

01985³
228



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PROPUESTA TECNICA PARA LA ADMISION Y CANALIZACION EN UNA
INSTITUCION UNIVERSITARIA DE APOYO A LA DOCENCIA
Y SERVICIO DE LA SALUD MENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTOR EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A:

MAESTRO. MARCO ANTONIO MACIAS LOPEZ

SINODALES:

DIRECTOR DE TESIS DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ
DRA. ISABEL REYES LAGUNES
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO
DR. JORGE CAPPON GOTLIB
DRA. MARCIA MORALES FIGUEROLA
DR. ROLANDO DIAZ LOVING
DRA. JULIA CASAMADRID PEREZ

MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION.	i
1. <u>ANTECEDENTES</u>	1
2. <u>MARCO TEORICO</u>	12
2.1. ALGUNAS CONSIDERACIONES EN RELACION CON LA DINAMICA DE GRUPO	12
2.1.1. El modelo conceptual psicoanalítico y su aporte al trabajo psicoterapéutico grupal	12
2.1.1.1. Transferencia	18
2.1.1.2. Contratransferencia	27
2.1.1.3. La importancia de la palabra en el discurso grupal	29
2.1.1.4. La intervención psicoanalítica en el ámbito institucional	31
2.1.2. Propiedades esenciales observadas en los grupos	33
2.1.2.1. Propiedades del grupo terapéutico desde el punto de vista psicoanalítico	35
2.1.3. Los supuestos básicos y el grupo de trabajo como formas de actividad mental	41
2.1.4. Fases observadas en el desarrollo de un grupo psicoterapéutico	46
3. <u>METODOLOGIA</u>	54
3.1. DEFINICION DE VARIABLES	54
3.2. TIPO DE ESTUDIO	56
3.2.1. Sujetos	56
3.2.2. Instrumentos	57
3.2.3. Procedimiento	58

3.3. MANEJO DE DATOS REALIZADO	63
4. <u>RESULTADOS</u>	64
4.1. RESULTADOS ENCONTRADOS EN RELACION CON EL MOTIVO DE CONSULTA Y LA OBSERVACION ESTRUCTURADA DE LOS GRUPOS	64
4.2. RESULTADOS ENCONTRADOS EN RELACION CON LA EVALUACION DE LAS FUNCIONES DE EFICACIA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTINENCIA TERAPEUTICA EN EL GRUPO DE ADMISION Y ESPERA	75
4.3. RESULTADOS ENCONTRADOS EN RELACION CON LA DESERCIÓN	81
5. <u>DISCUSION</u>	83
6. <u>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</u>	104
7. <u>RESUMEN</u>	113
APENDICES	
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

En el año de 1979 en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro, se constituyó un centro de servicios comunitarios para atender los requerimientos de tipo psicoterapéutico. A partir de 1985 la demanda de servicios psicológicos se incrementó en este centro, comenzando a ser así excesivos los compases de espera para los solicitantes.

Surgen entonces necesidades emergentes a las que hay que dar respuesta como son: el atender en forma inmediata la demanda excesiva de tratamiento psicoterapéutico, dando así continencia a las necesidades poblacionales que acuden a la Central de Servicios a la Comunidad; el hacer más eficaz la recepción y el diagnóstico para una adecuada derivación de los pacientes; facilitar el enlace con el tratamiento al trabajar en forma previa a éste, el desconocimiento de lo que implica una acción psicoterapéutica; el enfrentar las urgencias y crisis iniciales con eficacia, así como conocer los factores que propician la deserción y reducir la misma.

Ante esta serie de necesidades surgió como alternativa, la propuesta técnica de efectuar la recepción grupal de pacientes, pues al investigar sobre esta problemática se encontró que la técnica del Grupo de Admisión y Espera, podría permitir dar respuesta a las necesidades planteadas.

El objetivo primordial entonces de esta investigación, estuvo dirigido a encontrar nuevas propuestas técnicas situadas en su contexto de aplicación, para el funcionamiento del Grupo de Admisión y Espera y su articulación con el tratamiento, pretendiendo de esta forma beneficiar al paciente, brindándole continencia terapéutica y como Institución, elevar la eficacia en la prestación de servicios, dando una respuesta científica y pragmática a la demanda excesiva de servicio psicoterapéutico.

La relevancia del presente estudio estuvo centrada en encontrar esas nuevas propuestas para aumentar la eficacia en

la recepción proponiendo además, algunas opciones de atención para el tipo de problemáticas que se presentan, opciones que pueden ser acordes con las características de la Institución.

Para el logro de este objetivo, se efectuó un estudio exploratorio en un ámbito específico como lo es la clínica universitaria, dicho estudio tendió a registrar los procesos que se presentan con la utilización del Grupo de Admisión y Espera, presentando como se mencionaba, algunas propuestas tanto para la utilización de la técnica misma, como para las condiciones del ámbito específico donde se ejecutó esta investigación. Estas propuestas se desprenden de los resultados obtenidos al trabajar los objetivos específicos consistentes en mostrar los fenómenos específicos que se manifiestan en el Grupo de Admisión y Espera, por sus características de transitoriedad; en explorar si la técnica de recepción grupal de pacientes, cumple con las funciones de continencia terapéutica y eficacia en la prestación de servicios y, en analizar los factores que intervienen en la deserción.

Los sujetos que formaron parte de este estudio fueron todas aquellas personas que demandaron atención psicoterapéutica durante dos años, en el área de Psicología Clínica de la Central de Servicios a la Comunidad, perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro. El único requisito para el ingreso al Grupo de Admisión y Espera, fue el contar con una edad mínima de 18 años y no encontrarse en crisis psicótica. Se pretendió que este primer encuentro con la institución tuviese un carácter clínico y no meramente burocrático y administrativo.

Colaboraron en forma directa en el desarrollo de esta investigación, un maestro que tiene a su cargo el proyecto de Grupo de Admisión y Espera, seis alumnos que participaron en los primeros registros de la observación estructurada llevada a cabo y tres alumnos más, que participaron del primer

contacto con los pacientes para su derivación al grupo, así como en las entrevistas domiciliarias tendientes a explorar los factores intervinientes en la deserción.

Los resultados de esta investigación fueron clasificados en tres rubros principales: Un primer rubro consistió en mostrar los fenómenos específicos que se presentaron en el Grupo de Admisión y Espera (G.A.E.), encontrándose en principio como uno de los motivos de consulta más frecuentes, la problemática de pareja en siete modalidades de conflicto. Al utilizar la observación estructurada en las entrevistas grupales y hacer el análisis de las categorías observadas en los fenómenos grupales, se observó que se da una importante articulación entre éstas, permitiendo registrar en forma clara y eficaz la dinámica grupal generada en los grupos trabajados. Se observó por ejemplo, como los antecedentes comunes y las identificaciones que se producen, favorecen la interacción, la cohesión grupal y la interestimulación en el grupo.

Al analizar e interpretar los antecedentes de los integrantes de los grupos con que se trabajó, se encontraron datos importantes como por ejemplo, que una mayoría de ellos eligen a sus parejas con características muy similares a las de sus padres, reproduciendo con su pareja además, los conflictos que se daban entre ellos.

Características encontradas en los padres de la mayoría de los integrantes fueron las de ser un padre que abandona y poco afectuoso, débil, con tendencia recurrente al incesto y predominando el alcoholismo.

Como características en las madres de los sujetos, se encontró que son dominantes, sobreprotectoras y chantajistas.

En los integrantes de sexo masculino se encontró en forma reiterada como antecedentes: abandono sufrido en la niñez asociado a logro de metas y fracaso continuo para restituir el abandono.

En las integrantes de sexo femenino, se encontró a mujeres que propician la irresponsabilidad y el alcoholismo en su pareja y, un profundo sentimiento de frustración y anhelo por desarrollar un nuevo proyecto de vida, respecto del cual presentan confusión.

En el caso de las madres solteras llamó la atención el encontrar que en una gran mayoría de casos se utilizó al hombre para embarazarse, deseando al hijo como un objeto viviente que acompañe, sin ningún interés por preservar a la pareja independientemente de las características de éste.

Un segundo rubro principal en esta investigación, fue el explorar si la técnica de recepción grupal cumplía o no con las funciones de continencia terapéutica y eficacia en la prestación de servicios que describen los especialistas que han utilizado esta técnica, encontrándose por la evaluación que hicieron los sujetos atendidos después de haber pasado por G.A.E. que sí brinda continencia terapéutica y que, al evaluar los psicoterapeutas encargados del tratamiento la utilización de dicha técnica, coincidieron en que sí se logra detectar en forma clara la problemática central de los pacientes tendiendo a facilitar la articulación con el tratamiento, considerándose así que se puede responder en forma pragmática y eficaz en los momentos en que existe una demanda excesiva de atención psicoterapéutica, aunque sugiriendo la no utilización generalizada y permanente de esta técnica, sino considerando su operatividad.

Por lo que respecta al tercer rubro principal de esta investigación referente a analizar los factores que intervienen en la deserción, se encontró que la problemática de deserción está articulada en parte con el tipo de motivo de consulta, pues gran parte de los sujetos que desertan presentan esta problemática encontrando que tampoco pueden hacer pareja en el tratamiento y que además, la gran mayoría

de los sujetos son sintónicos con su problemática. Se observó a su vez, que también existe una mayor deserción en función de la gravedad de la psicopatología del paciente.

La presente investigación consta de seis capítulos:

En el primer capítulo se presentan algunos trabajos teóricos y de investigación que permiten ubicar el contexto de surgimiento y aplicación del tema de estudio, mencionándose ventajas que se han encontrado con la utilización de la técnica de admisión grupal denominada Grupo de Admisión y Espera (G.A.E.).

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, mediante el cual se hace referencia a una serie de consideraciones en relación con la dinámica grupal tomando como base la teoría psicoanalítica y la teoría general de los grupos, que permitieron ubicar el abordaje de los objetivos específicos desarrollados en esta investigación.

En el tercer capítulo se presenta la metodología que incluye la definición de variables, el tipo de estudio realizado, los sujetos con quienes se trabajó y los instrumentos utilizados, así como una descripción del ambiente de investigación, el procedimiento realizado y el tratamiento estadístico de los datos que se efectuó.

En el cuarto capítulo se presenta en una primera parte la descripción de los resultados obtenidos y, en un segundo momento, el análisis, interpretación y discusión de los mismos.

En el quinto capítulo se presentan las conclusiones que aluden a las propuestas resultantes de utilizar la admisión grupal en el ámbito de la clínica universitaria, así como las sugerencias pertinentes para aquellos interesados en retomar esta investigación, como propuesta que pueda dar lugar a nuevos estudios o, a la aplicación de esta técnica en otros ámbitos.

En el sexto capítulo se presenta un breve resumen, consistente

en las ideas principales del problema, los principales resultados y las conclusiones fundamentales obtenidas de los mismos. Finalizando con la presentación de Apéndices y la bibliografía y obras consultadas.

1. ANTECEDENTES.

Como parte de los antecedentes que dieron lugar al establecimiento de la recepción grupal, se ha encontrado que Langer (1981), reporta que durante los años de 1973 y 1974 en el servicio de consulta psiquiátrica de la Universidad de Buenos Aires, en Argentina, se observó la comunicación y el apoyo específico que se deban entre sí, los pacientes y sus acompañantes que esperaban largamente en la antesala a que les tocara su turno de consulta. Esta observación dió lugar a una propuesta original: ¿por qué no trasladar esta comunicación y solidaridad espontánea de la sala de espera al consultorio?, por qué no legitimar e incorporar estas fuerzas terapéuticas hasta el momento separadas del tratamiento oficial?. Este cuestionamiento fue entonces llevado a la práctica durante los años mencionados, en la cátedra de Psicología Médica, dependiente de la Facultad de Medicina.

En cuanto a los primeros antecedentes de la aplicación de esta técnica de admisión grupal en México, se encuentra que dicha aplicación se efectuó en los Centros de Integración Juvenil A.C. Señala Scornick (1976), que esta modalidad se utilizó para buscar resolver dos problemas básicos: la necesidad de una capacitación permanente de su personal y la vigencia de investigar en profundidad y evitar la deserción en los pacientes que consultaban. Con respecto a este último problema, si bien multideterminado, continúa señalando el autor, se partió de la hipótesis de que resultaba necesario revisar los métodos de recepción empleados, a fin de ver si desde el primer contacto el paciente se sentía contenido por la institución y cómo y en qué medida este primer contacto sellaba, en parte, su destino terapéutico.

Se menciona que esta experiencia fue suspendida debido a los cambios en la administración de esta institución.

Para Kadis, Krasner y Foulkes (1982), los grupos de admisión proporcionan a los pacientes en espera de tratamiento psicoterapéutico una experiencia de grupos preliminar. Mencionan que aunque breve, esta experiencia es provechosa ya que puede aligerar la angustia inicial del paciente y aclarar su concepción de la terapia, a la vez que le proporciona información básica que facilitará la primera fase del tratamiento y lo preparará para la psicoterapia posterior. Además, proporciona un medio para evaluar las necesidades del paciente y para mantener contacto con él, hasta que se le refiera a otro lugar. A un buen terapeuta le permite obtener una idea clara de la estructura de personalidad de los pacientes. Este conocimiento le ayudará a seleccionar el tipo de tratamiento que beneficiará a cada uno de ellos. También le servirá para formar grupos específicos o establecer el tratamiento individual con terapeutas a propósito.

González (1991) pág. 44, por su parte, señala que los grupos de admisión, "son también llamados de recepción, de diagnóstico, de sostén o de orientación. Proporcionan a los pacientes, en espera de tratamiento psicoterapéutico, una experiencia preliminar de grupos y constituyen un medio para evaluar las necesidades del paciente y para mantener contacto con él hasta que se transfiera a otro lugar".

Castréjon, Melgoza, Romano, y Sánchez (1990), plantean que "el objetivo que contempla el grupo RED (recepción, evaluación y derivación), es lograr un primer diagnóstico del paciente, valorar su analizabilidad, su agrupabilidad, para finalmente derivarlo al tipo de tratamiento más adecuado.

En función del objetivo y atendiendo a las necesidades y limitaciones de la Institución, el grupo RED comprende tres momentos que son la recepción, la espera y la derivación" (pág. 3).

Presentan enseguida una serie de propuestas relacionadas con estos tres momentos que identifican en el grupo de recepción, evaluación y diagnóstico. "En estos momentos la recepción se lleva a cabo de la siguiente manera: generalmente el paciente hace una llamada telefónica preguntando por el servicio que presta la Institución o bien solicitando algún tipo de ayuda en particular (psicoterapia individual, grupal, familiar, de pareja, etc.). El paciente es citado al grupo de admisión cuyo turno se acomode a sus necesidades de horario, media hora antes de que comience la sesión, intervalo en el cual llena su ficha de identificación y un cuestionario que muestra la constelación familiar, la percepción que tiene de sus objetos significativos (padre, madre, hermanos, cónyuge, etc.) así como la descripción de sus malestares y el motivo por el que solicita la ayuda. En la práctica, este cuestionario está inconcluso al momento de iniciar la sesión, lo que sirve de recurso de evasión y canalización de ansiedades para muchos de los pacientes, quienes a mitad de la sesión retoman el cuestionario desconectándose de sus compañeros y del proceso grupal". (pág. 3).

En relación con el proceso de recepción, proponen que el paciente acuda a la institución un día después de que ha establecido su petición mediante una llamada telefónica y, que al acudir se le proporcione una explicación de lo que es psicoterapia grupal y conteste el cuestionario que explora la constelación familiar, la percepción que tiene de sus objetos, significativos, así como la descripción de sus malestares y el motivo por el que solicita la ayuda.

Consideran Castrejón et al. (1990) que esta propuesta contempla los siguientes beneficios:

"El nivel de ansiedad del paciente disminuye al transformar lo desconocido en conocido con miras a crear un clima de confianza y seguridad, lo que probablemente tendrá incidencia

en los índices de deserción. Esta propuesta también contempla las ventajas de que el paciente se siente atendido y contenido de inmediato, que el terapeuta obtiene los datos con anticipación y sabe de antemano cuántos miembros asistirán a la sesión" (pág.4).

Sugieren además (pág.4) que el terapeuta del grupo de admisión, habrá que trabajar las pérdidas referidas tanto en relación a él, como a los compañeros, pues de lo contrario, piensan que pudiera, esto, constituir un motivo de deserción. Cabe señalar que no aclaran los autores, el por qué de dicha sugerencia.

Por lo que respecta a la derivación (pág.5) proponen que ésta sea determinada por las necesidades y posibilidades de la Institución por una parte, y por la otra, por los horarios disponibles de los pacientes, de tal forma que la derivación tiene que resultar del ajuste que se logre entre lo que ofrece la Institución y lo que el paciente necesita.

Respecto a la intervención del psicoterapeuta, sugieren (pág. 6) el estilo activo interventor, cuya finalidad es crear un clima de confianza, seguridad y participación, favoreciendo así la comunicación central.

En cuanto a las características de los terapeutas que se hagan cargo del grupo de admisión, consideran (pág.7) que deberán tener solidez en los conocimientos teórico-técnicos de las terapias breves, así como poseer por lo tanto la destreza en la localización de los conflictos intrapsíquicos para trabajar en el grupo RED.

Comentan Castrejón et al. (1990): "Lo anterior nos lleva a considerar la necesidad de que el trabajo de conducción del grupo tenga un espacio de continua supervisión y análisis tanto de su función como de su operación, ya que no por ser el primer momento del proceso terapéutico es el más sencillo" (pág.7).

Proponen además (pág.8), que cuando se efectúe un trabajo de

coterapia en este tipo de grupos, el que uno de los terapeutas tenga ya una vasta experiencia en la conducción de grupos (llamado experto), y otro se inicie en la práctica de conducción grupal, pues consideran que es necesario que se elabore y elimine el mito de la igualdad entre los terapeutas, tratando así de mantener una relación de asimetría operante.

Castrejón et al (1990), subrayan también la importancia del diálogo intertransferencial posterior a la sesión entre los terapeutas. Consideran que en dicho diálogo se presenta una situación privilegiada para entender los procesos grupales, al analizar por lo menos la contratransferencia de dos terapeutas en donde por resonancia se hace evidente la fantasía grupal subyacente (pág.9). Cabe señalar que ese espacio intertransferencial Auron y García (1987) lo definen como: "la zona de intersección delimitada por las transferencias y contratransferencias de uno y otro terapeuta, activadas, sea por esa relación dual y/o derivadas de la relación que como pareja o individuo guardan con el grupo" (pág.23).

Castrejón et al (1990), concluyen su escrito puntualizando que habrá que tener siempre presente la forma en la cual se filtra la institución en la dinámica grupal, ya que mencionan que lo extragrupal (macrogrupo) siempre va a estar presente en el microcosmos del grupo terapéutico (pág.9).

Blanco, Hidalgo, Mayoral y Trejo (1989), se dieron a la tarea de elaborar un proyecto para el grupo de recepción y evaluación, teniendo como objetivo dicho proyecto, sistematizar el procedimiento para prestar atención a los pacientes que solicitan ayuda psicoterapéutica.

Para tal efecto decidieron usar dos modelos (pág.3): "el administrativo y el teórico técnico. El primero es la aplicación de la política organizativa que parte de la institución y que consideramos debe ser estable y proporcionar una mínima estructura que a pesar de los cambios de gobierno

(aluden a la forma de organización al interior de la institución AMPAG), coordinadores, supervisores, etc. se mantenga estable.

El segundo, es el respaldo mínimo que debe tener cada actividad que se realice en tanto la relación con el paciente dando un marco teórico adecuado desde toda la institución".

En las páginas siguientes (4-13), definen las instancias que integran el modelo administrativo, así como las funciones tanto de dicho modelo administrativo como del modelo teórico y técnico.

Presentan además una serie de enunciados básicos en relación con el modelo teórico-técnico que sirve de base al grupo de recepción y evaluación (RED). Dichos enunciados son los siguientes pág.14:

1. Consideran el grupo de recepción y evaluación RED, como una terapia de tiempo limitado (especificando su número en cuatro sesiones) y considerado como grupo de crisis. Sugieren como procedimiento destinar una sesión para el llenado de hoja clínica y tres para el grupo RED.

2. Puntualizan que el grupo debe permanecer cerrado.

3. Señalan como objetivos del grupo el diagnóstico y pronóstico presuntivo, para determinar analizabilidad y agrupabilidad.

4. Proponen la utilización de la técnica interpretativa que permita el diálogo intertransferencial, que maneje la matriz básica sobre la identificación, la transferencia y contratransferencia y que permita una evaluación lo más sólida posible para iniciar con ventajas el trabajo terapéutico (no aclaran a que ventajas se refieren).

5. Sugieren que este modelo que sirve de base para su intervención, permite el aprendizaje previo por parte de los pacientes, de lo que es la terapia analítica del grupo.

Guzmán, Merodio, Palacios y Roldán (1990), efectuaron un análisis crítico sobre el proyecto de recepción y evaluación grupal, en el cual han participado como psicoterapeutas.

Puntualizan que los conflictos al interior de una institución, como pueden ser, las pugnas por el poder, inciden en forma directa y significativa en la dinámica que se presenta en la recepción grupal.

Algunas de las propuestas técnicas y administrativas que sugieren para el proyecto de recepción grupal, son las siguientes: " Que el paciente tenga su primer contacto directamente con el grupo RED (grupo de recepción y evaluación) y que luego pase a la administración a llenar su solicitud formal".

"Instaurar un sistema de informática para uso del grupo RED, para ordenar la labor de diagnóstico, derivación, investigación y seguimiento de pacientes" (págs. 10-11).

Proponen además (pág.11), que el grupo RED, habrá de constituirse como el espacio permanente de enseñanza e investigación, para los candidatos a psicoterapeutas de grupo en formación. Y, para los pacientes, como un espacio de escucha y contención que les permita encontrar alternativas de solución a sus demandas.

Enfatizan la necesidad de unificar los criterios teóricos-técnicos en el funcionamiento de los grupos RED, así como el implementar la investigación.

García y Labarthe, A.(1992), definen al grupo R.E.D. (grupo de recepción, espera y derivación) como un grupo terapéutico donde es utilizada desde un principio la interpretación, considerada ésta como un instrumento de trabajo que permitirá captar la agrupabilidad y la analizabilidad de los pacientes.

Los autores se plantean el interrogante (pág. 2) , producto de su práctica de coordinación en la recepción grupal de pacientes, sobre las repercusiones transferenciales y contratransferenciales que se presentan por el hecho de estar

implicados tres terapeutas (un terapeuta con experiencia y dos en proceso de aprendizaje de la práctica grupal) en la coordinación de los grupos. Establecen un posible nexo de las repercusiones transferenciales y contratransferenciales con la deserción de pacientes.

Señalan en cuanto a la estancia del paciente en el grupo de recepción, espera y derivación que cada paciente acude al grupo en tres ocasiones, y, que sólo en algunos casos está más o menos sesiones. Regularmente estos casos son cuando el paciente presenta un cuadro clínico grave y se le deriva a la institución pertinente o internamente a valoración psiquiátrica.

Al tocar el tema de la derivación (pág.2) comentan que sólo se derivan los pacientes que han cumplido sus tres sesiones en el grupo R.E.D. Hacen la sugerencia de que sería conveniente que cuando se van a derivar pacientes a un grupo en psicoterapia, que dichos grupos tuviesen como máximo seis meses de apertura.

Los autores se cuestionan si la derivación de pacientes que se hace a los grupos de psicoterapia, atiende más a la posibilidad de horario que al tipo de patología del paciente.

Al presentar sus conclusiones (págs. 7-9) señalan que: "El grupo R.E.D. está cumpliendo además de funciones de diagnóstico, analizabilidad y agrupabilidad, funciones de psicoterapia breve y de emergencia.

Las sesiones del grupo R.E.D. son de cuestionamientos y confrontaciones como en cualquier grupo terapéutico".

Proponen (pág.9), implementar el uso de sistemas computarizados, que contribuyan a un mejor control y seguimiento de los pacientes tanto en el grupo R.E.D., como en los grupos definitivos a los que hayan sido derivados.

Plantean finalmente, que puede ser motivo de investigación

el explorar de qué manera la situación socioeconómica por la que ha atravesado el país en los últimos años, influye en las deserciones que presentan los pacientes.

Bienvenu, Debbane, Garant y Pipper (1982), efectuaron una investigación en el Instituto Memorial Allan de Montreal, Canadá, concerniente a la utilización de un de un grupo llamado por ellos de preentrenamiento, previo a la utilización de la psicoterapia de grupo. Trabajaron con un total de 69 pacientes con una edad que oscilaba entre los 20 y 60 años. Los pacientes presentaban desórdenes caracterológicos y neuróticos no graves. Los pacientes con una historia de psicosis, adicción, sociopatía o severos problemas caracterológicos fueron excluidos (pág.321). Esta investigación incluyó la presencia de grupos control, que estuvieron formados por aquellos pacientes que no participaron en el grupo de preentrenamiento antes de ser referidos a su grupo definitivo de psicoterapia.

Los resultados indicaron que el preentrenamiento tuvo un efecto positivo sobre la permanencia en el tratamiento. Se menciona que si futuros estudios confirman, que grupos preentrenados pueden prevenir la deserción, en el sentido de reducirla a una mitad de los solicitantes de atención, el procedimiento posiblemente valga el esfuerzo sólo por esa razón.

Se plantea que el procedimiento de preentrenamiento crea condiciones de aprendizaje, propiciando familiaridad con las experiencias de psicoterapia típicas. Se señala además, que los pacientes preentrenados están mejor orientados para trabajar con las técnicas y marco de trabajo teórico provisto por el terapeuta. Este procedimiento de preentrenamiento, provee asimismo, una segura situación estructurada en la cual se forman lazos interpersonales positivos paciente-paciente. Los pacientes preentrenados están

más familiarizados al principio de la terapia y encaran menos dudas que los pacientes que no han contado con esa experiencia. (págs.325).

De la Aldea, Guadarrama y Margolis (1984), puntualizan algunos de los objetivos a trabajar en la recepción grupal como serían: discriminar el área conflictiva de cada paciente, el grado de dificultad y los recursos con que cuenta y la intervención sobre la dinámica grupal que facilita un mejor pronóstico presuntivo de las posibilidades de cada integrante en su tratamiento.

Enfatizan además las ventajas que tiene la co-coordinación en la recepción grupal cuando mencionan que el diálogo interterapéutico entre los coordinadores del grupo que sigue a la sesión, es muy enriquecedor pues permite compartir tanto angustias y tensiones, así como descubrir puntos ciegos o diferencias de criterios.

Otra función importante que cubre el grupo de admisión es aquella en que se señala, que cuando se presentan situaciones críticas o agudas son asistidas tanto por los terapeutas como por los pacientes, organizándose un rápido sistema de contención.

Sintetizan las ventajas de esta técnica en su apartado de conclusiones (pág.107), en el cual señalan que visualizan al Grupo de Admisión y Espera desde diferentes ángulos:

- "1. Una posibilidad diagnóstica y pronóstica, a fin de afinar derivaciones y estrategias terapéuticas.
2. Un continente de las necesidades poblacionales.
3. Una posibilidad de encarar urgencias y crisis iniciales, con cierta eficacia.
4. Un lugar de formación e intercambio.
5. Una acción preventiva en dos niveles: a) en cuanto a los pacientes en lo que respecta a la reducción del tiempo de espera de atención y así la agudización o cronificación de los padecimientos, al mismo tiempo que a reducir la iatrogenia que

las largas esperas y rechazos de las instituciones asistenciales generan en los pacientes; b) en cuanto a la institución, preservando el instrumento terapéutico que es el grupo, al evitar la deserción durante el trabajo grupal.

6. El inicio del vínculo entre la institución y el paciente, por un acto clínico y no administrativo".

Ahora bien, una vez mencionadas algunas de las investigaciones relevantes que tienen conexión con el tema de estudio, es importante señalar enseguida los aportes teóricos que permitirán dar fundamento al quehacer clínico que se realiza en el trabajo grupal.

2. MARCO TEORICO

2.1. ALGUNAS CONSIDERACIONES EN RELACION CON LA DINAMICA DE GRUPO.

Dentro de las consideraciones a tomar en cuenta de la dinámica de grupo Kissen (1976) menciona que en la teoría y en la escala derivada de ella para el desarrollo de los grupos, está implícito que los grupos terapéuticos tienen patrones distintivos y comunes de desarrollo que son definibles, observables y predecibles. Este postulado señala el autor, se basa en observaciones empíricas y conjeturas teóricas.

Kissen cita a Foulkes (pág.298), quien señala que, en un contexto de grupo, pueden aprovecharse conceptos psicoanalíticos clásicos, con el fin de facilitar el proceso grupal; sin embargo, los procesos que les corresponden son equivalentes mas no idénticos, a los observados en la situación psicoanalítica individual, por lo que es importante entender la especificidad de los grupos.

Se presentan entonces a continuación, algunos aportes relacionados con el modelo conceptual psicoanalítico en su referencia a los grupos.

2.1.1. El modelo conceptual psicoanalítico y su aporte al trabajo psicoterapéutico grupal.

Para el abordaje del modelo conceptual psicoanalítico, se presentan enseguida, algunas citas de Freud trabajadas en su obra titulada Psicología de las Masas y Análisis del Yo (1921), que aluden a algunos de los conceptos centrales que son retomados en el abordaje terapéutico de los grupos; conceptos que hacen referencia, por ejemplo a la relación que se establece entre los integrantes de un grupo y con el conductor del mismo, como son: el de libido, transferencia

complejo de Edipo, identificación.

En este apartado se hará también mención a algunos otros autores que han articulado el modelo conceptual psicoanalítico y el grupo.

En relación con el concepto de libido, menciona Freud (1921), que su utilización está fundada en un intento por esclarecer la psicología de las masas, puntualizando sobre este concepto lo siguiente: (pág.86)

"Libido es una expresión tomada de la doctrina de la afectividad. Llamamos así a la energía, considerada como magnitud cuantitativa- aunque por ahora no medible-, de aquellas pulsiones que tienen que ver con todo lo que puede sintetizarse como "amor".

El núcleo de lo que designamos "amor" lo forma, desde luego, lo que comunmente llamamos así y cantan los poetas, el amor cuya meta es la unión sexual. Pero no apartamos de ello lo otro que participa de ese mismo nombre: por un lado, el amor así mismo, por el otro, el amor filial y el amor a los hijos, la amistad y el amor a la humanidad; tampoco la consagración a objetos concretos y a ideas abstractas. Podemos hacerlo justificadamente, pues la indagación psicoanalítica nos ha enseñado que todas esas aspiraciones son la expresión de las mismas mociones pulsionales que entre los sexos esfuerzan en el sentido (hindrängen) de la unión sexual; en otras constelaciones, es verdad, son esforzadas a apartarse (abdrängen) de esta meta sexual o se les suspende su consecución, pero siempre conservan lo bastante de su naturaleza originaria como para que su identidad siga siendo reconocible (sacrificio de sí, búsqueda de aproximación)".

Al efectuar una articulación entre los conceptos de libido y transferencia, Freud hace referencia a la iglesia y el ejército, como dos masas artificiales que le sirven para hacer la observación psicoanalítica de la vida colectiva, señalando que dichas masas están gobernadas por lazos

afectivos de dos clases. En una encuentra que la ligazón con el conductor parece (al menos en las masas por él estudiadas), más influyente que en la otra, que es la ligazón de los individuos entre sí.

Se presentan entonces a continuación, dos citas en las que se observa la articulación de la libido y la transferencia, Freud 1921 (pág.91):

a). "Notemos que en estas dos masas artificiales cada individuo tiene una doble ligazón libidinosa: con el conductor (Cristo, general en jefe) y con los otros individuos de la masa. Tendremos que reservar para más tarde el averiguar el comportamiento recíproco de estas ligazones, si son de igual índole y valor, y el modo en que se debería describirlas. Pero desde ahora nos atrevemos a hacer un ligero reproche a los autores por no haber apreciado suficientemente la importancia del conductor para la psicología de las masas, mientras que a nosotros la elección del primer objeto de investigación nos ha puesto en una situación más favorable. Nos está pareciendo que vamos por el camino correcto, que permitiría esclarecer el principal fenómeno de la psicología de las masas: la falta de libertad del individuo dentro de ellas. Si todo individuo está sujeto a una ligazón afectiva tan amplia en dos direcciones, no nos resultará difícil derivar de ese nexo la alteración y la restricción observadas en su personalidad".

b). Tenemos derecho a decirnos que las extensas ligazones afectivas que discernimos en la masa bastan por sí solas para explicar uno de sus caracteres: la falta de autonomía y de iniciativa en el individuo, la uniformidad de su reacción con la de todos los otros, su rebajamiento a individuo-masa, por así decir. Pero, si la consideramos como un todo, la masa exhibe algo más: los rasgos de debilitamiento de la actividad intelectual, desinhibición de los afectos, incapacidad de moderarse y de diferir la acción, tendencia a transgredir todas las barreras en la exteriorización de los sentimientos y a su total descarga en la acción; estos rasgos y otros

semejantes, que hallamos pintados de manera tan plástica en Le Bon, presentan un cuadro inequívoco de regresión de la actividad anímica a un estadio anterior, como no nos sorprende hallar entre los salvajes o los niños. Una regresión de esta índole pertenece de manera particular a la esencia de las masas comunes, mientras que, según sabemos en las de alta organización, artificiales, se la puede detener en buena medida" (pág.111).

Más adelante, se mencionarán los aportes de otros autores en relación con la transferencia y su manejo técnico en el abordaje psicoterapéutico grupal.

Se presenta ahora a continuación, la articulación que Freud realiza entre el complejo de Edipo y la identificación. En la obra que se ha venido citando, Psicología de las Masas y Análisis del Yo (1921), se menciona que : "El psicoanálisis conoce la identificación como la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona., Desempeña un papel en la prehistoria del complejo de Edipo. El varoncito manifiesta un particular interés hacia su padre; querría crecer y ser como él, hacer sus veces en todos los terrenos. Digamos, simplemente: toma al padre como su ideal. Esta conducta nada tiene que ver con una actitud pasiva o femenina hacia el padre (y hacia el varón en general); al contrario, es masculina por excelencia. Se concilia muy bien con el complejo de Edipo, al que contribuye a preparar.

Contemporáneamente a esta identificación con el padre, y quizás antes, el varoncito emprende una cabal investidura de objeto de la madre según el tipo de apuntalamiento (anaclítico). Muestra entonces dos lazos psicológicamente diversos: con la madre, una directa investidura sexual de objeto; con el padre, una identificación que lo toma por modelo. Ambos coexisten un tiempo, sin influirse ni perturbarse entre sí. Pero la unificación de la vida anímica avanza sin cesar, y a consecuencia de ella ambos lazos confluyen a la postre, y por esa confluencia nace el complejo

de Edipo normal. El pequeño nota que el padre le significa un estorbo junto a la madre; su identificación con él cobra entonces una tonalidad hostil, y pasa a ser idéntica al deseo de sustituir al padre también junto a la madre. Desde el comienzo mismo, la identificación es ambivalente; puede darse vuelta hacia la expresión de la ternura o hacia el deseo de eliminación" (pág.99). Agrega más adelante: "Más tarde es fácil perder de vista el destino de esta identificación con el padre. Puede ocurrir después que el complejo de Edipo experimente una inversión, que se tome por objeto al padre en una actitud femenina, un objeto del cual las pulsiones sexuales directas esperan su satisfacción; en tal caso, la identificación con el padre se convierte en la precursora de la ligazón de objeto que recae sobre él. Lo mismo vale para la niña, con las correspondientes sustituciones.

Es fácil expresar en una fórmula el distingo entre una identificación de este tipo con el padre, y una elección de objeto que recaiga sobre él. En el primer caso el padre es lo que uno querría ser; en el segundo, lo que uno querría tener. La diferencia depende, entonces, de que la ligazón recaiga en el sujeto o en el objeto del yo. La primera ligazón ya es posible, por tanto, antes de toda elección sexual de objeto. En lo metapsicológico es más difícil presentar esta diferencia gráficamente. Sólo se discierne que la identificación aspira a configurar el yo propio a semejanza del otro, tomado como 'modelo' " (pág.100).

En un intento por precisar aun más el concepto de identificación que Freud (1921) trabaja en la obra que se ha mencionado, se presenta enseguida esta cita: "en primer lugar, la identificación es la forma originaria de ligazón afectiva con un objeto; en segundo lugar, pasa a sustituir a una ligazón libidinosa de objeto por la vía regresiva, mediante introyección del objeto en el yo, por así decir; y, en tercer lugar, puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegue a percibirse en una persona que no es objeto de las pulsiones

sexuales. Mientras más significativa sea esa comunidad, tanto más exitosa podrá ser la identificación parcial y, así corresponder al comienzo de una nueva ligazón.

Ya columbramos que la ligazón recíproca entre los individuos de la masa tiene la naturaleza de una identificación de esa clase (mediante una importante comunidad afectiva), y podemos conjeturar que esa comunidad reside en el modo de la ligazón con el conductor" (pág.101).

Cabe señalar, que en relación con la tercera forma de surgimiento de la identificación mencionada, que es ésta, la que nos permite dar cuenta del tipo de identificación que en forma incipiente se presentó en los grupos trabajados en esta investigación.

Ahora bien, en relación con la identificación y la relación transferencial que se presenta ya propiamente en el trabajo de psicoterapia grupal, Anzieu (1986) menciona que: "Todo reencuentro vivido como auténtico o intenso entre dos o más seres humanos despierta, moviliza y activa, en los interesados, sus fantasías personales conscientes e inconscientes. La fantasmaticación articula las representaciones de cosas y las representaciones de palabras según las relaciones complejas" (pág.203). Señala más adelante en relación con este aspecto, que no tiene nada de extraño que por ejemplo en los grupos de formación o de psicoterapia, en los que el individuo se siente particularmente puesto en tela de juicio, se movilicen sus fantasías individuales. Más generalmente enfatiza, que en todo encuentro que se realiza entre dos o más seres, el sujeto humano o bien se repliega sobre sí mismo para proteger su identidad amenazada y sus fantasías personales inconscientes, o bien pone por delante una de esas fantasías para que otro o los otros entren en su juego.

Esta última referencia como se puede observar, alude a la identificación y la relación transferencial mencionadas, en el

ejercicio de la práctica psicoterapéutica. Por lo que a continuación, se precisará el concepto de transferencia descrito por Freud, así como los diferentes conceptualizaciones que en su aplicación al fenómeno grupal han desarrollado diversos autores.

2.1.1.1. Transferencia.

Freud (1912) al exponer el análisis teórico del fenómeno de la transferencia y de la forma en que opera en el tratamiento psicoanalítico señaló que: (pág.97) "todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de la vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como las metas que habrá de fijarse. Esto da por resultado, digamos así, un clisé (o también varios) que se repite -es reimpreso- de manera regular en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles, aunque no se mantiene del todo inmutable frente a impresiones recientes". Agrega para precisar, en las líneas subsecuentes (pág.98) que, "es entonces del todo normal e inteligible que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico. De acuerdo con nuestra premisa, esa investidura se atenderá a modelos, se anudará a uno de los clisés preexistentes en la persona en cuestión o, como también podemos decirlo, insertará al médico en una de las <series> psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento.

Las particularidades de la transferencia sobre el médico, en tanto y en cuanto desborden la medida y la modalidad de lo que se justificará en términos positivos y acordes a la ratio, se

vuelven inteligibles si se reflexiona en que no sólo las representaciones, expectativa conscientes, sino también las rezagadas o inconscientes, han producido esa transferencia".

Al trasladar el concepto de transferencia en su aplicación a la dinámica grupal, se mencionarán enseguida, las aportaciones que han realizado una serie de autores, que se han abocado a dar cuenta del fenómeno transferencial en el ámbito grupal.

Foulkes y Anthony (1964) pág.18 hacen una introducción del concepto de transferencia, para posteriormente desarrollarlo en su aplicación a la dinámica grupal. En dicha introducción mencionan lo siguiente: "El concepto de "transferencia", que fue descubierto por primera vez en el psicoanálisis, demostró ser de fundamental importancia para todas las formas de psicoterapia. Aunque este proceso es modificado significativamente en la situación de grupo, debemos no obstante, describirlo primero en sus términos más simples, tal como aparece en la situación psicoanalítica. Todo paciente, bajo estas condiciones, demuestra una tendencia creciente a tomar un considerable interés personal en el psicoanalista. En lo emotivo vuélvese profundamente apegado a él, dependiente, y dirige hacia su persona los más intensos sentimientos de amor o de odio de los que es capaz. El paciente en gran medida, es inconsciente de estos sentimientos y los expresa en formas encubiertas e indirectas.

Cuando la primitiva relación infantil ha sido perturbada o neurótica, es sustituida por una nueva neurosis, peculiar de la relación analítica, llamada por Freud "neurosis de transferencia". Cualquier cosa que el paciente experimente, lo experimenta por y a través del analista. El trabajo del terapeuta es limitar la naturaleza y el alcance de esta neurosis confinándola a la situación terapéutica presente, descubriendo y haciendo verbales, tanto como sea posible, sus aspectos inconscientes y quebrando el círculo vicioso de la

repetición automática y sin salida".

Al dar cuenta del fenómeno transferencial en la dinámica grupal Foulkes y Anthony (1964), señalan: "Dentro de la situación grupal tenemos, en vez de la relación de transferencia individual entre el paciente y el terapeuta, un espectro total de relaciones operando ante nuestros ojos. La situación de grupo revive y lleva a la luz las fuerzas centrales y profundas subyacentes en el conflicto mental. Aparecen, por un lado, en la forma en que los miembros de un grupo analítico se relacionan con el terapeuta y, por otro, con sus compañeros pacientes, individualmente y como un grupo. Pero, la situación de transferencia en un grupo está en un frente mucho más amplio. La relación de transferencia del paciente individual, con el terapeuta o con cualquier otro miembro del grupo, no puede producir nada de alcance semejante a la relación, de transferencia del psicoanálisis y no puede ser siempre analizada verticalmente (como nosotros lo llamamos) en un grado igual. En cambio, la transferencia, en profundidad y en su carácter más regresivo, está más en el último término, y el plano horizontal, contemporáneo, comparece para las operaciones relacionadas.

Este hecho tiene ciertas consecuencias e impone ciertas limitaciones, con respecto al valor del tratamiento grupal, en casos que requieren una revisión completa, detallada y sistemática de las experiencias y de las neurosis infantiles. Hay una cantidad de personas para las cuales esto no es necesario aunque podría ser deseable. Estas demuestran a menudo que, cuando el análisis horizontal gradualmente amplificado e intensificado, se toma en consideración, puede hacerse en un grupo el suficiente análisis vertical de sus problemas que los capacite para hacer un reajuste personal decisivo". (págs.70-72)

Grinberg, Langer y Rodrigué (1977) por su parte, al hablar de los mecanismos de curación en el grupo terapéutico

(pág.153), plantean que, "desde el punto de vista del proceso terapéutico, la transferencia en el grupo, así como ocurre con la transferencia en la relación bipersonal del análisis, desempeña un rol capital como experiencia correctora. Tanto en lo que se refiere al aspecto positivo como el negativo de la transferencia, les permite a los pacientes comprender y hacer consciente, dentro del nuevo escenario temporo-espacial del grupo, de su ambiente familiar infantil. Estos conflictos reactivos, conjuntamente con los impulsos instintivos que fueron su causa, las angustias persecutorias y depresivas resultantes y la tendencia a la reparación que emerge del sentimiento inconsciente de culpa se manifiestan con toda intensidad en el campo transferencial. Merced a la intervención del terapeuta, que se basará para ello en la interpretación de lo que ocurre, precisamente en el plano de la transferencia, se hace posible la modificación de los primitivos y rígidos patrones neuróticos".

Un acercamiento más al fenómeno transferencial, y que se puede rescatar para dar cuenta del mismo, en la especificidad de la técnica que se describe en esta investigación, se encuentra en una cita que efectúa Anzieu (1978) pág.223, obra publicada en colaboración con otros autores y en la que plantea: "En la fase inicial de la vida grupal, los objetos transferenciales, como hemos visto, son poco diferenciados, dada la regresión y la angustia persecutoria. Es decir que las proyecciones son intensas, rápidas y móviles, desplazándose fácilmente de uno de estos objetos de transferencia a los otros". En base a lo señalado entonces, será importante tener presente que si bien en la técnica de recepción grupal que se denomina Grupo de Admisión y Espera, no se tiene como objetivo el interpretar la transferencia, ni facilitar su despliegue, sin embargo, aun así, se nos refiere que su manifestación puede ser abrupta aun desde el mismo inicio del encuentro entre un grupo de personas. Por lo que no se debe descartar su

presencia, para así rescatar su análisis y discriminar el abordaje que se haga, de acuerdo a las características tanto de la situación particular en la que se pueda generar, como atendiendo la particularidad de los objetivos de la técnica empleada.

Como otra aportación al manejo técnico de la transferencia en el trabajo terapéutico con grupos, en el que se establece un reducido número de sesiones, se encuentra la investigación que efectuó Cooper (1985) (pág.360), al analizar los resultados de las experiencias reportadas por 15 terapeutas. Las experiencias se refieren al trabajo realizado de intervención en crisis en cuatro grupos, dos grupos "crisis-lista de espera" (conformado por personas en espera de tratamiento) y un grupo de recepción (conformado por personas recomendadas a entrar a tratamiento). Este trabajo de atención grupal fue realizado comenta la autora, durante un período de cambio en el Kaiser Medical Center, South San Francisco, del departamento de Psiquiatría. Se menciona que había una lista de espera para psicoterapia individual, por lo que se instrumentó la técnica Grupos "lista de espera-crisis", con el objetivo de dar atención inmediata a personas que demandaran urgencia.

Al referirse entonces al manejo técnico de la transferencia, señala que: "La mayoría de los conductores sintieron que la transferencia debía ser limitada y que se debía emplear la técnica de focalización. Ninguno de estos autores cita haber usado la interpretación de transferencia positiva o negativa, individual o grupal hacia el conductor". Se observa así que esta indicación coincide con la que ya otros autores como Bellak y Small, han señalado en el trabajo de psicoterapia breve.

Slavson (1976), al abordar la temática referente a los tipos de transferencia señala que (pág.123): "En la psicoterapia

grupal las transferencias paciente-terapeuta se ven además modificadas por la presencia de otros. Se activan en este caso los sentimientos tempranos y los recuerdos inadecuadamente reprimidos relativos a hermanos y a progenitores. De este modo, un paciente que proyecta sobre el terapeuta sentimientos transferenciales propios de la relación padre-hijo puede, al mismo tiempo, reaccionar también ante otros miembros del grupo como si éstos fuesen sus hermanos. Estos variados afectos y actitudes establecen una red de tensiones emocionales que es peculiar de los grupos terapéuticos.

Para diferenciar estos tipos de transferencia utilizamos los términos transferencia libidinal (para los sentimientos que se derivan de los progenitores y con ellos se vinculan), transferencia fraternal (para los sentimientos que emanan de las relaciones con los hermanos) y transferencia de identificación (en las que el paciente se identifica con el terapeuta y otros miembros del grupo y desea emularlos y ser como ellos -esto es, funcionan como ideales del yo y modelos de identificación-. El elemento de identificación se halla presente en todas las actitudes transferenciales, aunque no suele reconocerse este hecho en grado suficiente.

Para O'Donnell (1977) págs.16-17, "lo transferencial podría ser definido como el deslizamiento del grupo interno sobre el externo, (entiende él por grupo interno, el conjunto de hechos, imágenes, escenas, etc, que en dinámica interacción nos habitan).

Enfatiza que el contexto terapéutico no provoca lo transferencial pero sí lo incentiva, ya que como él menciona, lo transferencial se provoca en todos los grupos sociales.

O'Donnell (1977), plantea además (pág.24) que, "en terapia grupal es todo el grupo el que se ofrece como depositario polifacético y multiespecular de aquello que el inconsciente puja por transferir. Representaciones ávidas y catexias perentorias".

Aclara además en las págs.27 y 29 que, "la transferencia no es la copia de una situación pretérita. Jamás puede, ni debe serlo, la réplica final de una escena efectivamente acontecida. La emergencia transferencial es la resultante del entrecruzamiento entre aquello que puja por exteriorizarse, representación y/o afecto, como fantasma, y el aquí y ahora del grupo externo (grupo terapéutico)".

Pichón-Riviere (1978), al abordar el tema de la transferencia en la situación grupal (pág.194) plantea lo siguiente:"La estructura interaccional del grupo no sólo permite sino que estimula la emergencia de fantasías inconscientes. A esto nos hemos referido cuando hablamos del modelo dramático. La fantasía inconsciente, crónica del acontecer intrasubjetivo del grupo interno del sujeto, el grupo interno de cada integrante y el grupo externo poseen un común denominador: la estructura dramática.

Nos encontramos, entonces, en el campo grupal, con transferencias múltiples. Las fantasías transferenciales emergen tanto en relación con los integrantes del grupo como en relación con la tarea y el contexto en el que se desarrolla la operación grupal".

Bejarano (1978), alude a la transferencia en el grupo describiendo cuatro objetos transferenciales en la terapia grupal (pág.33):"tres de ellos interiores al grupo y uno externo. El terapeuta, transferencia central; los integrantes, transferencia lateral; el grupo como totalidad, transferencia grupal; y la transferencia externa con un objeto exterior: el mundo externo. Estos cuatro objetos transferenciales, marcan una de las características de la vida grupal.

En el grupo cada uno recibe el sostén y las características de los otros que refuerzan la defensa y los "otros" en el grupo son reales, están presentes, hablan, reaccionan ante las

proyecciones que se efectúan sobre ellos, proyectan a su vez, atacan, se unen en alianzas o conflictos reales, escenas que son dramatizadas.

Así como la presencia de estos otros moviliza, reactiva, bajo la forma de transferencias laterales, situaciones existenciales vividas por los participantes, así el grupo permite a cada uno utilizar al otro en el sentido de sus deseos o defensas, de hablar en su lugar o de hacerlos hablar en el lugar de uno".

De Mathmann (1987), al hablar del manejo técnico de la transferencia grupal menciona que: " A partir de la dinámica grupal podemos entender el psiquismo constituido por escenas internas (espectro de relaciones objetales internas). Escenas que fueron originalmente circunstancias, deseos - hechos que fueron introyectados o reprimidos-.

La transferencia repite no únicamente escenas que alguna vez tuvieron representación en lo exterior, sino también deseos censurados, fantasías, defensas.

Al lado de dichas escenas externas son introyectadas las condiciones socioculturales que les dieron base.

Toda representación transferencial lleva en sí no sólo los actores y actrices de dicha escena, sino también los cánones de moral, configuración familiar, sentimiento religioso, pertenencia de clase, etc., que operan como substancia vincular.

Así, hacia el final de la terapia grupal, terapeuta y grupo son desinvertidos de aquello proyectado, desplazada sobre ellos la transferencia, para volver a ser un terapeuta y un grupo terapéutico. El contenido intrapersonal del vínculo transferencial no obscurece a lo interpersonal, no se olvida ni se llora, simplemente pierde significación". (pág.35)

Díaz (1991) por su parte, puntualiza las ventajas que ella considera tendría el análisis de la transferencia en la

psicoterapia de grupo. Establece que (pág.68): "en los grupos terapéuticos, el trabajo no se encamina a la producción de la neurosis de transferencia, porque ésta es actuada en su seno, en forma multipolar. Esto la hace parecer menos intensa, si se la compara con la concentración de la catexis en la figura del analista en la situación individual".

Enfatiza en la. pág.69 que, "es un hecho bien conocido que pacientes que eligen el grupo como forma de reanálisis, después de una experiencia individual reconocida como eficaz y que terminó en su alta, encuentran en el grupo fragmentos importantes de la relación con sus hermanos que nunca emergieron en el análisis individual, precisamente porque la importancia del terapeuta como figura parental transferida no permitió su percepción, esclarecimiento y resignificación. Este trabajo en muchas ocasiones redundaba en una sorprendente mejoría de las relaciones familiares y laborales que, al no ser ya conflictivas, nunca se creyó, en el trabajo individual previo, que podría profundizarse aun más en ellas".

Al considerar los tipos de intervención del psicoterapeuta en el análisis de la transferencia, plantea que, "es innegable que el nivel de regresión al que se accede en el curso de la terapia depende de la interrelación entre las características del terapeuta y las de los integrantes del grupo. Hay terapeutas que, independientemente de la composición, de la duración prevista y circunstancias del grupo que abordan terapéuticamente, utilizan siempre técnicas muy regresivas, mientras que otros, no tomando en cuenta tampoco las características de sus grupos, se mantienen siempre en la superficie. Por tanto, resulta riesgoso generalizar, en todos los grupos terapéuticos, la imposibilidad de reconstruir y resignificar la historia infantil de sus integrantes, cuando éstos se permiten revivir, en la transferencia, emociones y recursos de sus primeros años de vida, para comprender sus efectos y su significado en su vida presente.

Es precisamente esta historia infantil personal la que se

utiliza en las interpretaciones individuales que se hacen a los miembros del grupo, y es gracias a ella que se trasciende la experiencia emocional correctiva y se llega a la comprensión del pasado como algo vivo y activo en el presente, historia que distorsiona la percepción realista del otro, y produce, por tanto, disfunciones en muy diversas áreas de la vida actual. Pero en el grupo, el pasado revivido es con frecuencia más amplio que el susceptible de ser traído a la transferencia en el análisis individual, dada la multiplicidad de figuras sobre las cuales se puede transferir, pues también sabemos que no todo nuestro pasado es susceptible de ser transferido sobre una figura única cuyas características bloquean el surgimiento de algunas relaciones vinculares (pág.71)".

2.1.1.2. Contratransferencia.

La contratransferencia es un concepto apenas tratado por Freud en su obra, y del cual no se observa un desarrollo, ni tampoco un nivel de profundización en la misma. Freud (1910), entiende designar con él la interferencia de los deseos o fantasías inconscientes del analista en la cura.

El contexto donde este término aparece como una innovación, es el de la técnica psicoanalítica, siendo la persona del analista la que está en cuestión. Freud (1910) en relación con este concepto señala (pág.136): "Nos hemos visto llevados a prestar atención a la <contratransferencia> que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. Desde que un número mayor de personas ejercen el psicoanálisis e intercambian sus experiencias, hemos notado que cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su

actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos".

Reich (1973) puntualiza que "la contratransferencia como tal no es útil, sino el hecho de estar pronto a reconocer su existencia y la capacidad de remontarla (pág.280)".

Little (1981) por su parte, llega a la conclusión de que la contratransferencia no sólo es un hecho clínico, sino también a la de que "transferencia y contratransferencia son inseparables, como lo sugiere el hecho de que lo que se escribe sobre la una se aplica holgadamente a la otra (pág.50)".

Grinberg, Langer y Rodriugué (1977), definen la contratransferencia (pág.155) "como la totalidad de las actitudes y reacciones emocionales, conscientes e inconscientes, que experimenta el terapeuta hacia los pacientes. Convirtiéndose en un instrumento utilísimo para la captación y comprensión del material expuesto. Más aún, es lo que permitirá deducir, en un momento dado, y basado en la vivencia emocional experimentada, el punto de vigencia sobre el que habrá de centralizarse la interpretación. Según el sentimiento de calidad específica que el terapeuta experimente, podrá así inferir la tensión o tensiones comunes imperantes en el grupo en dichos momentos".

O'Donnell (1977) por su parte, toma una cita de Kemper para conceptuar la contratransferencia, mencionando así que ésta, "es la mezcla de al menos tres elementos distintivos:

- 1) Su reacción a la transferencia del paciente, está entre mezclada con
- 2) reacciones sobre la base de su reacción adecuada ("transferencia cotidiana") con el paciente, pero varía casi siempre con

3) ocasiones sobre la base de su propia transferencia inconsciente (porción inadecuada). (pág.46)".

Hace la observación (pág.47), de que en la terapia grupal, el asunto se complica, pues establece que la acción terapéutica no reside en el terapeuta únicamente, sino en la totalidad de los integrantes de un grupo terapéutico, incluidos los terapeutas, de tal forma que en el grupo se presenta una interacción interpersonal, y transpersonal.

Cabe mencionar a manera de reflexión un apunte de Safouan (1989), quien señala (pág.127): "al abordar el tema de la contratransferencia, se está aludiendo a una identificación de yo a yo, una identificación en cierto modo paritaria. De tal forma que el analista al creer que tiene que vérselas con otro yo, sea a título de aliado, de resistencia organizada, de igual o desigual, está desconociendo la evidencia primera de su experiencia: que el yo es una estructura que cambia constantemente y que se edifica en un trabajo de discurso".

2.1.1.3. La importancia de la palabra en el discurso grupal.

Ya que se ha venido haciendo mención en este capítulo, al modelo conceptual psicoanalítico y su aporte al trabajo psicoterapéutico grupal, es necesario mencionar la relevancia acerca de la palabra y en este caso, su presentación a través del discurso grupal. Para ello se hará referencia ahora a un artículo de Baz (1989), mediante el cual la autora rescata la importancia de la palabra, factor éste trascendental, sobre todo si se pretende hacer una lectura psicoanalítica del fenómeno grupal: "Aquí recordaríamos que el psicoanálisis ha privilegiado la palabra, su dominio es el discurso concreto, más no en su literalidad, sino en su posibilidad de dar cuenta de otro "lenguaje": el del inconsciente. Ahora bien, ¿el operar de un grupo puede

ser concebido como discurso?. Aparte de la dimensión de la palabra propiamente dicha, ¿dónde queda la expresión, el uso del espacio, la acción?. Nuestra respuesta es que el lenguaje es paradigmático del mundo humano, simbólico; de ahí que toda acción humana es "una manera de decir". Así, el trabajo de grupo se registra como texto. La crónica grupal se compone esencialmente de secuencias de frases, pero éstas están apuntaladas por el registro dramático, es decir, de la escena en acción: la utilización del espacio, el tono emocional y el juego corporal. De ahí que si, por ejemplo, un integrante abandona de improviso una reunión grupal, supondríamos que este acto "dice" algo del proceso de grupo.

El supuesto metodológico fundamental del análisis del discurso grupal es el tomar al grupo como unidad discursiva, independientemente de los sujetos que, como individuos, hablan. ¿Quién habla entonces?. Nuestra premisa central es que habla el grupo. Nuestra crónica del grupo señalará, es verdad, el cambio de la palabra de un sujeto a otro, debido a que es importante para entender el dinamismo interno del grupo, los lugares de la estructura jugada por los roles. Pero la mirada es sobre esa estructura: la grupal, que trasciende al individuo y a la suma de los individuos.

"Borrar" a los individuos para escuchar eso que los trasciende no significa que no se reconozca que hay diferencias, historias particulares, estructuras propias en cada individuo. Significa en cambio, trabajar en un campo de análisis distinto al individual; supone asimismo, una ruptura con un pensamiento dominante en la teoría y en la práctica social que sólo concede realidad a los individuos. Desde un esquema referencial grupal se plantea que lo que diga (o haga) cada individuo en el grupo tendrá que ver con la estructura grupal y no nada más con sus características personales que, por otro lado, lo predisponen a asumir ciertos roles. Es decir que, el discurso del grupo es un efecto de estructura" (págs.44-45).

En esta última parte de la cita se observa como Baz se aparta del modelo psicoanalítico, para apoyarse en el modelo sistémico en su aplicación a los grupos, pues como se podrá observar en la referencia siguiente, ella habla de presentar una teoría de grupo que se apoya en el descubrimiento freudiano del inconsciente. Al final de dicha cita se observará la forma en que intenta nuevamente articular el psicoanálisis con la teoría del grupo, para poder efectuar como se decía líneas arriba, una lectura psicoanalítica del fenómeno grupal: "Definíamos nuestra lectura del material de grupo como análisis del discurso grupal. Lo "analítico" de esta aproximación tiene que ver con la posibilidad de contar con un modelo conceptual que permita "desarmar" un determinado fenómeno en sus dimensiones y relaciones. Y también tiene que ver con el psicoanálisis. La teoría de grupo que sustentamos se basa en medida importante en el descubrimiento freudiano del inconsciente. Evoquemos una premisa fundamental: el sujeto hablante no es dueño de su discurso. Lo que el psicoanálisis ha instituido como modelo o paradigma del funcionamiento del inconsciente, son fenómenos de lenguaje; los lapsus, los olvidos de nombres. Estos tropiezos del discurso constituyen, para Freud, pistas del deseo inconsciente. Igualmente el chiste aparece como modelo de las formaciones del inconsciente: el efecto de chiste es causado por una palabra cuyo significado se desliza de una manera sorpresiva. Lo que se muestra es un hecho fundamental: que las palabras no están atadas a sus referentes. Retomando la noción de signo en Saussure, que nos muestra cómo la relación no se da entre una cosa y un nombre sino entre un concepto (significado) y una imagen acústica (significante), se muestra el deslizamiento continuo del significado, la polisemia del significante" (págs.45-46).

2.1.1.4 La intervención psicoanalítica en el ámbito institucional

Atendiendo a la pretensión de intentar una intervención psicoanalítica en el ámbito institucional, es importante tener presente para su reflexión, el cuestionamiento que efectúa Galende (1990), pág.271, a la tendencia que se tiene por adaptar los tratamientos a los requerimientos de las instituciones. "Suele pensarse que se debe intentar adaptar los tratamientos a los requerimientos de la institución asistencial. Así surgieron distintas terapias a las que se piensa más funcionales con la atención en instituciones públicas (psicoterapias breves, de grupo, etc.) No nos parecen incorrectas estas propuestas en sí, como métodos alternativos de tratamiento, pero sí creemos incorrecto guiarse, para definir un tratamiento analítico, por cuestiones contextuales: lugar, tiempos requeridos, dimensiones de la demanda, frecuencia de sesiones, vigencia. En el prólogo que Pichon Riviére escribió para el libro de Alexander y French titulado *Terapéutica Psicoanalítica*, en el que estos autores sostenían justamente la adecuación del método de tratamiento al contexto institucional decía: "Si bien la opinión de los autores me merece el mayor respeto, creo que hay ahí algo así como una confusión o una inversión del planteamiento, como si hubiera casos para una cosa y casos para la otra. Posiblemente todo eso no sea sino una secuela de la formación médica habitual: un caso de difteria, un caso de escarlatina, etc."

Desde la admisión misma del paciente, ya sea hecha con él a solas, en grupo, familia, etc., se debe generar un espacio analítico, en el que la demanda pueda ser escuchada con el mínimo de interferencia institucional".

Es importante poder ubicar entonces, las bases que sostengan a toda propuesta de intervención psicoterapéutica.

Habiendo expuesto hasta aquí en forma sintética, algunas de las aportaciones del modelo conceptual psicoanalítico, que las teorías de los grupos toman como base de algunos de sus

planteamientos, se presentarán ahora, algunas de las propiedades observadas en los grupos y que dan cuenta de lo que implica la dinámica grupal.

2.1.2. Propiedades esenciales observadas en los grupos.

En el trabajo con grupos se plantea que es necesario conocer sus propiedades esenciales, por lo que Kissen (1976) hace referencia a algunas de ellas y las clasifica por orden de importancia:

1o. Una interacción dinámica (entre los miembros del grupo). Menciona el autor que debe haber cierto tipo de relación y una interacción subsiguiente basada en dicha relación, la cual puede ser positiva o negativa: una interacción profundamente inconsciente implica actitudes y reacciones basadas en factores de transferencia; cuando ésta es más consciente, se hace en términos de armonía, empatía, amor y odio. Enfatiza que esta interacción dinámica debe efectuarse necesariamente entre los miembros del grupo y no con el líder. La función del grupo disminuye en la medida en que existe interacción entre un líder y un conjunto de personas.

2o. Una meta común. En relación con esta propiedad se menciona que un conjunto de personas sólo puede funcionar como grupo cuando existe una meta común. Cuando no existe alguna forma establecida de meta común, la búsqueda de una meta puede convertirse, por un corto tiempo, en meta común. La falta de dicha meta es perjudicial al funcionamiento del grupo; una meta mal definida es amenazante, mientras que una meta establecida con claridad hace las cosas más fáciles.

3o. Tamaño y función. Esta propiedad hace referencia a que en todos los grupos existe una relación directa entre su tamaño y función. Los grupos de cierto tamaño están mejor capacitados para el desempeño de ciertas funciones. Una

desproporción importante reduce cuantitativamente la eficiencia del grupo. Señala el autor que el reconocimiento de estos principios fundamentales quedó establecido a través del tiempo por leyes y costumbres aunque la base de semejantes iniciativas ha sido en su mayor parte inconsciente. Se puntualiza que al aumentar o disminuir el tamaño del grupo, ocurren ciertos cambios fundamentales, de una naturaleza predecible y observable, en sus patrones de funcionamiento.

4o. Voluntad y beneplácito. Mediante esta propiedad el autor menciona que a no ser bajo circunstancias excepcionales, un grupo eficiente sólo funciona por medio de la voluntad y el beneplácito de sus miembros. Señala que los grupos compuestos en su mayor parte por miembros cautivos e involuntarios no funcionan en verdad como grupos. Se observa entonces que esta propiedad cuestiona el trabajo grupal bajo circunstancias en que los miembros de un grupo no piden ser agrupados. Es importante tener presente este factor por la serie de vicisitudes que se pueden presentar cuando el grupo como forma de funcionamiento es impuesto, como lo es el caso del Grupo de Admisión y Espera.

5o. Una capacidad de autodirección. Con esta propiedad se hace referencia a que es esencial la existencia en cualquier grupo de una capacidad de disposición o esfuerzo para regir, controlar o dirigir el destino del grupo en términos de autodirección. En este sentido, hay incorporación de principios y actitudes democráticos implícitos en el funcionamiento de cualquier grupo. Un conjunto de personas que renunciaron a sus prerrogativas y privilegios ante un líder o una reglamentación estricta disminuyeron su función de grupo en proporción con aquello a lo que renunciaron. El concepto del significado de la democracia colinda, y es probable que se relacione, con la definición básica del funcionamiento de los grupos.

En este sentido todos los grupos pequeños y eficientes

funcionan sobre una base democrática. Al pasar de la democracia al autoritarismo o a la tiranía, no sólo se renuncia a los principios democráticos, sino que también se deja de funcionar como grupo. Kissen (1976) hace referencia a otro autor (Dreikurs), quien afirma sobre este punto, que un grupo terapéutico no puede existir salvo en una atmósfera democrática y contribuye a su vez en crear esta atmósfera democrática (págs. 54-56).

Se enfatiza entonces que es indispensable para el psicoterapeuta, el conocer la teoría sobre el desarrollo de los grupos, para entender así la situación de su grupo, la dirección en que podrá movilizarse y a cuales potencialidades de ese grupo deberá atender para fomentar su máximo desarrollo.

2.1.2.1. Propiedades del grupo terapéutico desde el punto de vista psicoanalítico.

Se mencionaba al hablar de las propiedades esenciales observadas en los grupos, que éstos presentan patrones distintivos que pueden ser definibles y observables, es entonces en este sentido que se presentan a continuación los planteamientos que González (1989), ha efectuado con respecto a las propiedades del grupo terapéutico conceptualizado como una totalidad, pudiendo ser visto así, como un organismo. Se mencionarán a su vez, algunas observaciones respecto a estas propiedades realizadas por otros autores.

Estas propiedades que se presentan en los grupos y a las que se hace referencia son las siguientes:

Antecedentes.- Los antecedentes de un grupo se forman con los antecedentes de cada uno de sus miembros. Existen grupos homogéneos en cuanto a edad, sexo, estado civil, el diagnóstico y otros aspectos como la escolaridad, el lugar de origen, si son hijos únicos, si son de familia integrada o desintegrada, etc.

Respecto a la homogeneidad al interior de los grupos Anzieu (1971), puntualiza que va a haber una menor posibilidad de deserción al haber mayor homogeneidad en sus integrantes (pág.15). Freud (1921) por su parte, en relación a lo homogéneo de los grupos y su influencia en la dinámica grupal señala que: "los individuos en una masa al comportarse como si fueran homogéneos, toleran la especificidad del otro, se consideran como su igual y no sienten repulsión alguna hacia él"(pág.97).

La comunicación grupal.- Se menciona que en un grupo se les pide a sus integrantes que se comuniquen con libertad, también se les pide interaccionen espontáneamente ya que se observa y se toma en cuenta la comunicación no verbal.

Es importante señala González, solicitar a los integrantes que se comuniquen en forma espontánea, sincera y confiada, a cambio de la franqueza y discreción de los demás. Observación ésta, destinada principalmente a los grupos en psicoterapia. Mediante esta propiedad se evalúa el nivel de confianza y espontaneidad, así como los canales que utiliza el grupo para comunicarse.

Interacción grupal.- Mediante esta propiedad se hace referencia a las diferentes interacciones que ocurren entre los integrantes entre sí, incluidos él o los coordinadores. Se ha observado que cuando un grupo se inicia, la interacción está centrada en el coordinador, para después irse desplazando hacia el resto de los integrantes.

La interestimulación en el grupo terapéutico.- La interestimulación es el resultado de la interacción, no es otra cosa menciona el autor, que la motivación y activación mutua que se da entre los miembros de un grupo, sobre todo si están esforzándose por lograr el mismo objetivo. La

interestimulación puede darse en cualesquiera de las áreas de la personalidad y se lleva a cabo mediante la comunicación verbal, no verbal, individual y grupal.

Atmósfera grupal.- Los diferentes estados de ánimo o de afecto de los miembros de un grupo son los que determinan la atmósfera grupal. Esta atmósfera en general está condicionada por factores internos y externos.

Simpatías y antipatías espontáneas dentro del grupo terapéutico.- Esta propiedad alude a las reacciones de simpatía o antipatía que se generan entre los diferentes integrantes de un grupo. Este fenómeno es parecido a lo que en psicoanálisis se llama transferencia positiva o negativa.

Para Klein (1980) pág.101, "La interacción es un presupuesto del desarrollo de los sentimientos, ya sea de las normas o de las simpatías y antipatías. La reacción emocional de una persona ante los demás se basa en la manera en que las percibe. La percepción social, como la percepción de otros objetos, es determinada en parte por las características del objeto percibido y en parte por el estado de ánimo, deseos y necesidades del sujeto que percibe. Cuanto más ambiguo sea el estímulo perceptual, mayor es la importancia de los elementos subjetivos o funcionales en la percepción. La cantidad de información disponible para los miembros respecto a los demás del grupo tendrá, pues, un efecto en la forma en que éstos serán percibidos y en los sentimientos engendrados por ellos. Esta información se transmite frecuentemente mediante la conversación, justamente considerada por el sentido común como expresiva de la personalidad del que habla. Por tanto, cuanto mayor sea la interacción -verbal o de otro tipo- entre los miembros del grupo, dispondrán de mayor información para basar sus simpatías y antipatías".

Cabe mencionar que en relación con esta propiedad que se ha mencionado, Anzieu (1986) comenta que hay que tener cuidado

pues se puede prestar a confusiones: "El término de afinidades (simpatías y antipatías entre los miembros) no ha escapado tampoco a la crítica psicoanalítica, porque recubre con una misma etiqueta al menos dos procesos muy diferentes; a veces, la identificación de un miembro con tal instancia psíquica percibida por él en el otro (mecanismo de defensa del Yo, Superyó, Ideal del Yo y Yo Ideal), y, otras, con la transferencia "lateral" de un objeto interno de amor o de odio sobre otro miembro del grupo". (pág.201)

Inducción mutua.- La inducción mutua se señala que es un proceso muy parecido a la interestimulación, sólo que pone más énfasis en los factores emocionales, a diferencia de la interestimulación que tiene más relación con los aspectos cognoscitivos y connativos.

Se puede enfatizar además, que esta inducción se despliega en el grupo, pues como señala Anzieu (pág, 42), "el grupo es un puesta en común de las imágenes interiores y de las angustias de los participantes".

Se propone que se podría articular con esta propiedad, con la finalidad de explicitarla aun más, el concepto de resonancia fantasmática que trabaja Anzieu y en el que manifiesta que, "la resonancia fantasmática es el reagrupamiento de algunos participantes en torno a uno de ellos que, a través de su manera de ser, sus actos, sus ideas, ha hecho ver o ha dado a entender una de sus fantasías individuales inconscientes" págs. 204-5).

Identificación.- Se menciona que algunos de los aspectos que favorecen la identificación entre los miembros de un grupo son: el aspecto físico, los antecedentes personales, individuales y sociales, sus experiencias en la vida, la forma de pensar, la forma de sentir, los modales, etc. Estas identificaciones pueden ser positivas o negativas.

Como un ejemplo manifiesto que tiende a presentarse en los

grupos, y en especial los trabajados en esta investigación, es el creer que su problemática es la única o la más grave. En relación con este aspecto que se particulariza aquí por la frecuencia con que se observó, Yalom (1986) señala que: "Muchos pacientes entran a la terapia con el inquietante pensamiento de que son únicos en su desgracia, que sólo ellos tienen ciertos problemas, ideas, impulsos y fantasías aterradoras o inaceptables. Hay algo de verdad en esto, ya que muchos pacientes han tenido una constelación poco usual de angustia vital, y comunmente los agobia un material que por lo general es inconsciente. Su sentimiento de singularidad a menudo se ve vigorizado por su aislamiento social; debido a que con frecuencia los pacientes tienen dificultades interpersonales y carecen de la validación concensual franca y sincera de una relación íntima. En la terapia de grupo, en especial en las primeras etapas, ver negado su sentimiento de singularidad constituye una poderosa fuente de consuelo. Después de escuchar a otros miembros revelar preocupaciones similares a las suyas, los pacientes informan sentirse más en contacto con el mundo" (pág.25).

Palacios (1975), señala por su parte, que en el primer encuentro con los individuos en un grupo ha encontrado que: "la mayor parte de los enfermos sienten que sus síntomas no tienen paralelo y, como consecuencia, se aíslan y se consideran segregados del medio social del que forman parte. Dentro de la situación de grupo constatan que otras personas también sufren de manera similar y tienen secretos parecidos a los que celosamente guardaban, se animan a relatar sus síntomas y ocurrencias y, lo que es más importante vuelven a cobrar confianza en las relaciones humanas" (pág.156).

Para Baudes (1988) la identificación en los grupos, "es promovida y acentuada por el acceso que se tiene a la mirada: del otro en mí, la mía en los otros y en el otro.

La pulsión escópica juega en primer plano. Todo puede verse: la ropa, los movimientos, los gestos de todos los

participantes y también del coordinador. La ubicación en círculo los favorece. La tendencia común es asemejarse al otro, ser igual, sentir lo mismo"(pág.34). La autora se plantea este proceso como un paso necesario por lo imaginario, en donde este registro hace de obstáculo, pero que aun así, señala más adelante: "el intento es lograr la desmitificación del yo, y el encuentro fugaz con aquello que sí nos constituye como sujetos: el inconsciente"(pág.37).

La asimilación.- Esta propiedad hace referencia al proceso mediante el cual el grupo asemeja, controla y se apropia de las características personales de sus miembros. Generalmente la asimilación es antiterapéutica porque al asemejar a todos los miembros entre sí no permite la diferenciación y el progreso personal. Este fenómeno tiende a presentarse en los momentos avanzados de la vida de un grupo.

Cohesión grupal.- Esta propiedad alude a la unificación del grupo, generalmente ayuda al progreso del grupo, a menos que éste caiga en un aglutinamiento extremo. El grupo tiende a actuar cohesionadamente dependiendo del grado de unificación interna que posean los miembros del grupo, también dependerá del grado de identificación que exista entre los miembros con el líder formal. A mayor identificación más grande será la cohesión.

Yalom (1986) al hacer referencia a esta propiedad grupal menciona por su parte que: "Los miembros de los grupos cohesionados se aceptan más mutuamente, se apoyan más, se sienten más inclinados a entablar una relación significativa con el grupo. En condiciones de aceptación y comprensión, los pacientes se sentirán más inclinados a expresarse y explorarse, a tener más conciencia de sí mismos, y a relacionarse más profundamente con los otros" (pág.84).

La polaridad.- Esta es una expresión común de los grupos y es el punto central sobre el que gira la sesión, ésta es la temática o temáticas centrales en las sesiones del grupo.

Intensificación emocional.- La variación en la intensidad de las emociones va a estar dada en base a la particular interacción que pueda darse entre las diferentes propiedades grupales que se mencionan. Se señala que cuando tres o más personas se reúnen con diferentes propósitos generalmente las emociones se ven intensificadas.

Los roles.- El rol alude al papel que cada integrante desempeña en la vida de un grupo. Puede haber roles específicos para la obtención de metas cuyo propósito es facilitar y coordinar los esfuerzos del grupo relacionados con la selección y definición de un problema común y su solución.

Se mencionan también los roles de conservación del grupo cuyo objetivo es alterar o mantener la forma de trabajo del grupo, así como fortalecerlo, y perpetuarlo como tal.

Por último se mencionan los roles individuales, cuyo propósito es algún objetivo personal que no es relevante ni para la tarea del grupo, ni para el funcionamiento del mismo.

Cabe señalar que las propiedades grupales hasta aquí descritas, han sido de valiosa utilidad para la presente investigación pues sirvieron para dar cuenta de lo observado en las diferentes sesiones de los grupos con que se trabajó, en esta propuesta de utilizar la técnica de el Grupo de Admisión y Espera.

2.1.3. Los supuestos básicos y el grupo de trabajo como formas de actividad mental en un grupo

En el ámbito de la psicoterapia grupal tienden a

ser rescatadas, ocupando un lugar importante, las aportaciones que efectuó Bion al conocimiento de la dinámica grupal. Se presentan enseguida algunas de estas aportaciones, mediante las cuales pone de manifiesto su énfasis, en considerar que la vida mental del grupo es esencial para la realización del individuo, independientemente de cualquier necesidad temporaria y específica, y que la satisfacción de esta necesidad habrá de buscarse a través de la pertenencia a un grupo.

Los supuestos básicos.

Bion (1980) (pág.119) al abordar el tema de los supuestos básicos señala que: "la actitud del grupo se ve obstruída, diversificada y en ocasiones asistida por algunas otras actividades mentales que tienen en común el atributo de poderosas tendencias emocionales. Estas actividades que a primera vista parecen caóticas, adquieren cierto grado de cohesión si admitimos que surgen de supuestos básicos comunes a la totalidad del grupo". Estos supuestos son conceptualizados como una creencia emocional en la que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa al unísono a tener ciertas fantasías y deseos.

Al primer supuesto básico le va a denominar de dependencia: "consiste en que el grupo se reúne a fin de lograr el sostén de un líder de quien depende para nutrirse material y espiritualmente y para obtener protección. Así establecido mi primer supuesto básico podrá ser considerado como una repetición de lo que he señalado anteriormente: que el grupo supone 'que sus miembros se han reunido para recibir de mi alguna forma de tratamiento', con la sola diferencia de estar expresado con términos metafóricos. Pero lo esencial es que el supuesto básico sólo puede entenderse si las palabras que he usado se toman en un sentido literal y no metafórico (pág.119)". Va a ser común observar este supuesto básico, en el inicio de la vida de un grupo.

Bion (1980) va a hablar de un segundo supuesto básico (págs.121-3), al que va a denominar de emparejamiento (también llamado de apareamiento). Establece que igual que el primer supuesto, éste también se relaciona con el propósito del grupo. Comenta la experiencia vivida en un grupo para dar cuenta de este supuesto. "Mi atención fue reclamada en un principio durante la cual la conversación fue monopolizada por un hombre y una mujer, que aparentemente ignoraban al resto del grupo. Las miradas que ocasionalmente se intercambiaban los otros miembros parecían sugerir la opinión, no tomada muy seriamente en consideración de que la relación era amorosa, aunque apenas podrá decirse que el contenido manifiesto de dicha conversación fuera muy distinto de los otros intercambios dentro del grupo. Sin embargo, quedé impresionado por el hecho de que estos individuos, que generalmente son sensibles a cualquier manifestación que los excluya de la actividad supuestamente terapéutica, que en este momento consistía en hablar y obtener una "interpretación" mía o de algún otro miembro del grupo, no parecieron dar importancia al hecho de dejar la escena enteramente a disposición de dicha pareja. Más adelante se hizo evidente que el sexo de la pareja no tenía influencia en la suposición de que se estaba produciendo un proceso de emparejamiento. Estas sesiones se dieron en una atmósfera de esperanza y expectación peculiares (pág.122)". Más adelante dirá (pág.123), que este sentimiento es característico del grupo de emparejamiento y debe tomarse como una evidencia de la existencia del mismo. Puntualiza además, que para que los sentimientos de esperanza se sostengan, es esencial que el líder del grupo, a diferencia del líder del grupo de dependencia y del grupo de ataque y fuga (así denomina el siguiente supuesto básico), no haya nacido. "Será una persona o una idea la que salvará al grupo - de hecho lo librará de los sentimientos de odio, destrucción y desesperación que surjan en el propio grupo o en otro-, pero a

fin de lograr esto, es obvio que la esperanza mesiánica no debe verse realizada. La esperanza sólo persiste cuando permanece como esperanza (pág.123)".

Al conceptualizar el tercer supuesto básico, menciona que dicho supuesto implica que, "el grupo se ha reunido para luchar por algo o para huir de algo. Está preparado para hacer cualquiera de las dos cosas indiferentemente. A este estado mental yo lo llamo grupo de ataque-fuga; dentro de un grupo en tal estado se aceptará a aquel líder capaz de obtener del grupo que aproveche la oportunidad para escapar o para agredir. Si hace demandas que no se ajusten a esto, es ignorado.

En el grupo de ataque-fuga el analista encuentra que sus intentos para aclarar lo que está sucediendo se ven obstaculizados por la facilidad con que aquellas propuestas que expresan odio a toda dificultad psicológica, o bien los medios por los cuales ésta pueda ser evadida, obtienen apoyo emocional (pág.124)".

Características que presentan en común los supuestos básicos .

Bion (1980) va a señalar que existen una serie de características comunes a todos los grupos de supuesto básico (124-5), como son: El no requerir de entrenamiento, experiencia ni madurez mental, para participar en una actividad de supuesto básico.

La actividad de supuesto básico no demanda del individuo una capacidad para cooperar, sino que depende del grado de valencia que posean los individuos. Especifica que el término de valencia lo tomó de la física para expresar la capacidad que poseen los individuos para combinarse entre sí instantánea e involuntariamente y compartir y actuar de acuerdo con el supuesto básico. Los supuestos básicos pueden oscilar en un grupo en cuanto su permanencia en forma continua, o bien puede predominar uno durante meses.

Las emociones que se presentan en los diferentes supuestos básicos se influncian entre sí en forma sutil como si constituyeran una combinación peculiar del supuesto básico en actividad.

Todos los supuestos básicos incluyen la existencia de un líder.

En la pág.128 Bion (1980) agrega en relación con estas características comunes que: "Al hablar de la mentalidad del supuesto básico deberemos mencionar dos características sobre las que llamaré la atención.El tiempo no tiene que ver con ella; es una dimensión de la función mental no reconocida; por tanto, todas las actividades que reclaman conciencia del tiempo son captadas imperfectamente y tienden a provocar sentimientos de persecución. La segunda característica consiste en la ausencia de todo proceso de evolución como parte de la mentalidad del supuesto básico; los estímulos para el desarrollo reciben una respuesta hostil". Señala además, que ninguno de los tres supuestos básicos alivia el temor del grupo y sus emociones (pág.130).

Puntualiza como una característica común que, "las funciones propias de los grupos de supuesto básico son siempre activas antes de que el grupo se reúna en un lugar, y continúan su existencia luego que el grupo se ha dispersado" (pág.140).

El grupo de trabajo.

Bion (1980) menciona que él utiliza el término de Grupo de Trabajo para referirse a una actividad mental de una naturaleza particular y no a la gente que se entrega a ella. Describe esta forma de actividad mental de la siguiente forma: "En cualquier grupo pueden encontrarse rasgos que revelan actividad mental. Aunque sea en forma casual, todo grupo se reúne para "hacer" algo: cada miembro coopera en dicha actividad de acuerdo con sus capacidades individuales. Esta cooperación es voluntaria y depende del grado de habilidad sofisticada que el individuo posea. Sólo pueden participar en

tal actividad los individuos que tienen años de entrenamiento y una capacidad para la experiencia que les ha permitido evolucionar mentalmente. Dado que esta actividad va aparejada a una tarea, se halla ligada a la realidad, sus métodos son racionales y, en consecuencia, aunque sea en forma embrionaria, científicos" (págs.116-7).

Bion (1980) enfatiza (pág.138), que la organización y la estructura son armas del grupo de trabajo. Estas constituyen el producto de la cooperación entre los miembros del grupo y una vez establecidos en el grupo, su efecto consiste en reclamar una mayor cooperación de los individuos.

Al hacer referencia al líder del grupo de trabajo (pág.144), señala que éste tiene la virtud de poseer contacto con la realidad externa, a diferencia del líder del grupo de supuesto básico al que no se le exige esa cualidad.

Son éstas las formas de funcionamiento mental que Bion ha identificado, en sus observaciones de las experiencias con grupos y, que como se señalaba al iniciar su referencia, son rescatadas como un aporte que ha sido considerado valioso para la comprensión de la dinámica grupal.

2.1.4. Fases observadas en el desarrollo de un grupo psicoterapéutico.

Martin y Fawcett citados por Kissen (1976, págs.201-12), consideran en base a lo observado, seis fases en el desarrollo de un grupo psicoterapéutico con sus respectivos periodos de transición que pueden considerarse como puntos a lo largo de un continuo. Estas fases son las siguientes:

Fase I.- Esta fase se caracteriza por una cohesión mínima. Se menciona que no existe identificación con el grupo en cuanto tal, aunque se aclara que puede haber ciertas

concepciones particulares y egocéntricas acerca del grupo como fuente de beneficio personal. Se dice con respecto a esta fase que en los grupos de neuróticos se observan aportaciones mutuamente compatibles, pero por el momento individualistas, egocéntricas y obviamente carentes de importancia para el grupo. Por lo que corresponde a los grupos de pacientes psicóticos, la conducta que se observa es principalmente autística o en el mejor de los casos altamente retraída y con orientaciones preconcebidas.

La justificación para llamar grupo a la situación que caracteriza a esta fase radica en la presencia de un psicoterapeuta que se percibe como alguien diferente y especial. La regularidad de la sede y el horario de las reuniones es otro factor que se menciona, tiende a promover la cohesión. Otro factor lo es la constancia de los miembros y su distribución especial dentro del grupo. Se agregaría que se presenta una gratificación catártica por la posibilidad de exponer las problemáticas que los llevaron a solicitar atención.

En la transición de la fase I a la fase II el psicoterapeuta surge como líder y se reconoce públicamente su papel en el grupo. También se observa en ella una disminución de la conducta de aislamiento. Se empieza a presentar una reacción verbal en cadena. Se señala que el material que resulta de las verbalizaciones es muy personal y no queda en el contexto del estímulo presentado por el locutor precedente. Sin embargo, su producción sí indica que los miembros del grupo prestaron cierta atención a las verbalizaciones de sus compañeros.

Fase II.- La característica que mayormente distingue a esta fase es la de existir una conciencia manifiestamente reconocida de la existencia de los demás, pero que los miembros del grupo experimentan en función de fantasías de experiencias interpersonales previas, y en que no se reconoce las complejidades y la individualidad de las personalidades presentes. En esta fase tienden también a manifestarse

elementos de transferencia particularmente positivos, por lo tanto se establece que en este momento comienza a actuar la modalidad de dependencia que describe Bion.

Durante la transición de la fase II a la III la interrelación que se creó basada en estereotipos sociales tiende a fracasar en forma inevitable ante la realidad de que los miembros del grupo difieren de su personificación. El líder conserva su posición transferencial idealizada, aunque las percepciones idiosincráticas que tienen de él los miembros del grupo comienzan a ceder ante un consenso de grupo, por ello es importante que el líder estimule este proceso haciendo que los miembros del grupo tomen conciencia de las contradicciones inherentes a semejante estereotipación de su persona.

Fase III.- En esta fase tiende a prevalecer una atmósfera de intercambio emocional activo. Se señala además que desde el punto de vista del observador, se invierte mucho tiempo en la exploración de personalidades individuales y surge un valor común en el que se atribuye gran importancia al individuo. En este auge del individualismo pueden discernirse dos modos colectivos de interacción. Uno de ellos es una aproximación relativamente calmada, por parte del grupo hacia los problemas y a la personalidad de determinado individuo. El otro modo de interacción es más del tipo "dar y recibir" cambiándose rápidamente los centros de interés y observándose mucha interacción e intercambios de percepciones interpersonales. El primer modo de interacción parece estar más centrado en los problemas, mientras que el segundo parece estar más cargado de afectos. Por lo que respecta al psicoterapeuta, el autor menciona que todavía se le considera más o menos omnisciente, pero que sin embargo la naturaleza de su función hace que su participación, si es efectiva, sea menos activa en esta fase.

En este momento de la vida del grupo, se comienza a valorar la participación en las reuniones, y se presta considerable

atención a las ausencias y demoras de los miembros.

Para Martin y Fawcett la transición de la fase III a la IV se caracteriza porque se empieza a tener la impresión de que los miembros del grupo se enfrentan a las mismas caras y a los mismos problemas de antes. Al mismo tiempo se adquiere cierta conciencia de la existencia de un patrón de relaciones dentro del grupo.

Fase IV.- En esta fase, la historia del grupo tiene ahora una gran cantidad de datos sobre cada uno de sus miembros. A estas alturas, se comprende mejor que se hizo algo más que explorar las personalidades individuales y que, en los intercambios de la interacción del grupo, se desarrollaron ciertas relaciones entre los individuos. Por ejemplo, algunos de ellos pueden mantener una "relación de apareamiento", algunas relaciones pueden ser simbióticas, otras jerárquicas, otras de complementación sadomasoquista, etc. El líder, en virtud de sus conocimientos y capacidades de observación sistemática, es capaz de percibir lo evidente y señalar al grupo su existencia. En esta forma, permite a los miembros del grupo adquirir una mayor conciencia de estas relaciones al mismo tiempo que articularlas.

Lo que se observa aquí es un proceso de sintetización en que las aparentemente erráticas interacciones de intercambio personal se hacen más dinámicas, ordenadas y legales, por considerarse ahora como sintomáticas de relaciones más profundas dentro del grupo.

Durante esta etapa las relaciones intergrupales se hacen menos unilaterales y adquieren características de subgrupo. También en esta etapa se polariza el grupo, definiéndose rivalidades. Si el grupo no se desintegra, esto se debe en parte a la superposición de los miembros en los subgrupos y, también, a que los miembros se dan cuenta de que de la supervivencia de éste, depende su gratificación emocional.

Se dice que desde el punto de vista del observador, el grupo

parece oscilar periódicamente de un clima emocional a otro, y algunos individuos parecen influir directamente en estos cambios.

El valor terapéutico de esta fase, depende de la capacidad que tengan los miembros del grupo para percibir los efectos que ejerce sobre su conducta la satisfacción de sus necesidades emocionales. A estas alturas, puede verificarse también un nuevo tipo de aprendizaje con implicaciones directas en el funcionamiento dentro de la sociedad, los fenómenos de subgrupo y las estructuras cambiantes de poder reproducen la realidad social de la comunidad mayor, y puede considerarse como terapéutica la capacidad de un paciente para analizarse en relación con estas estructuras de poder y para percibir el efecto que éstas ejercen sobre su persona.

Comentan los autores que es probable que la mayoría de los grupos terapéuticos no alcancen la quinta fase antes de su disolución final. Las razones para ello pueden estribar en el hecho de que el funcionamiento característico de la tercera y cuarta fase se considera como objetivo mismo de la terapia. Puede deberse también a que muchos terapeutas carecen de la habilidad necesaria para llevar al grupo más allá de este punto.

En la transición de la fase IV a la V se señala que las incompatibles necesidades del grupo, cada una de ellas con su defensor y sus partidarios, conducen inevitablemente a un estado de gran tensión. Con el tiempo, disminuye la tolerancia de semejante estado de tensión por parte de los miembros del grupo, al mismo tiempo que crece la insatisfacción con su modo fraccionado de funcionamiento. La solución entonces a este problema, proponen los autores, radica en la adopción de una orientación global de grupo que substituya al funcionamiento polarizado e individual de los subgrupos.

Fase V.- En esta fase se menciona que los individuos están conscientes de que el grupo constituye, en cierto sentido, un organismo. Su dependencia del líder es más realista, aunque

las técnicas y los conocimientos de aquél pueden tender a movilizar o mantener sentimientos de insuficiencia personal o la fe en la omnisciencia del terapeuta.

Para el observador, el grupo parece estar interesado en aprender y aplicar conceptos relativos a su propio funcionamiento y en averiguar en que aspectos pueden parecerse otros grupos. Los problemas individuales se vuelven a interpretar como problemas de grupo. Así, los sentimientos de dependencia hacia el líder no se deben enteramente a que éste posee mayores conocimientos o menor patología, sino que forman parte del problema del proceso del grupo. Se puntualiza que también priva una condición algo peculiar en este nivel: después de cierto tiempo, el grupo agota su proceso y dinámica particulares y necesita regresar a acciones características de un nivel inferior de funcionamiento con el fin de producir o verificar nuevos procesos y dinámicas. Así, se puede afirmar que un grupo se encuentra en esta fase cuando demuestra con cierta frecuencia, una conciencia de sus silencios, dificultades con el terapeuta, temas prohibidos, dificultad para iniciar las reuniones y similares fenómenos de grupo.

Lo que va a caracterizar la transición de la fase V a la VI, es que una vez que el grupo adquirió la capacidad de definir su propio proceso y se percató de la conveniencia de hacerlo, tratará naturalmente de diagnosticar y corregir los aspectos indeseables que surgieron.

Fase VI.- Menciona el autor que esta es una fase ideal en la que no puede esperarse que un grupo funcione durante mucho tiempo. El hecho de funcionar a este nivel con cualquier grado de consistencia probablemente implique, que los miembros del grupo deban ser más efectivos y mentalmente sanos que el promedio general. Por lo tanto, es probable que los grupos terapéuticos se desintegren antes de llegar a este nivel, independientemente de que si el líder tenga o no la capacidad

de ayudarlos a lograrlo.

Por lo que respecta al liderazgo se señala que en esta etapa, el grupo posee un patrón de liderazgo distributivo que se traduce por una individualización realista de diferentes papeles. Así, se asignan papeles sobre una base de competencia, y los grados de incompetencia se aceptan y manejan de acuerdo a ello. De la misma manera, el grupo puede proceder y tomar decisiones aceptables sin tener una compulsiva necesidad de un consenso absoluto. Se dice que el grupo es ahora capaz de regular hasta cierto punto su proceso, y sus miembros sienten que son en la misma medida, dueños de su destino. Así, los miembros del grupo pueden elegir objetivos y sincronizarse en su consecución. También pueden colaborar en la resolución de problemas, diagnosticar sus propios problemas en los procesos y descubrir técnicas para afrontarlos. La atención está centrada en obtener datos sobre las realidades sociales del campo de acción del grupo; es decir, datos intrapsíquicos, intragrupales y relacionados con la sociedad de la que forma parte el grupo. El terapeuta se percibe como cualquier otro miembro del grupo y esto se debe, a que los miembros del grupo tienden ahora a ser tan competentes como él. Aun puede diferenciársele por su experiencia y capacidad, pero ya no tanto como líder, sino como asesor.

Se concluye señalando que cuando los miembros del grupo son capaces de funcionar de esta manera, entonces, y probablemente sólo entonces, pueden abandonar el refugio que representa para ellos el grupo terapéutico y convertirse en individuos verdaderamente efectivos, y no tan sólo meramente adaptados, en sus respectivas comunidades.

Cabe señalar en este momento que si bien el Grupo de Admisión y Espera no pasará por toda esta serie de fases, en tanto que es un espacio de preparación para el desarrollo de un tratamiento, sí se puede observar sin embargo parte de la dinámica que aquí se describe y que es importante considerar.

en el trabajo con todo grupo de tipo terapéutico.

Igualmente cabe destacar que éstas son sólo algunas de las consideraciones en relación con el desarrollo de un grupo, pues existe una vasta literatura que hace referencia a este proceso.

3. METODOLOGIA

La presente investigación ha tenido como objetivo primordial, el plantear propuestas técnicas para el funcionamiento de un Grupo de Admisión y Espera que beneficien al paciente.

Los objetivos específicos que plantea esta investigación son los siguientes:

a) Mostrar los fenómenos específicos que se presentan en el Grupo de Admisión y Espera por sus características de transitoriedad.

b) Explorar si la técnica de recepción grupal de pacientes, cumple con las funciones de continencia terapéutica y eficacia en la prestación de servicios que los especialistas describen.

c) Analizar los factores que intervienen en la deserción.

Se plantea entonces que a partir del desarrollo en el alcance de estos objetivos, se puedan ir formulando una serie de propuestas nuevas en relación con la técnica del Grupo de Admisión y Espera, en su aplicación a una institución de apoyo a la docencia y de servicio de la salud mental y, determinar a su vez, la pertinencia en el uso de esta técnica.

3.1. DEFINICION DE VARIABLES

Se entiende por:

Fenómenos específicos del Grupo de Admisión y Espera: Aquellos sucesos que se presenten por la utilización de esta técnica, en la que interviene el elemento de transitoriedad, efectuándose un registro de las sesiones de los grupos, mediante una observación estructurada.

Continencia Terapéutica: Un proceso en el cual se establece una relación en la que el psicoterapeuta con su presencia y su

escucha, se hace cargo de las ansiedades que le vuelcan los pacientes y, mediante la elaboración e interpretación supera esta función para tener acceso a la elaboración-devolución. Favoreciendo a su vez en el paciente, la apertura hacia el conocimiento de su problemática y sus determinantes. Esta variable ha sido evaluada, en función de las respuestas que los sujetos dieron al cuestionario autoaplicado que explora la continencia terapéutica.

Eficacia en la prestación de servicios: Esta se va a expresar en una mejor utilización de los recursos humanos por parte de la institución, que centra sus tareas en la recepción de la demanda, el diagnóstico y la indicación mediante la técnica de admisión grupal. Estas tareas implican la capacidad de esclarecer la problemática central de los pacientes, propiciando así una mejor selección de pacientes para su derivación más precisa y un abordaje terapéutico que se vea atenuado en su impacto, pues el paciente tendrá mayor claridad sobre la demanda que hace a la institución, así como un conocimiento incipiente de lo que implica un tratamiento. Esta variable ha sido evaluada en esta investigación, en función de las respuestas que dieron los psicoterapeutas encargados del tratamiento, al cuestionario autoaplicado que explora la eficacia.

Deserción: Es la acción mediante la cual se abandona una relación, una concurrencia que habitualmente se frecuenta, en este caso, el abandono del tratamiento y de la institución. Esta variable fue evaluada a través de los datos que aportaron las entrevistas efectuadas a los sujetos que desertaron.

Como variables de exclusión en este estudio se tiene:

- a) Sujetos menores de 18 años.
- b) Sujetos que presentan una crisis psicótica en el momento de la admisión.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

Se efectuó un estudio de tipo exploratorio tendiente a registrar los procesos que se presentaron con la utilización del Grupo de Admisión y Espera. Como resultado de la aplicación de esta técnica, se presentarán algunas propuestas tanto para la utilización de la técnica misma, como para las condiciones del ámbito específico donde se ha ejecutado ésta.

Se efectuará a su vez en el capítulo de presentación y discusión de resultados, una descripción en tres niveles:

- 1o.) De los resultados encontrados en relación con las respuestas brindadas por los pacientes respecto a la obtención o no, de continencia terapéutica en el Grupo de Admisión y Espera.
- 2o.) De los resultados obtenidos de la aplicación de cuestionarios contestados por los psicoterapeutas, que dan cuenta de la eficacia o no, de que se utilice esta técnica grupal, como modalidad de recepción previa al tratamiento.
- 3o.) De los resultados obtenidos de las entrevistas de deserción.

3.2.1. Sujetos

Formaron parte de este estudio todas aquellas personas que demandaron atención durante dos años, en el área de Psicología Clínica del Centro de Servicios a la Comunidad ya mencionado. El único requisito para el ingreso al Grupo de Admisión y Espera, fue el contar con una edad mínima de 18 años y, no encontrarse en crisis psicótica.

El Grupo de Admisión y Espera funcionó los días martes en horario vespertino de 19:00 a 20:30 horas.

3.2.2. Instrumentos

-Entrevista grupal. Esta tiende a centrarse en el conocimiento y ahondamiento de las respectivas problemáticas que llevaron a los solicitantes a demandar una consulta psicológica. Pudiendo servir entonces, como un instrumento que permite formular un plan de tratamiento en el caso requerido, a partir de los datos derivados de la interacción personal.

No obstante la delimitación en sus objetivos, se puede considerar esta entrevista de tipo abierto, ya que se promueve la flexibilidad suficiente como para permitir que los integrantes configuren el campo de la entrevista, según su estructura psíquica particular. La comunicación que se presenta entre las diferentes personas reunidas en el grupo, permite hacer inferencias con respecto a la dinámica inconsciente de interacción grupal. Esta técnica tiene como fundamento la teoría general de los grupos.

-Observación estructurada: Mediante ésta, se registraron los patrones distintivos que son definibles y observables en el funcionamiento de un grupo. Estas propiedades grupales son las que se describen en las páginas 35-41 de esta investigación. Estas propiedades fueron registradas durante las tres sesiones del Grupo de Admisión y Espera, anexando la secuencia dinámica de cada una de ellas.

-Cuestionario autoaplicado para conocer la opinión de los solicitantes ante la atención recibida.

-Cuestionario para los psicoterapeutas encargados del tratamiento, destinado a valorar la eficacia de que se utilice la técnica del Grupo de Admisión y Espera como modalidad de recepción previa al tratamiento.

-Entrevista individual para explorar los factores que

intervienen en la deserción.

Ver Apéndice -B-

Ambiente de Investigación

Este estudio fue llevado a cabo, en la Central de Servicios a la Comunidad (CESECO) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro; es una casa antigua que consta de seis habitaciones, cuatro de ellas han sido habilitadas como consultorios. En uno de ellos se recibe a los solicitantes, que da cabida a doce personas en promedio, sentadas en círculo. En éste se cuenta con sillas cómodas forradas de vinil.

3.2.3. PROCEDIMIENTO

Al acudir una persona a demandar servicios del área de Psicología Clínica se le abre un expediente, en el que se anota su ficha de identificación. Enseguida se le canaliza con un alumno del cuarto año de la carrera perteneciente al área de Psicología Clínica, el cual ha sido capacitado para tener el primer contacto de la Institución con el paciente; éste le proporciona un cuestionario (aclarándole que es confidencial y útil para la persona que lo atenderá). El cuestionario entregado registra datos de tipo sociodemográfico. Una vez contestado el cuestionario, el alumno le indica de acuerdo al caso, que habrá de presentarse en el Grupo de Admisión en la fecha que corresponda y horario señalado, proporcionándole el nombre del psicoterapeuta que se encuentra a cargo del grupo.
Ver Apéndice -A-

Características del Grupo de Admisión y Espera y su funcionamiento:

Al iniciar la sesión del G.A.E., se presenta el terapeuta y

se verifica la correspondencia entre los expedientes enviados al grupo y los asistentes. Enseguida se plantea el encuadre para trabajar, que establece constantes que permitan por contraste, identificar las variables del caso. Se establecen como factores constantes el horario de las sesiones, cuya duración es de una hora y media, con una frecuencia semanal y siendo siempre en el mismo lugar.

La estancia promedio en el grupo es de tres sesiones, se plantea que siempre habrán de efectuar un pago por sesión; la cuota osciló durante la investigación en un rango de diez a treinta mil pesos, haciendo la aclaración de que si alguien tenía dificultad para pagar el límite mínimo de diez mil pesos, no sería un impedimento para recibir la atención.

Este encuadre es complementado con la consigna inicial que describe Campuzano (1984), en la que se señala: "Para empezar necesitan explicitarse las características del grupo (grupo de admisión), su duración (en general 2-3 sesiones, en algunos casos más), así como sus propósitos (empezar a conocer los motivos de consulta de cada uno de los asistentes y empezar a trabajar sobre los conflictos que traigan, así como llegar a establecer la indicación terapéutica ulterior más indicada), y la modalidad del trabajo (discusión libre en donde todos pueden intervenir y comentar, sobre lo suyo y sobre el material de los demás, necesidad de confidencialidad al exterior, utilización de técnicas verbales y de técnicas de acción). Se enfatiza que en el grupo de admisión no sólo se conocen los problemas que les llevan a buscar ayuda sino que se empieza a trabajar sobre estos problemas, se empieza su análisis" (pág.85).

Por lo que respecta a este primer abordaje psicoterapéutico de un grupo, Cappon (1978) pág. 17, en el capítulo que aborda el desarrollo histórico de la psicoterapia de grupo que efectuó en su obra, plantea que empezar las sesiones con la

introducción de un tema para discusión, es una práctica que incluso Wolf (Psychoanalysis in group) acepta haberla adoptado cuando comenzó su trabajo con grupos, principalmente por temer que no se diera la interacción espontánea.

En el Grupo de Admisión trabajado, la temática que se introdujo, fue el hablar sobre la problemática que los había llevado a solicitar atención psicoterapéutica. La introducción de esta temática facilitó la interacción entre los integrantes disminuyendo así, la indefinición y ambigüedad respecto al objetivo de este grupo.

En este sentido Carrillo (1987) establece pág.73, que la duración limitada, los objetivos específicos y la elección de algunos focos o puntos de urgencia para intervenir, disminuye los fenómenos regresivos, la ambigüedad y la indefinición. Enfatiza que el trabajo con los roles y sus configuraciones, con las interacciones y las comunicaciones, tienen el mismo efecto.

Como parte del procedimiento a realizar en un grupo de admisión es importante considerar además, que para el abordaje psicoterapéutico de los grupos, resulta de gran utilidad trabajar con las tácticas que describe González (1991), pues se considera que por ejemplo, las tácticas de iniciación y comunicación, de estructuración, reflexivas, de aceptación, de alentamiento, de catarsis, de silencio, de contextualización, de interpretación, confrontación, clasificación y de terminación que el autor describe en las páginas 94-120, permiten, sobre todo en la experiencia transitoria que es el grupo de admisión, aportar mayores elementos que contribuyan con la estrategia a desarrollar en cada grupo y en cada sesión.

En los grupos trabajados en esta investigación fue de gran utilidad por ejemplo, expresar la aceptación ante el discurso cargado de dolor que expresaban los integrantes y la

abreacción que se facilitaba, así como el animar a explorar nuevas ideas en relación con la problemática que manifestaban y el ahondamiento en la misma.

Es necesario enfatizar además, (como una forma de clarificar el procedimiento realizado) que cuando en esta investigación se efectuó la observación estructurada de los grupos, los datos que aportó la misma fueron el resultado de utilizar las tácticas de interpretación, confrontación y clarificación que describe González (1991) págs. 117-118).

Otra actividad que fue desempeñada en forma paralela al trabajo del Grupo de Admisión, fue la efectuada con un grupo de tres alumnos, los cuales fueron capacitados por dos docentes (responsables de proyecto de Grupos de Admisión y Espera), para discriminar las vicisitudes que se presentan en el primer contacto con los pacientes, dándoles apoyo en cuanto al diagnóstico diferencial, para contar con claridad en el momento de efectuar la canalización ya sea al G.A.E., a la entrevista individual o bien, a la consulta psiquiátrica (cabe mencionar que en esta institución se cuenta con la colaboración de un psiquiatra, quien es docente también de la Facultad de Psicología).

Una actividad más, que formó parte de esta investigación y , que se desarrolló también en forma paralela al trabajo del G.A.E. con los alumnos que se integraron a colaborar en el proyecto de investigación fue, el ir efectuando un estudio en relación con la deserción de los pacientes, de tal forma que si un paciente desertaba en cualquiera de los momentos que podían ser: a) después de haber acudido por primera vez a la Institución y haber contestado el cuestionario; b) durante el transcurso de las sesiones del G.A.E.; c) en el momento de la derivación al tratamiento correspondiente y d) durante el tratamiento de la psicoterapia a la que fue canalizado. Entonces, se acudía a su domicilio y se efectuaba una

entrevista que estuvo centrada en explorar cuál era la problemática manifiesta que planteaba, cuál el conflicto central en relación con la misma; explorándose además el motivo manifiesto de la deserción y cuál el conflicto del paciente y la responsabilidad de la Institución en dicha deserción. Cabe señalar que si después de dos visitas domiciliarias en diferentes horarios el paciente no se encontraba o se negaba a colaborar, entonces se suspendía la realización de esa entrevista. Para la realización de dichas entrevistas que implicó transportarse a los domicilios, se les proporcionaron viáticos a los alumnos, recurriendo para ello a los recursos con que cuenta la Institución, por concepto de pagos de consulta.

Estas entrevistas fueron supervisadas por los dos docentes responsables del proyecto de G.A.E.. Los resultados de esta supervisión fueron registrados y una vez por mes, fueron vaciados para su procesamiento.

Un aspecto importante que resultó de este trabajo, es que sin tener la intención primordial del rescate, varias de estas entrevistas operaron como tal, continuando así los pacientes su tratamiento. Este trabajo fue de utilidad también, para tener claridad, acerca de las diferentes fallas que como institución se presentan y que permiten replantear el trabajo para cumplir un mejor servicio.

Cabe señalar que al acudir los pacientes a su tercera sesión en el G.A.E. y al finalizar la misma, se les proporcionaba un cuestionario para que evaluaran la atención recibida. Este cuestionario fue utilizado para explorar si la técnica de recepción grupal de pacientes cumplía o no, con la función de continencia terapéutica.

Al ser canalizado el paciente a su tratamiento, después de tres semanas de iniciado el mismo, se establecía contacto con el psicoterapeuta a cargo del tratamiento y se le

proporcionaba un cuestionario para que él evaluara si el G.A.E. había contribuido en la eficacia de la prestación de servicios y, sobre la pertinencia de recurrir a la utilización de esta técnica.

3.3. MANEJO DE DATOS REALIZADO

La exposición de los datos en cuanto a su caracterización estadística se efectuó de la siguiente manera:

Se llevó a cabo un análisis de las frecuencias de cada uno de los reactivos contenidos en los cuestionarios utilizados, para evaluar la continencia terapéutica y la eficacia en la prestación de servicios. Ver Apéndice -C-.

Se efectuó a su vez la correlación de cada uno de los reactivos entre sí y con la calificación total del cuestionario; esto se llevó a cabo para los dos cuestionarios. Ver Apéndice -D-.

En el trabajo de interpretación se agruparon aquellos resultados que fueron significativos.

4. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS ENCONTRADOS EN RELACION CON EL MOTIVO DE CONSULTA Y LA OBSERVACION ESTRUCTURADA DE LOS GRUPOS

Motivo de Consulta.

En el transcurso de dos años se tiene registrada la información de 105 solicitantes mayores de 18 años que fueron seleccionados de las solicitudes recibidas en la institución, para pasar al Grupo de Admisión y Espera.

El motivo de consulta manifiesto presentado por los solicitantes, ha sido agrupado en siete variantes como se observa a continuación:

Motivo de Consulta:	No. de casos
A. Problemas en la relación de pareja	38
B. Depresión	18
C. Dificultades en la relación con los hijos	14
D. Angustia y somatizaciones	11
E. Dificultades en el trabajo y estudio (fracaso y abandono)	10
F. Estructura psicótica	9
G. Dificultad para controlar la agresión	5

Al explorar mediante el uso de la prueba chi cuadrada la existencia de una diferencia significativa entre los motivos de consulta mencionados, se encontró lo siguiente:

Motivo de Consulta

	A	B	C	D	E	F	G
Fo	38	18	14	11	10	9	5
Fe	15	15	15	15	15	15	15

$$X^2 = 47.73$$

El uso de la prueba chi cuadrada permite observar por el resultado que ofrece, que sí existe una diferencia significativa entre los motivos de consulta que presentaron los sujetos de esta investigación. Ya que el valor para chi cuadrada es de 47.7.

Por lo que respecta a la frecuencia observada en los motivos de consulta, se puede ver que son tres motivos los que destacan.

Habiendo agrupado las modalidades de conflicto en la relación de pareja, se tiene que este motivo de consulta se presenta en 38 casos, lo que corresponde al 36% de los 105 casos registrados. Esto indica una diferencia altamente significativa, con respecto a los otros motivos de consulta.

Observación Estructurada de los Grupos

Por lo que respecta a la observación estructurada de los grupos con los cuales se ha trabajado la recepción, cabe señalar que ésta fue efectuada con 20 grupos en el transcurso de dos años. Estas observaciones fueron recabadas después de cada sesión, con cada uno de los grupos trabajados, efectuándose después de la tercera sesión un análisis de la secuencia dinámica de cada una de las categorías. La hoja de registro de dichas observaciones aparece en el Apéndice -B-.

Se hace referencia a que se ha practicado una observación

estructurada, ya que se ha realizado tomando como criterios de observación, trece categorías que son las siguientes: antecedentes, comunicación grupal, interacción grupal, interestimulación en el grupo, atmósfera grupal, simpatías y antipatías dentro del grupo, inducción mutua, identificación, asimilación, cohesión grupal, polaridad, intensificación emocional y roles. Estas son categorías registradas en los fenómenos grupales por la Teoría General de los Grupos; González (1989) las aplica a la técnica de psicoterapia de grupo y, en esta investigación han sido de utilidad, para registrar los diferentes fenómenos grupales en el trabajo de recepción grupal.

A continuación se presentan las observaciones registradas para cada una de las trece categorías en los 20 grupos con los que se trabajó:

Antecedentes:

Algunos de los antecedentes que con mayor frecuencia se observaron en los grupos trabajados fueron los siguientes:

Los integrantes del grupo eligen a sus parejas con características muy similares a las de sus padres.

Presentan dificultades para mantener una relación de pareja.

Reproducen con su pareja los conflictos que se daban o se dan entre sus padres.

Matrimonios precipitados por la falta de integración y apoyo en la familia.

Mujeres dedicadas a las tareas del hogar, con un intenso sentimiento de frustración, con anhelos de desarrollar un nuevo proyecto de vida, respecto del cual presentan confusión.

Dificultades en la relación de pareja que generan problemas en el trabajo y en la relación con los hijos.

Sobreinvolucramiento en los problemas de sus padres y asunción de roles paternos que no les corresponden. Enfrentan los problemas de los otros, para no enfrentar sus propios problemas.

Padre débil, incestuoso y alcohólico.

Padre que abandona y poco afectuoso en la mayoría de los integrantes.

Madres dominantes, sobreprotectoras y chantajistas.

Padre y madre golpeadores, poco cariñosos.

Maltrato a los hijos.

Violaciones y seducciones tempranas que provocan dificultades posteriores para relacionarse en pareja.

Mujeres que propician la irresponsabilidad y el alcoholismo en su pareja. Su palabra es ley. Generan locura. Dificultades en su función materna.

Madres dominantes, hostiles, asociado a : suicidio de un padre, suicidio de un hijo e intento de suicidio en una hija.

Madres solteras: se utiliza al hombre para embarazarse, prescindiendo de él como pareja. Se quejan del abandono, pero al iniciar su análisis reconocen que no deseaban al hombre como pareja.

Abandono sufrido en la niñez. Logro de metas y fracaso continuo para restituir la situación de abandono. Dependencia excesiva.

Comunicación Grupal:

Al analizar esta categoría se observa que la comunicación en el inicio de la vida del grupo tiende a centrarse en el coordinador, para paulatinamente establecerse entre los diferentes integrantes. Se detectaron situaciones extremas en los grupos como por ejemplo, que la comunicación fuese fluída y espontánea entre los diferentes integrantes y que hubiese en otros, una gran dificultad para comunicarse entre sí, lo que hacía que la comunicación se mantuviese dirigida al coordinador.

Al prevalecer la comunicación espontánea y abierta, se favorecía el ahondamiento en la expresión de sus respectivas problemáticas.

Interacción Grupal:

Al igual que en la categoría anterior, se observa que la interacción estuvo centrada en un inicio con el coordinador y la interacción grupal se presenta en forma progresiva, favoreciendo el cuestionamiento y apoyo mutuos. Se detectaron formas extremas, como por ejemplo el mantenerse en una continua interacción grupal a lo largo de las tres sesiones y su contrario, un grupo en donde no hubo interacción grupal, pues la comunicación se presentaba en forma diádica con el coordinador.

Se observó que la interacción se incrementaba, en la medida en que los integrantes se identificaban entre sí con las problemáticas expuestas, manifestando en forma activa y explícita cuestionamientos y observaciones mutuas.

Interestimulación en el Grupo:

Se registra que el nivel de interestimulación en el grupo se incrementa, cuando los integrantes presentan algunos antecedentes comunes o bien, comparten problemáticas. En la mayoría de los grupos con que se trabajó, la interestimulación fue continua, en ocasiones favorecida por la intervención del coordinador que hacía evidentes las problemáticas o antecedentes que compartían, para que pudieran interactuar como grupo.

Se observó que cuando la interestimulación en el grupo se acentuaba, los integrantes podían plantear con mayor claridad su motivo de consulta.

Atmósfera Grupal:

Esta se presentaba matizada en un inicio por la incertidumbre, la angustia, la vergüenza y el dolor ante el reconocimiento mutuo de sus problemáticas, para paulatinamente gestarse un clima de aceptación y confianza que les permitía ahondar en sus problemáticas, escuchar y permitirse ser confrontados.

Simpatías y Antipatías espontáneas dentro del Grupo Terapéutico:

Tendió a prevalecer en el transcurso de las sesiones de los diferentes grupos, una reacción de simpatía y apoyo mutuo, ante el dolor de verbalizar sus problemas y encontrar en varias ocasiones que se compartían algunas experiencias.

Inducción Mutua:

Angustia, dolor y tristeza fueron las emociones y sentimientos que mayormente circularon en los grupos, al enfrentarse cada uno de los integrantes con sus problemas y verlos reproducidos en el otro.

El sentimiento de que algo grave está pasando con ellos y, la necesidad de ayuda, fueron otras emociones que tendían a inducirse los integrantes de manera mutua.

Se observó además, que el nivel de inducción se incrementaba en el transcurso de las sesiones, a medida que iban profundizando en la exposición de sus problemáticas respectivas.

Identificación:

La identificación que se presentó entre los integrantes en los diferentes grupos, fue fundamentalmente en relación con sus antecedentes y experiencias similares en la vida. Algunos de estos antecedentes y experiencias son los siguientes:

Tendieron a identificarse con el hecho de que les resulta difícil, tomar la decisión de dejar a una persona aun cuando ésta los dañe. O bien por el temor de las repercusiones en los hijos tras la separación. Cabe señalar, en relación con esta problemática la investigación efectuada por Hoffs (1989), quien presenta como uno de sus resultados más importantes lo siguiente: "Lo más importante y sobresaliente de nuestra investigación, es que no existe una diferencia significativa en la sintomatología de los hijos cuando sus padres se separan o cuando permanecen juntos en conflicto.

Todos muestran un sinfín de sintomatologías, o de diversos grados de ira y depresión, pero lo que yo quiero resaltar aquí es este dato importantísimo y que vuelvo a repetir: no es la separación de la pareja lo que daña permanentemente a los hijos. Es la conflictiva de la pareja, ya sea que ésta se separe o permanezca unida" (pág.72).

Roel (1989) encontró en relación con la problemática de pareja en la cual los sujetos de esta investigación se vieron inmersos, respecto de la dificultad de tomar la decisión de dejar a una persona aun cuando ésta los dañe, que dicha problemática, puede tener como antecedente la ruptura oscilante de sus padres. Señala: "La falta de definición de los padres, somete a los hijos a tensiones perjudiciales para su desarrollo psicológico, privándolos de la seguridad indispensable para superar las crisis normales que confrontan a lo largo de la infancia y la adolescencia, obstaculizando seriamente sus futuras relaciones adultas de pareja.

Es previsible que el daño emocional que esta modalidad de ruptura inflige a los hijos, resulte en una de las siguientes modalidades en sus futuras relaciones de pareja:

- 1) Se aferrarán a su pareja, aterrados, en el afán de evitar la angustia de separación que no lograron superar en la temprana infancia. Esto a pesar de que el vínculo con la pareja sea tan destructivo que llegue a poner en riesgo su vida.
- 2) Repetirán el modelo aprendido de los padres, reproduciendo el vaivén entre separaciones y reacercamientos fallidos.
- 3) Huirán despavoridos de su pareja porque la proximidad les desata pánico a ser aprisionados en forma asfixiante; sólo para vincularse con otras parejas y huir de ellas por lo mismo" (pág.107).

Continuando con la presentación de los datos observados, se encontró también que: La problemática de pareja y la relación de sojuzgamiento ante el hombre, fueron otros factores que

propiciaron la identificación entre sí. Tendieron a identificarse a su vez, en la conflictiva familiar de origen, en la que aparece un padre agresivo, alcohólico, que golpea a la pareja. Este antecedente les crea dificultad para establecer y mantener una relación de pareja.

El deseo de querer entender qué quieren hacer con su vida, fue otro factor que los llevó a identificarse entre sí.

Asimilación:

Esta categoría da cuenta de un proceso mediante el cual el grupo se asemeja, controla y se apropia de las características personales de sus miembros. El asemejarse todos los miembros entre sí no permite la diferenciación y el progreso personal. Este fenómeno generalmente se presenta en momentos avanzados en la vida de un grupo, por lo que no se observó que se diese la asimilación en los grupos trabajados.

Cohesión Grupal:

Se observó que en el transcurso de las sesiones los grupos en su mayoría fueron actuando paulatinamente en forma integrada, favoreciéndose la cohesión grupal. Cuando en un grupo se encontraban personas con diferencias notables en edad, estatus social y cultural, la cohesión tendía a ser mínima. De igual forma sucedía, si los antecedentes y problemáticas eran muy diferentes.

Polaridad:

La polaridad da cuenta de los temas centrales sobre los que giran las sesiones, encontrándose en los grupos trabajados los siguientes temas:

Padres poco afectuosos que abandonan y familias de origen desintegradas, que traen como consecuencia en el paciente, dificultades en las relaciones de pareja, abandono continuo de trabajos y desempleo.

Padres que abandonan y búsqueda de un padre o una madre

sobreprotectores en la pareja, además de presentarse situaciones en las que los sujetos se propician accidentes en los que se pone en juego la vida.

El rechazo, la falta de afecto, los celos y actos incestuosos de los padres, como propiciadores de matrimonios precipitados en sus hijos (los pacientes).

Violaciones sufridas en la niñez y problemas de pareja y de relación con los hijos en la actualidad.

Madres dominantes y dependencia e inseguridad en los hijos.
Dificultad para tolerar la separación madre-hijo.

La soledad.

Deseos en la mujer de revalorarse por medio del desarrollo ocupacional o profesional.

Padres agresivos y poco cariñosos asociados a la farmacodependencia de los pacientes.

El consumo de drogas y el comer continuo como una forma de escape.

Su problemática actual los bloquea para continuar desarrollando su vida independiente y, sobreinvolucramiento a la vez, con la familia de origen.

Acciones que tienden a favorecer la actitud sádica de la pareja.

Embarazos en los que se desea un hijo como un objeto viviente que acompañe.

Acciones tendientes a asumir el poder absoluto en el ejercicio de la función parental, que generan las condiciones que pueden promover el desarrollo de la psicosis en los hijos.

Narración de situaciones repetidas en las que la persona termina siendo la víctima y reconociendo el goce que ello implica.

Intensificación Emocional:

La intensidad emocional que se presentó en los grupos fue

aumentando en forma progresiva, al ir ahondando en cada una de las problemáticas que se exponían, predominando como afectos la tristeza, la culpa, el temor, la incertidumbre y el coraje.

Los Roles:

Los roles que tendieron a predominar en los grupos fueron aquellos que se consideran individuales, en tanto que su propósito es algún objetivo personal que no es relevante para la tarea psicoterapéutica del grupo. Algunos de estos roles que con mayor frecuencia se presentaron fueron, el "buscador de ayuda" que se expresa en buscar respuestas de simpatía de otros miembros o de todo el grupo, ya sea mostrando inseguridad, confusión o desprecio de sí mismo, sin razón para ello. Otro rol que se presentó continuamente fue el "confesante", que es aquel en donde el sujeto aprovecha la oportunidad que proporciona el ambiente terapéutico para expresar sus sentimientos e ideologías, los cuales no interesan al grupo. Otro rol individual que también tendió a predominar, en el sentido de que casi en todo grupo llegó a haber una persona que desempeñara este rol fue "el miembro silencioso", que es aquel que permanece callado la mayor parte del tiempo. Un rol individual más que llegó a predominar, fue el "monopolizador", que se define como aquel que suele ser una persona con gran necesidad de status y básicamente insegura a pesar de su actitud externa.

Dentro de los roles de conservación del grupo cuyo objetivo es alterar o mantener la forma de trabajo del grupo, así como fortalecerlo, regularlo y perpetuarlo como tal, se observó que tendió a predominar el rol denominado "el transigente", que es aquel en el que la persona opera desde dentro de un conflicto en el que su idea u oposición está involucrada.

Un rol que se jugó también con cierta frecuencia dentro de los roles para la obtención de metas, cuyo propósito es facilitar y coordinar los esfuerzos del grupo relacionados con la selección y definición de un problema común y su solución.

lo fue, "el opinante", que es aquel que expresa oportunamente su opinión en relación a una o varias sugerencias alternativas.

Estas son entonces, las observaciones registradas en las trece categorías mencionadas, de los 20 grupos con los que se trabajó.

4.2. RESULTADOS ENCONTRADOS EN RELACION CON LA EVALUACION DE LAS FUNCIONES DE EFICACIA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTINENCIA TERAPEUTICA EN EL GRUPO DE ADMISION Y ESPERA*

Si en la definición de variables se menciona que la eficacia en la prestación de servicios se va a expresar en una mejor utilización de los recursos humanos por parte de la institución, al centrar sus tareas en la recepción de la demanda, el diagnóstico y la indicación mediante la admisión grupal; teniendo como objetivos, esclarecer la problemática central de los pacientes, propiciando una mejor selección para su derivación a tratamiento más precisa, y pretendiendo lograr además en el paciente, que obtenga una mayor claridad sobre su demanda, así como un conocimiento incipiente de lo que implica un tratamiento. Se presentan entonces a continuación, los resultados del cuestionario que fue contestado por los psicoterapeutas encargados del tratamiento individual** y que da cuenta de la apreciación que tienen estos, del trabajo realizado con sus pacientes en el G.A.E., así como de la pertinencia en recomendar la utilización de esa técnica de admisión grupal.

Se presenta enseguida a través de la Tabla 1, la descripción de las correlaciones inter-reactivo efectuadas que obtuvieron una correlación positiva moderada (+.30 y +.59) y una correlación positiva alta (+.60 y +.99).

* El procesamiento estadístico de los datos que comprende las correlaciones efectuadas, se presenta para su análisis en el Apéndice -D-

** En el apéndice -B- se presenta un ejemplar del cuestionario No. 2, que evalúa la eficacia en la prestación de servicios y que fue aplicado a los psicoterapeutas

Será en el apartado de Discusión donde se retomarán estos resultados para su análisis e interpretación.

TABLA 1

Eficacia en la prestación de servicios
Intercorrelaciones significativas

Reactivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2	0.53									
3										
4	0.73	0.57								
5	0.52	0.39		0.51						
6			0.58	0.48						
7	0.39	0.41			0.6					
8		0.57				0.41				
9		0.38		0.51		0.35	0.39			
10		0.39					0.49	0.37	0.39	

Otro de los objetivos específicos planteado en esta investigación, fue el explorar si la técnica de recepción grupal de pacientes, cumplía con la función de continencia terapéutica que los especialistas que han utilizado esta técnica describen. Por ello es que se presentan enseguida los resultados del cuestionario que fue aplicado con la finalidad de evaluar dicha función. Este cuestionario* se aplicó a todas las personas que pasaron por el G.A.E. al finalizar la tercera sesión; en dicho cuestionario se les pidió a los sujetos, su opinión sobre la primera atención que recibieron por parte de la Institución.

Se presentan entonces, por medio de la Tabla 2, los resultados del análisis de correlación inter-reactivo** que obtuvieron una correlación positiva moderada y una correlación positiva alta. (Aparecerán marcadas con una diéresis en la Tabla, aquellas correlaciones que obtuvieron una puntuación alta).

Será en el apartado de Discusión donde se retomarán estos resultados para su análisis e interpretación.

Ver Tabla 2 en la hoja siguiente:

* Cuestionario No. 1, aparece un ejemplar del mismo en el apéndice -B-

** Ver apéndice -D-

TABLA 2

Continencia terapéutica
Intercorrelaciones significativas

Reactivo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	.34							.59	.42		.35	
2	.34					.35			.34		.44	
3												
4							.45	.45				
5					.37	.42						
6				.37	.53			.36	.51	.35	.32	
7	.35			.42	.53				.33	.37		.36
8			.45					.43		.40		.48
9	.51		.45		.36		.43			.51		.54
10	.42	.34			.51	.33					.45	
11					.35	.37	.40	.51				.57
12	.35	.44			.32				.45			
13						.46	.48	.54		.57		
14			.39			.37		.38		.35		.43
15		.38										
16	.36		.54				.49	.89*		.58		.62*
17	.35			.59	.45			.37	.46		.45	
18				.44	.44				.53			
19				.32	.44			.43		.40		.48
20				.39		.44		.40		.42		.34
21												
22	.50					.48		.41	.46		.56	
23	.50	.44		.49	.39	.57		.47	.40			
24	.41			.39		.37		.39				
25	.36		.39		.32	.40		.54	.36	.34	.33	.37
26					.40	.37	.39					
27											.35	
28			.45	.34				.43		.57		.48
29										.33		
30				.41	.46	.53						
31									.45			
32	.36	.39			.46	.44		.68*		.50		
33							.35	.50				.48
34		.50		.43		.39			.51			
35			.39					.48		.39		.54
36	.39	.44			.37	.43		.39	.48			
37			.35				.41	.33				.37
38				.41				.45		.63*		.40
39	.50				.43	.33	.34					
40							.39			.51		.44
Total	.52	.32	.39	.32	.47	.49		.47	.52		.37	

Continencia terapéutica
Intercorrelaciones significativas

	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1			.36						.50	.50	.41	.36	
2				.35						.44			
3		.38											
4	.39		.54									.39	
5							.39			.49	.39		
6				.59	.44	.32				.39		.32	.40
7	.37			.45	.44	.44	.44		.48	.57	.37	.40	.37
8			.49										.39
9	.38		.89*	.37		.43	.40		.41	.47	.39	.54	
10				.46	.53				.46	.40		.36	
11	.35		.58			.40	.42					.34	
12				.45					.56			.33	
13	.43		.62*			.48	.34					.37	
14			.44	.42	.34	.40			.42			.34	.45
15								.51					
16	.44			.46		.49	.47			.33		.40	
17	.42		.46		.36	.49			.51			.38	
18	.34			.36				.32	.49	.47			.41
19	.40		.49	.49			.48	.39		.37	.46	.53	
20			.47			.48				.45			
21		.51			.32	.39							
22	.42			.51	.49					.47		.59	.35
23			.33		.47	.37	.45		.47		.45	.55	.39
24						.46				.45		.43	
25	.34		.40	.38		.53			.59	.55	.43		.33
26	.45				.41				.35	.39		.33	
27					.45				.40				
28			.49			.44						.53	
29		.49					.32						
30	.37				.58	.34			.33	.56	.40		.50
31		.41			.32	.43		.38					.32
32			.55	.33		.41	.47		.37	.55		.52	
33			.59	.33			.33						
34				.39	.47				.39	.55		.38	
35	.63*		.54	.33		.68*	.41					.46	.35
36	.38				.41				.50	.72*	.41	.67*	.40
37		.45	.41	.33		.41	.32						.37
38	.51		.54	.35		.45	.35			.35		.39	
39					.41		.33		.33	.52			.34
40	.51		.44			.55	.33				.32	.37	
Total													
	.51		.42	.48	.51	.62	.39	.39	.56	.65	.41	.55	.53

Continencia terapéutica
Intercorrelaciones significativas

	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1						.36				.39			.50	
2						.39		.50		.44				
3														
4		.45							.39		.35			
5		.34		.41				.43						
6				.46		.46				.37		.41		
7				.53		.44		.39		.43			.43	
8							.35				.41			
9		.43				.68*	.50		.48	.39	.33	.45	.34	.39
10					.45			.51		.48				
11		.57	.33			.50			.39			.63*		.51
12	.35													
13		.48						.48		.54	.37	.40		.44
14				.37				.63*	.38			.51		.51
15			.49		.41						.45			
16		.49				.55	.59		.54		.41	.54		.44
17						.33	.33	.39	.33		.33	.35		
18	.45			.58	.32			.47		.41			.41	
19		.44		.34	.43	.41			.68*		.41	.45		.55
20			.32			.47	.33		.41		.32	.35	.33	.43
21					.38									
22	.40			.33		.37		.39		.50			.33	
23				.56		.55		.55		.72*		.35	.52	
24				.40						.41				.32
25		.53				.52		.38	.46	.67*		.39		.37
26				.50	.32				.35	.40	.37		.34	
27								.48						
28									.43					.55
29					.33		.47				.36			
30								.64*		.55			.61*	
31			.33				.35		.38		.58			
32							.32			.34		.52		
33			.47		.35	.32			.45		.46			
34	.48			.64*						.57			.40	
35		.43			.38		.45				.52	.39		.80*
36				.55		.34		.57					.39	
37			.36		.58		.46		.52					
38						.52			.39					
39				.61*				.40		.36				
40		.55							.80*					
Total				.62	.40	.44		.48	.51	.54	.43	.42	.61	.39

4.3. RESULTADOS ENCONTRADOS EN RELACION CON LA DESERCION

En esta sección se presentan los resultados encontrados en 70 casos que desertaron y de los cuales se tuvo información en el transcurso de dos años.

Los datos registrados son los siguientes: sexo, edad, motivo de consulta, motivo de deserción y momento de la deserción.

A continuación se presenta la frecuencia de casos registrados en relación con cada uno de los datos anteriores, efectuando además la utilización de la prueba chi cuadrada:

			Desert	No Desert
Sexo: Masculino	No. de casos <u>35</u> :	Masc.	27	8
Femenino	No. de casos <u>70</u> :	Fem.	43	27
			$X^2 = 2.59$	

Edad	No. de casos					
18-23	16					
24-29	20					
30-35	16	Fo	16	20	16	13
36-45	13	Fe	14	14	14	14
46-60	5					
			$X^2 = 8.46$			

Motivo de Consulta:	No. de casos
Alcoholismo	<u>1</u>
"Alteración nerviosa"	<u>3</u>
Problemas de pareja	<u>29</u>
Conflicto en la relación con los hijos	<u>7</u>
Estructura psicótica sin despliegue de delirios y alucinaciones	<u>9</u>
Apoyo psicológico (orientación)	<u>6</u>
Depresión	<u>5</u>
Neuralgias	<u>1</u>
Dificultad en las relaciones interpersonales	<u>3</u>
Inseguridad	<u>3</u>
Llevado involuntariamente	<u>3</u>

Nota: No se utilizó en el caso anterior la prueba chi cuadrada por ser obvia la diferencia significativa existente.

Motivo de deserción:	No. de casos
1. Factores atribuibles al paciente (sujetos sintónicos con su problemática, severidad en la psicopatología)	32
2. Incapacidad del psicoterapeuta	14
3. Deficiencia administrativa	12
4. Se desconoce	12

	1	2	3	
Fo	32	14	12	$X^2 = 12.56$ al 0.001
Fe	19.3	19.3	19.3	

Momento de la deserción:	No. de casos
1. Antes de acudir al G.A.E.	26
2. Después de acudir una sesión al G.A.E.	17
3. Después de acudir dos o tres sesiones al G.A.E.	6
4. Durante el proceso de canalización a tratamiento	5
5. Durante la primera etapa del tratamiento	16

	2	3	4	5	
Fo	17	6	5	16	$X^2 = 11.08$ al 0.005
Fe	11	11	11	11	

5. DISCUSION

El primer objetivo específico de esta investigación, consistió en mostrar los fenómenos específicos que se presentan en el Grupo de Admisión y Espera por sus características de transitoriedad, estos fueron expuestos en el apartado 4.1. del capítulo de resultados. Se presenta enseguida una primera articulación entre el motivo de consulta que con mayor frecuencia se presentó, y dos de las categorías observadas en los fenómenos grupales como son los antecedentes y la identificación.

Por lo que corresponde al motivo de consulta, se encontró que el 36% de la demanda de los 105 casos registrados en esta investigación, aluden a la problemática de pareja en diferentes modalidades como son: la dificultad para convivir con una pareja motivada por la mutua agresión, por los celos intensos, por limitar la realización ocupacional o profesional, así como establecer dentro de la pareja una relación de dependencia.

Respecto a los antecedentes de los participantes en los diversos grupos trabajados, se encontró que varios de ellos elegían a sus parejas con características muy similares a las de sus padres (padres abandonadores, poco afectuosos, incestuosos, alcohólicos y madres dominantes, sobreprotectoras, chantajistas), reproduciendo además los conflictos que se suscitaban entre ellos. Roel (1989) encontró un resultado similar en una investigación efectuada con 60 familias, señala: "encontramos que en las familias de origen de los hombres y mujeres que acudieron buscando ayuda para su propia relación de pareja, existe un índice elevado de psicopatología, asociada a diversos grados de desintegración familiar. En 36% de los casos, uno o ambos integrantes de la pareja, crecieron sin padre debido a la separación definitiva de la pareja, antes que cumpliesen 14 años de edad. En el resto de los casos existieron graves distanciamientos emocionales que en muchos casos resultaron en un patrón de

ruptura de pareja caracterizado por una o más separaciones e intentos fallidos de reconciliación. Comunmente el padre tenía relaciones extramaritales, y en otros casos, una o más familias adicionales. Lo anterior, aunado al alcoholismo y a relaciones sadomasoquistas entre los padres y de éstas con los hijos evidenciados en maltrato emocional y con violencia física y verbal. Cuando las circunstancias permitieron investigar los antecedentes de ruptura y patología en las familias de origen de los padres de los sujetos, encontramos una cadena generacional que, si pudiera rastrearse suficientemente, se perdería en los albores de las historias familiares" (pág.99).

Por lo que respecta a la identificación, esta se produjo en el sentido de que les resultaba difícil, tomar la decisión de dejar a una persona aun cuando ésta los dañara, o bien la imposibilidad de separarse de la pareja no obstante comprender que el encanto fue momentáneo, sucedido por varios años de tedio, rechazo y denigración hacia la otra persona.

Ante esta serie de vicisitudes cabe preguntarse, y qué hay detrás del problema de la pareja. Sin duda se puede pensar que son múltiples y variados los elementos que se ponen en juego, por ello se presenta a continuación una vertiente para interpretar dicha problemática.

Se puede sostener que en toda relación de pareja hay siempre una relación imaginaria, pues en todo amor hay algo de imaginario, se busca en el amado algo que no se sabe que tiene el otro, se puede decir que uno tiene que engañarse para poder enamorarse. Lacan (1960) plantea que existe una disparidad presente desde el inicio de la relación amorosa debido a que entre lo que le falta al amante y lo que tiene el amado no existe correspondencia alguna, es vínculo permanente de incompletud, de ahí el equívoco y la simulación en los que el amor se produce.

Se señala así, que en la relación amorosa, el amado no lo es

porque tenga lo que el otro necesita. De lo que el otro necesita, él no sabe con cuál de sus atributos puede responder, es decir desconoce lo que lo hace amable. Por su parte, el amante explora en el amado sin saber qué es lo que busca, y sin conocer tampoco qué es de lo que él mismo carece (pág.41).

Cabe señalar sin embargo, que en principio es importante lo imaginario, porque si sobre todo en un inicio de la relación viéramos a la pareja tal cual es, no se produciría el encanto. Pero cuando los velos de una relación empiezan a caer, se rompe la ilusión, y así se observa, sobre todo en el trabajo de análisis, que en la medida en que el sujeto se va desprendiendo de una relación predominantemente imaginaria puede caer en la cuenta de que está inmerso en una relación patológica. Es importante enfatizar en este momento a manera de paréntesis, que además una relación predominantemente sostenida en lo imaginario, no sólo se presenta en la pareja, puede darse también en la relación con un amigo, los padres, etc..

Ahora bien, cuando una relación se ha mantenido sobre la base del predominio de la relación imaginaria y el sujeto quiere dejar de ser lo que el otro desea, es importante destacar que no tiene por qué ser en forma estúpida, esto es, uno puede dejar de ocupar un lugar sin dañarse. Además habrá que tener presente que en la relación amorosa no hay garantía (recuerdo cuando en forma reiterada personas que se divorciaban o se habían separado de su pareja se preguntaban, si volverían a tener los mismos problemas en caso de establecer una nueva relación de pareja), el certificado matrimonial no es certificado de garantía. No hay garantía asegurada en el amor, porque entre otras cosas se sabe que el deseo es siempre perverso. En relación con este punto, Lacan (1977) señala: "la experiencia analítica nos muestra al deseo humano no con una relación pura y simple con el objeto que lo

satisfaría, sino como destinado a una perversidad fundamental: goce del deseo en cuanto deseo; lo muestra también como escapando a la síntesis del Yo, dejándole a éste sólo la ilusión de afirmar la síntesis, por último y sobre todo, lo muestra comprometido en una profunda relación con el deseo del otro" (pág.107).

Aspectos que testimonian lo que aquí se señala, se observaron en los antecedentes e identificaciones descritos: relaciones de pareja en las que se promovía la infidelidad; madres solteras que después de su primera presentación con su queja amarga por el abandono, se encontraban con un fragmento de su verdad que era el haber utilizado al hombre para embarazarse, prescindiendo de él como pareja, siendo así que al iniciar su análisis reconocían que no deseaban al hombre como pareja permanente, independientemente de las características de éste.

Roel (1989), hace alusión a la procreación irresponsable como la observada en varios de los sujetos de esta investigación y establece: Más allá de la ambivalencia esperada, convendría que todo hombre y mujer tuviesen la libertad de preguntarse honestamente si desean o no procrear un hijo y si cuentan con recursos emocionales y materiales suficientes, antes de engendrarlo.

Para que este cuestionamiento sea posible, necesitamos acabar con el culto a la maternidad y con su negativo complemento: el machismo. Ambos orillan al hombre y a la mujer a la procreación irresponsable; a la mujer para consolidar su feminidad, y al hombre, para alardear de su capacidad "fecundadoña, en la que finca su masculinidad" (pág.105).

Si se retoma el terreno literario, son innumerables los ejemplos de lo que hasta ahora se ha referido. Cuando se señalaba por ejemplo, la identificación entre los integrantes en el sentido de que les resultaba difícil dejar a una persona

aun cuando ésta los dañara, viene al caso citar a Barthes (1982), quien en sus *Fragmentos de un discurso amoroso* enuncia a la catástrofe, como una crisis violenta en cuyo transcurso el sujeto, al experimentar la situación amorosa como un atolladero definitivo, como una trampa de la que no podrá jamás salir, se dedica a una destrucción de sí mismo (pág.54). El mismo autor, en el Fragmento titulado: "Soy Odioso" nos ofrece una muestra de ese momento en que el sujeto empieza a vislumbrar el tipo de relación en que se encuentra inmerso y así, habla de lo monstruoso, como aquel momento en que el sujeto se da cuenta bruscamente que constriñe al objeto amado en una red de tiranías: de piadoso se siente devenir monstruoso. Desglosando su enunciado señala: "En el Fedro de Platón los discursos del sofista Lisias y del primer Sócrates (antes de que éste haga su palinodia) descansan ambos en el siguiente principio: el amante es insoportable (por pesadez) para el amado. Sigue el catálogo de los rasgos importunos: el amante no puede soportar que alguien sea superior o igual a él ante los ojos de su amado, y pelea por rebajar a todo rival; mantiene al amado al margen de una multitud de relaciones; se empeña, mediante mil astucias indelicadas, en mantenerlo en la ignorancia, de modo que el amado no conozca lo que puede esperar de su enamorado; desea secretamente la pérdida de lo que el amado tiene de más querido: madre, padre, parientes, amigos; no quiere para el amado ni hogar, ni hijos; su asiduidad diaria es fatigante; no acepta ser dejado de lado ni de día ni de noche; aunque viejo (lo que en sí ya importuna), actúa como un policía tiránico y somete todo el tiempo al amado a espionajes malignamente suspicaces, no obstante que él mismo no se prohíbe en absoluto ser más tarde infiel e ingrato. Piense lo que piense, el corazón del enamorado está pues, lleno de malos sentimientos: su amor no es generoso" (pág.179).

Otra forma de plasmar lo referido, de Beauvoir (1981) lo presenta en su novela titulada *La Mujer Rota*, en donde su

protagonista Monique le grita a Maurice su pareja: " Nazi!, torturador!" y enseguida piensa: "Tenía aspecto agobiado. Verdaderamente era él la víctima".

Respecto a la relación imaginaria Barthes (1982) en otro de sus *Fragmentos de un discurso amoroso*, escribe: "Estoy aprisionado en esta contradicción: por una parte, creo conocer al otro mejor que cualquiera y se lo afirmo triunfalmente ("Yo te conozco. Nadie más que yo te conoce bien!"); y, por otra parte, a menudo me embarga una evidencia: el otro es impenetrable, inhallable, irreductible; no puedo abrirlo, remontarme a su origen, descifrar el enigma. ¿De dónde viene? ¿Quién es? Me agoto; no lo sabré jamás" (pág.156).

Kundera (1988) en *La Insoportable Levedad del Ser*, nos muestra en la relación establecida entre los personajes principales de su novela, las diferentes plasmaciones del deseo.

Pitol (1991) en su novela *La Vida Conyugal*, nos presenta a su protagonista Jacqueline, quien en forma perenne presenta su trillada historia de la flor exquisita mancillada por la bota de un marido brutal, incontinente y tirano, a quien en respuesta planea una y otra vez su asesinato, llevando esta relación hasta su vejez.

Esa perversidad natural del deseo a la que se aludía, queda descrita de manera brillante en el terreno literario en una cita que hace Pérez Gay (1991) en *El Imperio Perdido*, de una novela de Karl Kraus titulada *La Muralla China* en la que se escribe: "cuando cayó la noche del cristianismo y la humanidad tuvo que caminar en silencio y a escondidas rumbo al amor, empezó a sentir vergüenza de lo que hacía. Después le sacaron los ojos y aprendió la escritura Braille del erotismo. Le pusieron cadenas y amó la música de las cadenas al arrastrarse, es decir, la perversidad. No se avergonzó del cautiverio, sino de la idea del cautiverio. Se avergonzó de la

libertad de su naturaleza y de la perversión, que es la cultura del sometimiento sexual. Después la humanidad se prendió fuego y bloqueó las salidas de emergencia; llevó piedra sobre piedra hasta levantar una muralla. Una muralla que rodeó su imperio, el reino celestial del deseo. Todo esto sucedió quinientos años después de Confucio. La gran muralla china de la moral de Occidente protegió al sexo de quienes querían entrar a la ciudad prohibida y, al revés, protegió a los que deseaban salir de la amenaza del sexo. Así empezó el comercio entre la voracidad y la culpa. Mientras más se cerraban las puertas del deseo, más excitante fue la espera. Si la humanidad toca a la gran puerta del deseo, un martillo universal se levanta y la muralla china empieza a tambalearse. El orden represivo fracasa y el caos es bienvenido" (pág.193).

La relación de pareja como se observa entonces a partir de lo descrito, está llena de vicisitudes, no queda más que atender a cada problemática en su singularidad y tal vez comprometer en este momento la idea, de que el buen amor es el que da libertad al otro, el que permite la realización mutua.

Continuando ahora con el análisis de las categorías observadas en los fenómenos grupales, se puede observar a partir de los resultados registrados, que se da una importante articulación entre éstas, y que conociendo dichas articulaciones se puede ir observando mejor la dinámica grupal que ahí se genera, por ejemplo los antecedentes comunes y las identificaciones que se producen favorecen la interacción, la cohesión grupal y la interestimulación en el grupo.

La atmósfera grupal matizada en su inicio por la incertidumbre, la angustia y el dolor ante el reconocimiento mutuo de sus problemáticas, y su paulatina transformación en un clima de aceptación y confianza, tendía a intensificar la inducción mutua.

El clima de confianza que tendió a prevalecer en algunos

grupos incrementaba la polaridad, esto es, se ahondaba en la temática o temáticas centrales que se abordaban. Hablar del incesto en forma reiterada de los padres, de las violaciones sufridas en la niñez, de la soledad, del favorecer la actitud sádica de la pareja; hablar de aquellos embarazos en los que se desea un hijo como un objeto viviente que acompañe y del asumir acciones tendientes a obtener el poder absoluto en el ejercicio de la función parental, son ejemplos todos ellos del nivel de confianza, ahondamiento e intensificación emocional en la presentación de aquello que los aquejaba.

Por otra parte, al analizar los roles que se presentaron, se piensa que es congruente que haya existido un predominio de los roles individuales, ya que aunque se promovía la interacción grupal, en el inicio de la vida de un grupo, cada integrante desea hacerse un espacio y ocupar un lugar en el grupo y en la relación transferencial que se empieza a instaurar.

Retomando el segundo objetivo de esta investigación se encontró lo siguiente:

Al explorar si la técnica de recepción grupal de pacientes cumple con la función de ser eficaz en la prestación de servicios, presentamos esta función dividida en cinco rubros para su análisis e interpretación.

10. Detección y esclarecimiento de problemática central: Los psicoterapeutas en su mayoría consideraron que el G.A.E. sí cumple con este objetivo, pues como se pudo observar por sus respuestas, no sólo la mayoría considera que no se tuvo dificultades para detectar la problemática central de sus "pacientes" en el G.A.E., sino que además ésta se detectó claramente. Al ser cumplido este objetivo se piensa que se crean las condiciones, para que a su vez el paciente adquiera una mayor claridad sobre la demanda que hace a la institución.

Se pudo observar también que al esclarecerse su problemática, tendieron a presentarse dos situaciones: una en .

la que la persona veía incrementada su angustia al verse enfrentada con un fragmento de su verdad y decidía retirarse (estos casos representaron el 37% de las personas que desertaron), y, aquella otra en la que la persona reafirmaba su compromiso por iniciar su tratamiento, no obstante que se le derivara fuera de la institución (estos casos representaron el 33%).

2o. Intervenciones e indicaciones: Se puede observar a través de los resultados encontrados, que la mayoría de los psicoterapeutas consideran que estas tareas desarrolladas en el G.A.E. fueron cumplidas, pues afirmaron que las intervenciones que se tuvieron con sus pacientes fueron adecuadas y que las indicaciones que les fueron sugeridas por el coordinador del G.A.E., fueron apropiadas, habiendo sin embargo división de opiniones respecto a considerar que dichas indicaciones fueran indispensables. Así el 29.6% de los psicoterapeutas consideraron no estar de acuerdo en que las indicaciones sugeridas, fueran indispensables para poder desarrollar el trabajo psicoterapéutico con sus pacientes. Si se considera que casi un 40% de los psicoterapeutas tienen un nivel de escolaridad de posgrado y una experiencia profesional como mínimo de dos años, es congruente el resultado que se encuentra, pues en principio, la facilitación del abordaje estuvo pensado para aquellos psicoterapeutas que recién iniciaban su práctica clínica y que representan el 61.1% de los psicoterapeutas que participaron de esta investigación.

Se considera entonces, que se cumplió con el objetivo de establecer un continuum entre la recepción y el tratamiento, de tal forma que el primer encuentro con el paciente tuvo un carácter clínico y no burocrático y administrativo.

3o. Facilitación en el abordaje terapéutico de los pacientes: Se puede observar que en este rubro al igual que en el de considerar indispensables las indicaciones, existe división de opiniones. Los psicoterapeutas que se enfrentaban

a sus primeras experiencias clínicas tendieron a estar de acuerdo en que les fue más fácil el contacto inicial con los pacientes que les fueron derivados del G.A.E.; pero, un 40% de los psicoterapeutas no consideraron que el G.A.E. facilitara el contacto inicial con sus pacientes. Se puede plantear entonces con base a lo encontrado, que el objetivo de facilitar el abordaje terapéutico de los pacientes, el G.A.E. lo cumple, sólo en forma regular, jugando un papel decisivo en la facilitación o no de dicho abordaje terapéutico, la experiencia profesional del psicoterapeuta.

4o. Comprensión de lo que implica un tratamiento psicológico: Cabe señalar que en relación con este rubro, el 24% de los psicoterapeutas consideran no estar de acuerdo. Si bien el 61% sí está de acuerdo en que sus pacientes pudieron comprender lo que implica un tratamiento psicológico, al haber pasado por el G.A.E., ese 24% que está en desacuerdo, representa un porcentaje importante a tomar en cuenta respecto a la pertinencia o no de considerar al G.A.E. como una técnica que contribuye a la eficacia en la prestación de servicios.

5o. Opinión respecto a la utilización generalizada del G.A.E.: En relación con el hecho de considerar que sea recomendable que todos los pacientes pasen por el G.A.E. antes de ser derivados a tratamiento, como consecuencia de los datos previos se tiene que, el 46.3% de los psicoterapeutas está de acuerdo y un 42.6% se encuentra en desacuerdo; con lo que se observa que la opinión de los psicoterapeutas se encuentra dividida.

Se infiere que el desacuerdo se atribuye a que se considera que el grupo representa en varios casos, una variable que altera el encuentro del paciente con la persona que se hará cargo de su tratamiento. Se considera que la respuesta al pedido de ayuda debe ser individualizada. Si se vive en un contexto social y cultural en el que solicitar ayuda psicológica implica cierta degradación para la persona, pues

en el decir común sólo aquel que está loco efectúa ese pedido, abrir su demanda no sólo ante un individuo sino ante un grupo de extraños, forza aun más el pedido. Esto, agregado a la singularidad del pedido de ayuda, hace que la opinión se externe en el sentido del desacuerdo.

El testimonio que se puede ofrecer al ser partícipe de esta investigación, es también en dos sentidos, pues hubo casos en que se pudo observar que las personas manifestaron haberles sido útil el ser recibidas en grupo. Utilidad que se puso en evidencia, sobre todo en aquellos casos en que las personas consideraban que su problemática era la más terrible y sin posibilidad de solución y que sin embargo, al escuchar a otras personas en el grupo, se veían impactadas. Al escuchar los diversos motivos de consulta y establecer una comparación consigo mismo, su problemática la sentían notablemente reducida, pues ya no era la más grave en este mundo, como llegó a ser considerada, asumiendo así una participación activa en la interacción grupal.

La posición opuesta se observó en aquellas personas que en forma abierta manifestaron su desagrado al ser recibidas en grupo; su escasa participación o bien, la presentación muy reservada de su problemática, daba cuenta de ello.

Es importante también considerar, que cuando se recabó, la opinión de los psicoterapeutas respecto a la pertinencia de que los pacientes pasaran por el G.A.E. antes de ser derivados a tratamiento, pero introduciendo la diferenciación de que sería recomendable que no todos pasaran por el G.A.E., entonces esta diferenciación propicia un incremento. Se concluye de esta manera, que un 52% de los psicoterapeutas está en contra de utilizar esta maniobra terapéutica en forma generalizada.

Si se articulan cada uno de los rubros anteriores, se tiene que la mayoría de los psicoterapeutas consideran que sí se

logra una detección y esclarecimiento de la problemática de sus pacientes. Que las intervenciones e indicaciones realizadas por el coordinador del G.A.E. son pertinentes, pero que esto no implica necesariamente para ellos, una facilitación del abordaje psicoterapéutico como para sugerir la utilización permanente y generalizada del G.A.E., ante lo cual cabe rescatar lo registrado y señalar, que la demanda de cada sujeto es tan particular que en esa medida debe ser la respuesta a la misma, no recomendando la utilización de esta técnica en forma permanente.

Se sugiere que si la institución cuenta con los recursos, la atención debe ser particularizada. Y sólo en aquellos momentos en que la institución se vea rebasada por la demanda, a manera de recurso congruente con la situación, se podría aplicar el G.A.E., con lo que se evita entonces, la utilización de esta medida técnica en forma generalizada.

Cabe señalar a partir de la vivencia tenida en esta investigación, que uno de los espacios en donde esta técnica puede ser útil, lo es el ámbito hospitalario. Pues generalmente y sobre todo en las instituciones de salud pública, la demanda de atención es muy grande. El poder escuchar qué es lo que se demanda implícitamente, puede permitir el generar una atención explícita de tipo psicoterapéutico. Por citar un ejemplo, en el caso de los padecimientos crónicos, el utilizar esta técnica puede ser un medio útil, en el sentido de brindar un espacio en que no sólo se pueden ventilar preocupaciones comunes, sino además constituirse como un recurso diagnóstico que indique, en cuáles casos sería recomendable la iniciación de un tratamiento psicoterapéutico.

Por lo que respecta a la continencia terapéutica, si se

menciona que es un proceso en cual se establece una relación en la que el psicoterapeuta con su presencia y escucha, se hace cargo de las ansiedades que le vuelcan los pacientes. Y, mediante la elaboración e interpretación supera esta función para tener acceso a la elaboración-devolución, favoreciendo a su vez en el paciente, la apertura hacia el conocimiento de su problemática y sus determinantes. Se piensa entonces, que por los resultados obtenidos, esta técnica más allá de su pertinencia o no de ser utilizada en forma generalizada, sí brinda dicha continencia, pues se cree que los adjetivos* señalados por los pacientes y que obtuvieron una mayor puntuación al ser correlacionados, aluden en forma significativa a la función que se describe. Ver Tabla 2, páginas 78-80 y observar los reactivos que obtuvieron en la correlación hacia el total la puntuación más alta (reactivos: 1, 10, 19, 22, 23, 25, 26, 30, 36 y 39). Así como la puntuación más alta en la correlación interreactivo (intercorrelaciones marcadas con una diéresis).

Se puede señalar entonces, que tanto los diez reactivos que correlacionan en un nivel alto con el total, como las correlaciones inter-reactivo, permiten sostener que mediante la técnica de admisión grupal se brinda continencia terapéutica. Pues si se describe que mediante la presencia y la escucha del coordinador, éste se hace cargo de las ansiedades que le vuelcan los pacientes y además provoca una apertura hacia el conocimiento de sus problemáticas. Adjetivos tales como el haberse sentido entendido, apoyado, tratado con respeto o bien, las correlaciones: apoyado-que se interesaron por mi, no defraudado-no incomprendido (por citar sólo éstas) dan cuenta de las características que se describen del concepto.

Cabe señalar que si el coordinador participa en forma

* Los adjetivos a que se alude aparecen numerados en el cuestionario No. 1. Ver Apéndice -B-

espontánea, activa, interesada y permitiéndose además reconocer la singularidad del grupo de personas con las que se encuentra, esto provee ya las condiciones para el desarrollo de la función que se describe. Contando además con factores auxiliares en el desarrollo de esta función, como lo son los antecedentes de los diferentes integrantes, pues como se mencionaba en el marco teórico, al haber mayor homogeneidad entre ellos, se da una mayor tolerancia por la especificidad del otro. De igual forma la identificación que se genera ya sea por sus experiencias en la vida, la forma de pensar o sentir, son factores todos ellos que contribuyen a la mencionada continencia terapéutica. En concordancia con lo señalado, se citaba también en el marco teórico a Yalom (1986), quien encontró que muchos pacientes entran a la terapia con el inquietante pensamiento de que son los únicos en su desgracia, viéndose aumentado este sentimiento por su aislamiento social.

Este fue, como ya se hizo mención, un fenómeno que se presentó de manera reiterada en los grupos trabajados con la utilización del G.A.E..

Por lo que corresponde al tercer objetivo específico de esta investigación referente a analizar los factores que intervienen en la deserción, se encontró durante el desarrollo de la misma, que dichos factores son atribuibles tanto a la institución que brinda el servicio en diferentes niveles, como a las características propias de las personas que demandan el servicio y la forma en que se efectúa dicha demanda.

Por los resultados encontrados se observa que al analizar si en función del sexo de los solicitantes, habría alguna diferencia en cuanto a la deserción presentada, se encontró que de las 35 solicitudes efectuadas por pacientes varones, éstos desertaron en un 77%, y las mujeres, de 70 solicitudes realizadas, desertaron en un 61%. Se tiene que la demanda de

atención hecha por los hombres, corresponde a la mitad de la efectuada por las mujeres, tendiendo a desertar éstos con más frecuencia.

Al recurrir a dos fuentes de información sobre este aspecto, se encontró que en una investigación efectuada por Montes, Castillo et al (1988), encontraron que en 48 casos de personas que desertaron del Grupo de Admisión en la clínica AMPAG, había una predominancia del sexo femenino, dato que resulta contrario a lo encontrado en la población estudiada, en la investigación que aquí se presenta.

Otra fuente de información, aunque en este caso no sistematizada por la institución, de manera oficial, fue la proporcionada por González y Guzmán (1992); dicha información proviene del trabajo realizado en el Departamento de Psicología Clínica del IMSS Querétaro. González (1992), reporta en relación con los pacientes atendidos de marzo de 1991 a julio de 1992 incluídos niños, adolescentes y adultos una deserción global del 27.5% de 243 casos atendidos, presentándose el 51.8% en mujeres y el 48.2% en los hombres.

Guzmán (1992), reporta en relación con los pacientes atendidos de enero a diciembre de 1989, incluídos niños, adolescentes y adultos una deserción global del 18.4% en 307 casos atendidos, presentándose el 57% en mujeres y una deserción del 43% en los hombres. En el período comprendido de julio de 1991 a julio de 1992 se reporta una deserción global del 25.7% en 353 casos atendidos, presentándose el 73.5% en mujeres y el 26.5% en los hombres.

Al particularizar la información en relación con los datos de pacientes adultos atendidos de julio de 1991 a julio de 1992, se encuentra una deserción en las mujeres del 71.6% y en los hombres una deserción del 28.4%.

Se observa entonces que en relación con la variable sexo, también en este caso la deserción se presentó con mayor frecuencia en las mujeres, a diferencia como se había mencionado, de los resultados encontrados en la población

estudiada en la investigación que se presenta.

A partir de los resultados y la información con que se cuenta, no se puede afirmar que la deserción se encuentre asociada a un sexo determinado, pues además en la investigación presente no existe una diferencia significativa ($X^2 = 2.59$). Lo que sí se observa respecto a la variable sexo, es que en la actualidad son las mujeres las que mayormente recurren a solicitar ayuda psicológica. Se infiere que esto es debido en gran parte, al antecedente cultural de que el hombre debe mostrarse como más fuerte, sin permitirse reconocer su debilidad.

Por lo que respecta a la edad de los sujetos, no se aprecia ningún parámetro que sea significativo asociado a la deserción ($X^2 = 8.46$). El mismo resultado se encontró en las investigaciones efectuadas tanto por Montes, Castillo et al (1988), como por González y Guzmán (1992).

Al analizar el motivo de consulta de las personas que posteriormente desertaron, se encontró en su mayoría que fueron aquellas que presentaban problemas en su relación de pareja. Como se pudo observar la diferencia en el número de casos en comparación con las otras problemáticas es altamente significativa, ante lo cual se infiere que si la mayoría de los sujetos presenta como motivo de consulta la problemática de pareja, ésta en el encuentro terapéutico se vuelve a hacer presente, pues tampoco hacen pareja con el psicoterapeuta. En la investigación efectuada por Montes, Castillo et al (1988), un 25% de los pacientes que desertaron presentaron como motivo de consulta los problemas de pareja o familia. Guzmán (1992) en su registro de pacientes atendidos en el IMSS Querétaro reporta que, la reacción depresiva asociada a problemas conyugales es el motivo de consulta, que se ha presentado en segundo lugar con mayor frecuencia durante dos años, ocupando como primer lugar en cuanto a la mayor frecuencia de motivo de

consulta, la depresión neurótica.

Se puede observar así, que existe una importante coincidencia en las investigaciones efectuadas respecto a esta variable.

Una vez que se ha mencionado el motivo de consulta asociado con la deserción, se presenta a continuación el análisis de los resultados que aportó la supervisión de las entrevistas efectuadas a las personas que desertaron, para así conocer los motivos de deserción.

Cabe señalar que el uso de la prueba chi cuadrada permite observar por el resultado que ofrece, que sí existe una diferencia significativa entre los motivos de deserción que presentaron los sujetos de esta investigación ($X^2 = 12.56$).

Se observa que se encontró en primer lugar como motivo de deserción, algunos factores atribuibles al paciente como fueron, aquellos casos en los cuales el sujeto es sintónico con su problemática. Se refirieron como motivos manifiestos para no acudir al G.A.E. y a su tratamiento: problemas de horario, dificultad para el pago, no tener con quién dejar a los hijos para acudir a consulta y la dificultad para desplazarse a la institución. La gravedad en la psicopatología es otro de los factores que influyó en la deserción. Se infiere que el trastorno llegaba a ser tan severo, que en el momento en que el paciente discriminaba la gravedad del mismo, pretendía negarlo con su huída. Es importante tener presente además, que en ocasiones son los familiares del paciente los que bloquean una posible atención.

La incapacidad clínica del psicoterapeuta asociada a la gravedad del caso, se constituyó como otro de los principales motivos de deserción. Esta incapacidad en la mayoría de los casos estuvo asociada a la inexperiencia del psicoterapeuta, pues en su generalidad había sido el primero o primeros pacientes atendidos en el inicio de su práctica profesional. Radosh y Márquez (1984), encontraron un resultado similar en

una investigación llevada a cabo con la finalidad de evaluar las causas de la deserción de pacientes, durante las primeras entrevistas psicoterapéuticas, pues encontraron que en los candidatos a psicoterapeutas del Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia, se observó que en el desarrollo de su desempeño psicoterapéutico, tuvieron fallas teórico-técnicas en un 100%. Si bien los autores concluyen que dichas fallas no fueron determinantes para la deserción, señalan en su mismo apartado de conclusiones, que la contratransferencia agresiva y la sometida, provocó la deserción. Y el número de casos presentado, fue del 35%. Por lo que se deduce que dichas fallas debido a la inexperiencia fueron significativas para la deserción presentada (págs. 6-12).

Otro de los factores que con mayor frecuencia se presentaron como motivando la deserción lo fue, la discordancia entre las expectativas en relación con la institución y el servicio que ésta presta. Se encontró así que los sujetos manifestaron que buscaban atención médica y no psicológica; que ellos no habían solicitado el servicio, sino un familiar, que según éste, creía que tenía un problema psicológico la persona para quien había solicitado el tratamiento. Se llegó a manifestar también, que se esperaba al ser canalizados a tratamiento, que los atendería una persona con experiencia y no una persona joven (la mitad de los psicoterapeutas a los que se les derivó pacientes, recién iniciaban su práctica).

Como parte de la deficiencia administrativa, se tiene registrado también, que cuatro personas desertaron en su primera asistencia al G.A.E., ante la inasistencia del psicoterapeuta. La información ambigua al llegar una persona a solicitar atención motivó la deserción en un caso.

Por lo que corresponde a los resultados encontrados en relación con el momento de la deserción, se observa, a través del uso de la prueba chi cuadrada (ver pág.82), que existe una

diferencia significativa entre los diferentes momentos en que desertaron los sujetos de esta investigación ($X^2 = 11.08$). Se puede observar además, que los momentos en que desertan en mayor frecuencia son: antes de acudir a la primera sesión del G.A.E. (37%), después de acudir a la primera sesión del G.A.E. (24%) y durante la primera etapa del tratamiento (23%).

Respecto a la deserción acontecida antes de acudir a la primera sesión del G.A.E. se tienen registrados diferentes factores: sujetos que presentaban una estructura psicótica y que hablaron de poseer un carácter excesivamente voluble. Se infiere que estos antecedentes contribuyeron a que no se presentaran en el G.A.E.. Sujetos que manifestaron de manera explícita y otros de manera implícita su no disposición para acudir ante un grupo de personas. Solicitudes efectuadas para un tercero que no desea acudir a tratamiento. Discordancia entre expectativas y servicios (sujetos que llegaban solicitando atención médica).

Un factor que coincidió con la deserción presentada antes y después de acudir a la primera sesión del G.A.E., fue el rechazo del paciente para abrir su problemática con un grupo de extraños. Se infiere de lo acontecido, que el momento en el cual la persona se decide para hablar de sus vivencias más íntimas es tan singular, que al no contar con un espacio propio para ser escuchado, puede implicar frustración y propiciar la deserción.

En lo concerniente a la deserción acontecida después de acudir a la primera sesión del G.A.E., se registraron los siguientes factores: sujetos que presentaban una sintonía con su problemática y que al ser confrontados con la misma, se infiere que optaron por no enfrentarse a la misma. El no encontrar una respuesta a su demanda, así como errores en el manejo psicoterapéutico del G.A.E., pueden ser otros de los factores que expliquen la deserción en ese momento.

Como errores en el manejo psicoterapéutico del G.A.E., se puede señalar que tendió a predominar la tendencia a analizar al individuo en el grupo, desconociendo la estructura del grupo como una entidad dinámica. Zimmerman (1969) menciona que: "entre los inconvenientes de este procedimiento pueden mencionarse el precoz abandono del tratamiento por los pacientes, el agravamiento de los síntomas y el surgimiento de situaciones de tipo caótico. Ello se debe al hecho de que las interpretaciones individuales pueden, fácilmente, ser vividas por los pacientes como críticas por unos y sensación de abandono por otros. Contratransferencialmente, la actitud de interpretación individual debe corresponder a una defensa del terapeuta en virtud de ansiedades depositadas por la acción envolvente del grupo, acción que procura evitar, como lo hacen también los pacientes, actuando de acuerdo con la fórmula 'dividir para reinar' (pág.35)".

En otras de sus obras Zimmerman (1959) enfatiza que: "el grupo, forzando al psicoterapeuta a desempeñar determinados papeles, le crea diversas ansiedades o estados de tensión, de mayor o menor monta. La situación emocional así creada es percibida como resultado, no de la actuación particular de un paciente o de una parte del grupo, sino de la acción envolvente conjunta de todos. A partir de ese sentimiento de unidad es que será posible elaborar la tensión o la ansiedad, y también resolverla en el grupo mediante la interpretación. Esta percepción de totalidad representa, en mi opinión, el mejor medio técnico de trabajo de que dispone el psicoterapeuta" (págs.44-47).

Cabe destacar la importancia de la observación que se retoma de Zimmerman, para aquellos interesados en realizar un trabajo de recepción grupal, ya que si bien en dicha recepción los individuos permanecen en el grupo en forma transitoria, no hay que olvidar que en ese momento de la intervención terapéutica, es un grupo como entidad dinámica el que se está abordando.

Por lo que respecta a la deserción durante la primera etapa del tratamiento, se tiene registrado que se debió fundamentalmente a la incapacidad del psicoterapeuta para llevar el caso, esta incapacidad como ya se ha mencionado, se encuentra asociada a la inexperiencia de los psicoterapeutas encargados del tratamiento (en esta investigación 31 alumnos de licenciatura atendieron pacientes derivados del G.A.E.). Se puede inferir también, al igual que en la deserción ocurrida después de acudir una sesión al G.A.E., que otro factor que interviene en gran medida en la deserción, es el de que no todo paciente sostiene el compromiso de analizar su deseo y enfrentarse con fragmentos de su verdad que van surgiendo en el transcurso de su tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En tanto que esta investigación se ha planteado como objetivo primordial, el presentar nuevas propuestas técnicas para el funcionamiento de un Grupo de Admisión y Espera en su articulación al tratamiento y en la especificidad del ámbito de la clínica universitaria, se presentan entonces a continuación, las propuestas efectuadas que se desprenden de la conclusión a la que se ha llegado ante los resultados obtenidos.

-Si bien es esencial el ofrecimiento de ayuda psicológica a la comunidad en una institución universitaria, debe rescatarse la importancia fundamental de la enseñanza y discriminar la forma más pertinente de incorporar a los alumnos a la práctica clínica.

Esta propuesta se desprende de la supervisión llevada a cabo con especialistas que han trabajado en instituciones que brindan servicio a la comunidad y, de la reflexión de lo que ha sido hasta ahora, el objetivo de la Central de Servicios a la Comunidad con que cuenta la Facultad de Psicología de la U.A.Q.. Cabe señalar, que durante varios años, el objetivo fundamental que se consideró fue la atención de los pacientes, lo que implicaba un esfuerzo por demás desgastante a fin de satisfacer todo tipo de demandas de servicio, por lo mismo, esta atención llegó a ser en algunos casos deficiente. Esto trajo como consecuencia el fracaso y la deserción en dichos casos. Pues la institución no cuenta hasta ahora, con personal de base con experiencia para dicho servicio a la comunidad. La estancia del personal con experiencia sólo ha sido temporal pues su servicio ha estado ligado a alguna investigación o, a algún proyecto de apoyo a la función docente.

Cabe mencionar además, que si bien se han hecho algunos intentos por articular la enseñanza con la práctica, como lo

ha sido el caso de algunas materias entre ellas Psicoterapia de Grupo, Psicoterapia Familiar, Diagnóstico y Práctica Clínica, por citar sólo aquellas de las que se tiene un conocimiento más directo; sin embargo, estos intentos han sido aislados, incluso algunos suprimidos.

Siendo así entonces que la incorporación de los alumnos a la práctica clínica ha quedado al "libre albedrío" no obstante existir un reglamento en relación con la ejecución de dicha práctica. El inicio de la práctica ha tenido un carácter hasta ahora, que se le podría llamar evolutivo pues ha sido en función de llegar al inicio del séptimo semestre y ya desde finales del sexto que el alumno se ha incorporado a la práctica. Como si iniciar una práctica clínica dependiera dependiera de haber llegado a x año en la carrera. Se observa pues, que ha quedado de lado por parte del alumno, el analizar qué pasa con el deseo de iniciar una práctica clínica y, de parte de la institución el analizar qué tipo de práctica propone y qué responsabilidad se asume y se delega. Existen testimonios de producirse situaciones en las que los alumnos mismos no deseaban dar atención. O bien que ellos sólo querían hacerse cargo de un caso, pero que en la institución les planteaban, que al realizar su servicio habrían de atender a tres pacientes. Por ello se propone el planteamiento de nuevas alternativas respecto a la práctica. Que dicha práctica no consista en la atención psicoterapéutica. Esta propuesta enfatiza entonces, la necesidad de que la institución reasuma el compromiso de la revisión continua de los programas que se ejecutan en la comunidad y en los cuales está inserto el alumno. Evaluando así en forma permanente, la congruencia y eficacia de las diferentes propuestas de atención que se proponen en dichos programas.

Se propone que sean derivados al exterior aquellos casos que la institución no esté posibilitada para atender. Esta propuesta se encuentra ligada a la anterior en el sentido de

reconocer que la institución tiene límites en los servicios que ofrece, pues los encargados de efectuarlo, han sido hasta ahora en su mayor parte, los alumnos de licenciatura que se encuentran cursando el último año de la carrera.

Esta medida de derivación al exterior, se propone sólo en forma temporal, mientras se crean las condiciones para que el servicio de atención curativa sea desarrollado por personas con experiencia.

Se sugiere la necesidad de proponer prácticas alternativas para los alumnos de licenciatura, que no impliquen la atención curativa. Dichas prácticas pueden estar orientadas a programas de prevención, rehabilitación, o bien prácticas de observación que puedan ser articuladas con la teoría.

Es necesario replantear la forma de inserción del alumno a la práctica de atención curativa, pues como se mencionaba, su inserción se ha venido dando en función ya sea de una materia o bien, de un programa propuesto por alguna de las Centrales de Servicio a la Comunidad. Programas que hasta ahora no han sido suficientemente analizados respecto a la pertinencia de su forma de ejecución.

-Por lo que respecta al funcionamiento del G.A.E., se propone que el grupo permanezca cerrado las tres sesiones que corresponden al mismo.

En el inicio de este proyecto los grupos fueron trabajados en forma abierta, observándose con esto una dificultad como la planteada por González (1989), quien encontró que un factor que caracteriza a los grupos terapéuticos abiertos, lo es su carácter de transitoriedad, en donde se presenta una gran movilidad de pacientes y debido a esta transitoriedad se enfatiza que hay que tener presente, que cada que sale o entra un paciente al grupo se conforma un nuevo grupo con una dinámica muy particular que lo puede hacer muy distinto de una sesión a otra. Por ello cuando los grupos se cerraron, se observó que esto contribuyó a facilitar una mejor visión al

coordinador de los grupos, discriminándose además que se facilitó la intercomunicación, esto es, los integrantes pudieron actuar con mayor frecuencia y el grupo adquirió la cohesión necesaria para profundizar en las diferentes problemáticas, trayendo esto como consecuencia una mayor claridad diagnóstica para precisar la derivación al tratamiento más pertinente.

-Se sugiere conocer y registrar las propiedades de los grupos con que se trabaje al utilizar la técnica de Grupo de Admisión y Espera, pues se pudo observar por la experiencia vivida, que al llevar un registro de las categorías observadas en los fenómenos grupales sesión por sesión y analizando la secuencia dinámica de las tres sesiones trabajadas, se puede comprender en forma más clara la dinámica grupal particular que se genera.

-Se propone que la derivación sea personalizada, de tal manera que en la tercera sesión, ya se tenga el nombre del psicoterapeuta que se hará cargo del tratamiento y, el horario y lugar de su primera sesión de tratamiento. Se ha observado que esta medida favorece en el paciente, la confianza en quién lo habrá de atender por la transferencia que se ha iniciado con el coordinador. O'Donnell (1977) señala que: "el contexto terapéutico no provoca lo transferencial pero sí lo incentiva, ya que lo transferencial se provoca en todos los grupos sociales" (pág,17).

Al efectuar la derivación inmediata después de acudir al G.A.E., se observó que se pudo abatir en gran medida la incertidumbre en el paciente, pues antes de que se pusiera en acción esta propuesta, sucedía que después que se efectuaban las entrevistas de recepción se le informaba al paciente, que después se le enviaría un telegrama o se le llamaría por teléfono, para informarle quién lo atendería y cuándo

prolongándose en ocasiones dicha información y dando lugar así, a un mayor número de deserciones en ese momento de la derivación.

-Una vez que se va a efectuar la derivación, se sugiere que es importante precisar algunas indicaciones sobre el caso y sobre la actividad que implica el trabajo de recepción grupal a los psicoterapeutas en el momento de la derivación, pues en ocasiones el psicoterapeuta que se hace cargo del tratamiento puede caer en una pasividad extrema (contratransferencia negativa considerada por O'Donnell 1977), con la creencia de que está asumiendo una actitud analítica. O bien presentar lo que Sandler (1973) llama contratransferencia fusionante, que es aquella que se presenta por la necesidad de encontrar elementos conocidos, iguales a uno para evitar el temor ante lo nuevo o diferente, simbiotizándose (enfatisa el autor), con el problema que presenta el paciente.

Esa pasividad extrema del psicoterapeuta puede favorecer la desconfianza en el paciente, lo que puede implicar descalificarlo y desertar del tratamiento.

Por lo que respecta al psicoterapeuta, puede suceder además que en su inseguridad o en su rivalidad con el G.A.E., deseche toda información precedente. Cabe señalar que esto no quiere decir, que para que no deseche la información, el psicoterapeuta se tenga que apegar a una focalización de la problemática, pues un riesgo muy serio que implica, lo es el que si uno superpone una estrategia, uno ya no escucha al otro, y entonces simplemente, uno se quiere encontrar con sus preguntas.

Por otra parte, cabe señalar que al reflexionar sobre la experiencia tenida con la utilización de esta técnica (G.A.E.) y ante las sugerencias que se llegan a efectuar como la de no favorecer el desarrollo de la transferencia en el G.A.E., esto no quiere decir que no se presente dicha transferencia. Se detecta incluso una seria paradoja, pues al menos en la forma

en que se coordinó esta experiencia, formó parte del encuadre el anunciar que el coordinador del grupo no trabajaría en el tratamiento con ninguna de las personas que estaban siendo recibidas en el G.A.E.. Esta es una contradicción, pues por un lado el coordinador se coloca como soporte de la transferencia y a la vez rechaza toda posible petición de tratamiento. Se sabe además que generalmente, la persona decide iniciar un tratamiento con alguien con quien se ha puesto en acto la transferencia y no con nadie más. Si se agrega que varias de las personas que acudían al grupo tenían como antecedente unos padres abandonadores, uno se pregunta además, si no formaría hasta cierto punto parte de lo mismo, el recibirlos y luego abandonarlos.

-Se propone la opción de recepción individual para aquellos casos que no es pertinente su canalización al G.A.E., como son aquellos que presentan un brote psicótico o lesión cerebral. Se sugirió y se puso en práctica la capacitación y supervisión de alumnos para el servicio de entrevista individual. El objetivo de esta capacitación y supervisión fue el desarrollar una sensibilidad y capacidad diagnóstica diferencial, que les permitiera discriminar a qué paciente se le sugeriría su incorporación al G.A.E. y a cuáles derivaría en forma inmediata a tratamiento con los psicoterapeutas que colaboran con la institución.

-Se propone que en aquellos casos en que acude una persona para solicitar atención a un tercero, sea a esa persona quien hace la demanda a la que habrá que entrevistar o atender para escuchar su demanda. Esta propuesta que se hace se considera de suma importancia, ya que se ha podido observar que muchas veces quien hace una demanda puede devenir analizante. Se ha encontrado que aquel tercero para quien se efectuaba la solicitud no tenía ningún interés por iniciar un tratamiento y tal vez ni fuera necesario el tratamiento que se le sugería

por ello habrá que escuchar y entender que quien hace una demanda, no es arbitrario su pedido. En relación con esta propuesta cabe mencionar como ejemplo lo que Dinerstein (1987), puntualiza: "En la consulta que los padres hacen por un niño es imprescindible, antes de aceptar al paciente en análisis, determinar: 1o. Si efectivamente lo que los padres están solicitando es un psicoanálisis, 2o. de quién y para quien es la demanda y 3o. en caso de una respuesta afirmativa a la primera pregunta y descartado que sea una forma de solicitar ayuda para uno de ellos es ineludible delimitar si este pedido corresponde a uno articulado a un deseo del niño de analizarse" (pág.109).

Freud (1920) en su obra titulada Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina, alude a esta problemática señalando lo siguiente: "Todos los días, es cierto, ocurre que un marido acude al médico con esta información: 'Mi mujer es neurótica, por eso nos llevamos mal; cúrela usted, para que podamos llevar de nuevo una vida matrimonial dichosa'. Pero con harta frecuencia resulta que un encargo así es incumplible, vale decir, que el médico no puede producir el resultado en vista del cual el marido deseaba el tratamiento. Tan pronto la mujer queda liberada de sus inhibiciones neuróticas, se impone la disolución del matrimonio, cuyo mantenimiento sólo era posible bajo la premisa de la neurosis de ella. O unos padres demandan que se cure a su hijo, que es neurótico e indócil. Por hijo sano entienden ellos uno que no ocasione dificultades a sus padres y no les provoque sino contento. El médico puede lograr, sí, el restablecimiento del hijo, pero tras la curación él emprende su propio camino más decididamente, y los padres quedan más insatisfechos que antes. En suma, no es indiferente que un individuo llegue al análisis por anhelo propio o lo haga porque otros lo llevaron; que él mismo desee cambiar o sólo quieren ese cambio sus allegados, las personas que lo aman, o de quienes debiera esperarse ese amor" (pág.144).

Si se sabe escuchar entonces, no sólo de quién y para quién es la demanda sino también qué es lo que se demanda, es posible que se de esa operación que se menciona, mediante la cual aquél que efectúa dicha demanda, puede devenir analizante, en el sentido de ser él quien se plantea un interrogante o queja que le es difícil presentar como propia.

-Se propone que al efectuar un estudio sobre deserción, las entrevistas sean en el domicilio de la persona que ha desertado, pues al rescatar experiencias de lo sucedido en investigaciones sobre este tema, se optó por ya no recurrir al cuestionario sujeto a devolución por correo, o a la llamada telefónica, pues existe el antecedente de que no se recibe respuesta. Por ello se decidió por la visita domiciliaria, visita que fue efectuada por alumnos que colaboraron en el proyecto y que previa capacitación, tuvieron como tarea el discernir la problemática del paciente y el motivo de la deserción.

-Se sugiere la restricción de la utilización en forma generalizada, de la técnica de admisión grupal denominada Grupo de Admisión y Espera, pues se tiene que como se señaló en el capítulo anterior, no obstante que la mayoría de los psicoterapeutas están de acuerdo en considerar que se logra una detección y esclarecimiento de la problemática de los pacientes y, que las intervenciones así como las indicaciones aportadas por el coordinador del G.A.E. son pertinentes, se concluye que es importante tener presente que la demanda de cada sujeto es tan particular, que en esa medida debe ser la respuesta a la misma. Pues aun cuando se reconoce el valor del efecto producido por la dinámica grupal entre las diferentes personas que vivieron esta experiencia, no se puede hacer a un lado el reconocer la singularidad que representa un caso clínico. Además de considerar que la deserción acontecida antes de acudir al G.A.E. fue bastante elevada (37% de las

solicitudes de atención efectuadas). Por ello se propone que esta técnica podrá ser utilizada en aquellos momentos en que la recepción individual se vea rebasada por la cantidad de la demanda. La utilización de esta técnica cobraría así un sentido operativo, articulándose en forma congruente con las características y las necesidades de las personas que solicitan atención, así como atendiendo a las características y limitantes de la institución.

-Se sugiere el considerar que existen espacios en los que la utilización de esta técnica puede ser más asidua y congruente, como lo es el caso del ámbito hospitalario por ejemplo, en donde dependiendo del área de especialización y sobre todo en el caso de padecimientos crónicos, puede ser un medio útil que brinde un espacio en el que no sólo se puedan ventilar preocupaciones comunes, sino además constituirse como un recurso diagnóstico que indique, en cuáles casos sería recomendable la iniciación de un tratamiento psicoterapéutico.

-Finalmente se propone que en base al desarrollo en la ejecución de este proyecto y por experiencia previas, el considerar por demás necesario, el que toda propuesta de intervención o de asistencia, tenga como soporte un proyecto de investigación, pues además de evitar que la información que brinde la experiencia se pierda, permite abordar el fenómeno en cuestión con un ordenamiento, que clarifica a su vez las acciones a desarrollar, así como los alcances y limitaciones que se puedan tener, haciendo nuevas propuestas en su caso y evitando que se haga difuso el cúmulo de información.

La presente investigación se planteó como objetivo primordial, encontrar nuevas propuestas técnicas situadas en el contexto de la clínica universitaria, para el funcionamiento de la técnica de admisión grupal denominada Grupo de Admisión y Espera, pretendiendo de esta forma beneficiar a los pacientes, favorecer la articulación con el tratamiento e intentando dar una respuesta pragmática y eficaz a la demanda excesiva de servicio psicoterapéutico.

Al registrar el tipo de solicitud de ayuda que se le hace a la institución, se encontró que el 36% de la misma correspondió a la problemática de pareja.

Al efectuar una observación estructurada y hacer el análisis de las categorías observadas en los fenómenos grupales, se pudo observar que se da una importante articulación entre éstas, permitiendo registrar en forma eficaz la dinámica grupal que se generó en los grupos trabajados.

Se encontró que mediante la aplicación de esta técnica sí se brinda continencia terapéutica y se logra una detección y esclarecimiento de la problemática de los pacientes, permitiéndoles una primera aproximación al conocimiento de lo que implica un tratamiento psicoterapéutico y, facilitando además la articulación con el tratamiento, lográndose con ello eficacia en el servicio prestado.

Se sugiere sin embargo, que la utilización del Grupo de Admisión y Espera no sea en forma generalizada, sino que esta técnica sea aplicada en forma congruente con las características y necesidades tanto de las personas que solicitan el servicio, como atendiendo a las características y limitantes de la institución.

Al analizar la problemática sobre la deserción, se encontró que ésta se presentó con mayor frecuencia en aquellos casos en que el sujeto es sintónico con su problemática y, en aquellos otros en que está acentuada la gravedad en la psicopatología, estando esto asociado además con la incapacidad clínica del psicoterapeuta por su inexperiencia y encontrando también como factor contribuyente, que no todo paciente sostiene el compromiso de analizar su deseo.

A P E N D I C E S

APENDICE
A

CENTRAL DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD
CE.SE.CO. CENTRO

Explique los motivos y razones que le hicieron venir a solicitar atención a esta Institución.

CENTRAL DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD

CE.SE.CO.-CENTRO

Para tener una imagen lo mas clara posible de su persona, describase usted mismo ampliamente.

CENTRAL DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD

DATOS PERSONALES

NUM. DE EXP. _____

1. FECHA: _____
 Año Mes Día

NOMBRE: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

TELEFONO: _____ TELEFONO OFICINA: _____

LUGAR DONDE TRABAJA: _____

DIRECCION: _____

2. SEXO: FEMENINO () MASCULINO ()

3. FECHA DE NACIMIENTO: _____
 Año Mes Día

4. RELIGION: _____

5. EDAD (Años cumplidos): _____

6. LUGAR DE PROCEDENCIA: _____
 Pueblo Ciudad Estado

7. ESTADO CIVIL:

- a) SOLTERO () c) VIUDO () e) UNION LIBRE () g) BIGAMO ()
b) CASADO () d) DIVORCIADO () f) SEPARADO ()

8. ¿HA ESTADO CASADO ANTERIORMENTE? SI () NO ()
SI CONTESTO SI, ¿CUANTAS VECES? _____

9. ¿CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE?:

- a) CON SUS PADRES () e) CON SU PROPIA FAMILIA ()
b) SOLO () f) CON PARIENTES ()
c) CON AMIGOS () g) OTROS ()
d) EN PAREJA ()

10. ESTADO ACTUAL DE SALUD:

- a) EXCELENTE () c) REGULAR ()
b) BUENO () d) MALO ()

11. MENCIONE LAS ENFERMEDADES SERIAS QUE HA PADECIDO:

EDAD:

12. ¿HA TENIDO ANTERIORMENTE ASESORIA PSICOLOGICA O PSICOTERAPIA?

SI () NO ()

13. EN CASO AFIRMATIVO, ¿DE QUE TIPO?: _____

NOMBRE DEL TERAPEUTA O ASESOR: _____

DURACION: _____ CUANTAS VECES POR SEMANA: _____

RAZONES POR LAS CUALES SOLICITO ASISTENCIA TERAPEUTICA ENTONCES:

HISTORIA ESCOLAR:

14. EDAD EN QUE INGRESO A LA ESCUELA POR PRIMERA VEZ: _____

15. EDAD EN QUE INGRESO A LA PRIMARIA: _____

16. QUE TIPO DE ESCUELA ERA:

- | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------------|-----|
| a) PUBLICA DE HOMBRES | () | f) PRIVADA LAICA MIXTA | () |
| b) PUBLICA DE MUJERES | () | g) PRIVADA RELIGIOSA HOMBRES | () |
| c) PUBLICA MIXTA | () | h) PRIVADA RELIGIOSA MUJERES | () |
| d) PRIVADA LAICA HOMBRES | () | i) PRIVADA RELIGIOSA MIXTA | () |
| e) PRIVADA LAICA MUJERES | () | | |

17. QUE TIPO DE ESTUDIANTE ERA:

EXCELENTE () BUENO () REGULAR () MALO ()

18. COMO SE DESCRIBIRIA DURANTE ESTA ETAPA: (Puede marcar hasta 3)

- | | | | | | |
|-----------------|-----|-------------|-----|--------------------------|-----|
| a) PASIVO | () | d) ACTIVO | () | g) TRANQUILO | () |
| b) COMUNICATIVO | () | e) AISLADO | () | h) REBELDE | () |
| c) SOCIABLE | () | f) RETRAIDO | () | i) INTRANQUILO, INQUIETO | () |

19. MENCIONE DOS DE LOS RECUERDOS MAS IMPORTANTES DE ESTA ETAPA:

a) _____

b) _____

COMO SE SENTIO DURANTE ESTAS EXPERIENCIAS:

20. EDAD EN QUE INICIO LA SECUNDARIA: _____

EDAD EN QUE TERMINO LA SECUNDARIA: _____

21. ¿CUAL FUE SU PROMEDIO GENERAL EN SECUNDARIA?: _____

22. ¿QUE TIPO DE ESCUELA ERA?:

- | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------------|-----|
| a) PUBLICA DE HOMBRES | () | f) PRIVADA LAICA MIXTA | () |
| b) PUBLICA DE MUJERES | () | g) PRIVADA RELIGIOSA HOMBRES | () |
| c) PRIVADA MIXTA | () | h) PRIVADA RELIGIOSA MUJERES | () |
| d) PRIVADA LAICA HOMBRES | () | i) PRIVADA RELIGIOSA MIXTA | () |
| e) PRIVADA LAICA MUJERES | () | | |

23. ¿REPROBO ALGUN AÑO?

- | | | | |
|-----|-----|----------------|-----|
| NO | () | 1o. y 2o. | () |
| 1o. | () | 1o. y 3o. | () |
| 2o. | () | 2o. y 3o. | () |
| 3o. | () | 1o., 2o. y 3o. | () |

RAZONES: _____

MENCIONE LAS MATERIAS REPROBADAS:

_____	RAZON:	_____
_____	RAZON:	_____
_____	RAZON:	_____

24. ¿COMO SE DESCRIBIRIA DURANTE ESTA ETAPA: (Puede marcar hasta 3)

- | | | | | | |
|-----------------|-----|-------------|-----|--------------------------|-----|
| a) PASIVO | () | d) ACTIVO | () | g) TRANQUILO | () |
| b) COMUNICATIVO | () | e) AISLADO | () | h) REBELDE | () |
| c) SOCIABLE | () | f) RETRAIDO | () | i) INTRANQUILO, INQUIETO | () |

¿CUALES FUERON SUS PRINCIPALES INQUIETUDES Y PROBLEMAS DURANTE ESA EPOCA?

25. ¿QUE TIPO DE ESTUDIANTE ERA?

- | | | | | | | | |
|--------------|-----|-------|-----|---------|-----|------|-----|
| a) EXCELENTE | () | BUENO | () | REGULAR | () | MALO | () |
|--------------|-----|-------|-----|---------|-----|------|-----|

26. EDAD EN QUE INICIO LA PREPARATORIA: _____

EDAD EN QUE TERMINO LA PREPARATORIA: _____

27. ¿QUE TIPO DE ESCUELA ERA?:

- | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------------|-----|
| a) PUBLICA DE HOMBRES | () | f) PRIVADA LAICA MIXTA | () |
| b) PUBLICA DE MUJERES | () | g) PRIVADA RELIGIOSA HOMBRES | () |
| c) PRIVADA MIXTA | () | h) PRIVADA RELIGIOSA MUJERES | () |
| d) PRIVADA LAICA HOMBRES | () | i) PRIVADA RELIGIOSA MIXTA | () |
| e) PRIVADA LAICA MUJERES | () | | |

28. ¿CUAL FUE SU PROMEDIO GENERAL EN LA PREPARATORIA? _____

MENCIONE AQUELLAS MATERIAS QUE NO LE AGRADARON:

RAZON: _____

RAZON: _____

RAZON: _____

RAZON: _____

29. ¿COMO SE DESCRIBIRIA EN ESTA ETAPA?:

a) PASIVO () d) ACTIVO () g) TRANQUILO ()
b) COMUNICATIVO () e) AISLADO () h) REBELDE ()
c) SOCIABLE () f) RETRAIDO () i) INTRANQUILO, INQUIETO ()

30. EDAD EN QUE INICIO SUS ESTUDIOS PROFESIONALES: _____

31. ¿HA HECHO CAMBIO DE CARRERA? SI () NO ()
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LAS RAZONES: _____

32. ¿QUE INFLUYO EN LA ELECCION DE SU CARRERA: _____

HISTORIA LABORAL:

33. ¿TRABAJA ACTUALMENTE? SI () NO ()
NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

34. TIPO DE TRABAJO: FIJO () EVENTUAL ()

35. ¿EN QUE CONSISTE SU TRABAJO? _____

36. NUMERO DE HORAS DIARIAS DE TRABAJO: _____

37. SUELDO MENSUAL:

a) SIN SUELDO () d) DE UNO A DOS SALARIOS MINIMOS ()
b) MENOS DE UN SALARIO MINIMO () e) DE TRES A CINCO SALARIOS MINIMOS ()
c) UN SALARIO MINIMO () f) MAS DE CINCO SALARIOS MINIMOS ()

38. NUMERO DE EMPLEOS QUE HA TENIDO: _____
(DESGLOSAR EN EL ANEXO I)

DATOS FAMILIARES:

39. MATRIMONIOS PREVIOS O POSTERIORES DEL PADRE: SI () NO ()
¿CUANTOS? _____

40. MATRIMONIOS PREVIOS O POSTERIORES DE LA MADRE: SI () NO ()
¿CUANTOS? _____

41. MATRIMONIOS PREVIOS DE LA ESPOSA (ESPOSO) SI () NO ()
¿CUANTOS? _____

42. EXISTEN O HAN EXISTIDO PROBLEMAS DE SALUD IMPORTANTES EN LA FAMILIA:
SI () NO ()

43. EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE DESCRIBIRLOS: _____

44. ¿SE HAN PRESENTADO ALTERACIONES EMOCIONALES EN ALGUNO O VARIOS MIEMBROS DE LA FAMILIA?

- | | | |
|-----------------|-------------------------------------|------------------------------|
| a) NINGUNO () | f) TIOS () | k) PADRE, MADRE, TIOS () |
| b) PADRE () | g) PRIMOS () | l) HERMANA, ABUELO, TIOS () |
| c) MADRE () | h) OTROS () | m) SOBRINOS () |
| d) HERMANOS () | i) PADRE, MADRE Y HERMANOS () | n) HIJOS () |
| e) ABUELOS () | j) PADRE, MADRE, TIOS Y ABUELOS () | ñ) MADRE, HERMANOS, TIOS () |

45. ¿CUALES FUERON LOS PROBLEMAS? _____

46. ¿SE BUSCO ALGUN TIPO DE AYUDA? SI () NO ()
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE: LUGAR, TIEMPO Y TIPO DE AYUDA RECIBIDA:

¿QUE ESPERA RECIBIR DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS? _____

ANEXO No. 1

NOMBRE DE LA EMPRESA	TIPO DE ACTIVIDAD	FECHAS		SUELDO		RAZONES DE SEPARACION
		DE	A	INICIAL	FINAL	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

APENDICE
B

OBSERVACION ESTRUCTURADA

	la. sesión.	2a. sesión.	3a. sesión.	Secuencia Dinámica.
Antecedentes				
Comunicación Grupal				
Interacción Grupal				
Interestimulación en el grupo.				
Atmósfera Grupal				
Simpatías y Antipatías dentro del Grupo.				
Inducción.				

	1a. sesión	2a. sesión	3a. sesión	Secuencia Dinámica.
Identificación				
Asimilación				
Cohesión Grupal				
Polaridad				
Intensificación Emocional				
Roles				

CUESTIONARIO

SEXO _____

EDAD _____

ESCOLARIDAD _____

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer cuál es su opinión, sobre el Grupo de Admisión de esta institución en el cual usted ha recibido su primera atención.

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y escoja de entre las opciones de respuesta, marcando con una cruz X, aquella que más se ajuste a lo que usted piensa. No deje ninguna pregunta sin contestar.

En el grupo me sentí:

	MUCHO	REGULAR	NADA
ORIENTADO.....	()	()	()
BENEFICIADO.....	()	()	()
TRANQUILIZADO.....	()	()	()
A DISGUSTO.....	()	()	()
ESCUCHADO.....	()	()	()
AYUDADO.....	()	()	()
ACEPTADO.....	()	()	()
ABURRIDO.....	()	()	()
DEFRAUDADO.....	()	()	()
SATISFECHO.....	()	()	()
IGNORADO.....	()	()	()
CORRESPONDIDO.....	()	()	()
RECHAZADO.....	()	()	()
AGREDIDO.....	()	()	()
ANGUSTIADO.....	()	()	()
REGAÑADO.....	()	()	()
ALENTADO.....	()	()	()
SALVADO.....	()	()	()

En el grupo me sentí:

	MUCHO	REGULAR	NADA
TRATADO CON RESPETO.....	()	()	()
QUE SE ME CONDENABA.....	()	()	()
EN CONFIANZA.....	()	()	()
APOYADO.....	()	()	()
ENTENDIDO.....	()	()	()
PUESTO EN RIDICULO.....	()	()	()
QUE SE INTERESARON POR MI.....	()	()	()
ENOJADO.....	()	()	()
ALIVIADO.....	()	()	()
TRATADO CON INDIFERENCIA.....	()	()	()
CULPADO.....	()	()	()
AGUSTO.....	()	()	()
EXHIBIDO.....	()	()	()
INCOMPRENDIDO.....	()	()	()
CRITICADO.....	()	()	()
RESPALDADO.....	()	()	()
TRATADO CON ENFADO.....	()	()	()
COMPRENDIDO.....	()	()	()
LASTIMADO.....	()	()	()
INSATISFECHO.....	()	()	()
CONTENTO.....	()	()	()
INSULTADO.....	()	()	()

Si tuvo usted alguna otra sensación escríbala por favor en las siguientes líneas:

CUESTIONARIO

SEXO _____

EDAD _____

El presente cuestionario tiene como finalidad, evaluar la pertinencia de que los pacientes que acuden a la Central de Servicios a la Comunidad, perteneciente a la Facultad de Psicología, pasen por el Grupo de Admisión y Espera, antes de ser canalizados a tratamiento.

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y escoja de entre las opciones de respuesta, marcando con una cruz X sobre las palabras que aparecen, aquella que más se ajuste a lo que usted piensa. No deje ninguna pregunta sin contestar.

Nota: En cada una de las siguientes preguntas aparecerá abreviado Grupo de Admisión y Espera en la forma en que se indica: G.A.E.

1. Pienso que en el G.A.E. se tuvo dificultades para detectar la problemática central de mi paciente.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

2. Sería recomendable que todos los pacientes pasaran por el G.A.E. antes de ser derivados a tratamiento.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

3. Pienso que mi paciente pudo comprender lo que implica un tratamiento psicológico, por el hecho de haber pasado por el G.A.E.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

4. Pienso que en el G.A.E. se detectó claramente la problemática central de mi paciente.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

5. Considero que algunas intervenciones que se tuvieron con mi paciente en el G.A.E. fueron inadecuadas.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

6. Pienso que fue más fácil el contacto inicial con el paciente que me fue derivado del G.A.E., a diferencia de aquellos otros que no han tenido esa experiencia.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

7. Considero que algunas de las indicaciones que me fueron sugeridas por el coordinador del G.A.E., no fueron del todo apropiadas.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

8. Sería recomendable que no todos los pacientes pasaran por el G.A.E. antes de ser derivados a tratamiento.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

9. Pienso que se me dificultó un poco el contacto inicial con el paciente, por haber pasado éste por el G.A.E.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

10. Pienso que las indicaciones que fueron sugeridas por el coordinador del G.A.E., me fueron indispensables para poder desarrollar el trabajo terapéutico con mi paciente.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

APENDICE
C

CUESTIONARIO No. 2 (CONTINENCIA TERAPEUTICA)

ANALISIS DE FRECUENCIA

Campo:	Valor	Frecuencia	%	% Válido
	62	100.0	100.0	100.0
TOTAL	62	100.0	100.0	

Casos Validados 62 Casos con Error 0

Campo:

NS

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	1	1.6	1.6	1.6
2	1	1.6	1.6	3.2
3	1	1.6	1.6	4.8
4	1	1.6	1.6	6.5
5	1	1.6	1.6	8.1
6	1	1.6	1.6	9.7
7	1	1.6	1.6	11.3
8	1	1.6	1.6	12.9
9	1	1.6	1.6	14.5
10	1	1.6	1.6	16.1
11	1	1.6	1.6	17.7
12	1	1.6	1.6	19.4
13	1	1.6	1.6	21.0
14	1	1.6	1.6	22.6
15	1	1.6	1.6	24.2
16	1	1.6	1.6	25.8
17	1	1.6	1.6	27.4
18	1	1.6	1.6	29.0
19	1	1.6	1.6	30.6
20	1	1.6	1.6	32.3
21	1	1.6	1.6	33.9
22	1	1.6	1.6	35.5
23	1	1.6	1.6	37.1
24	1	1.6	1.6	38.7
25	1	1.6	1.6	40.3
26	1	1.6	1.6	41.9
27	1	1.6	1.6	43.5
28	1	1.6	1.6	45.2
29	1	1.6	1.6	46.8

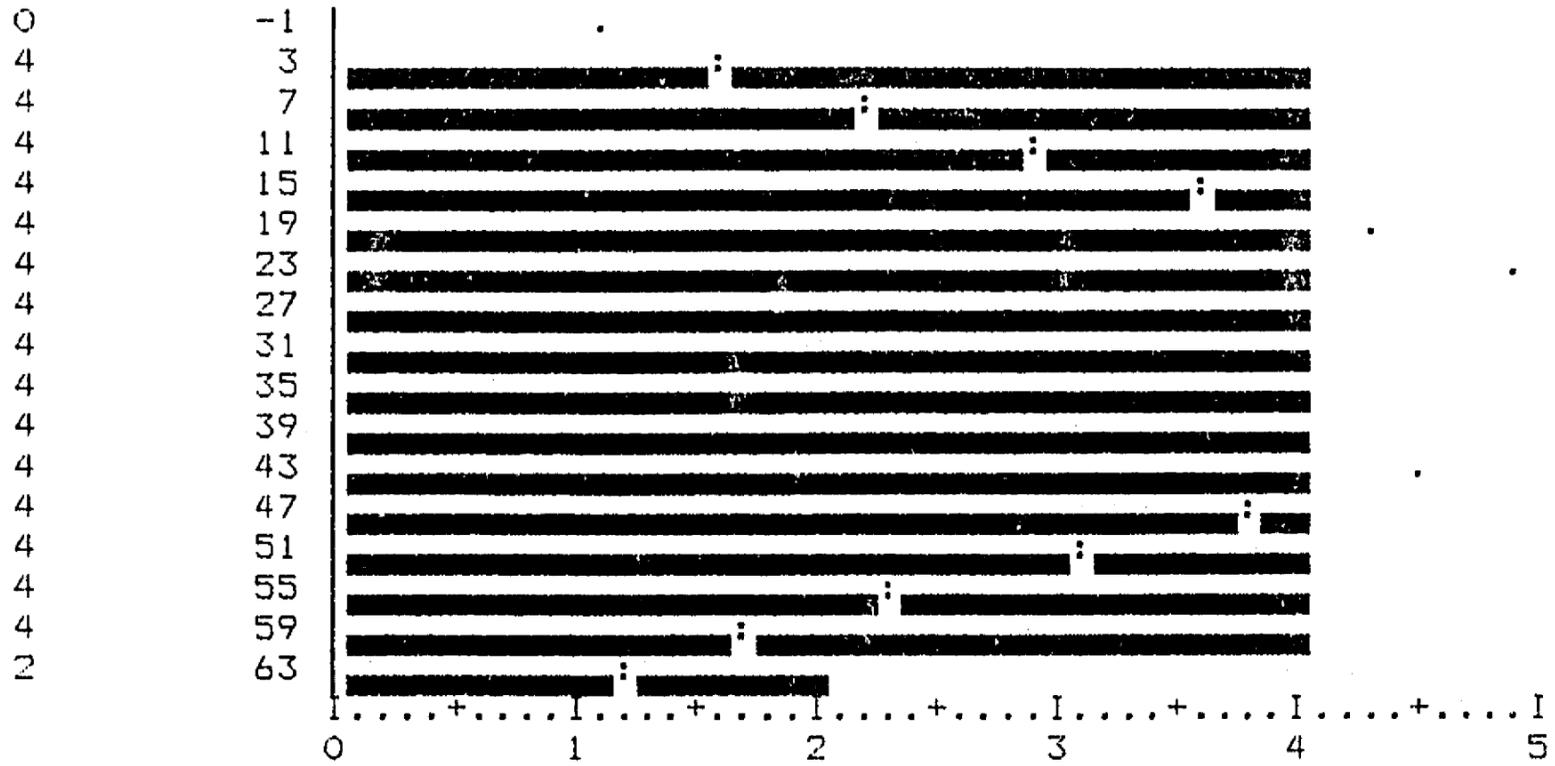
Campo:

NS

30	1	1.6	1.6	48.4
31	1	1.6	1.6	50.0
32	1	1.6	1.6	51.6
33	1	1.6	1.6	53.2
34	1	1.6	1.6	54.8
35	1	1.6	1.6	56.5
36	1	1.6	1.6	58.1
37	1	1.6	1.6	59.7
38	1	1.6	1.6	61.3
39	1	1.6	1.6	62.9
40	1	1.6	1.6	64.5
41	1	1.6	1.6	66.1
42	1	1.6	1.6	67.7
43	1	1.6	1.6	69.4
44	1	1.6	1.6	71.0
45	1	1.6	1.6	72.6
46	1	1.6	1.6	74.2
47	1	1.6	1.6	75.8
48	1	1.6	1.6	77.4
49	1	1.6	1.6	79.0
50	1	1.6	1.6	80.6
51	1	1.6	1.6	82.3
52	1	1.6	1.6	83.9
53	1	1.6	1.6	85.5
54	1	1.6	1.6	87.1
55	1	1.6	1.6	88.7
56	1	1.6	1.6	90.3
57	1	1.6	1.6	91.9
58	1	1.6	1.6	93.5
59	1	1.6	1.6	95.2
60	1	1.6	1.6	96.8
61	1	1.6	1.6	98.4
62	1	1.6	1.6	100.0
TOTAL	62	100.0	100.0	

NS

Cálculo Punto Medio



Histograma de Frecuencias

NS

Media	31.5
Mediana	31.5
Moda	1
Std Dev	18.04
Std Err	2.29
Rango	61
Mínimo	1
Máximo	62

Casos Validados 62 Casos con Error 0

Campo:

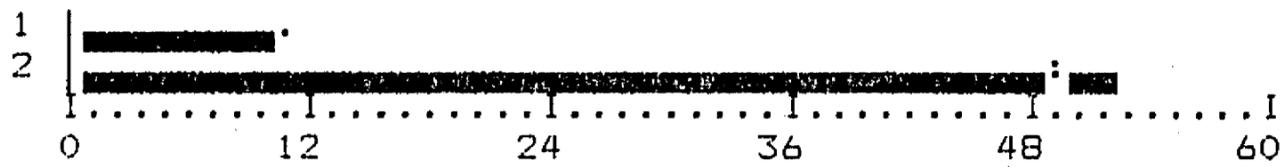
SEXO

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	10	16.1	16.1	16.1
2	52	83.9	83.9	100.0
TOTAL		62	100.0	

Cálculo

Valor

10
52



Histograma de Frecuencias

SEXO

Media	1.83
Mediana	2
Moda	2
Std Dev	0.37
Std Err	0.04
Rango	1
Mínimo	1
Máximo	2

Casos Validados 62 Casos con Error 0

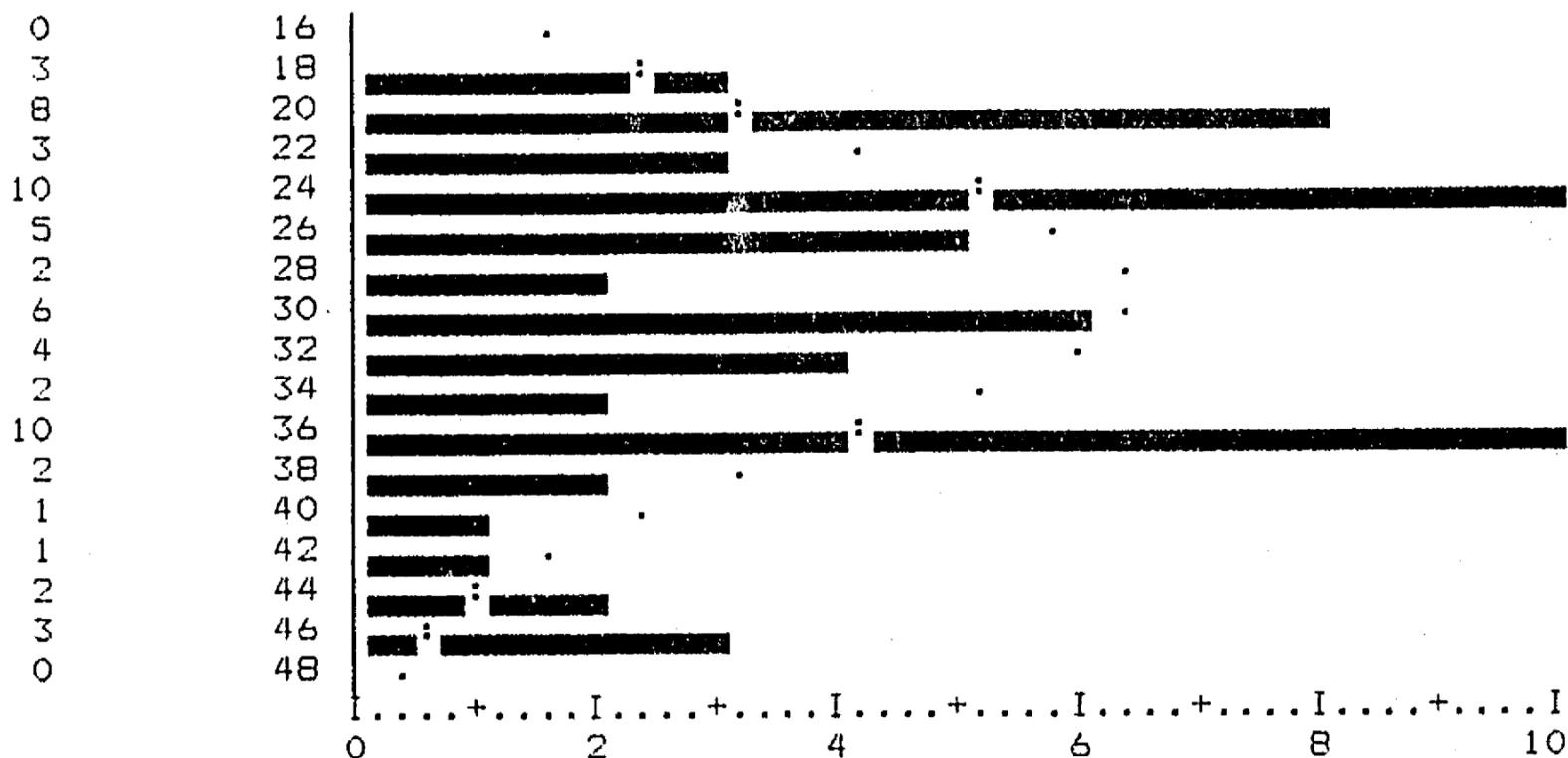
Campo:

EDAD

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
18	3	4.8	4.8	4.8
19	2	3.2	3.2	8.1
20	6	9.7	9.7	17.7
21	2	3.2	3.2	21.0
22	1	1.6	1.6	22.6
23	3	4.8	4.8	27.4
24	7	11.3	11.3	38.7
25	2	3.2	3.2	41.9
26	3	4.8	4.8	46.8
27	1	1.6	1.6	48.4
28	1	1.6	1.6	50.0
30	6	9.7	9.7	59.7
31	3	4.8	4.8	64.5
32	1	1.6	1.6	66.1
33	1	1.6	1.6	67.7
34	1	1.6	1.6	69.4
35	7	11.3	11.3	80.6
36	3	4.8	4.8	85.5
37	1	1.6	1.6	87.1
38	1	1.6	1.6	88.7
40	1	1.6	1.6	90.3
42	1	1.6	1.6	91.9
44	2	3.2	3.2	95.2
45	2	3.2	3.2	98.4
46	1	1.6	1.6	100.0
TOTAL	62	100.0	100.0	

EDAD

Cálculo Punto Medio



Histograma de Frecuencias

EDAD

Media	29.06
Mediana	29
Moda	24
Std Dev	7.81
Std Err	0.99
Rango	28
Mínimo	18
Máximo	46

Casos Validados 62 Casos con Error 0

Campo:

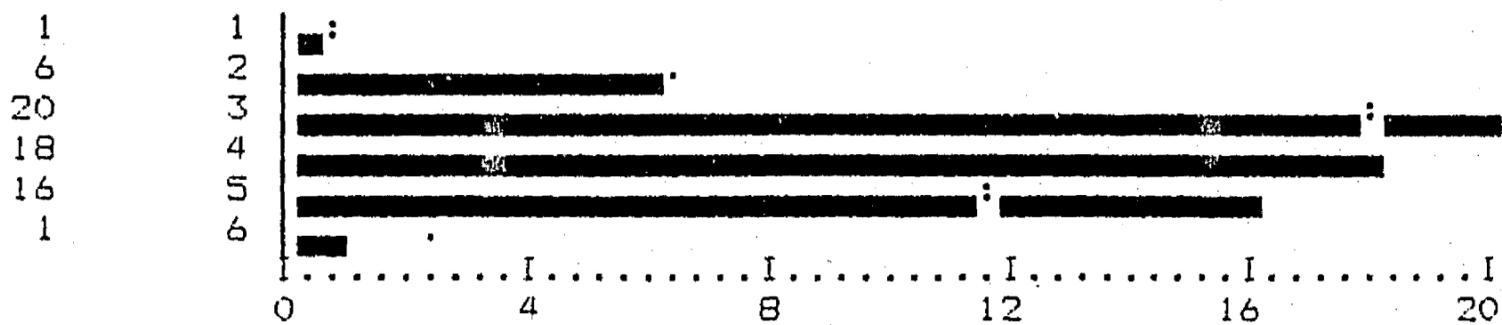
ESCOLARIDAD

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	1	1.6	1.6	1.6
2	6	9.7	9.7	11.3
3	20	32.3	32.3	43.5
4	18	29.0	29.0	72.6
5	16	25.8	25.8	98.4
6	1	1.6	1.6	100.0
TOTAL	62	100.0	100.0	

ESCOLARIDAD

Cálculo

Valor



Histograma de Frecuencias

Media	3.72
Mediana	4
Moda	3
Std Dev	1.05
Std Err	0.13
Rango	5
Mínimo	1
Máximo	6

Casos Validados 62 Casos con Error 0

Campo:

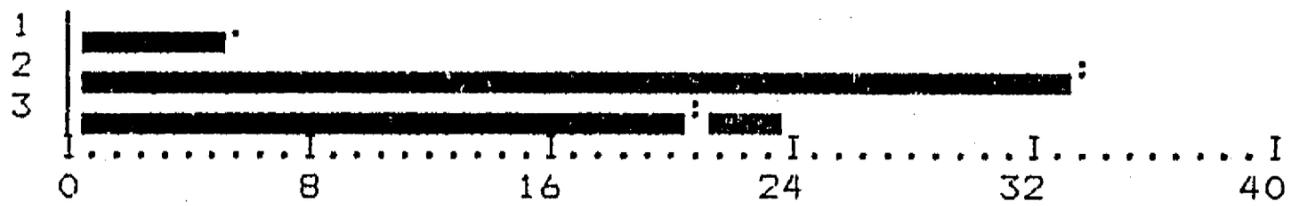
Respuesta No. 1

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	5	8.1	8.1	8.1
2	34	54.8	54.8	62.9
3	23	37.1	37.1	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor

5
34
23



Histograma de Frecuencias

R1

Media 2.29
Std Err 0.07
Mediana 2
Moda 2
Std Dev 0.61
Rango 2
Mínimo 1
Máximo 3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

Campo:

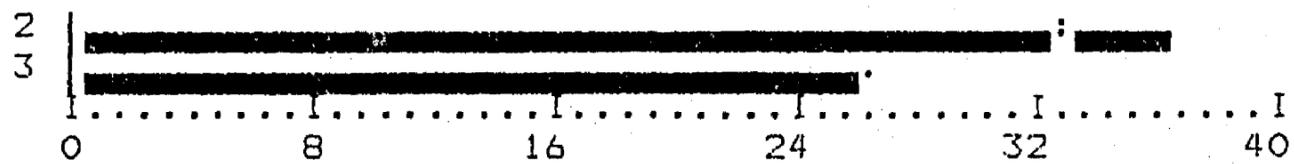
Respuesta No. 2

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	36	58.1	58.1	58.1
3	26	41.9	41.9	100.0
<hr/>				
TOTAL	62	100.0	100.0	

Cálculo

Valor

36
26



Histograma de Frecuencias

R2

Media 2.41
Mediana 2
Moda 2
Std Dev 0.49
Std Err 0.06
Rango 1
Mínimo 2
Máximo 3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

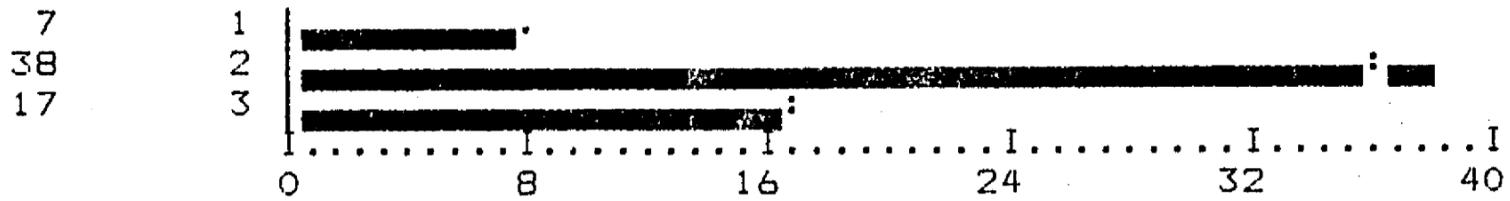
10.-

Campo:

Respuesta No. 3

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	7	11.3	11.3	11.3
2	38	61.3	61.3	72.6
3	17	27.4	27.4	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo Valor



Histograma de Frecuencias

R3

Media	2.16
Mediana	2
Moda	2
Std Dev	0.60
Std Err	0.07
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

11.-

Campo:

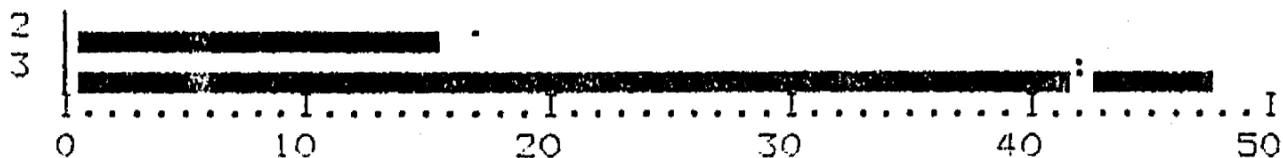
Respuesta No. 4

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	15	24.2	24.2	24.2
3	47	75.8	75.8	100.0
<hr/>				
TOTAL	62	100.0	100.0	

Cálculo

Valor

15
47



Histograma de Frecuencias

R4

Media	2.75
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.43
Std Err	0.05
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

12.-

Campo:

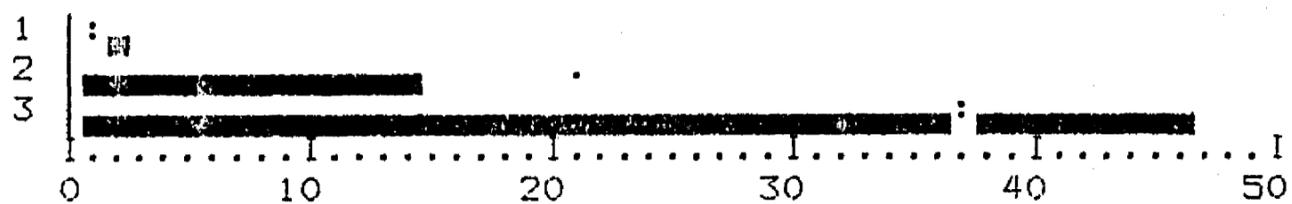
Respuesta No. 5

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	2	3.2	3.2	3.2
2	14	22.6	22.6	25.8
3	46	74.2	74.2	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor

2
14
46



Histograma de Frecuencias

R5

Media	2.71
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.52
Std Err	0.06
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

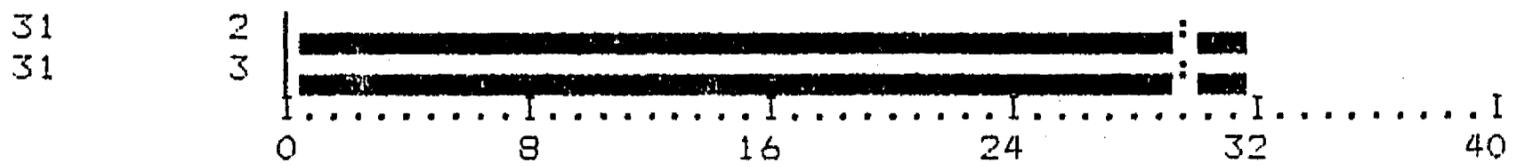
13.-

Campo:

Respuesta No. 6

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	31	50.0	50.0	50.0
3	31	50.0	50.0	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo Valor



Histograma de Frecuencias

R6

Media	2.5
Mediana	2.5
Moda	2
Std Dev	0.5
Std Err	0.06
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

14.-

Campo:

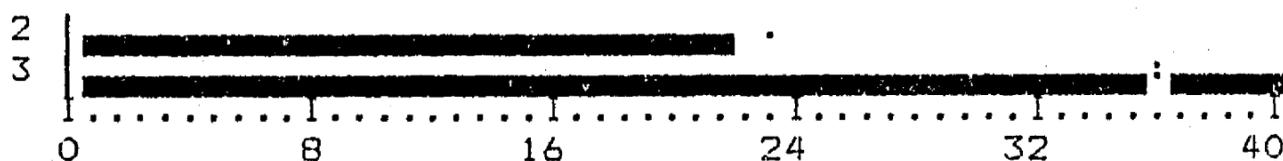
Respuesta No. 7

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	22	35.5	35.5	35.5
3	40	64.5	64.5	100.0
<hr/>				
TOTAL	62	100.0	100.0	

Cálculo

Valor

22
40



Histograma de Frecuencias

R7

Media	2.64
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.48
Std Err	0.06
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

15.-

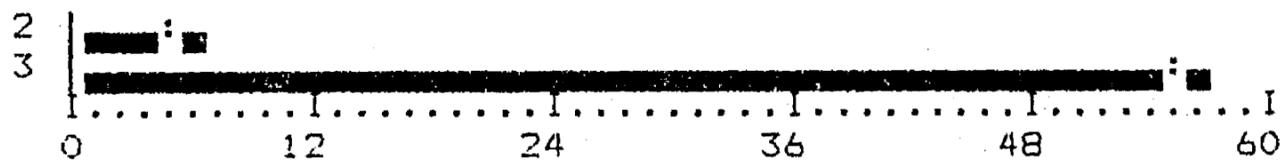
Campo:

Respuesta No. 8

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	6	9.7	9.7	9.7
3	56	90.3	90.3	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo Valor

6
56



Histograma de Frecuencias

R8

Media 2.90
Mediana 3
Moda 3
Std Dev 0.29
Std Err 0.03
Rango 1
Mínimo 2
Máximo 3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

16.-

Campo:

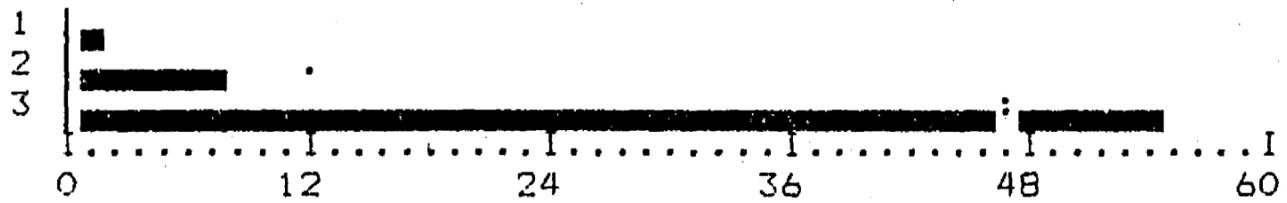
Respuesta No. 9

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	1	1.6	1.6	1.6
2	7	11.3	11.3	12.9
3	54	87.1	87.1	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor

1
7
54



Histograma de Frecuencias

R9

Media	2.85
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.39
Std Err	0.05
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

17.-

Campo:

Respuesta No. 10

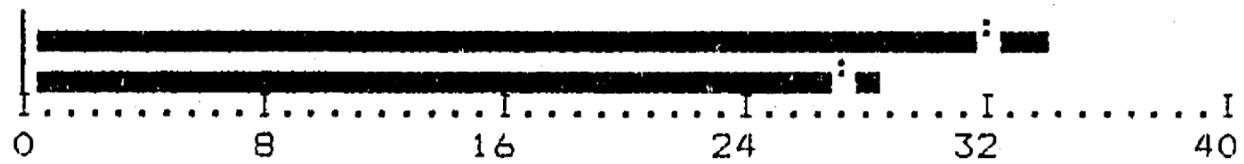
Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	34	54.8	54.8	54.8
3	28	45.2	45.2	100.0
TOTAL		62	100.0	

Cálculo

Valor

34
28

2
3



Histograma de Frecuencias

R10

Media	2.45
Mediana	2
Moda	2
Std Dev	0.5
Std Err	0.06
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

18.-

Campo:

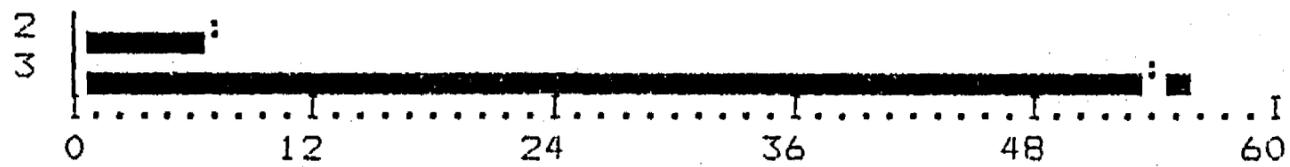
Respuesta No. 11

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	7	11.3	11.3	11.3
3	55	88.7	88.7	100.0
<hr/>				
TOTAL	62	100.0	100.0	

Cálculo

Valor

7
55



Histograma de Frecuencias

R11

Media	2.88
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.31
Std Err	0.04
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

19.-

Campo:

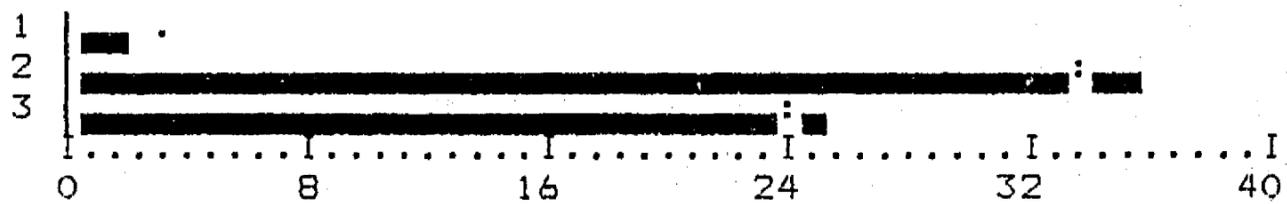
Respuesta No. 12

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	2	3.2	3.2	3.2
2	35	56.5	56.5	59.7
3	25	40.3	40.3	100.0
<hr/>				
TOTAL	62	100.0	100.0	

Cálculo

Valor

2
35
25



Histograma de Frecuencias

R12

Media	2.37
Mediana	2
Moda	2
Std Dev	0.55
Std Err	0.07
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

20.-

Campo:

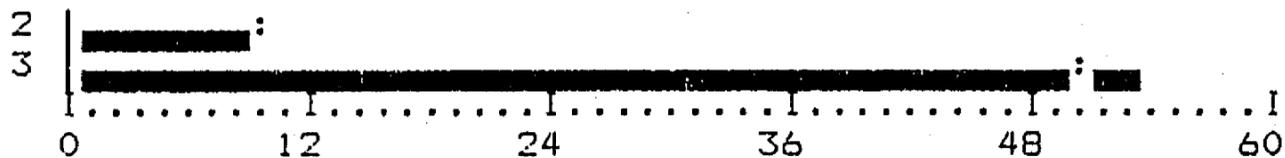
Respuesta No. 13

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	9	14.5	14.5	14.5
3	53	85.5	85.5	100.0
<hr/>				
TOTAL	62	100.0	100.0	

Cálculo

Valor

9
53



Histograma de Frecuencias

R13

Media	2.85
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.35
Std Err	0.04
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

21.-

Campo:

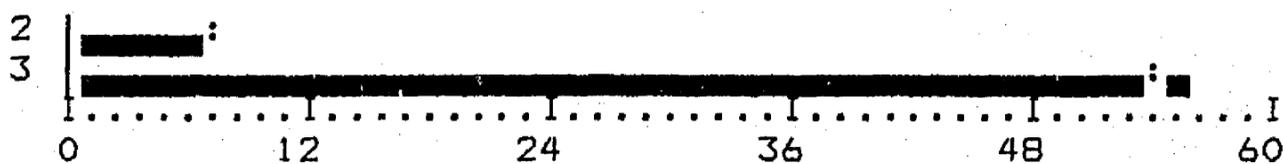
Respuesta No. 14

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	7	11.3	11.3	11.3
3	55	88.7	88.7	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor

7
55



Histograma de Frecuencias

R14

Media	2.88
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.31
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

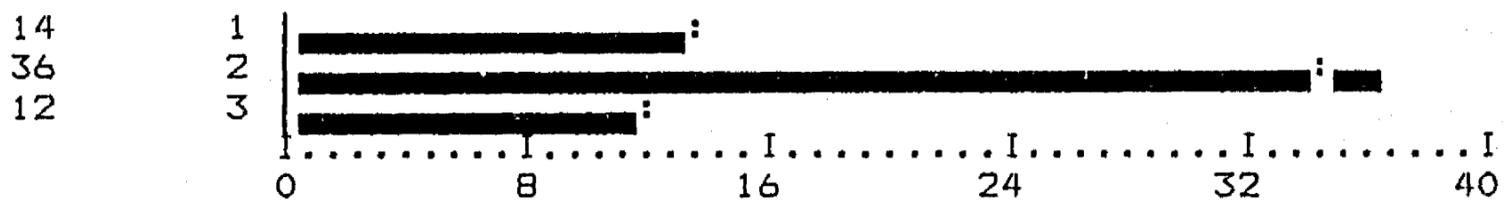
Campo:

Respuesta No. 15

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	14	22.6	22.6	22.6
2	36	58.1	58.1	80.6
3	12	19.4	19.4	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor



Histograma de Frecuencias

R15

Media	1.96
Mediana	2
Moda	2
Std Dev	0.65
Std Err	0.08
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

23.-

Campo:

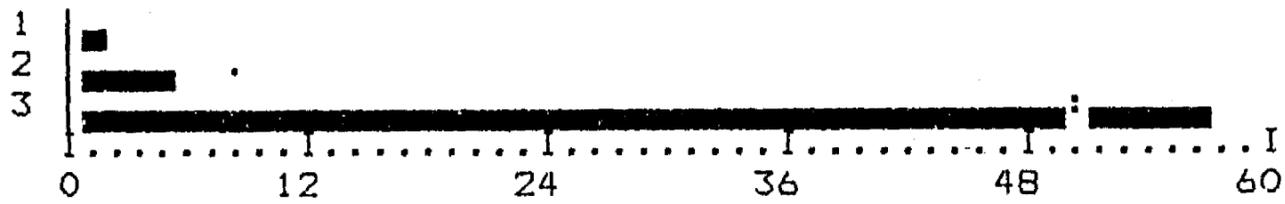
Respuesta No. 16

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	1	1.6	1.6	1.6
2	5	8.1	8.1	9.7
3	56	90.3	90.3	100.0
TOTAL		62	100.0	

Cálculo

Valor

1
5
56



Histograma de Frecuencias

R16

Media 2.88
Mediana 3
Moda 3
Std Dev 0.36
Std Err 0.04
Rango 2
Mínimo 1
Máximo 3

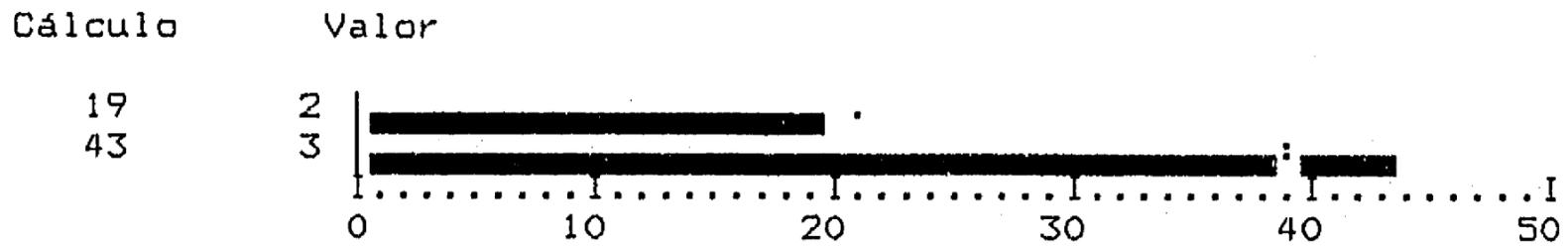
Casos Validados 62 Casos con Error 0

24.-

Campo:

Respuesta No. 17

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	19	30.6	30.6	30.6
3	43	69.4	69.4	100.0
<hr/>				
TOTAL	62	100.0	100.0	



R17

Media	2.69
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.46
Std Err	0.05
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

25.-

Campo:

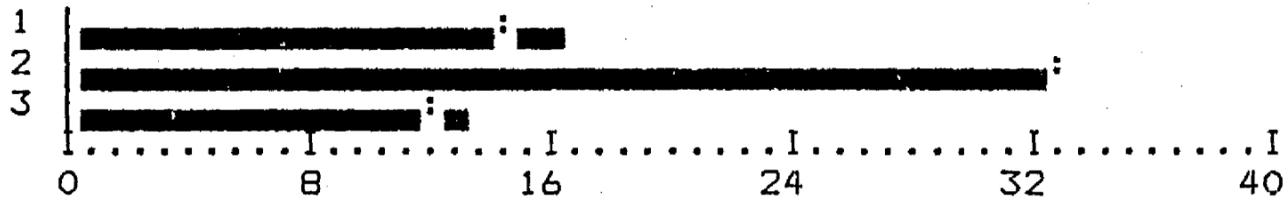
Respuesta No. 18

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	16	25.8	25.8	25.8
2	33	53.2	53.2	79.0
3	13	21.0	21.0	100.0
TOTAL		62	100.0	

Cálculo

Valor

16
33
13



Histograma de Frecuencias

R18

Media 1.95
Mediana 2
Moda 2
Std Dev 0.68
Std Err 0.08
Rango 2
Mínimo 1
Máximo 3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

26.-

Campo:

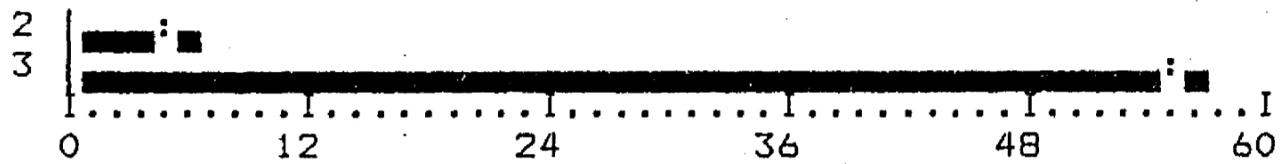
Respuesta No. 19

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	6	9.7	9.7	9.7
3	56	90.3	90.3	100.0
<hr/>				
TOTAL	62	100.0	100.0	

Cálculo

Valor

6
56



Histograma de Frecuencias

R19

Media	2.90
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.29
Std Err	0.03
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

27.-

Campo:

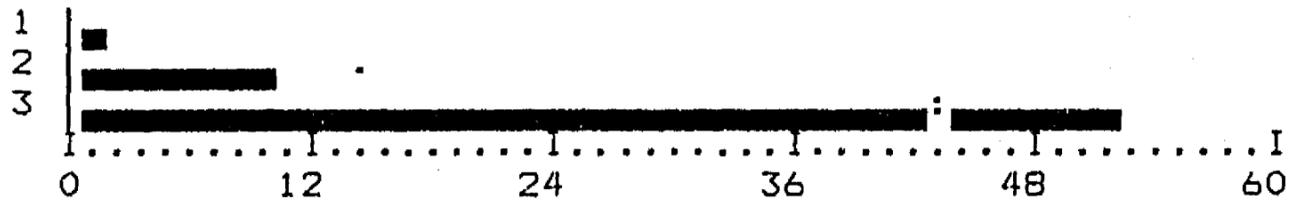
Respuesta No. 20

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	1	1.6	1.6	1.6
2	10	16.1	16.1	17.7
3	51	82.3	82.3	100.0
TOTAL		62	100.0	

Cálculo

Valor

1
10
51



Histograma de Frecuencias

C20

Media	2.8
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.43
Std Err	0.08
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

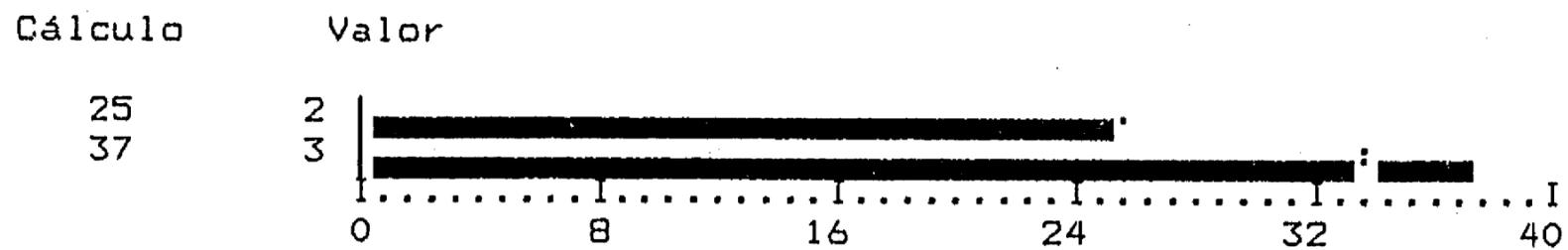
0

28.-

Campo:

Respuesta No. 21

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	25	40.3	40.3	40.3
3	37	59.7	59.7	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0



R21

Media	2.59
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.49
Std Err	0.06
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

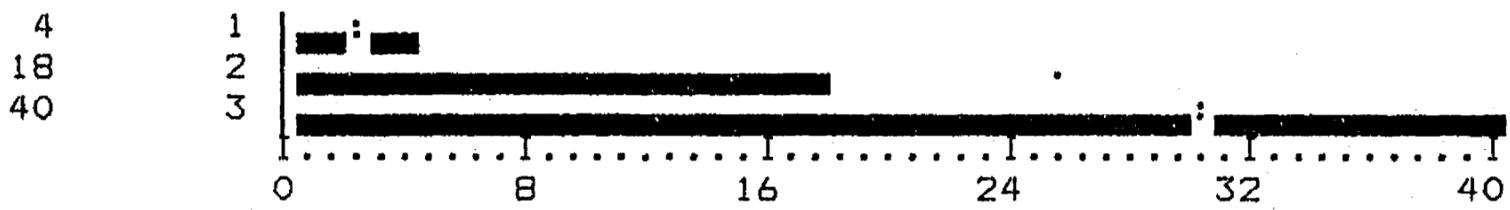
29.-

Campo:

Respuesta No. 22

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	4	6.5	6.5	6.5
2	18	29.0	29.0	35.5
3	40	64.5	64.5	100.0
<hr/>				
TOTAL	62	100.0	100.0	

Cálculo Valor



Histograma de Frecuencias

R22

Media	2.58
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.61
Std Err	0.07
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

30.-

Campo:

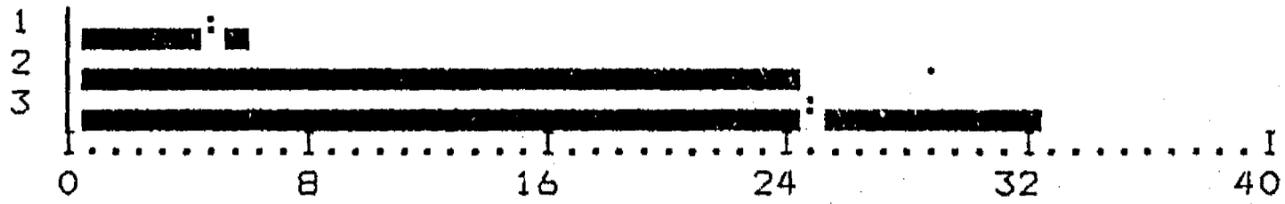
Respuesta No. 23

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	6	9.7	9.7	9.7
2	24	38.7	38.7	48.4
3	32	51.6	51.6	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor

6
24
32



Histograma de Frecuencias

R23

Media	2.41
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.66
Std Err	0.08
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

31.-

Campo:

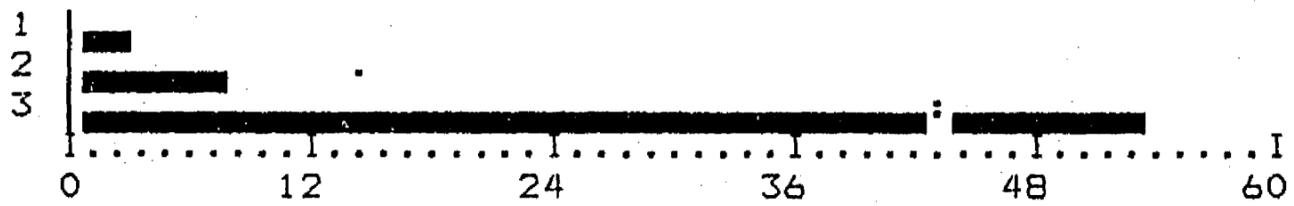
Respuesta No. 24

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	2	3.2	3.2	3.2
2	7	11.3	11.3	14.5
3	53	85.5	85.5	100.0
TOTAL		62	100.0	

Cálculo

Valor

2
7
53



Histograma de Frecuencias

R24

Media	2.82
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.46
Std Err	0.05
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

32.-

Campo:

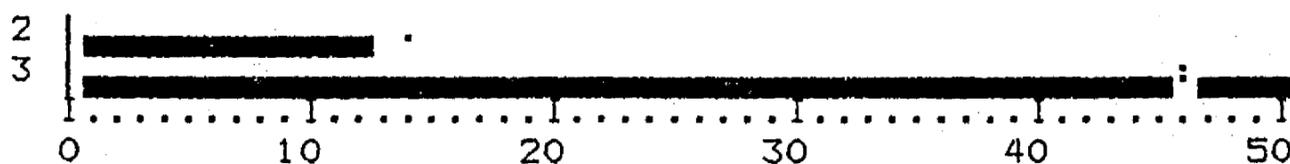
Respuesta No. 25

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	12	19.4	19.4	19.4
3	50	80.6	80.6	100.0
TOTAL		62	100.0	

Cálculo

Valor

12
50



Histograma de Frecuencias

R25

Media	2.8
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.39
Std Err	0.05
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

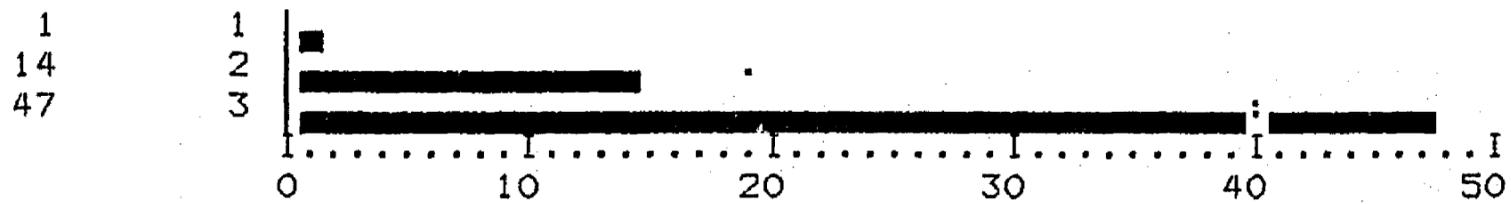
33.-

Campo:

Respuesta No. 26

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	1	1.6	1.6	1.6
2	14	22.6	22.6	24.2
3	47	75.8	75.8	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo Valor



Histograma de Frecuencias

R26

Media	2.74
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.47
Std Err	0.06
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

34.-

Campo:

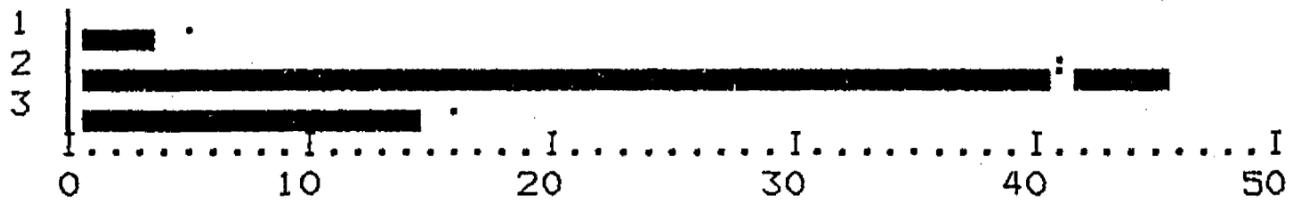
Respuesta No. 27

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	3	4.8	4.8	4.8
2	45	72.6	72.6	77.4
3	14	22.6	22.6	100.0
<hr/>				
TOTAL	62	100.0	100.0	

Cálculo

Valor

3
45
14



Histograma de Frecuencias

R27

Media	2.17
Mediana	2
Moda	2
Std Dev	0.49
Std Err	0.06
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

35.-

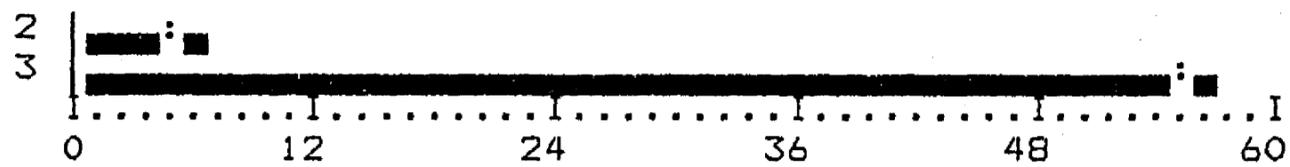
Campo:

Respuesta No. 28

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	6	9.7	9.7	9.7
3	56	90.3	90.3	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo Valor

6
56



Histograma de Frecuencias

R28

Media	2.9
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.29
Std Err	0.03
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

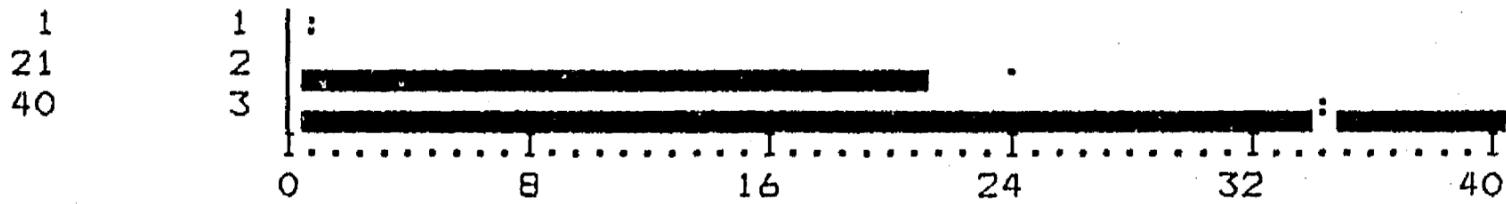
36.-

Campo:

Respuesta No. 29

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	1	1.6	1.6	1.6
2	21	33.9	33.9	35.5
3	40	64.5	64.5	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo Valor



Histograma de Frecuencias

R29

Media	2.62
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.52
Std Err	0.06
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados	62	Casos con Error	0
-----------------	----	-----------------	---

37.-

Campo:

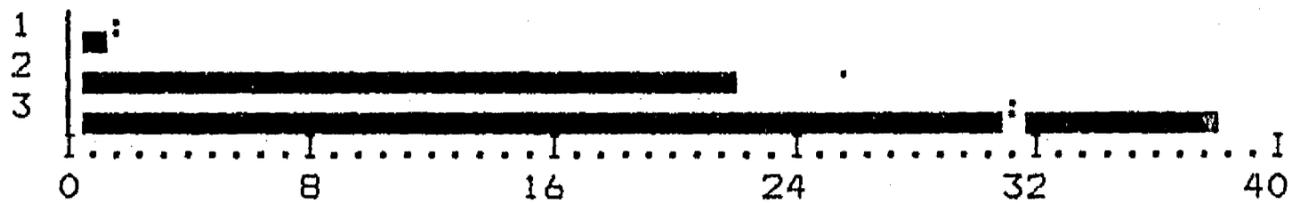
Respuesta No. 30

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	2	3.2	3.2	3.2
2	22	35.5	35.5	38.7
3	38	61.3	61.3	100.0
TOTAL	62	100.0	100.0	

Cálculo

Valor

2
22
38



Histograma de Frecuencias

R30

Media 2.58
Mediana 3
Moda 3
Std Dev 0.56
Std Err 0.07
Rango 2
Mínimo 1
Máximo 3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

38.-

Campo:

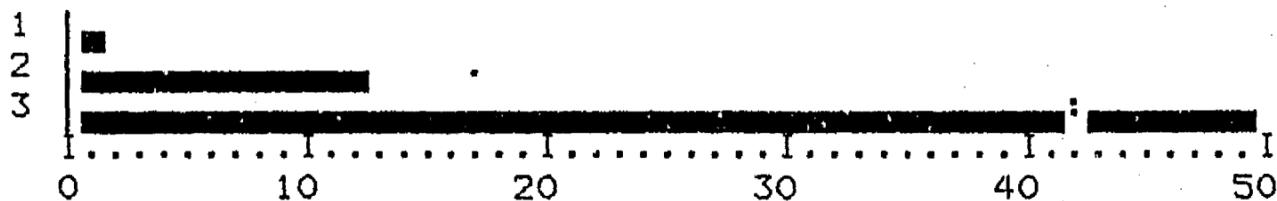
Respuesta No. 31

Valor	Frecuencia	%	% Válid	% Acumulado
1	1	1.6	1.6	1.6
2	12	19.4	19.4	21.0
3	49	79.0	79.0	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor

1
12
49



Histograma de Frecuencias

R31

Media	2.77
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.45
Std Err	0.05
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

39.-

Campo:

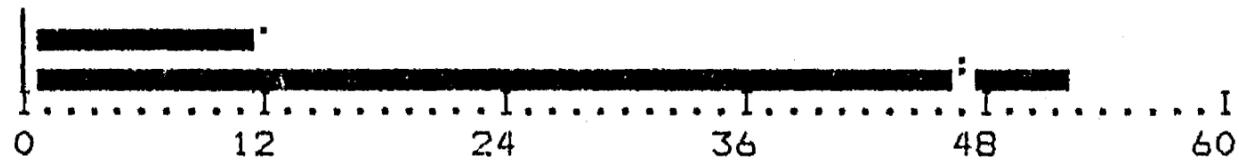
Respuesta No. 32

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	11	17.7	17.7	17.7
3	51	82.3	82.3	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo Valor

11
51

2
3



Histograma de Frecuencias

R32

Media	2.82
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.38
Std Err	0.04
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

40.-

Campo:

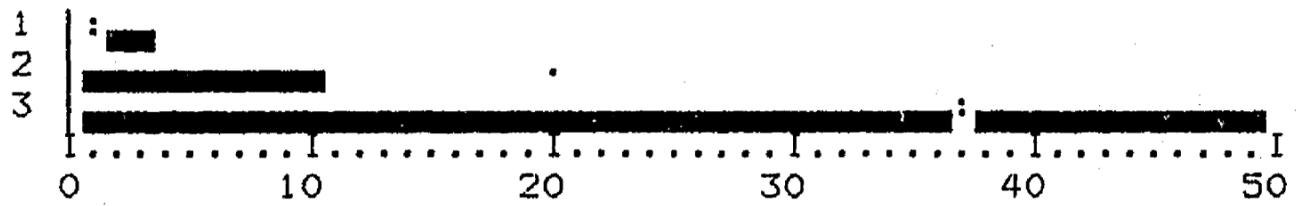
Respuesta No. 33

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	3	4.8	4.8	4.8
2	10	16.1	16.1	21.0
3	49	79.0	79.0	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor

3
10
49



Histograma de Frecuencias

R33

Media	2.74
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.54
Std Err	0.06
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

41.-

Campo:

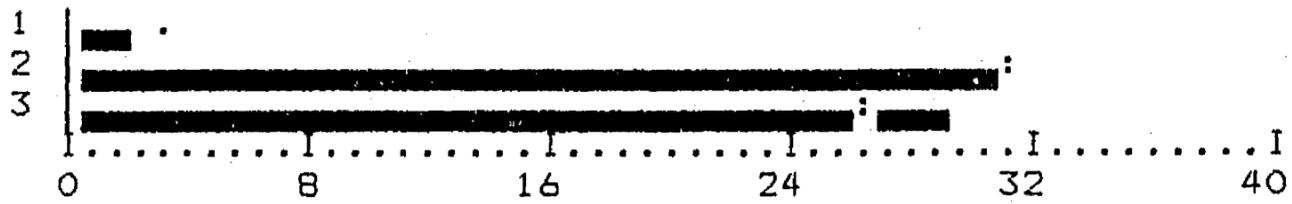
Respuesta No. 34

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	2	3.2	3.2	3.2
2	31	50.0	50.0	53.2
3	29	46.8	46.8	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor

2
31
29



Histograma de Frecuencias

R34

Media	2.43
Mediana	2
Moda	2
Std Dev	0.56
Std Err	0.07
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

42.-

Campo:

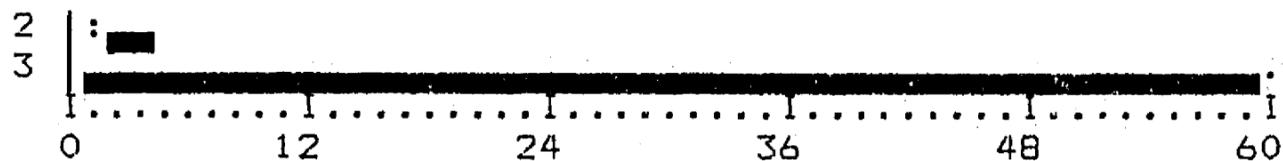
Respuesta No. 35

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	3	4.8	4.8	4.8
3	59	95.2	95.2	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor

3
59



Histograma de Frecuencias

R35

Media	2.95
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.21
Std Err	0.02
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

43.-

Campo:

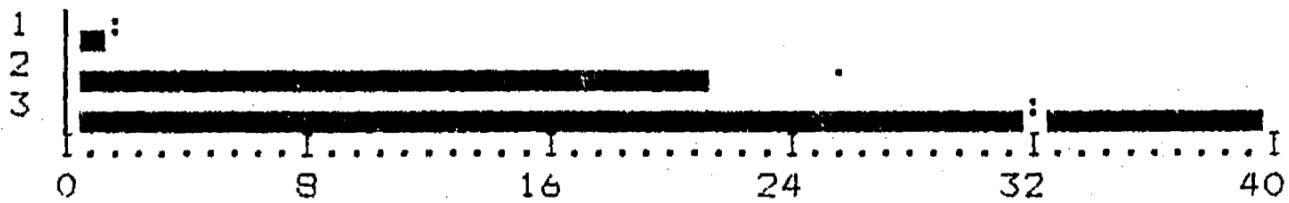
Respuesta No. 36

Valor	Frecuencia	%	% Válid	% Acumulado
1	2	3.2	3.2	3.2
2	21	33.9	33.9	37.1
3	39	62.9	62.9	100.0
-----		-----	-----	
TOTAL	62	100.0	100.0	

Cálculo

Valor

2
21
39



Histograma de Frecuencias

R36

Media 2.59
Mediana 3
Moda 3
Std Dev 0.55
Std Err 0.07
Rango 2
Mínimo 1
Máximo 3

Casos Validados 62 Casos con Error 0

44.-

Campo:

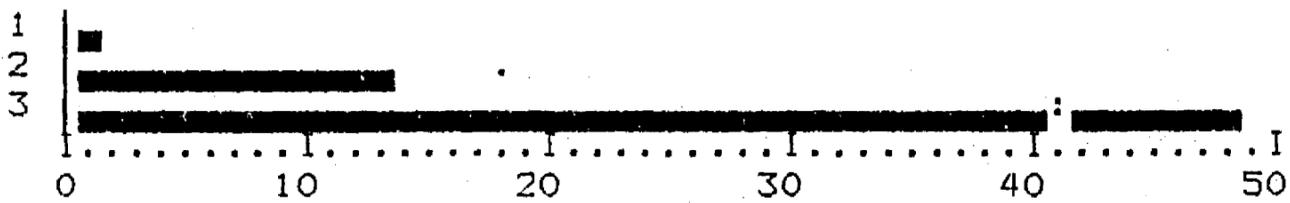
Respuesta No. 37

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	1	1.6	1.6	1.6
2	13	21.0	21.0	22.6
3	48	77.4	77.4	100.0
TOTAL		62	100.0	

Cálculo

Valor

1
13
48



Histograma de Frecuencias

R37

Media	2.75
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.46
Std Err	0.05
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

45.-

Campo:

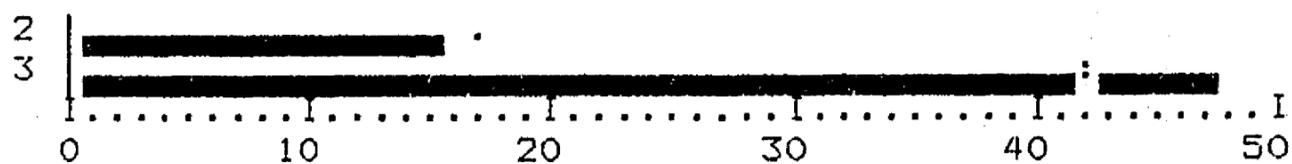
Respuesta No. 38

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	15	24.2	24.2	24.2
3	47	75.8	75.8	100.0
TOTAL		62	100.0	

Cálculo

Valor

15
47



Histograma de Frecuencias

R38

Media 2.75
Mediana 3
Moda 3
Std Dev 0.43
Std Err 0.05
Rango 1
Mínimo 2
Máximo 3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

46.-

Campo:

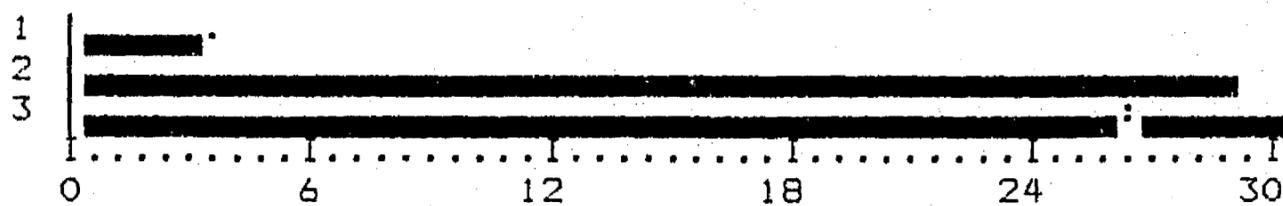
Respuesta No. 39

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	3	4.8	4.8	4.8
2	29	46.8	46.8	51.6
3	30	48.4	48.4	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor

3
29
30



Histograma de Frecuencias

R39

Media	2.43
Mediana	2
Moda	3
Std Dev	0.59
Std Err	0.07
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

47.-

Campo:

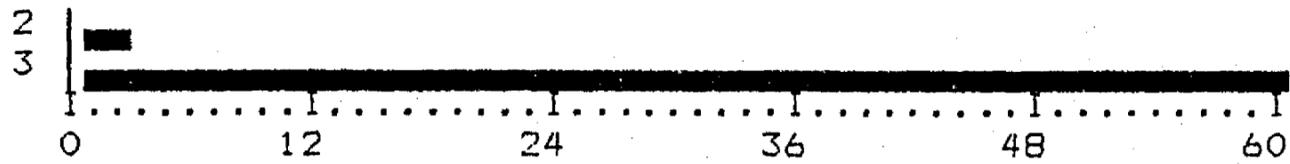
Respuesta No. 40

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	2	3.2	3.2	3.2
3	60	96.8	96.8	100.0
TOTAL		62	100.0	100.0

Cálculo

Valor

2
60



Histograma de Frecuencias

R40

Media	2.96
Mediana	3
Moda	3
Std Dev	0.17
Std Err	0.02
Rango	1
Mínimo	2
Máximo	3

Casos Validados

62

Casos con Error

0

CUESTIONARIO NUMERO "1" (EFICACIA EN LA PRESTACION
ANALISIS DE FRECUENCIA DE SERVICIOS)

NUMERO DE CASOS:

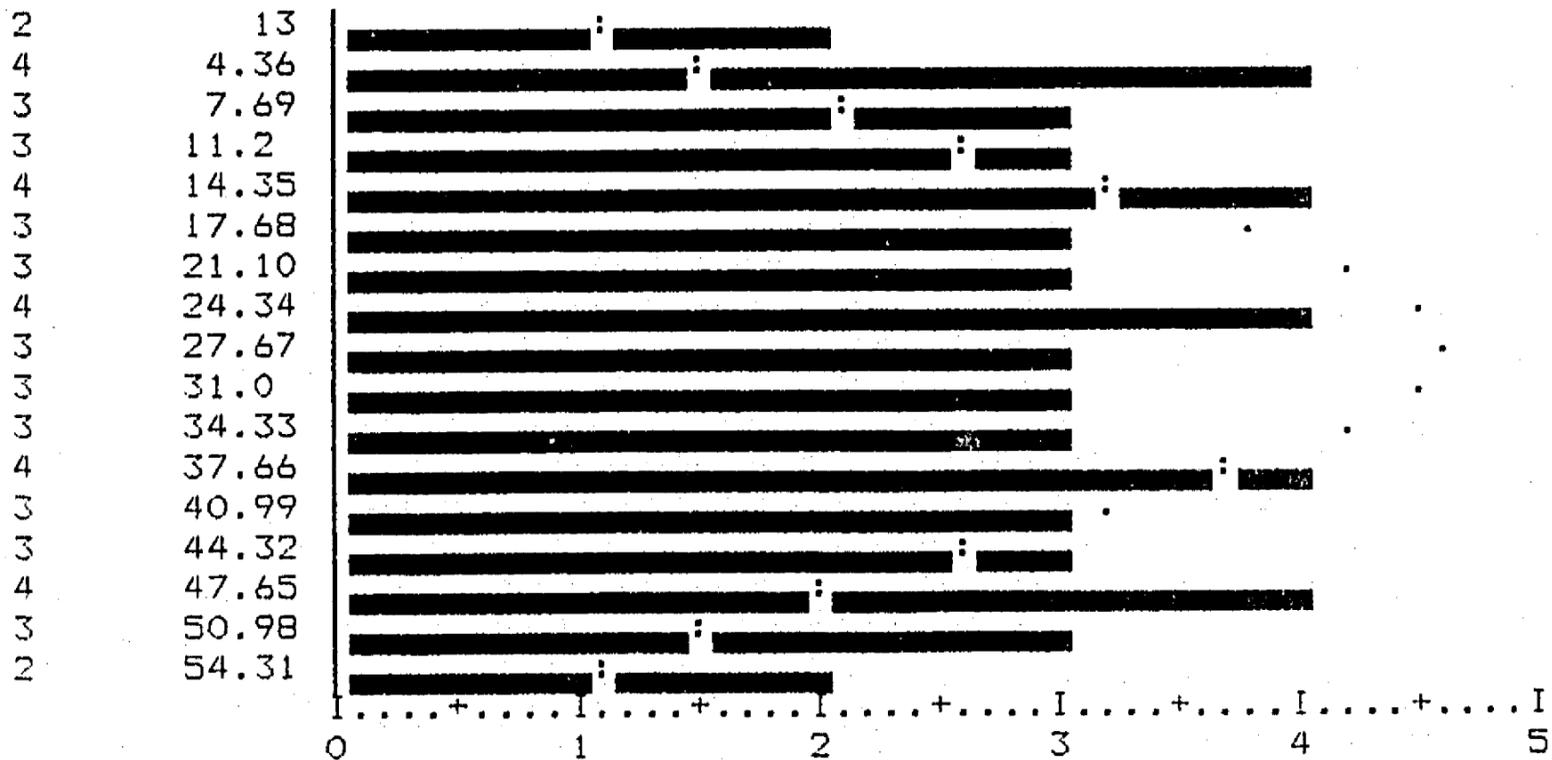
	Valor	Frecuencia	%	%
				Válido
	54	100	100	100
	54	100	100	
TOTAL	54	100	100	

Campo	Valor	Frecuencia	%	%	%
				Válido	Acumulado
NS	1	1	1.9	1.9	1.9
	2	1	1.9	1.9	3.7
	3	1	1.9	1.9	5.6
	4	1	1.9	1.9	7.4
	5	1	1.9	1.9	9.3
	6	1	1.9	1.9	11.1
	7	1	1.9	1.9	13.0
	8	1	1.9	1.9	14.8
	9	1	1.9	1.9	16.7
	10	1	1.9	1.9	18.5
	11	1	1.9	1.9	20.4
	12	1	1.9	1.9	22.2
	13	1	1.9	1.9	24.1
	14	1	1.9	1.9	25.9
	15	1	1.9	1.9	27.8
	16	1	1.9	1.9	29.6
	17	1	1.9	1.9	31.5
	18	1	1.9	1.9	33.3
	19	1	1.9	1.9	35.2
	20	1	1.9	1.9	37.0
	21	1	1.9	1.9	38.9
	22	1	1.9	1.9	40.7
	23	1	1.9	1.9	42.6
	24	1	1.9	1.9	44.4
	25	1	1.9	1.9	46.3
	26	1	1.9	1.9	48.1
	27	1	1.9	1.9	50.0
	28	1	1.9	1.9	51.9
	29	1	1.9	1.9	53.7
	30	1	1.9	1.9	55.6
	31	1	1.9	1.9	57.4
	32	1	1.9	1.9	59.3
	33	1	1.9	1.9	61.1
	34	1	1.9	1.9	63.0
	35	1	1.9	1.9	64.8
	36	1	1.9	1.9	66.7

Campo	Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
NS	37	1	1.9	1.9	68.5
	38	1	1.9	1.9	70.4
	39	1	1.9	1.9	72.2
	40	1	1.9	1.9	74.1
	41	1	1.9	1.9	75.9
	42	1	1.9	1.9	77.8
	43	1	1.9	1.9	79.6
	44	1	1.9	1.9	81.5
	45	1	1.9	1.9	83.3
	46	1	1.9	1.9	85.2
	47	1	1.9	1.9	87.0
	48	1	1.9	1.9	88.9
	49	1	1.9	1.9	90.7
	50	1	1.9	1.9	92.6
	51	1	1.9	1.9	94.4
	52	1	1.9	1.9	96.3
	53	1	1.9	1.9	98.1
	54	1	1.9	1.9	100.0
	TOTAL	54	100.0	100.0	

NS

Cálculo Punto Medio



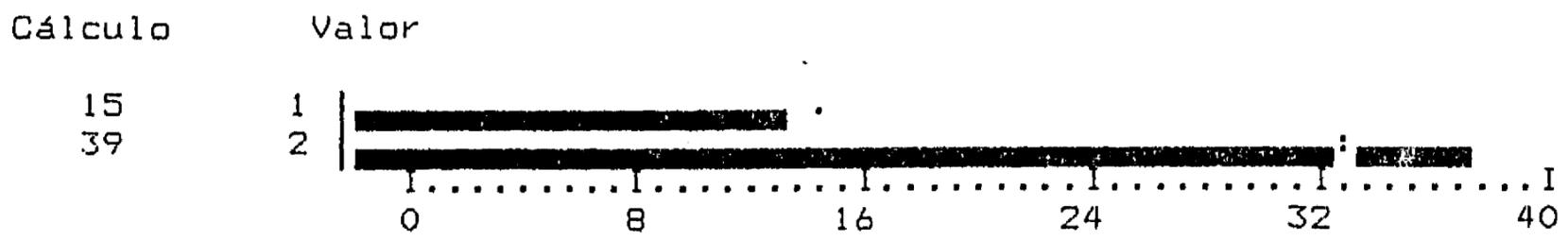
Histograma de Frecuencias

NS

Media	27.5	Std Err	2.141	Mediana	27.5
Moda	1	Std Dev	15.732	Rango	53.0
Mínimo	1	Máximo	54	Suma	1485.0

Casos Validados 54 Casos con Error 0

Campo:	Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
SEXO	1	15	27.8	27.8	27.8
	2	39	72.2	72.2	100.0
	TOTAL	54	100.0	100.0	



Histograma de Frecuencias

SEXO

Media	1.722
Mediana	2
Moda	2
Rango	1

Casos Validados 54 Casos con Error 0

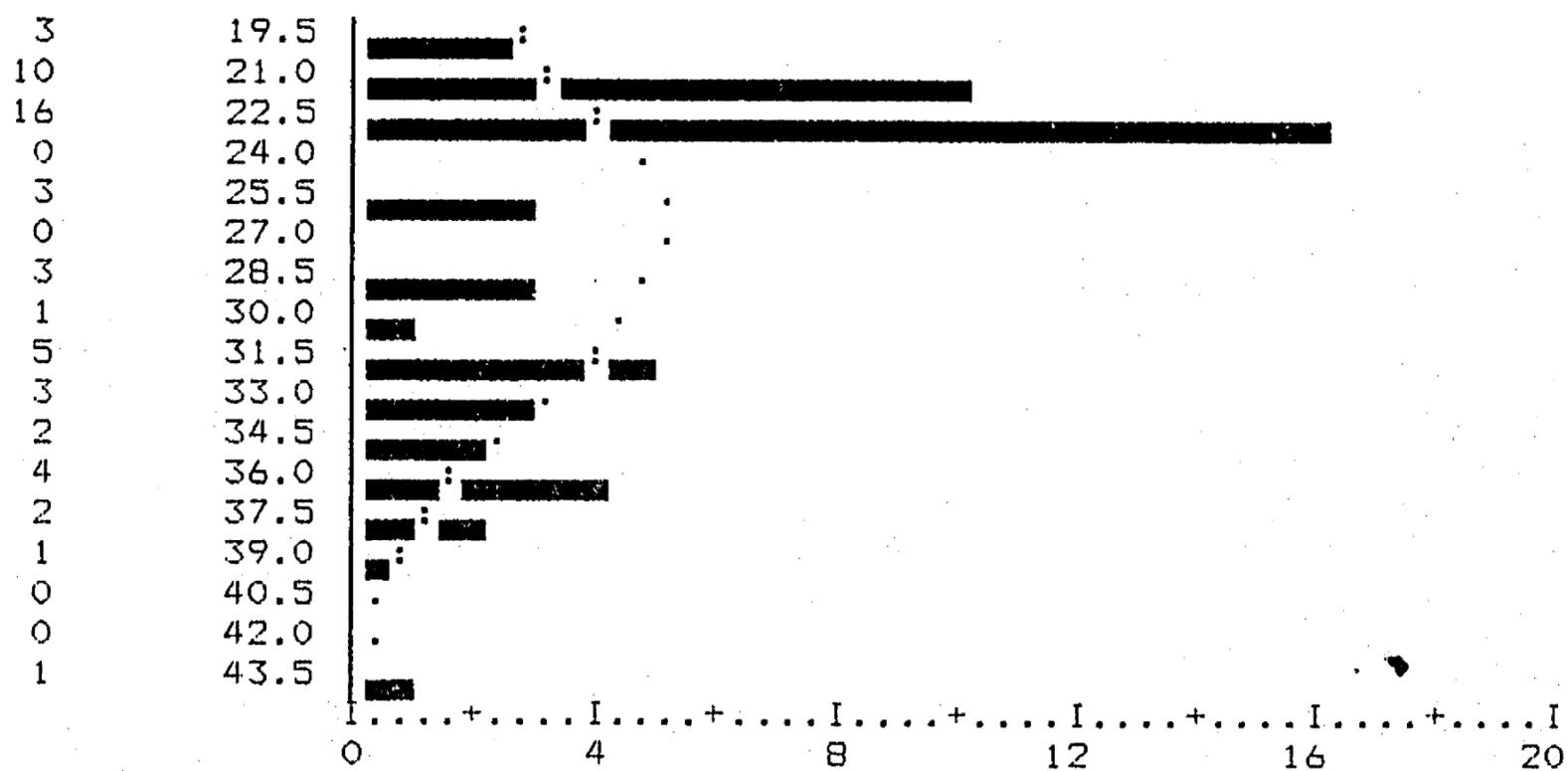
Campo:

EDAD

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
20	3	5.6	5.6	5.6
21	10	18.5	18.5	24.1
22	11	20.4	20.4	44.4
23	5	9.3	9.3	53.7
25	3	5.6	5.6	59.3
28	3	5.6	5.6	64.8
30	1	1.9	1.9	66.7
31	2	3.7	3.7	70.4
32	3	5.6	5.6	75.9
33	3	5.6	5.6	81.5
34	1	1.9	1.9	83.3
35	1	1.9	1.9	85.2
36	4	7.4	7.4	92.6
37	1	1.9	1.9	94.4
38	1	1.9	1.9	96.3
39	1	1.9	1.9	98.1
43	1	1.9	1.9	100
TOTAL	54	100	100	

EDAD

Cálculo Punto Medio



Histograma de Frecuencias

Campo:

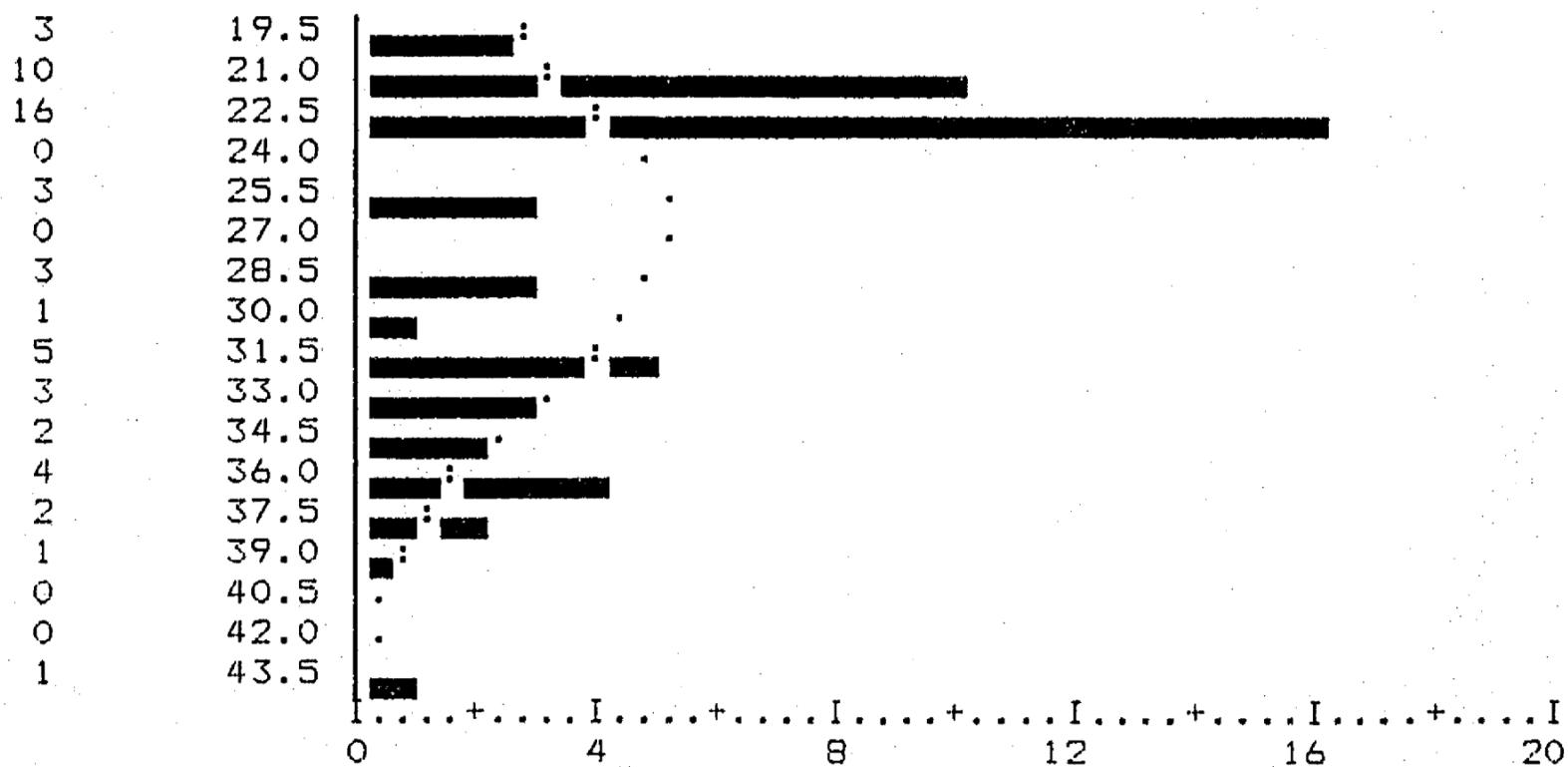
EDAD

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
20	3	5.6	5.6	5.6
21	10	18.5	18.5	24.1
22	11	20.4	20.4	44.4
23	5	9.3	9.3	53.7
25	3	5.6	5.6	59.3
28	3	5.6	5.6	64.8
30	1	1.9	1.9	66.7
31	2	3.7	3.7	70.4
32	3	5.6	5.6	75.9
33	3	5.6	5.6	81.5
34	1	1.9	1.9	83.3
35	1	1.9	1.9	85.2
36	4	7.4	7.4	92.6
37	1	1.9	1.9	94.4
38	1	1.9	1.9	96.3
39	1	1.9	1.9	98.1
43	1	1.9	1.9	100
TOTAL	54	100	100	

EDAD

Cálculo

Punto Medio



Histograma de Frecuencias

EDAD

Media	26.722
Mediana	23
Moda	22
Std Dev	6.376
Std Err	.868
Rango	23
Mínimo	20
Máximo	43

Casos Validados	54	Casos con Error	0
-----------------	----	-----------------	---

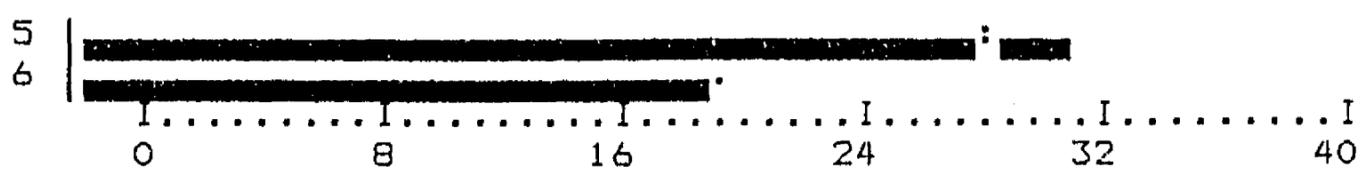
Campo:

ESCOLARIDAD

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
5	33	61.1	61.1	61.1
6	21	38.9	38.9	100
<hr/>				
TOTAL	54	100	100	

Cálculo

Valor

33
21

Histograma de Frecuencias

ESCOLARIDAD

Media	5.389
Mediana	5
Moda	5
Std Dev	.492
Std Err	.067
Rango	1
Mínimo	5
Máximo	6

Casos Validados 54 Casos con Error 0

Campo:

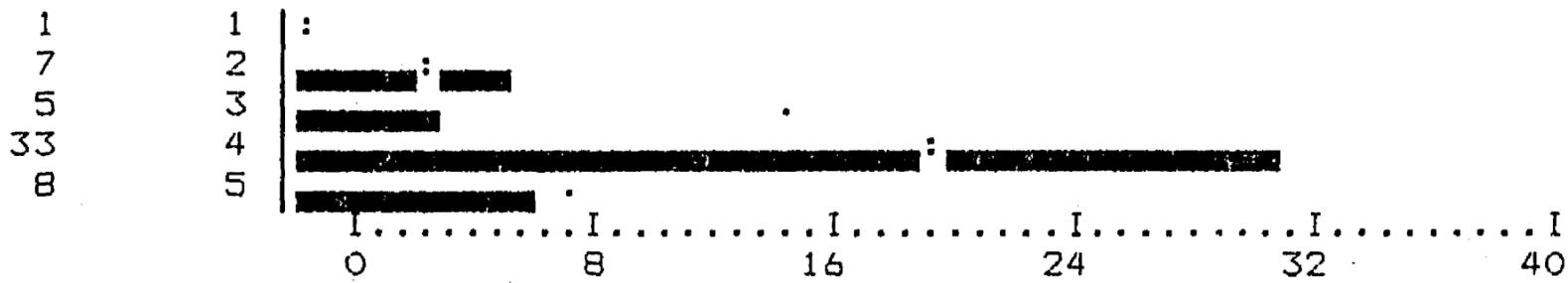
Pregunta número 1.

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	1	1.9	1.9	1.9
2	7	13.0	13.0	14.8
3	5	9.3	9.3	24.1
4	33	61.1	61.1	85.2
5	8	14.8	14.8	100.0
TOTAL		54	100.0	100.0

P1

Cálculo

Valor



Histograma de Frecuencias

Media	3.741
Mediana	4
Moda	4
Std Dev	.935
Std Err	.127
Rango	4
Mínimo	1
Máximo	5

Casos Validados 54 Casos con Error 0

Campo:

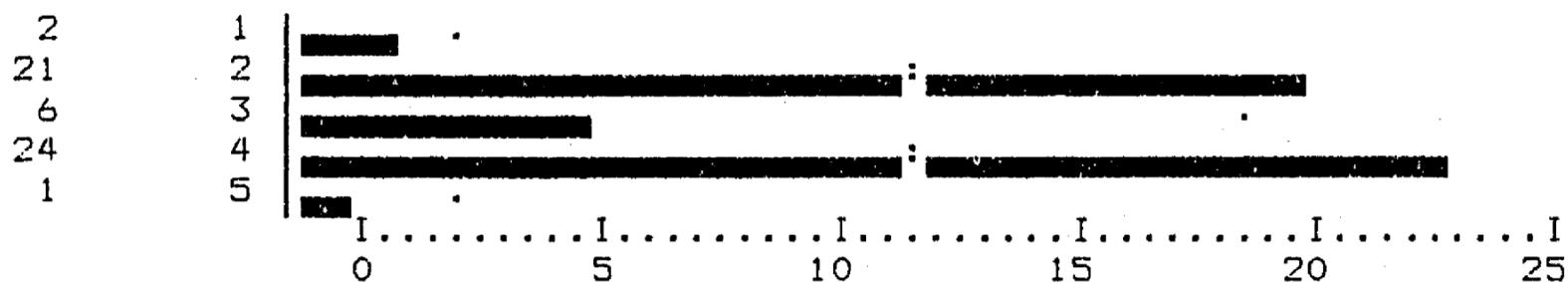
Pregunta No. 2.

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	2	3.7	3.7	3.7
2	21	38.9	38.9	42.6
3	6	11.1	11.1	53.7
4	24	44.4	44.4	98.1
5	1	1.9	1.9	100.0
TOTAL		54	100.0	100.0

P2

Cálculo

Valor



Histograma de Frecuencias

Media	3.019
Mediana	3
Moda	4
Std Dev	1.037
Std Err	0.141
Rango	4
Mínimo	1
Máximo	5

Casos Validados 54 Casos con Error 0

Campo:

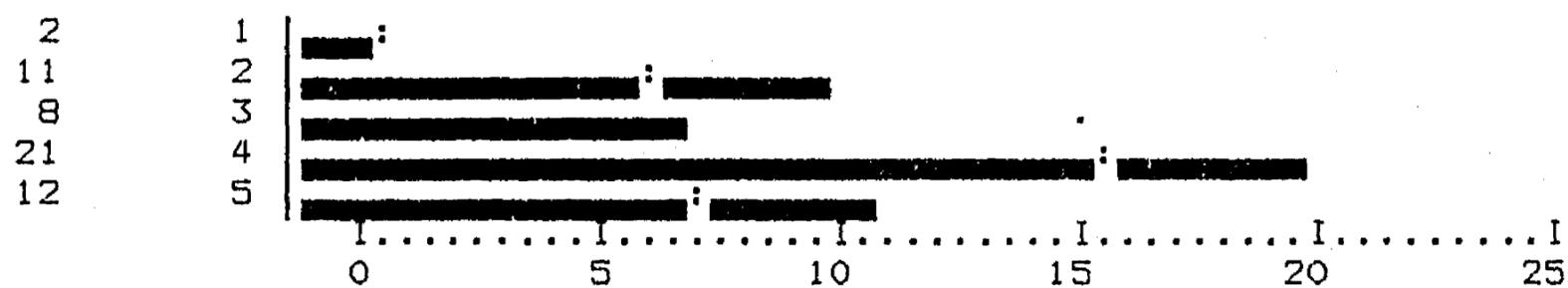
Pregunta No. 3.

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	2	3.7	3.7	3.7
2	11	20.4	20.4	24.1
3	8	14.8	14.8	38.9
4	21	38.9	38.9	77.8
5	12	22.2	22.2	100.0
TOTAL	54	100.0	100.0	

P3

Cálculo

Valor



Histograma de Frecuencias

Media	3.556
Mediana	4
Moda	4
Std Dev	1.160
Std Err	0.158
Rango	4
Mínimo	1
Máximo	5

Casos Validados 54 Casos con Error 0

Campo:

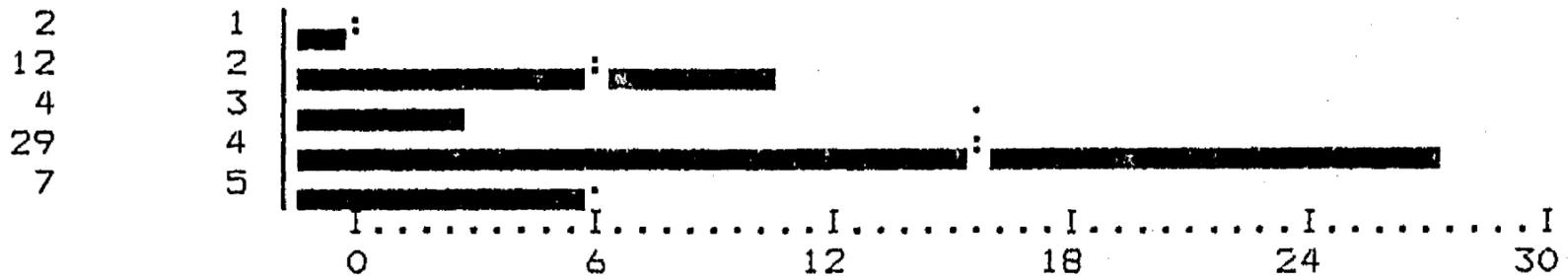
Pregunta No. 4.

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	2	3.7	3.7	3.7
2	12	22.2	22.2	25.9
3	4	7.4	7.4	33.3
4	29	53.7	53.7	87.0
5	7	13.0	13.0	100.0
-----		-----	-----	-----
TOTAL	54	100.0	100.0	

P4

Cálculo

Valor



Histograma de Frecuencias

Media	3.5
Mediana	4
Moda	4
Std Dev	1.095
Std Err	0.149
Rango	4
Mínimo	1
Máximo	5

Casos Validados 54 Casos con Error 0

Campo:

Pregunta No. 5.

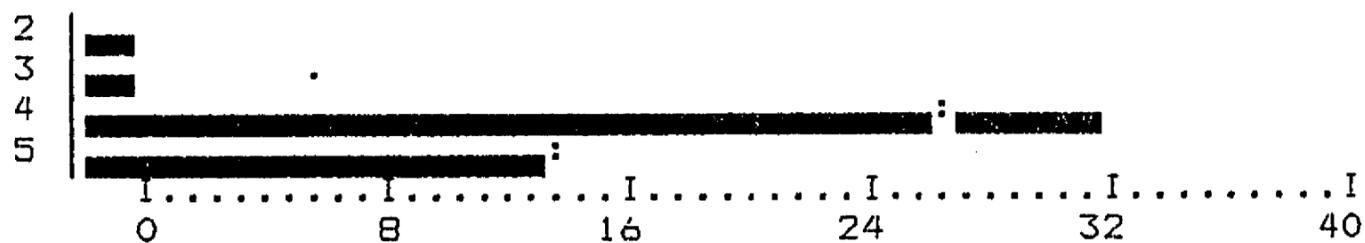
Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	2	3.7	3.7	3.7
3	2	3.7	3.7	7.4
4	34	63.0	63.0	70.4
5	16	29.6	29.6	100.0
TOTAL		54	100.0	100.0

P5

Cálculo

Valor

2
2
34
16



Histograma de Frecuencias

Media	4.185
Mediana	4
Moda	4
Std Dev	0.675
Std Err	0.92
Rango	3
Mínimo	2
Máximo	5

Casos Validados 54 Casos con Error 0

Campo:

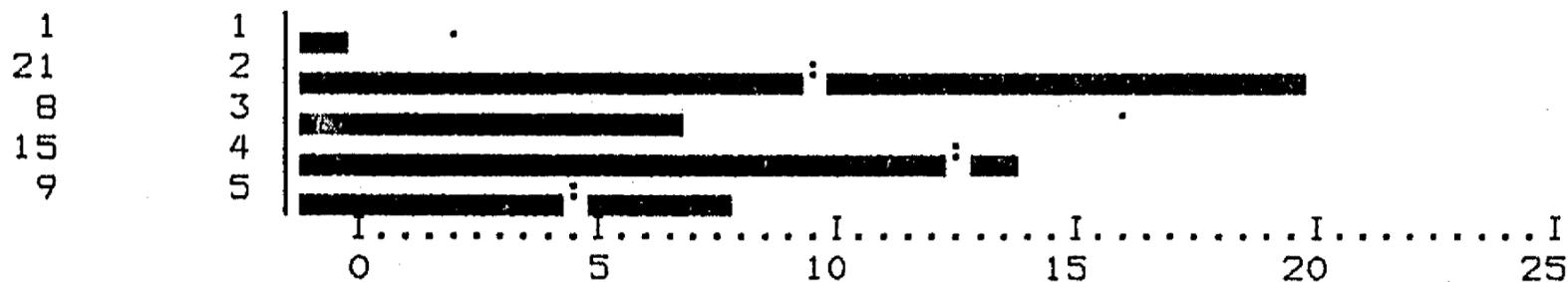
Pregunta No. 6.

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	1	1.9	1.9	1.9
2	21	38.9	38.9	40.7
3	8	14.8	14.8	55.6
4	15	27.8	27.8	83.3
5	9	16.7	16.7	100.0
TOTAL		54	100.0	100.0

P6

Cálculo

Valor



Histograma de Frecuencias

Media	3.185
Mediana	3
Moda	2
Std Dev	1.183
Std Err	0.161
Rango	4
Mínimo	1
Máximo	5

Casos Validados 54 Casos con Error 0

Campo:

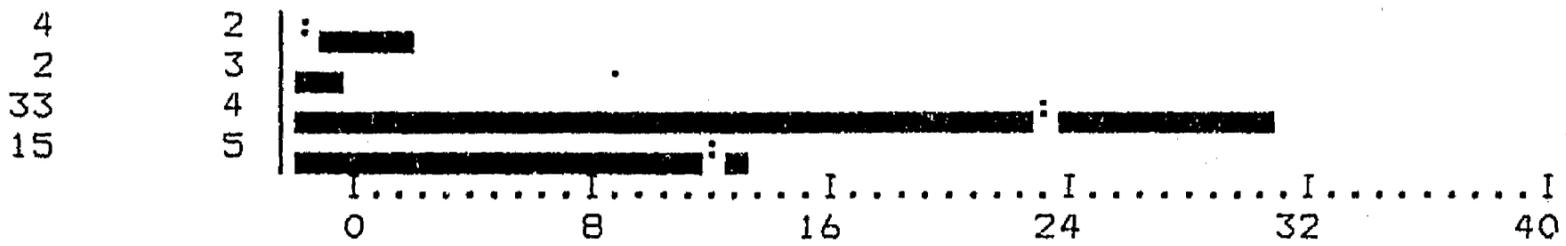
Pregunta No. 7.

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	4	7.4	7.4	7.4
3	2	3.7	3.7	11.1
4	33	61.1	61.1	72.2
5	15	27.8	27.8	100.0
TOTAL		54	100.0	100.0

P7

Cálculo

Valor



Histograma de Frecuencias

Media	4.093
Mediana	4
Moda	4
Std Dev	0.784
Std Err	0.107
Rango	3
Mínimo	2
Máximo	5

Casos Validados 54 Casos con Error 0

Campo:

Pregunta No. 8.

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
1	6	11.1	11.1	11.1
2	22	40.7	40.7	51.9
3	6	11.1	11.1	63.0
4	17	31.5	31.5	94.4
5	3	5.6	5.6	100.0
TOTAL		54	100.0	100.0

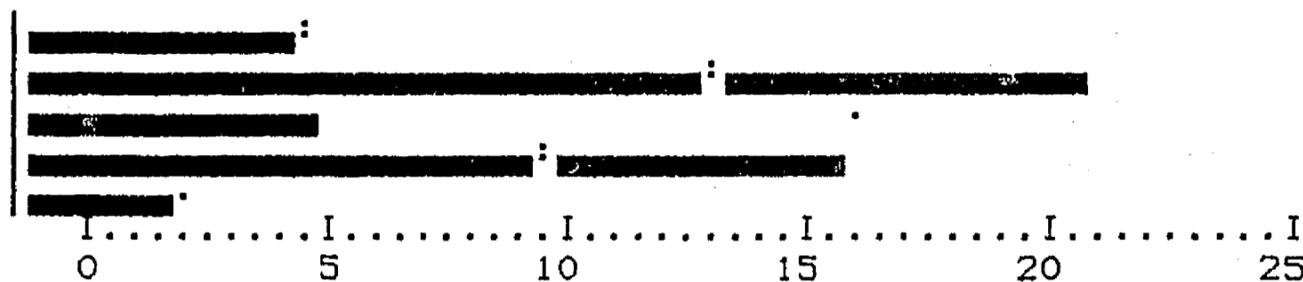
P8

Cálculo

Valor

6
22
6
17
3

1
2
3
4
5



Histograma de Frecuencias

Media	2.796
Mediana	2
Moda	2
Std Dev	1.172
Std Err	0.159
Rango	4
Mínimo	1
Máximo	5

Casos Validados 54 Casos con Error 0

Campo:

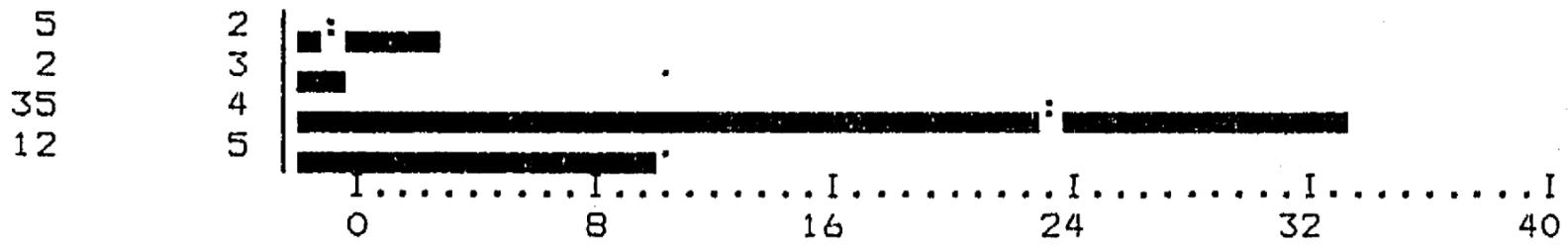
Pregunta No. 9.

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	5	9.3	9.3	9.3
3	2	3.7	3.7	13.0
4	35	64.8	64.8	77.8
5	12	22.2	22.2	100.0
-----		-----		
TOTAL	54	100	100	

P9

Cálculo

Valor



Histograma de Frecuencias

Media	4
Mediana	4
Moda	4
Std Dev	0.801
Std Err	0.109
Rango	3
Mínimo	2
Máximo	5

Casos Validados 54 Casos con Error 0

Campo:

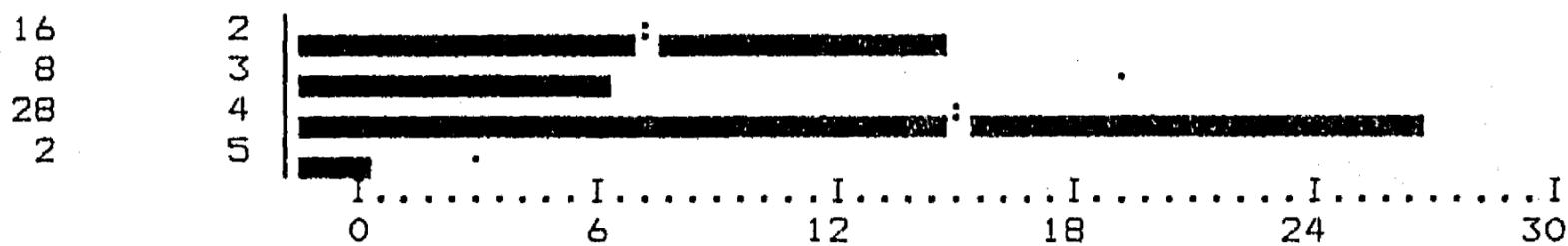
Pregunta No. 10.

Valor	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
2	16	29.6	29.6	29.6
3	8	14.8	14.8	44.4
4	28	51.9	51.9	96.3
5	2	3.7	3.7	100.0
<hr/>				
TOTAL	54	100.0	100.0	

P10

Cálculo

Valor



Histograma de Frecuencias

Media	3.296
Mediana	4
Moda	4
Std Dev	0.944
Std Err	0.129
Rango	3
Mínimo	2
Máximo	5

Casos Validados 54 Casos con Error 0

APENDICE
D

CONTINENCIA TERAPEUTICA

Variable	Cases	Mean	Std Dev
C1	62	2.2903	.6110
C2	62	2.4194	.4975
C3	62	2.1613	.6058
C4	62	2.7581	.4318
C5	62	2.7097	.5244
C6	62	2.5000	.5041
C7	62	2.6452	.4824
C8	62	2.9032	.2981
C9	62	2.8548	.3986
C10	62	2.4516	.5017
C11	62	2.8871	.3191
C12	62	2.3710	.5502
C13	62	2.8548	.3551
C14	62	2.8871	.3191
C15	62	1.9677	.6521
C16	62	2.8871	.3669
C17	62	2.6935	.4648
C18	62	1.9516	.6878
C19	62	2.9032	.2981
C20	62	2.8065	.4375
C21	62	2.5968	.4945
C22	62	2.5806	.6153
C23	62	2.4194	.6665
C24	62	2.8226	.4625
C25	62	2.8065	.3983
C26	62	2.7419	.4769
C27	62	2.1774	.4967
C28	62	2.9032	.2981
C29	62	2.6290	.5196
C30	62	2.5806	.5595
C31	62	2.7742	.4588
C32	62	2.8226	.3851
C33	62	2.7419	.5413
C34	62	2.4355	.5616
C35	62	2.9516	.2163
C36	62	2.5968	.5569
C37	62	2.7581	.4682
C38	62	2.7581	.4318
C39	62	2.4355	.5901
C40	62	2.9677	.1781

Correlations:	C1	C2	C3	C4	C5	C6
C1	1.0000	.3479*	-.0400	.2085	.1650	.3193
C2	.3479*	1.0000	.2614	.2511	.2230	.2615
C3	-.0400	.2614	1.0000	.1516	-.2114	.1074
C4	.2085	.2511	.1516	1.0000	.0467	.0377
C5	.1650	.2230	-.2114	.0467	1.0000	.3721*
C6	.3193	.2615	.1074	.0377	.3721*	1.0000
C7	.2440	.3570*	.1991	.0533	.4286**	.5394**
C8	.0668	-.0535	-.0029	.4520**	-.0778	.1091
C9	.5124**	.3120	.0985	.4593**	.0304	.3671*
C10	.4209**	.3454*	.0800	.1343	.3196	.5186**
C11	.1709	.1999	.0109	.2745	.2908	.3568*
C12	.3571*	.4405**	-.0841	.1080	.0385	.3251*
C13	.1218	.0718	.0344	.3018	.0341	.1374
C14	.0868	.1999	.0958	.3935*	.1928	.2548
C15	.1473	-.0587	.3869*	.2047	-.3155	.0998
C16	.3680*	.2637	.0833	.5492**	.0825	.3103
C17	.2607	.3522*	.1784	.1963	.1671	.5948**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C1	C2	C3	C4	C5	C6
C18	.2290	.1082	.2551	-.1505	.2786	.4492**
C19	.1568	.1676	-.0029	.3246	.2368	.3273*
C20	.1523	.3037	.0579	.1820	.3941*	.2973
C21	-.0403	-.2343	.2754	.1498	-.0795	.0986
C22	.5035**	.2626	.0525	.2289	.1754	.3171
C23	.5012**	.4498**	-.0891	.2444	.4948**	.3904*
C24	.4173**	.2574	-.0717	.2741	.3925*	.2461
C25	.3694*	.2509	-.1403	.3905*	.2760	.3266*
C26	.1488	.1181	.1464	.2491	.2199	.4092**
C27	.0976	.2911	.1213	.0506	.0751	.0982
C28	.2468	.1676	-.1845	.4520**	.3417*	.1091
C29	.0866	.0409	-.0151	.2511	-.1611	-.0313
C30	.2181	.2299	.0094	.1839	.4163**	.4650**
C31	.0623	.1344	.1922	.1335	-.1407	.2836
C32	.3618*	.3947*	.0544	.2306	.0655	.4644**
C33	.0815	.2258	.1290	.2195	-.1528	.1202
C34	.2466	.5091**	-.0653	.1712	.4363**	.2606

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C1	C2	C3	C4	C5	C6
C35	-.0160	.1916	.0605	.3992*	.1632	.2255
C36	.3978*	.4428**	-.1442	.2012	.3223	.3796*
C37	-.0370	.2316	.2554	.3545*	-.1572	.1737
C38	.0842	.0985	.0263	.2965	.1915	.4143**
C39	.5075**	.2054	-.1080	.1629	.2034	.3031
C40	.0875	.1552	.0490	.3232	.2491	.1826
TOTAL	.5261**	.3253*	.0535	.3920*	.3274*	.4764**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C7	C8	C9	C10	C11	C12
C1	.2440	.0668	.5124**	.4209**	.1709	.3571*
C2	.3570*	-.0535	.3120	.3454*	.1999	.4405**
C3	.1991	-.0029	.0985	.0800	.0109	-.0841
C4	.0533	.4520**	.4593**	.1343	.2745	.1080
C5	.4286**	-.0778	.0304	.3196	.2908	.0385
C6	.5394**	.1091	.3671*	.5186**	.3568*	.3251*
C7	1.0000	.0993	.3245	.3343*	.3745*	.2570
C8	.0993	1.0000	.4317**	-.0318	.4004*	.0226
C9	.3245	.4317**	1.0000	.1692	.5135**	.1748
C10	.3343*	-.0318	.1692	1.0000	.0165	.4521**
C11	.3745*	.4004*	.5135**	.0165	1.0000	.2425
C12	.2570	.0226	.1748	.4521**	.2425	1.0000
C13	.4600**	.4846**	.5435**	.0979	.5764**	.1123
C14	.3745*	.2280	.3846*	.3237	.3558*	.2425
C15	.0151	.2367	.0448	.0453	-.0178	.0796
C16	.2331	.4981**	.8950**	.1034	.5896**	.1297
C17	.4576**	.2558	.3753*	.4626**	.3156	.4518**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C7	C8	C9	C10	C11	C12
C18	.4415**	.1367	.0935	.5394**	.0494	.3081
C19	.4414**	.2619	.4317**	.2970	.4004*	.2225
C20	.4460**	.1054	.4002*	.1807	.4281**	.0308
C21	.0089	.1758	.0308	.0192	.0184	.0165
C22	.4846**	.1326	.4161**	.4642**	.1724	.5638**
C23	.5724**	.1251	.4797**	.4049*	.2263	.2394
C24	.3745*	-.0077	.3915*	.2097	.1953	.1340
C25	.4046*	.2539	.5429**	.3625*	.3412*	.3330*
C26	.3793*	.3981*	.3171	.2896	.0209	-.0040
C27	.0618	.2286	.1322	.1995	.1285	.3551*
C28	.0993	.2619	.4317**	.1874	.5728**	.1225
C29	-.0105	.2937	.2106	-.0385	.3365*	.2025
C30	.5329**	.2442	.2371	.2769	.0978	.0876
C31	.2246	.3171	.1764	.4503**	.1590	.2723
C32	.4497**	.2764	.6837**	.1669	.5014**	.3157
C33	.0203	.3507*	.5073**	.1947	.3032	.1065
C34	.3982*	.1579	.1405	.5123**	.0044	.2644

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C7	C8	C9	C10	C11	C12
C35	.3041	.1804	.4875**	.2046	.3946*	.1533
C36	.4350**	.0573	.3966*	.4864**	.1086	.2822
C37	.1944	.4168**	.3358*	.2634	.1434	.0996
C38	.2895	.3246	.4593**	.1343	.6315**	.3150
C39	.4366**	.3367*	.3428*	.2661	.1784	.1002
C40	.2462	-.0598	.3947*	.1657	.5118**	.1241
TOTAL	.4971**	.2955	.4769**	.5255**	.3055	.3795*

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C13	C14	C15	C16	C17	C18
C1	.1218	.0868	.1473	.3680*	.2607	.2290
C2	.0718	.1999	-.0587	.2637	.3522*	.1082
C3	.0344	.0958	.3869*	.0833	.1784	.2551
C4	.3018	.3935*	.2047	.5492**	.1963	-.1505
C5	.0341	.1928	-.3155	.0825	.1671	.2786
C6	.1374	.2548	.0998	.3103	.5948**	.4492**
C7	.4600**	.3745*	.0151	.2331	.4576**	.4415**
C8	.4846**	.2280	.2367	.4981**	.2558	.1367
C9	.5435**	.3846*	.0448	.8950**	.3753*	.0935
C10	.0979	.3237	.0453	.1034	.4626**	.5394**
C11	.5764**	.3558*	-.0178	.5896**	.3156	.0494
C12	.1123	.2425	.0796	.1297	.4518**	.3081
C13	1.0000	.4317**	-.0206	.6271**	.3220	-.0292
C14	.4317**	1.0000	.0610	.4495**	.4261**	.3482*
C15	-.0206	.0610	1.0000	.0531	.0750	.1792
C16	.6271**	.4495**	.0531	1.0000	.4668**	-.0220
C17	.3220	.4261**	.0750	.4668**	1.0000	.3631*

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C13	C14	C15	C16	C17	C18
C18	-.0292	.3482*	.1792	-.0220	.3631*	1.0000
C19	.4846**	.4004*	.1524	.4981**	.4924**	.1367
C20	.3437*	.1932	.0352	.4744**	.1872	.1318
C21	.0346	.1223	.5182**	.1064	.1668	.3273*
C22	.1670	.4229**	.0474	.2225	.5177**	.4936**
C23	.1921	.3034	-.0815	.3309*	.2629	.4741**
C24	.1401	.0842	-.0193	.2665	.1242	.1272
C25	.3776*	.3412*	-.0876	.4090**	.3828*	.2046
C26	.1624	.4518**	.2364	.2056	.2291	.4112**
C27	-.1304	.1285	-.2351	.1117	.3104	.4574**
C28	.4846**	.2280	-.1850	.4981**	.2558	-.1832
C29	.2364	.1388	.4964**	.2927	-.0033	-.0511
C30	.1011	.3732*	.0072	.1649	.2542	.5854**
C31	.2986	.2710	.4137**	.2357	.2852	.3285*
C32	.2880	.2345	.1074	.5521**	.3323*	.1527
C33	.4842**	.3032	.1154	.5939**	.3321*	.0540
C34	-.0066	.2789	-.2296	.0834	.3940*	.4798**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C13	C14	C15	C16	C17	C18
C35	.5472**	.6321**	.1050	.5497**	.3392*	.0942
C36	.1965	.3854*	-.2621	.1747	.2748	.4190**
C37	.3769*	.2531	.4573**	.4110**	.3317*	.1158
C38	.4087**	.5125**	.0301	.5492**	.3597*	.2360
C39	.2284	.2654	.0371	.3066	.3152	.4163**
C40	.4431**	.5118**	-.0091	.4451**	.2747	-.0129
TOTAL	.2747	.5148**	.2857	.4254**	.4854**	.5162**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C19	C20	C21	C22	C23	C24
C1	.1568	.1523	-.0403	.5035**	.5012**	.4173**
C2	.1676	.3037	-.2343	.2626	.4498**	.2574
C3	-.0029	.0579	.2754	.0525	-.0891	-.0717
C4	.3246	.1820	.1498	.2289	.2444	.2741
C5	.2368	.3941*	-.0795	.1754	.4948**	.3925*
C6	.3273*	.2973	.0986	.3171	.3904*	.2461
C7	.4414**	.4460**	.0089	.4846**	.5724**	.3745*
C8	.2619	.1054	.1758	.1326	.1251	-.0077
C9	.4317**	.4002*	.0308	.4161**	.4797**	.3915*
C10	.2970	.1807	.0192	.4642**	.4049*	.2097
C11	.4004*	.4281**	.0184	.1724	.2263	.1953
C12	.2225	.0308	.0165	.5638**	.2394	.1340
C13	.4846**	.3437*	.0346	.1670	.1921	.1401
C14	.4004*	.1932	.1223	.4229**	.3034	.0842
C15	.1524	.0352	.5182**	.0474	-.0815	-.0193
C16	.4981**	.4744**	.1064	.2225	.3309*	.2665
C17	.4924**	.1872	.1668	.5177**	.2629	.1242

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C19	C20	C21	C22	C23	C24
C18	.1367	.1318	.3273*	.4936**	.4741**	.1272
C19	1.0000	.4825**	.3982*	.3114	.3727*	.4680**
C20	.4825**	1.0000	.0880	-.0020	.4515**	.3136
C21	.3982*	.0880	1.0000	.1894	-.0257	.0405
C22	.3114	-.0020	.1894	1.0000	.4758**	.2527
C23	.3727*	.4515**	-.0257	.4758**	1.0000	.4580**
C24	.4680**	.3136	.0405	.2527	.4580**	1.0000
C25	.5301**	.1578	.0966	.5998**	.5578**	.4335**
C26	.2828	.2281	.1076	.3514*	.3977*	.0863
C27	.0071	.0097	.0291	.4083**	.2668	-.0748
C28	.4464**	.2311	.0646	.2220	.2076	.2302
C29	.1878	.3280*	.2377	-.0844	-.0168	-.0055
C30	.3425*	.2657	.2676	.3379*	.5672**	.4046*
C31	.4370**	.1871	.3869*	.1817	.0467	-.0374
C32	.4192**	.4739**	-.0375	.3726*	.5501**	.2805
C33	.2491	.3394*	.0336	-.0349	.1686	-.0549
C34	.2559	.1485	-.0657	.3948*	.5552**	.3023

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C19	C20	C21	C22	C23	C24
C35	.6889**	.4190**	.2743	.2145	.2567	.2405
C36	.2549	.1454	-.1238	.5031**	.7280**	.4178**
C37	.4168**	.3279*	.2798	.0973	.0678	-.0501
C38	.4520**	.3555*	.1498	.1672	.3584*	.1920
C39	.2435	.3318*	.1060	.3306*	.5284**	.2877
C40	.5578**	.3393*	.2221	.1737	.1158	.3274*
TOTAL	.6295**	.3973*	.3927*	.5670**	.6506**	.4112**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C25	C26	C27	C28	C29	C30
C1	.3694*	.1488	.0976	.2468	.0866	.2181
C2	.2509	.1181	.2911	.1676	.0409	.2299
C3	-.1403	.1464	.1213	-.1845	-.0151	.0094
C4	.3905*	.2491	.0506	.4520**	.2511	.1839
C5	.2760	.2199	.0751	.3417*	-.1611	.4163**
C6	.3266*	.4092**	.0982	.1091	-.0313	.4650**
C7	.4046*	.3793*	.0618	.0993	-.0105	.5329**
C8	.2539	.3981*	.2286	.2619	.2937	.2442
C9	.5429**	.3171	.1322	.4317**	.2106	.2371
C10	.3625*	.2896	.1995	.1874	-.0385	.2769
C11	.3412*	.0209	.1285	.5728**	.3365*	.0978
C12	.3330*	-.0040	.3551*	.1225	.2025	.0876
C13	.3776*	.1624	-.1304	.4846**	.2364	.1011
C14	.3412*	.4518**	.1285	.2280	.1388	.3732*
C15	-.0876	.2364	-.2351	-.1850	.4964**	.0072
C16	.4090**	.2056	.1117	.4981**	.2927	.1649
C17	.3828*	.2291	.3104	.2558	-.0033	.2542

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C25	C26	C27	C28	C29	C30
C18	.2046	.4112**	.4574**	-.1832	-.0511	.5854**
C19	.5301**	.2828	.0071	.4464**	.1878	.3425*
C20	.1578	.2281	.0097	.2311	.3280*	.2657
C21	.0966	.1076	.0291	.0646	.2377	.2676
C22	.5998**	.3514*	.4083**	.2220	-.0844	.3379*
C23	.5578**	.3977*	.2668	.2076	-.0168	.5672**
C24	.4335**	.0863	-.0748	.2302	-.0055	.4046*
C25	1.0000	.3369*	.1764	.5301**	.0434	.2919
C26	.3369*	1.0000	.0581	-.0632	.0704	.5094**
C27	.1764	.0581	1.0000	.0071	-.1854	.2721
C28	.5301**	-.0632	.0071	1.0000	.0820	.0476
C29	.0434	.0704	-.1854	.0820	1.0000	-.1492
C30	.2919	.5094**	.2721	.0476	-.1492	1.0000
C31	.2055	.3287*	.0348	.0773	.3306*	.1998
C32	.5205**	.2822	.2529	.1336	.3211	.1816
C33	.2208	.1188	-.0098	.2491	.4701**	-.0925
C34	.3830*	.3041	.4825**	.1579	-.1676	.6428**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C25	C26	C27	C28	C29	C30
C35	.4603**	.3537*	-.0714	.4347**	.2752	.2359
C36	.6771**	.4042*	.2036	.2549	-.1855	.5533**
C37	.0964	.3766*	.0466	.1819	.3663*	.2322
C38	.3905*	.0899	.2799	.3246	.1780	.2517
C39	.2250	.3477*	.2355	.0571	.1613	.6118**
C40	.3727*	.0934	-.1195	.5578**	.2228	.1910
TOTAL	.5511**	.5343**	.1878	.3152	.2361	.6256**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C31	C32	C33	C34	C35	C36
C1	.0623	.3618*	.0815	.2466	-.0160	.3978*
C2	.1344	.3947*	.2258	.5091**	.1916	.4428**
C3	.1922	.0544	.1290	-.0653	.0605	-.1442
C4	.1335	.2306	.2195	.1712	.3992*	.2012
C5	-.1407	.0655	-.1528	.4363**	.1632	.3223
C6	.2836	.4644**	.1202	.2606	.2255	.3796*
C7	.2246	.4497**	.0203	.3982*	.3041	.4350**
C8	.3171	.2764	.3507*	.1579	.1804	.0573
C9	.1764	.6837**	.5073**	.1405	.4875**	.3966*
C10	.4503**	.1669	.1947	.5123**	.2046	.4864**
C11	.1590	.5014**	.3032	.0044	.3946*	.1086
C12	.2723	.3157	.1065	.2644	.1533	.2822
C13	.2986	.2880	.4842**	-.0066	.5472**	.1965
C14	.2710	.2345	.3032	.2789	.6321**	.3854*
C15	.4137**	.1074	.1154	-.2296	.1050	-.2621
C16	.2357	.5521**	.5939**	.0834	.5497**	.1747
C17	.2852	.3323*	.3321*	.3940*	.3392*	.2748

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C31	C32	C33	C34	C35	C36
C18	.3285*	.1527	.0540	.4798**	.0942	.4190**
C19	.4370**	.4192**	.2491	.2559	.6889**	.2549
C20	.1871	.4739**	.3394*	.1485	.4190**	.1454
C21	.3869*	-.0375	.0336	-.0657	.2743	-.1238
C22	.1817	.3726*	-.0349	.3948*	.2145	.5031**
C23	.0467	.5501**	.1686	.5552**	.2567	.7280**
C24	-.0374	.2805	-.0549	.3023	.2405	.4178**
C25	.2055	.5205**	.2208	.3830*	.4603**	.6771**
C26	.3287*	.2822	.1188	.3041	.3537*	.4042*
C27	.0348	.2529	-.0098	.4825**	-.0714	.2036
C28	.0773	.1336	.2491	.1579	.4347**	.2549
C29	.3306*	.3211	.4701**	-.1676	.2752	-.1855
C30	.1998	.1816	-.0925	.6428**	.2359	.5533**
C31	1.0000	.1407	.3556*	.1334	.3836*	.0228
C32	.1407	1.0000	.3272*	.1357	.2888	.3489*
C33	.3556*	.3272*	1.0000	.0522	.4516**	.1386
C34	.1334	.1357	.0522	1.0000	.1763	.5706**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C31	C32	C33	C34	C35	C36
C35	.3836*	.2888	.4516**	.1763	1.0000	.2436
C36	.0228	.3489*	.1386	.5706**	.2436	1.0000
C37	.5810**	.2126	.4612**	.1579	.5299**	-.0030
C38	.1335	.5263**	.2897	.1036	.3992*	.2012
C39	.1875	.2734	.2036	.4077*	.1678	.3934*
C40	.1100	.1542	.2523	.1427	.8097**	.1972
TOTAL	.4071*	.4482**	.2760	.4862**	.5149**	.5486**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C37	C38	C39	C40	TOTAL
C1	-.0370	.0842	.5075**	.0875	.5261**
C2	.2316	.0985	.2054	.1552	.3253*
C3	.2554	.0263	-.1080	.0490	.0535
C4	.3545*	.2965	.1629	.3232	.3920*
C5	-.1572	.1915	.2034	.2491	.3274*
C6	.1737	.4143**	.3031	.1826	.4764**
C7	.1944	.2895	.4366**	.2462	.4971**
C8	.4168**	.3246	.3367*	-.0598	.2955
C9	.3358*	.4593**	.3428*	.3947*	.4769**
C10	.2634	.1343	.2661	.1657	.5255**
C11	.1434	.6315**	.1784	.5118**	.3055
C12	.0996	.3150	.1002	.1241	.3795*
C13	.3769*	.4087**	.2284	.4431**	.2747
C14	.2531	.5125**	.2654	.5118**	.5148**
C15	.4573**	.0301	.0371	-.0091	.2857
C16	.4110**	.5492**	.3066	.4451**	.4254**
C17	.3317*	.3597*	.3152	.2747	.4854**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C37	C38	C39	C40	TOTAL
C18	.1158	.2360	.4163**	-.0129	.5162**
C19	.4168**	.4520**	.2435	.5578**	.6295**
C20	.3279*	.3555*	.3318*	.3393*	.3973*
C21	.2798	.1498	.1060	.2221	.3927*
C22	.0973	.1672	.3306*	.1737	.5670**
C23	.0678	.3584*	.5284**	.1158	.6506**
C24	-.0501	.1920	.2877	.3274*	.4112**
C25	.0964	.3905*	.2250	.3727*	.5511**
C26	.3766*	.0899	.3477*	.0934	.5343**
C27	.0466	.2799	.2355	-.1195	.1878
C28	.1819	.3246	.0571	.5578**	.3152
C29	.3663*	.1780	.1613	.2228	.2361
C30	.2322	.2517	.6118**	.1910	.6256**
C31	.5810**	.1335	.1875	.1100	.4071*
C32	.2126	.5263**	.2734	.1542	.4482**
C33	.4612**	.2897	.2036	.2523	.2760
C34	.1579	.1036	.4077*	.1427	.4862**

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	C37	C38	C39	C40	TOTAL
C35	.5299**	.3992*	.1678	.8097**	.5149**
C36	-.0030	.2012	.3934*	.1972	.5486**
C37	1.0000	.1112	.2689	.2980	.4340**
C38	.1112	1.0000	.0986	.3232	.4245**
C39	.2689	.0986	1.0000	.1358	.6116**
C40	.2980	.3232	.1358	1.0000	.3950*
TOTAL	.4340**	.4245**	.6116**	.3950*	1.0000

of cases: 62 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

EFICACIA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS

Variable	Cases	Mean	Std Dev
	54	3.7407	.9354
	54	3.0185	1.0369
	54	3.5556	1.1601
	54	3.5000	1.0946
	54	4.1852	.6750
	54	3.1852	1.1828
	54	4.0926	.7835
	54	2.7963	1.1717
	54	4.0000	.8009
0	54	3.2963	.9443
TOTAL	54	35.3704	6.2019

Correlations:	P1	P2	P3	P4	P5	P6
P1	1.0000	.5303**	.1005	.7371**	.5257**	.0954
P2	.5303**	1.0000	.1011	.5735**	.3994*	.2125
P3	.1005	.1011	1.0000	.2377	.2757	.5836**
P4	.7371**	.5735**	.2377	1.0000	.5107**	.4809**
P5	.5257**	.3994*	.2757	.5107**	1.0000	.2635
P6	.0954	.2125	.5836**	.4809**	.2635	1.0000
P7	.3938*	.4159*	.2329	.2530	.6091**	.0219
P8	.1919	.5778**	.1820	.1986	.3349	.1775
P9	.3022	.3862*	.2234	.5165**	.6980**	.3585*
P10	.0672	.3990*	.2430	.2373	.2675	.2878
TOTAL	.5991**	.7236**	.5320**	.7477**	.7180**	.5898**

of cases: 54 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

. " is printed if a coefficient cannot be computed

Correlations:	P7	P8	P9	P10	TOTAL
P1	.3938*	.1919	.3022	.0672	.5991**
P2	.4159*	.5778**	.3862*	.3990*	.7236**
P3	.2329	.1820	.2234	.2430	.5320**
P4	.2530	.1986	.5165**	.2373	.7477**
P5	.6091**	.3349	.6980**	.2675	.7180**
P6	.0219	.1775	.3585*	.2878	.5898**
P7	1.0000	.4114*	.3909*	.4978**	.6179**
P8	.4114*	1.0000	.2413	.3796*	.5948**
P9	.3909*	.2413	1.0000	.3992*	.6723**
P10	.4978**	.3796*	.3992*	1.0000	.5866**
TOTAL	.6179**	.5948**	.6723**	.5866**	1.0000

of cases: 54 2-tailed Signif: * - .01 ** - .001

BIBLIOGRAFIA

Aliphas, E. y Torres, M. (1989). El rashomon de la ruptura. Revista de Análisis Grupal. AMPAG, 6 (1), 57-70.

Anzieu, D. (1986). El grupo y el inconsciente. Madrid: Biblioteca Nueva.

Anzieu, D. et al. (1978). El trabajo psicoanalítico en los grupos. México: Siglo veintiuno.

Baram, H., Mena, J., Rhoad, M.E. y Rosas, C.P.S. (1989). Causas desencadenantes de la ruptura de la pareja. Revista de Análisis Grupal. AMPAG, 6 (1), 47-56.

Baudes, M. (1988). ¿Grupo o psicoanálisis?. Buenos Aires: Nueva Visión.

Baz, M. (1989). Una trama enigmática: el discurso grupal. Ilusión Grupal. 4, 42-49.

Bejarano, A. (1978). El trabajo psicoanalítico en los grupos. México: Siglo veintiuno.

Bienvenu, J.P., Debbane, E. Garant, J. y Piper, W. (1982). A stdy of group pretraining for group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy. 32 (3), 309-325.

Bión, W.R. (1980). Experiencias en grupos. Barcelona: Paidós.

Blanco, J., Hidalgo, L.M., Mayoral, D. y Trejo, C. (1989). Proyecto Grupo R.E.D.. Trabajo inédito.

Campuzano, M. (1984). La admisión grupal, determinantes de su surgimiento y técnica de realización. Revista de Análisis

Grupal. AMPAG, 2 (2), 55-96.

Cappon, J. (1978). El movimiento de encuentro en psicoterapia de grupo. México: Trillas.

Carrillo, J.A. (1987). Análisis grupal de duración limitada. Apuntes para un modelo. Revista de Análisis Grupal. AMPAG. 4 (1), 60-80.

Castrejón, J., Melgoza, M.E., Romano, L. y Sánchez, F. (1990). El grupo R.E.D.. Trabajo inédito.

Cooper, E. (1985). Utilizing group process in crisis-waiting-list groups. Int. Journal Group Psychotherapy. 35 (3), 355-371.

De Bouvoir, S. (1981). La mujer rota. México: Hermes.

De Mathmann, C. (1987). Mesa sobre teoría y técnica de grupo. La transferencia en el grupo. Revista de Análisis Grupal. AMPAG, 4 (4), 31-35.

Díaz, I. (1992). El papel de la neurosis de transferencia en el análisis grupal. Revista de Análisis Grupal. AMPAG. 8 (1), 67-73.

Dinerstein, A. (1987). ¿Qué se juega en psicoanálisis de niños?. Buenos Aires: Lugar.

Foulkes, S.H. y Anthony, E.J. (1964). Psicoterapia psicoanalítica de grupo. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1976). Psicología de las masas y análisis del yo 1921. (Vol.18). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1976). Sobre la dinámica de la transferencia 1912. (Vol.12). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1976). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina 1920. (Vol.18). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1976). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica 1910. (Vol.11). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Galende, E. (1990). Psicoanálisis y salud mental. Buenos Aires: Paidós.

García y Labbarthe, A. (1992). Reflexiones sobre el grupo R.E.D. (recepción-espera-derivación). Trabajo inédito.

González, J.J. (1989). La fortaleza del psicoterapeuta: la contratransferencia. México; I.I.P.C.S.

González, J.J., Monroy, A. y Kupferman, E. (1991). Dinámica de grupos técnicas y tácticas. México: Concepto.

González, L. y Guzmán, A.M. (1992). Reporte de atención de pacientes. Manuscrito inédito. Instituto Mexicano del Seguro Social. Querétaro, Qro.

Grinberg, L., Langer, M. y Rodrigué, E. (1977). Psicoterapia del grupo. Buenos Aires: Paidós.

Grinberg, L., Langer, M., Rodrigué, E., Zimmermann, D. et al. (1959). El grupo psicológico. Buenos Aires: Nova.

Guadarrama, J., Aldea, E. y Margolis, J. (1984) El grupo de admisión y espera: un espacio imaginario. Revista de Análisis Grupal. AMPAG. 2 (2), 97-109.

Guzmán, M., Merodio, C., Palacios, M. y Roldán A. (1990). ¿Cómo salvamos a la vida salvaje?. Trabajo inédito.

Hernández, C. y Sifuentes, F. (1984). Deserción en el grupo de admisión. Trabajo de tesis. AMPAG. México, D.F.

Hoffs, L. (1989). El impacto de los conflictos de la pareja en los hijos. Revista de Análisis Grupal. AMPAG, 6 (1), 71-85.

Kadis, A., Krasner y Foulkes, S.H. (1982). Manual de psicoterapia de grupo. México: Fondo de Cultura Económica.

Kissen, M. (1976). Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo. México: Limusa.

Klein, J. (1980). Estudio de los grupos. México: Fondo de Cultura Económica.

Kundera, M. (1988). La insoportable levedad del ser. Barcelona: Tusquets.

Lacan, J. (1977). Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires: Nueva Visión.

Lacan, J. Seminario inédito del 23 de noviembre de 1960. En La transferencia.

Langer, M., del Palacio, J. y Guinsberg, E. (1981). Memorias, historia y diálogo psicoanalítico. México: Folios.

Little, M. Counter-transference and the patient's response, transference neurosis and transference psychosis. New York:

Jason Aronson.

Mejía, L. (1989). Sociografía del paciente de la clínica de AMPAG. Revista de Análisis Grupal. AMPAG, Vol. especial: Praxis institucional, 1-15.

Montes, Castillo, et al. (1988). Demanda y realidad. Ponencia presentada en el III Congreso de AMPAG. Querétaro, Qro.

O'Donnell, P. (1977). La teoría de la transferencia en psicoterapia grupal. Buenos Aires: Nueva Visión.

Palacios, A. (1975). Técnica de grupo en psicoanálisis. México: La Prensa Médica Mexicana.

Pérez, J.M. (1991). El imperio perdido. México: Cal y Arena.

Pitol, S. (1991). La vida conyugal. México: Era.

Radosh y Márquez (1984). Causas de la deserción de pacientes durante las primeras entrevistas psicoterapéuticas. Trabajo mimeografiado por el Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia.

Reich, A. (1973). Further remarks on counter-transference. New York: International University Press.

Roel, G. (1989). Medidas preventivas para aminorar los riesgos de la ruptura de la pareja y sus efectos en los hijos. Revista de Análisis Grupal. AMPAG, 6 (1), 98-117.

Roger, G. y Scornick, H. (1986). La dimensión institucional en una tarea clínica: los grupos de admisión. Revista de Análisis Grupal. AMPAG, 3 (3), 51-86.

Safouan, M. (1989). La transferencia y el deseo del analista. Buenos Aires: Paidós.

Sandler, J. (1973). El paciente y el analista. Buenos Aires: Paidós.

Scornick, H. (1976). Proyecto sobre un modelo de recepción grupal. Manuscrito inédito, Centros de Integración Juvenil, México.

Slavson, S.R. (1976). Tratado de psicoterapia grupal analítica. Buenos Aires: Paidós.

Yalom, I. (1986). Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: Fondo de Cultura Económica.

Zimmermann, D. (1969). Estudios sobre psicoterapia analítica de grupo. Buenos Aires, Hormé.

OBRAS CONSULTADAS

Adler, G. (1980). Transference, real relationship and alliance. International Journal Psychoanalytic. 61, 547-558.

Bennett, R. (1980). Understanding the development of a homogeneous, identity-impaired group through countertransference phenomena. International Journal of Group Psychotherapy. 30 (4), 405-425.

Berman, R. (1989). La adicción sexual: versión masculina. Revista de Análisis Grupal. AMPAG. 6 (1), 118-130.

Campuzano, M. Izaurrieta, M. y Hernández T. (1989). Grupo terapéutico breve para separados y divorciados. Revista de Análisis Grupal. AMPAG. Vol. especial, 41-62.

Caruso, I. (1969). La separación de los amantes. México: Siglo veintiuno.

Downie, N. (1971). Métodos estadísticos aplicados. New York: Harper & Row.

Gutman, J. (1983). El grupo terapéutico como espacio intermediario. Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo. 10 (1), 109-117.

Kundera, M. (1987). El libro de los amores ridículos. Barcelona: Tusquets.

Langer, M. (1988). Experiencias con grupos terapéuticos-didácticos con estudiantes de psicología clínica en el marco de su formación universitaria. Revista de Análisis Grupal. AMPAG. 5 (3), 78-95.

Quirk, T. (1983). Métodos de investigación en psicología. México: Limusa.

Siegel, S. (1972). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias sociales. México : Trillas.

Young, R. (1975). Introducción a la estadística aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas.