awareness during client-centered therapy. En ROGERS EDIT., 1954
59. GIBSON, L. et al A factor analysis of measures of change following client-centered therapy. En Journal of Counseling Psychology 2(2):83-90, 1955
60. DYMOND, F.R. Adjustment changes over therapy from self-sorts. En ROGERS Y DYMOND EDIT. 1954
61. GRUMMON, L.D. Personality changes as a function of time in persons motivated for therapy En ROGERS Y DYMOND EDIT. 1954
62. ROGERS, R.C. Changes in the maturity of behavior as related to therapy. En ROGERS Y DYMOND EDIT. 1954
63. GRUMMON, L.D. Y E.S. JOHN. Changes over client-centered therapy evaluated on psychoanalytically based thematic apperception test scales. En ROGERS Y DYMOND EDIT. 1954
64. ASHCRAFT, C Y W.H. FITTS. Self-concept change in psychotherapy En Psychotherapy, theory, research and practice. 9(3):115-118.
65. FABELA-ALQUICIRA, A. Y O. NAVA-LARA. Conciencia de enfermedad y autoconcepto en el alcohólico. Tesis licenciatura en Psicología. Fac. de Psicología UNAM. México, 1984
66. SEEMAN, J. Y N.J. RASKIN. Research perspectives in client-centered therapy. En Psychotherapy: theory and research. New York, 1953, pp. 205-235.
67. ROGERS, R.C. An overview of the research and some questions for the future. En ROGERS Y DYMOND EDIT. 1954

68. ROGERS, R.C. The therapeutic relationships and its impact: a study with schizophrenics. Madison: University of Wisconsin Press. Madison, 1967.
69. ARONSON L., M. A group program for overcoming the fear of flying En WOLBERG, R.L. Y M.L. ARONSON. Group therapy, 1974 An overview. Stratton Intercontinental Medical Book Corporation USA, 1974 pp.142-157
70. ONGAY MOGUEL, E.J. El uso de la interpretación transferencial en un grupo de psicoterapia de tiempo limitado. Maestría en Psicología UNAM. México. 1991.
71. AGUIRRE CARDENAS, D. Evaluación de experiencia con un grupo de terapia breve en el Centro de Servicios psicológicos de la Fac. de Psicología UNAM. Tesis Especialidad en PCYPGI. México, 1991
72. PEREZ-GOMEZ, A. Psicología Clínica. Problemas fundamentales. Editorial Trillas. México, 1987
73. KERLINGER, N.F. Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. Editorial Interamericana. México, 1983.
74. SALMERON GARCIA, H.B. Terapia centrada en el cliente, sus efectos en el autoconcepto del alumno que solicita asesoría en Facultad de Ingeniería UVM. México, 1989.

ANEXOS

YO SOY

62. Educado(a)	-	-	-	-	-	-	-	Malcriado(a)
63. Melancólico(a)	-	-	-	-	-	-	-	Alegre
64. Cortez	-	-	-	-	-	-	-	Descortez
65. Romántico(a)	-	-	-	-	-	-	-	Indiferente
66. Pasivo(a)	-	-	-	-	-	-	-	Activo(a)
67. Sentimental	-	-	-	-	-	-	-	Insensible
68. Inflexible	-	-	-	-	-	-	-	Flexible
69. Atento(a)	-	-	-	-	-	-	-	Desatento(a)
70. Celoso(a)	-	-	-	-	-	-	-	Seguro(a)
71. Sociable	-	-	-	-	-	-	-	Insociable
72. Pesimista	-	-	-	-	-	-	-	Optimista

VERIFIQUE SI CONTESTO TODOS LOS RENGLONES

GRACIAS

FE DE ERRATAS

PAG	DICE	DEBE DECIR
2	Vate San Pedro	Vite San Pedro
92	Zooterapia	Coterapia
105	Cuje	Cooley
106	este sentido..	que ocurre en todas las carreras pues el primer semestre es materia de reflexión de cualquier carrera. en este sentido...
107	cálido, Ongay Moguel concluye que la transferencia y sin embargo. Fiorini. Geller y Vassiliou destacan los factores sociales e históricos ...	sociales e históricos ...