

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

01941
22/0

EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE
MINNESOTA (MMPI) COMO INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL
PROGRESO TERAPEUTICO EN PACIENTES DE UN CENTRO DE
SERVICIOS PSICOLOGICOS

T E S I S

Que para obtener el Diploma de
Especialista en Psicología Clínica y
Psicoterapia de Grupo en Instituciones

P R E S E N T A

Lic. Maricarmen Acevedo Corona

COMITE DE TESIS

Directora: Mtra. Josette Benavides T.
 Mtra. Irma Lorentzen G.
 Mtra. Fayne Esquivel A.
 Mtra. Ma. Carmen Montenegro
 Lic. Anne Marie Brugman

Asesor en Cómputo:
Lic. Daniel Zarabozo E. de R.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Agosto, 1993.



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.

INDICE

	Pags.
Agradecimientos	
Resumen	
Introducción	1
Marco Teórico	
Importancia y antecedentes de la psicoterapia grupal breve	3
Efectos de la Psicoterapia en el paciente	6
Funciones del Yo y Adolescencia	8
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)	18
Características de la personalidad sensibles al tratamiento terapéutico	29
Metodología	
Planteamiento del problema	32
Hipótesis	32
Método	32
Diseño	33
Procedimiento	33
Resultados	36
Análisis cuantitativo	36
Discusión	41
Conclusiones	43
Limitaciones	46
Bibliografía	48
Apéndice 1	
Análisis cualitativo Datos clínicos e interpretaciones del MMPI para cada uno de los pacientes	51

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue el investigar los efectos de la psicoterapia grupal breve en la personalidad de los pacientes, mediante el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), con las escalas básicas y también con la escala adicional de Fuerza del Yo.

Para ello se evaluaron los expedientes de 21 pacientes cuyas edades fluctuaron entre los 19 y los 27 años de edad, canalizados a terapia breve de grupo de corte psicoanalítico, durante 30 sesiones aproximadamente, con una frecuencia de una vez por semana durante 6 meses.

Se les aplicó el MMPI, antes de su participación en el grupo terapéutico, y al final del tratamiento. Las aplicaciones se evaluaron mediante un método automatizado para la calificación del MMPI.

Se encontraron diferencias significativas en los puntajes antes-después en las escalas: F, K, Hs, D, Hi, Pt, Is y FY

Los resultados obtenidos indican que la angustia, la depresión y los síntomas somáticos disminuyeron; que las relaciones interpersonales de los pacientes mejoraron en términos de demanda de afecto, tolerancia y socialización, asimismo se presume una mejor adaptación, comprensión de su problemática y capacidad percibida para resolver los problemas.

En relación con la escala FY, el yo se vio fortalecido en diferentes áreas que propician conductas más adaptativas.

Palabras clave: Terapia de grupo, Terapia Breve, MMPI, Fuerza del yo.

Key words: Group Therapy, Brief Therapy, MMPI, Ego Strength (ES).

INTRODUCCION

Una de las inquietudes persistentes en el campo de la psicoterapia, es la evaluación de los cambios ocurridos en el paciente como consecuencia de su paso por un proceso terapéutico, usualmente, contamos con el autoreporte del paciente, que indica cambios favorables en su persona, disminución de síntomas, etc. (Torres, Díaz, Cárdenas, y Aruffo, 1992). Sin embargo, la evaluación de tipo cuantitativo por así llamarle, es difícil, máxime que en algunos enfoques de terapia se evita la evaluación de tipo psicométrico. En este sentido, es relevante rescatar la importancia de la evaluación de la personalidad, con uno de los instrumentos más utilizados para ello, que es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), que nos permite a través del autoreporte, en una situación estandarizada, ubicar rasgos de la personalidad del paciente.

El objetivo de este trabajo es determinar a partir de dos aplicaciones del MMPI, antes y una vez finalizado el proceso terapéutico, los cambios reflejados en los perfiles del Minnesota, para evaluar las áreas de la personalidad que son más sensibles a su modificación, como consecuencia de la intervención en un proceso terapéutico, en una población de pacientes atendidos en terapia grupal breve (6 meses) de corte psicoanalítico, en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM; que recoge en los expedientes de los solicitantes del servicio, tanto datos sociodemográficos, como diferentes pruebas psicométricas, de las cuales sólo utilizaremos el MMPI.

Para ubicar el marco de esta investigación, se abordarán teóricamente aspectos como la importancia y antecedentes de la psicoterapia grupal breve, que es el tipo de terapia que recibieron los pacientes de la muestra, así como los efectos de la psicoterapia en el paciente, tomando en consideración a diversos autores; partiendo de dichas aseveraciones, el trabajo continúa exponiendo aspectos importantes acerca de las funciones del yo en la adolescencia. Dicho apartado, es importante, ya que asumimos que durante el proceso terapéutico, el Yo del paciente se ve modificado (fortalecido), lo que le permite enfrentar su conflictiva de manera diferente; el hecho de que se hable de dichas funciones enmarcándolas en el periodo adolescente, responde a las problemáticas planteadas y trabajadas durante el curso de la terapia, en lo concerniente a conflictos propios de dicha etapa, tales como la dependencia/independencia, relaciones con la familia de origen, elecciones de pareja, trabajo, etc.

Por otro lado, se mencionan las principales características y aplicaciones del MMPI, que fue el instrumento utilizado para evaluar los cambios en los pacientes a partir de su proceso terapéutico, así como se mencionan investigaciones anteriores realizadas con dicho instrumento, en relación a ciertas características de la personalidad que sufren cambios a partir de un proceso terapéutico.

A continuación se detalla la metodología seguida para la investigación, se presentan los resultados, se hace la discusión de dichos resultados y finalmente se enuncian las conclusiones y limitaciones del presente trabajo.

Importancia y antecedentes de la psicoterapia grupal breve

Desde que en el Renacimiento se comenzó a utilizar el vocablo "Gropo" para designar un conjunto de personas o figuras esculpidas que componen un tema, hasta la utilización del término, citando lo que Grinberg, Langer y Rodriqué (1957) definen como un grupo: "el conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado (consultorio o Institución), a una hora establecida de común acuerdo y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común (la curación). Todas y cada una de ellas desempeña inconscientemente determinados roles o funciones en estrecha relación de interdependencia, sujetos a cambios de roles"; han acontecido múltiples aplicaciones tan solo en el campo de la Psicología, cuya historia tal vez sea equiparable al tránsito que los grupos han tenido desde aquellas sesiones de Pratt en 1905 hasta la diversidad de técnicas que se utilizan actualmente, con objetivos terapéuticos. Así, tomando en consideración los primeros intentos de Ferencsi en 1925 (detallados en Small, 1986) por implementar un tipo de terapia psicoanalítica breve, pasando por el auge en su desarrollo a partir de la segunda Guerra Mundial, **-que le proporcionó reconocimiento como una técnica terapéutica importante y eficiente-** y hasta la concepción actual de ella¹, encontramos las consideraciones, sobre la Psicoterapia Breve, que cita Small (1986) como "el tratamiento en el que la extensión y la frecuencia de las entrevistas, así como la duración total de la

1 Que muestra su importancia en la atención tanto en el Primer Nivel, sobre todo en el caso de crisis propias de las diferentes etapas de la vida, o eventos medioambientales inesperados, como su utilidad en las instituciones que ahora enfrentan el problema de atender cada vez a una población más grande, y que cada vez demanda más y mejores servicios.

interacción, se ajustan al mínimo necesario para obtener las metas más viables para cada paciente".

En este devenir histórico y de desarrollo, muchas han sido las reflexiones hechas con respecto a las ventajas de la psicoterapia grupal breve. La mención a un espacio donde se puedan ensayar nuevos roles, en un ambiente permisivo, la disminución de las resistencias iniciales, el ejercicio de la crítica y la autocrítica, el fortalecimiento del yo, etc. y que han sido descritas por diversos autores.

En este sentido, Fiorini (1979), indica que en la psicoterapia breve se intenta una comprensión psicodinámica de la vida cotidiana del paciente, que ayude tanto a los vínculos interpersonales que constituyen el grupo primario del paciente como a sus condiciones de trabajo, vivienda, perspectivas de futuro, las tensiones de su grupo social, la cultura particular, prejuicios, mitos, etc. Lo que enfatiza la importancia de el contexto social del paciente, tanto para el sostenimiento de una situación "patológica" como para su posible mejoría.

Para que se obtengan los máximos beneficios de la intervención, menciona el mismo autor, como recursos de la acción terapéutica los siguientes:

- a) Ofrecer al paciente un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos, regulados, que favorezcan la catarsis de sus fantasías, temores, deseos, etc., censurados en su medio habitual.

- b) Dentro del marco anterior, adecuado para una experiencia "emocional correctiva", favorecer el aprendizaje de la autoevaluación y crítica de sus conductas habituales en sus interacciones familiares e institucionales.
- c) Alentar al paciente en la asunción de roles que fortalezcan por el ejercicio, su capacidad de discriminación y ajuste realista.
- d) Ayudarle en la elaboración de un proyecto personal, con metas que impliquen adquisición de cierto bienestar y autoestima.
- e) Ejercer alguna influencia sobre las pautas de interacción familiar, favoreciendo su comprensión del sentido de la enfermedad, de los síntomas, orientándolo hacia un manejo más controlado de sus ansiedades y hacia la elaboración grupal de nuevos modos de ajuste interpersonal.

De esta forma, el clima permisivo, la "experiencia emocional correctiva", la asunción de nuevos roles, la comprensión de las pautas de interacción, etc. se ven favorecidas en el contexto grupal.

Wolf (1949-1950), afirma que en un grupo el yo individual es fortalecido por la identificación con el grupo.

Raubolt (1983), menciona que la terapia grupal propicia una evaluación más extensiva del sujeto, que el apoyo del grupo refuerza la alianza terapéutica y rompe con las resistencias iniciales al tratamiento, así como también provee a los pacientes de un escenario donde los sujetos pueden practicar de inmediato nuevas conductas. Para ello, el terapeuta debe crear una atmósfera que promueva el intercambio abierto, etc. (puntos de coincidencia con Fiorini y en general con la mayoría de los autores).

Considerando las características de la psicoterapia grupal breve que enuncia Fiorini, esta resulta ser uno de los métodos de elección para el

tratamiento de adolescentes, ya que como él señala produce mejoras importantes en situaciones de transición de etapas evolutivas. La intervención breve en instituciones con grupos cerrados a tiempo limitado y con objetivos focalizados, constituye el marco en el que se desarrolló la experiencia terapéutica resumida en este trabajo.

Efectos de la psicoterapia en el paciente

Al tratar de contestar a la pregunta de cuáles son los cambios que se esperan en el paciente al terminar la terapia, las opiniones varían desde el insight último que facilita que los síntomas dañinos, conflictos y angustias que yacen bajo ellos desaparezcan, así como también eliminar los llamados "afectos disyuntivos" como la cólera, el disgusto, etc, que son sustituidos por los "afectos conjuntivos" como la alegría, la simpatía, etc, como indica Adler (1946).

Otros autores como Nunberg (1955), describen los procesos relacionados con el fin de la terapia y menciona que "el yo se hace mas fuerte, ya que no tiene que invertir su energía en las defensas; controla los instintos y adquiere la capacidad de dominarlos y domarlos. El pensamiento fantástico, sujeto al proceso primario, es reemplazado ahora por el pensamiento realista, sujeto al proceso secundario. El yo se ha enriquecido mediante la asimilación del material reprimido. La severidad del superyo se mitiga; tolera mejor los impulsos instintivos reprimidos. El yo caótico y desordenadamente neurótico, tan pleno de contradicciones, es reemplazado por un yo ordenado, unificado y mediador. En otras palabras,

el yo recobra su función sintética, su capacidad para mediar entre el superyo y el ello, así como entre el ello y el mundo exterior" (1955, pág. 359).

Autores correspondientes a la ortodoxia psicoanalítica, consideran que la meta es el logro de mayor energía neutralizada, que fortalezca al yo y le permita conductas más adaptativas y disfrutes mejor integrados con la realidad (Milchaca, 1987).

Otros autores como Fromm-Reichmann (1987), hablan de la disolución del excedente de ansiedad de los pacientes, así como el crecimiento, la maduración y la expansión de la personalidad en la dirección de la capacidad de autorrealización, menciona que el brindar y aceptar amor, y formar relaciones íntimas duraderas, debieran ser objetivos perennes en las vidas de los ex-pacientes.

Rogers (1961), a este respecto menciona que el cliente cambia y reorganiza su concepto de sí mismo, deja de percibirse como un individuo inaceptable, indigno de respeto y obligado a vivir según normas ajenas, se aproxima a una concepción de sí mismo como persona valiosa, de dirección interna, capaz de crear sus normas y valores sobre la base de su propia experiencia y desarrolla actitudes mucho más positivas hacia sí mismo. El cliente se vuelve menos defensivo y, en consecuencia más abierto hacia su experiencia de sí mismo y de los demás, más realista y diferenciado en sus percepciones. Sus objetivos e ideales cambian y adquieren un carácter más accesible. Disminuye notablemente la discrepancia entre el sí mismo que es y el que desea ser. Se reducen las tensiones de todo tipo (tensiones fisiológicas, malestar psicológico y

ansiedad); percibe a los demás individuos con más realismo y aceptación, describe su propia conducta como más madura y, lo que es más importante, los que lo conocen bien comienzan a advertir también que su descripción es verdadera.

El mismo autor, también hace mención sobre la estabilidad de dichos cambios e indica que estudios de seguimiento realizados entre seis y dieciocho meses después de concluido el tratamiento indican la persistencia de dichas modificaciones.

Sin embargo, la subjetividad de los cambios, que generalmente son reportados partiendo de juicios clínicos o autoreportes, (Torres y cols., 1992) ha sido cuestionada en múltiples ocasiones (Florini, 1979). Por ello es importante la utilización de métodos "objetivos" que coadyuven a evaluar dichos cambios.

Funciones del yo y Adolescencia

De este modo, de manera muy general podríamos decir que las funciones del yo se ven modificadas. Por ello, se hace necesario hacer una revisión concerniente al yo y sus funciones, especialmente en la etapa de la adolescencia, que es el blanco de la presente investigación, partiendo de los conflictos que presentaron los sujetos del estudio, más que de sus edades cronológicas.

Según Laplanche y Pontalis (1983), el Yo es la instancia que Freud (1981) distingue del ello y del superyó en su segunda teoría del aparato psíquico y hace un análisis en tres niveles de dicha instancia:

Desde el punto de vista tópico, el yo se encuentra en una relación de dependencia, tanto respecto a las reivindicaciones del ello como a los imperativos del superyó y a las exigencias de la realidad. Aunque se presenta como mediador, encargado de los intereses de la totalidad de la persona, su autonomía es puramente relativa.

Desde el punto de vista dinámico, el yo representa eminentemente, en el conflicto neurótico el polo defensivo de la personalidad; pone en marcha una serie de mecanismos de defensa, motivados por la percepción de un afecto displacentero (señal de angustia).

Desde el punto de vista económico, el yo aparece como un factor de ligazón de los procesos psíquicos; pero, en las operaciones defensivas las tentativas de ligar la energía pulsional se contaminan de los caracteres que definen el proceso primario: adquieren un matiz compulsivo, repetitivo, irreal, etc.

La teoría psicoanalítica intenta explicar la génesis del yo dentro de dos registros relativamente diferentes; por un lado, considerándolo como un aparato adaptativo diferenciado a partir del ello en virtud del contacto con la realidad exterior, o ya sea como el resultado de identificaciones que conducen a la formación, dentro de la persona, de un objeto de amor catectizado por el ello.

En relación con la primera teoría del aparato psíquico, el yo es más extenso que el sistema preconsciente-consciente, dado que sus operaciones defensivas son en gran parte inconscientes.

Desde un punto de vista histórico, el concepto tópico del yo es el resultado de una noción que se halla constantemente presente en Freud (1981) desde el principio de su pensamiento.

Las funciones yóicas incluyen la adaptación a la realidad, sentido y prueba de realidad, control de impulsos, regulación homeostática del nivel de ansiedad y a la frustración con capacidad de demora, productividad, capacidad sublimatoria, integración y coherencia, de una diversidad de facetas de la persona (Florini, 1979).

Conforme la lista que da Bellak (1979) (citado en Michaca, 1987), las tres áreas de funcionamiento yóico y sus componentes, son las siguientes:

AREA DE CONTACTO CON EL MUNDO EXTERNO

1. Prueba de realidad
2. Sentido de realidad del self y del mundo
3. Juicio de realidad
4. Relaciones de objeto

AREA DE CONTROL Y MODULACION DE LOS IMPULSOS

5. Regulación y control de afectos y de impulsos
6. Funcionamiento defensivo
7. Regresión adaptativa al servicio del yo

AREA DE MANTENIMIENTO DE LA ESTRUCTURA

8. Función sintética-integrativa
9. Funcionamiento autónomo
10. Barrera de estímulos
11. Dominio y competencia
12. Pensamiento

La prueba de realidad, la distinción entre el afuera y el adentro y la precisión con que opera el proceso perceptual, suponen un desarrollo que se inicia en la confusión total, y culmina con una clara diferenciación entre sujeto y objeto, entre la experiencia del yo y la experiencia del otro. Su alteración, (ya sea debida a inmadurez, a interferencia o a regresión), se manifiesta en pérdida de los límites de ubicación de la percepción y/o del pensamiento (como en el caso de la alucinación o el delirio).

La función del sentido de realidad del self y del mundo da cuenta del desarrollo del mundo representacional, del self y de los objetos, y algo muy importante, es que abre la posibilidad de diferenciar conflictos que afecten la dimensión externo-interno o la dimensión self-objeto, en su representación o ambas. Cuando ambas están alteradas, podemos hablar de patologías psicóticas, mientras que si sólo lo está la segunda, nos encontramos en el terreno de lo fronterizo o lo narcisista. También es cierto, que si las dos funciones presentan alteraciones, la consecuencia inmediata es que la tercera función, esto es, el juicio de realidad, se altere en cualquiera de sus dos vertientes: la anticipación, la capacidad de preveer las consecuencias de nuestras acciones y/o lo apropiado de nuestra conducta ante un contexto determinado.

La función de relaciones de objeto también está operando sobre dos dimensiones específicas; la primera, meramente descriptiva se refiere a la forma y la calidad de las relaciones del yo con los objetos externalizados e internalizados, mientras que la segunda se refiere al grado de evolución intrapsíquica con que se dan las relaciones de objeto. De lo aquí expuesto, parece claro que mientras la función prueba de realidad va a depender en mayor medida del funcionamiento de las áreas de autonomía primaria, el sentido de realidad del self y del mundo va a estar fuertemente condicionado por las vicisitudes de la relación de objeto temprana.

Pasando a la segunda área: control y modulación de los impulsos, nos adentramos a terrenos más conocidos en la teoría estructural, con funciones que se derivan del choque entre los deseos pulsionales y la realidad frustrante. Posteriormente estos se internalizan y estructuran como defensa, y como mecanismos de modulación de la descarga instintiva y afectiva. Con respecto al funcionamiento defensivo, en el que clásicamente se mencionan aquellas formas de defensa, altamente estructuralizadas como las llamadas defensas neuróticas (represión, formación reactiva, desplazamiento, aislamiento de los afectos, etc.), y junto a estas se colocan defensas menos estructuralizadas, que parecen responder a una interacción directa entre impulso-realidad como son la negación, la escisión, y la proyección.

En cuanto a la tercera zona de funciones yóicas, o sea, el mantenimiento de la estructura, se puede señalar que en ella se encuentran las funciones de autonomía primaria y secundaria, que proveen la independencia de la estructura y su tolerancia a la presión.

Asimismo se encuentra la función sintélico-integrativa, cuya destacada función es reducir al máximo las incongruencias estructurales, reorganizando configuraciones que permitan la unidad estructural; la barrera de estímulos, primaria y secundaria, el dominio y competencia que aseguran mayor grado de control sobre la conducta adaptativa y el pensamiento, y que, al ensayar con pequeñas cargas las acciones a tomar, permite una conducta más adaptativa y menos expuesta al fracaso.

Las funciones que realiza el yo en el proceso terapéutico, pueden resumirse según Anna Freud (1986) de la siguiente forma: El yo funciona como aliado del analista en tanto ejerce la autoobservación, poniendo su capacidad al servicio del análisis y, a través de los derivados inconscientes llegados a su territorio, procura una visión de las otras instancias. El yo funciona como adversario del análisis en tanto en dicha autoobservación se conduce con parcialidad e inseguridad, y mientras al paso que registra y transmite con fidelidad determinados hechos, falsifica y rechaza otros, escudándose contra su manifestación: de esta suerte contraría la exploración analítica empeñada en ver todo cuanto surge, sin discriminación alguna. Finalmente, el mismo yo es objeto del análisis en tanto sus mecanismos de defensa, que emplea permanentemente, funcionan de modo inconsciente y sólo a través de un trabajoso esfuerzo, y son susceptibles de ser llevados al conocimiento de la conciencia.

Los síntomas neuróticos aparecen como modos de fijación de mecanismos defensivos. El papel del yo en la formación de los denominados síntomas, consiste en el uso invariable o fijación de un

especial método de defensa, erigido contra una particular exigencia instintiva, que se repite exactamente con el retorno estereotipado de la misma exigencia.

Según González-Núñez, Romero y De Tavira (1986) el desarrollo normativo del adolescente presupone los logros de la latencia. Cuando esto no es así se presentan fijaciones impulsivas e Inmadurez yóica. Al no tenerse los logros de la latencia en cuanto al funcionamiento yóico, parece no haber una línea demarcatoria entre la fantasía y la realidad. La capacidad del yo para evaluar críticamente al self y al objeto se ve detenida; prácticamente no hay un yo autoobservador, y tanto el examen de realidad como las relaciones objetales muestran anomalía evolutivas. La consecuencia es una adolescencia abortada, o la imposibilidad de obtener el dominio autónomo de las tensiones internas desequilibrantes y de utilizar de manera selectiva el entorno social, en términos de adaptaciones sublimatorias e Identificadorias. Bajo tales circunstancias, el adolescente pierde interés en el aspecto social y busca nuevas relaciones objetales; las nuevas relaciones entabladas dentro del grupo de amigos muestran las características de simples sustituciones de objetos, en lugar de ser relevos elaborados (Blos, 1981).

Por otra parte, la vida del individuo gira en torno de la alternancia de movimientos progresivos y regresivos que se presentan a lo largo de este período de crecimiento.

Blos (1981) lo visualiza como un segundo proceso de individuación en el que el self abandona sus vínculos de dependencia infantil ya

interiorizados. En la primera etapa de individuación, la infantil, el pequeño adquiere una relativa independencia respecto de la presencia física de la madre gracias a la interiorización. Una vez que ha logrado formar las imágenes de su entorno físico y emocional, su potencial madurativo, tanto motor como sensorial y cognitivo, se lanza hacia adelante en el desarrollo de nuevas facultades. Mientras que, en la segunda etapa de individuación de la adolescencia, lo que se busca es la independencia respecto de los objetos infantiles interiorizados. En este momento, se coloca en primer plano otra de las funciones yóicas: la de dominio-competencia. El cambio interior referente al abandono de los objetos infantiles interiorizados se produce a través de la regresión normativa de la adolescencia, que no es de naturaleza defensiva, sino que está al servicio del desarrollo. Por medio de esta regresión, el adolescente entra en contacto con dependencias, angustias y necesidades infantiles pendientes, pero ahora con una dotación yóica mucho más equipada y estable que en la infancia.

En efecto, el yo durante esta etapa está lo suficientemente ligado a la realidad como para no hundirse en la etapa indiferenciada o en la psicosis. Todo depende de la capacidad del individuo para mantenerse dentro de ciertos límites la regresión no defensiva propia de esta edad, ya que cuando es defensiva, detiene su desarrollo y produce la formación de síntomas. En este caso, el terapeuta se enfrenta a un problema de diagnóstico diferencial en cuanto a la regresión.

Gracias a la regresión se puede contemplar una verdadera batalla entre lo preedípico y lo edípico, en la función yóica de relaciones de objeto del adolescente. En la práctica, la estrategia del terapeuta oscila

constantemente entre los ámbitos preedípico y edípico. Lo preedípico se evidencia con cautela, la crítica y la suspicacia del paciente, o en la expectativa de que el terapeuta le proporcione elementos para mejorar su vida.

El terapeuta puede representar en la transferencia a la madre preedípica idealizada, dando origen a un sentimiento de seguridad en el adolescente. Sin embargo, la reanimación de la imagen maternal representada por la persona del terapeuta, demanda una tarea sumamente delicada para la desidealización del objeto. El paciente necesita ser expuesto en forma gradual y repetida a una desilusión con respecto al self y al objeto, que lo lleve a tolerar la imperfección, lo cual se cumple primero en la relación con el objeto y, posteriormente, con el self. Se trata de un proceso muy doloroso, aunque normal para el adolescente.

Las funciones autónomas en general se encuentran bien conservadas en el adolescente, al grado de que si esto no ocurre, significa la presencia de trastornos. El Yo del adolescente no tiene suficiente autonomía interna, pues depende mucho de sus impulsos internos; de ahí el mimetismo típico del adolescente que tiende a confundirse con su medio.

La función de regulación y control de impulsos y de afectos ocupa también un primer plano en el adolescente, en el cual, tanto los impulsos como los afectos se ven fuertemente incrementados y movilizadas cuando ésta función yóica es todavía débil aunque con más recursos que en la infancia.

La meta más importante de la adolescencia, como un todo parece ser el dotar al individuo de estabilidad en los intereses del Yo y de una diferenciación sexual que funcionan como núcleo del sentido de identidad. La fase que cierra la adolescencia se caracteriza por una actividad del Yo integrativa y adaptativa más bien que defensiva. Se acentúa el proceso total de consolidación y la formación definitiva del Self como la alteración característica más importante del Yo en la adolescencia tardía y la posadolescencia.

Se podrían considerar como objetivos importantes de la psicoterapia, el liberar al paciente de los síntomas perturbadores y dotarlo de la capacidad para desenvolverse razonablemente bien y de experimentar la alegría de vivir.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) -

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) es una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el campo de la evaluación de la personalidad en todo el mundo. Desde que fue desarrollada en 1940, ha sido frecuentemente utilizada y se han implementado múltiples adaptaciones así como estandarizaciones en los países donde se aplica actualmente, ya que existen variaciones debidas a factores socioculturales (Barroso, Alvares y Alivisa, 1982), que no deben dejarse de lado, con el fin de que la eficacia de esta prueba no se vea mermada, de acuerdo al contexto de su aplicación.

El MMPI cumple con una rígida validez de constructo, que permite un serio tratamiento estadístico de los datos obtenidos. Cuenta asimismo con las ventajas de una prueba proyectiva, es un instrumento autodescriptivo con el que se pueden evaluar las características propias de la personalidad del individuo, a la vez que se puede comparar al sujeto con la norma del grupo al que pertenece (Rivera, 1987).

En sujetos normales, el retest del Minnesota no demuestra diferencias significativas, tal como lo reportan Sakai, Takeichi y Sato (1984).

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, surgió de la necesidad de una evaluación de la personalidad que cumpliera con las siguientes condiciones:

- a). Que el sujeto evaluado pudiera autodescribirse, es decir, hablar de sus características desde su punto de vista.

- b). Que además aportara una mayor cantidad de información de tipo cuantitativo que las entrevistas o los informes.
- c). Que por sus características fuera un método más económico de obtener cierto tipo de información en comparación con la entrevista, por ejemplo.
- d). Que fuera objetiva en relación a su administración e interpretación (de ahí surgió la forma de respuesta, que fue innovadora en su época).
- e). Que permitiera la identificación de las variables particulares dentro de las categorías diagnósticas.
- f). Que fuera útil en la determinación de la falsedad, veracidad o exageración de los datos proporcionados por el sujeto.
- g). Que fuera lo suficientemente sensible a las distorsiones tales como intentar dar una impresión más o menos favorable según los intereses del sujeto; y que a partir de esto se pudieran detectar inconsistencias en la forma de respuestas, y
- h). Que determinara si en la aplicación habían existido problemas de falta de entendimiento de los reactivos.

Partiendo de estas inquietudes, Hathaway y Mc Kinley se dieron a la tarea de seleccionar los enunciados que ellos consideraban más discriminativos, a partir de los reactivos ya existentes en otros tipos de pruebas, informes, libros, escalas de actitudes, historias de casos, etc., y formaron un banco de 1200 reactivos, que finalmente quedaron reducidos a 504 (Hathaway y McKinley, 1967).

Durante la elaboración de los reactivos, la pregunta clave se planteaba de la siguiente manera "¿Qué tan bien discrimina la escala de frecuencia grupos de personas que, se supone, tienen alteraciones de criterio o de diagnóstico, de aquellas que se supone que no lo tienen, o de aquellas que pueden confundir interpretaciones correctas?" (Núñez, 1979).

Las normas de calificación originales, provinieron de una muestra de 700 sujetos "normales", constituida por visitantes y familiares de los pacientes internos en los Hospitales de la Universidad de Minnesota, por un grupo de muchachos recién graduados de bachillerato que asistían a conferencias en la misma Universidad, por un grupo de obreros (Work Progress Administration) y por un grupo de pacientes no psiquiátricos de los hospitales de la Universidad de Minnesota. Este grupo de sujetos "normales" se comparó con un grupo que denominaremos clínico, constituido por más de 800 pacientes psiquiátricos de los Hospitales de la Universidad de Minnesota; dentro de este grupo se encontraban pacientes "representativos" de las categorías diagnósticas psiquiátricas en uso en la época en que se elaboró la prueba. Estos sujetos fueron subdivididos en subgrupos de muestras de diversos diagnósticos clínicos: hipochondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía.

Los 504 reactivos fueron aplicados a ambos grupos (normales y clínicos); se realizó un análisis de reactivos para cada uno de los subgrupos "clínicos" para detectar aquellos reactivos que diferenciaran significativamente entre el grupo clínico y el de sujetos normales.

Posteriormente, se agregaron al instrumento las escalas de Masculinidad-Feminidad (Mf) y de Introversión Social (Si).

Estructura de la prueba

Después de múltiples investigaciones (Welsh y Dahlstrom, 1956), actualmente el inventario cuenta con 566 reactivos, que el sujeto puede contestar como Claro, Falso u Omitir la Respuesta.

El instrumento está formado por dos tipos de escalas: las escalas de validez (? , L, F y K) y las escalas clínicas (1 Hs, 2 D, 3 HI, 4 Dp, 5 Mf, 6 Pa, 7 Pt, 8 Es 9 Ma, 10 Si).

Escalas de Validez

Las escalas de validez tienen como propósito primordial determinar si las respuestas del inventario no fueron distorsionadas en un grado tal, que pudiera alterar tanto la calificación como la interpretación de la prueba.

La escala " ? " agrupa a los reactivos que no fueron contestados por el sujeto; estas omisiones pueden deberse a diferentes factores tales como problemas para entender los reactivos del inventario, falta de disposición para contestarlos, o falta de contacto cultural en algunas áreas de la prueba.

La escala L evalúa la distorsión que el sujeto puede hacer de la prueba; es decir, si el sujeto pretende dar una muy buena impresión por medio de sus respuestas, o si demanda ayuda de manera exagerada; en este sentido se muestra su apego a actitudes sociales convencionales si el puntaje es alto o si, por el contrario es bajo, puede indicar rigidez en su autodescripción y una falta de interés por adherirse a las normas sociales convencionales.

La escala F está relacionada con factores que producen alteraciones psicológicas severas. Cuando su puntaje se encuentra elevado se evidencian factores que producen tensión interna, o la exageración de la problemática por parte del paciente; esto se puede relacionar con la incapacidad que siente el sujeto para manejar su problemática, o bien con que no entendió claramente los reactivos, sobre todos los que se encuentran escritos en forma negativa. Cuando el puntaje es muy bajo, puede estar relacionado con problemas en la capacidad de "insight" del sujeto. Investigaciones tales como las de Evans (1983 y 1984) apoyan la hipótesis de la consistencia e Inconsistencia de las respuestas de los pacientes en relación con la patología y directamente asociadas con esta escala.

La escala K está constituida por reactivos que se refieren a la incapacidad del paciente de reconocer su propia problemática; cuando los puntajes de esta escala se encuentran elevados indica que el individuo se siente con capacidad suficiente para resolver la propia problemática y resta importancia a sus problemas. Esta actitud puede traer problemas relacionados con el manejo de la entrevista y la actitud que tome el sujeto ante sugerencias terapéuticas. Por otro lado, la disminución del puntaje en esta escala se refiere a que el sujeto se percibe incapacitado para manejar y resolver su propia problemática. Así mismo, la Escala K sirve como corrección a las escalas clínicas (1,4,7,8 y 9) que son las más sensibles a verse distorsionadas por la incapacidad del paciente para reconocer su problemática.

Escalas clínicas

Las escalas clínicas, están diseñadas para evaluar diferentes aspectos de la personalidad del sujeto, y serán descritas a continuación. No debe dejar de hacerse demasiado énfasis sobre el punto de que en todas las escalas, las interpretaciones finales sobre el paciente dependen de su situación particular, de su edad, ocupación, etc.

Escala 1 (Hs, Hipocondriasis) término que actualmente no es muy utilizado, pero que se refiere a una excesiva sensibilidad y preocupación relacionadas con su salud física. Cuando el puntaje en esta escala es alto, el paciente utiliza sus molestias físicas como disculpa para sus fallas y limitaciones, e identifica dichas molestias como la causa de su problemática, dejando a un lado los aspectos psicológicos de la misma. La disminución del puntaje en esta escala habla de una búsqueda de seguridad a través del autorreconocimiento de poseer una excelente salud física, o bien, de una muestra de desinterés por su salud física.

La escala 2 (D, Depresión) está construida para identificar síntomas tales como tristeza, inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa. Puntajes altos en esta escala deben interpretarse de acuerdo a la relación que guarde con otras de las escalas del perfil para poder hablar de inseguridad, actitud derrotista, falta de motivación, etc. Puntajes bajos de esta escala pueden relacionarse con una disminución de la autocrítica del propio sujeto en relación a su descripción. Es importante agregar que los patrones culturales pueden influir en la elevación o disminución en los puntajes de las diferentes escalas, como en el caso de México, donde esta

escala se encuentra un poco elevada, generalmente por factores culturales involucrados (Rivera, 1987).

La escala 3 (Hi, Histeria) se refiere a la búsqueda de aceptación y cariño que el sujeto demanda a su grupo. La presencia de puntajes altos en esta escala nos habla de una actitud infantil, dependiente y manipuladora por parte del sujeto; por el contrario, cuando los puntajes en esta escala son bajos, se habla de un sujeto independiente que trata de no establecer relaciones de dependencia.

La escala 4 (Dp, Desviación Psicopática) se relaciona con alteraciones que se encuentran bajo el rubro de desviaciones psicopáticas, en general se refieren a la manera como el individuo hace sus descargas impulsivas, ya sea de una manera controlada o no. Cuando los puntajes en esta escala son altos, se asocia con individuos narcisistas, que tratan de conseguir de inmediato lo que desean, ese tipo de características pueden traer consigo problemas con figuras de autoridad, o incluso de relaciones interpersonales. Cuando los puntajes son bajos, se puede hablar de que el sujeto trata de controlar sus descargas impulsivas, aunque estas personas pueden dar la impresión de que dicho control es frágil y que eventualmente se puedan presentar descargas impulsivas que para el sujeto pueden ser molestas.

La escala 5 (Mf, Masculinidad / feminidad) se refiere a las características de masculinidad o feminidad que se encuentran asignadas a los roles socialmente aceptados, pero de ninguna manera indican rasgos de homosexualidad. En términos generales, la presencia de altos puntajes

en esta escala nos indica qué tan alejado se encuentra el sujeto del rol socialmente aprobado y establecido.

La escala 6 (Pa, Paranola) agrupa una serie de rasgos asociados con este rubro. Así, cuando se presentan puntajes altos nos indica características tales como desconfianza y suspicacia, tanto como tendencia a la sobreinterpretación de estímulos, que a menudo puede estar acompañada de descargas de tipo agresivo que el sujeto manifiesta en pos de salvaguardar su "seguridad". Cuando el puntaje es bajo nos indica que el sujeto se niega a aceptar las características anteriormente mencionadas y aparenta ser un individuo muy controlado en situaciones de conflicto.

En escala 7 (Pt, Psicastenia) su puntuación nos indica el nivel de angustia con que el individuo enfrenta los estímulos en su vida. Cuando los puntajes son altos, a la angustia se le pueden sumar otras características como incapacidad para tomar decisiones rápidas, actitudes de exigencia hacia sí mismo, etc. Estos individuos pueden presentar problemas en sus relaciones interpersonales principalmente por su falta de tolerancia.

La escala 8 (Es, Esquizofrenia) está asociada con características correspondientes a la esquizofrenia. Los puntajes elevados en esta escala pueden ser interpretados como una tendencia al aislamiento y a la fantasía. Estas características pueden asociarse con problemas en las relaciones interpersonales. Los puntajes bajos en ésta escala nos hablan de un individuo que se percibe de una forma realista con una adecuada capacidad de socialización.

La escala 9 (Ma, Hipomanía) se relaciona con la forma de evaluar la energía que tiene el sujeto para fijarse metas, para ambicionar algo y tratar de alcanzarlo. Las puntuaciones altas se presentan generalmente en personas dinámicas, emprendedoras, con gran energía para realizar múltiples actividades, que establecen relaciones interpersonales de tipo superficial. Los puntajes bajos se relacionan con falta de energía y motivación, que a su vez pueden estar relacionadas con características de tipo depresivo.

La escala D (Si, Introversión social) fue la última en desarrollarse y se refiere a características relacionadas con la introversión y la extroversión, desde la perspectiva Jungiana (Jung, 1972). Cuando el puntaje es alto, se asocia con características relacionadas con la introversión y la capacidad de "insight", sobre todo por la capacidad del individuo de reflexionar sobre sí mismo, aunque sus relaciones interpersonales pueden verse afectadas por su tendencia al aislamiento. Los puntajes bajos se asocian con características relacionadas con la extroversión, como interés en actividades del medio ambiente, facilidad para establecer una comunicación adecuada, adaptación social, menor capacidad de "insight", etc.

En 1953 Barron (citado en Graham, 1987) desarrolló la escala de Fuerza del YO (ES)² específicamente para predecir la respuesta de pacientes neuróticos a la psicoterapia individual.

2 Las siglas ES corresponden a las palabras inglesas "Ego Strength", en adelante se utilizarán las siglas FY para identificar esta escala de una forma diferencial a la escala 8 (Es), que en español denota la esquizofrenia.

Los 68 reactivos se identificaron empíricamente del grupo de 566 reactivos del MMPI comparando las frecuencias de respuesta a los reactivos de 17 pacientes que se juzgaron independientemente con una mejoría notable después de 6 meses de psicoterapia, con las respuestas de otros 16 juzgados sin mejoría después del mismo tiempo de psicoterapia. Los reactivos de la escala FY tienen que ver con el funcionamiento físico, aislamiento, actitudes hacia la religión, posición moral, adecuación personal y habilidad para enfrentamiento de fobias y ansiedades.

Barron validó de manera cruzada la escala FY usando 3 muestras diferentes de pacientes neuróticos para los que las tasas de mejoría que se encontraban disponibles durante la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Debido a que las puntuaciones anteriores a la terapia se relacionaban positivamente con la tasa de mejoría para la totalidad de las tres muestras, Barron concluyó que esta escala es útil para predecir el cambio de la personalidad durante la psicoterapia. Barron también informó que la confiabilidad por mitades de la escala para una muestra de 126 pacientes fue de .76 y que la confiabilidad "test-retest", utilizando un intervalo de 3 meses entre los exámenes, fue de .72 para una muestra de 30 casos. Gocka (1965, citado en Graham, 1987), mostró un valor Kuder Richardson 21 de .78 de la escala FY para 220 pacientes psiquiátricos varones de la Veterans Administration.

Desafortunadamente posteriores intentos de la utilización de esta escala como predictor de la respuesta a la psicoterapia, han sido inconsistentes.

Dahlstrom y cols. (1975, citado en Graham, 1987) trataron de explicar los hallazgos inconsistentes concernientes a la relación entre puntuación FY y el resultado del tratamiento. Sugieren que cuando se presentan las puntuaciones FY altas en personas que admiten los problemas emocionales, pueden sugerir una respuesta favorable al tratamiento. De la literatura existente queda claro que la relación entre puntuaciones FY y el resultado del tratamiento no es sencilla y que deben tomarse en cuenta factores como la clase de pacientes, tipo de tratamiento y naturaleza de las medidas del resultado. En general, no obstante, las puntuaciones FY elevadas son predictores de un cambio de personalidad positivo para los pacientes neuróticos que reciben una psicoterapia individual tradicional.

También hay datos de investigación que indican que la escala FY puede verse como un indicador de la adaptación psicológica general. Las puntuaciones más elevadas se asocian con niveles de adaptación más favorables que los evaluados con otros índices del MMPI y criterios extraprueba.

Una persona con una puntuación FY alta parece estar bastante bien adaptada. En ambientes no psiquiátricos, esta persona no presenta la posibilidad de tener problemas emocionales graves. Entre personas con problemas emocionales, sugiere que son probablemente circunstanciales más que crónicos, que la persona tiene recursos psicológicos que pueden utilizarse para ayudarte a solucionar sus problemas, y que el pronóstico para el cambio positivo en la psicoterapia es bueno.

Una persona con una puntuación baja no parece estar muy bien adaptada. Puede ser que sea psicológicamente inadaptada. Es posible que sus problemas sean de naturaleza permanente; los recursos personales para enfrentar los problemas son extremadamente limitados; y el pronóstico para el cambio positivo en la psicoterapia es malo.

Criterios de validez de la aplicación

Antes de proceder a la calificación del perfil, es necesario evaluar si las respuestas del sujeto pueden considerarse con un mínimo de validez. Así, para considerar que la prueba carece de ese mínimo de validez deben cumplirse las siguientes cuatro condiciones simultáneamente (Núñez, 1979; Rivera, 1987):

- 1.- El puntaje F de la escala F debe ser igual o superior a 80,
- 2.- El índice de Gough ($F-K$) debe ser igual o superior a +9 (La resta de $F-K$ se hace utilizando los puntajes en bruto).
- 3.- Deben existir 30 o más reactivos omitidos (Escala ?).
- 4.- No debe estar ninguna escala clínica localizada entre T 45 y T 55.

Evaluación de ciertas características de personalidad de los pacientes que pueden ser determinadas por medio del MMPI y que se cree están asociadas con el proceso terapéutico si éstas cambian

Partiendo de la premisa que menciona Singer (1965), que subyace a todas las formas de psicoterapia y dice que "el hombre es susceptible de cambio y capaz de producir ese cambio en sí mismo" (pág. 25), suponemos que dichos cambios se ven reflejados en la conducta del

individuo y también son transparentes a ciertos instrumentos de medición de la personalidad como el MMPI.

Múltiples investigaciones se han realizado con respecto a la eficacia del MMPI tanto para la selección, como para la evaluación de los procesos terapéuticos. De este modo, Havick y cols. (1982) reportan que dos tercios de los pacientes evaluados como candidatos apropiados para una psicoterapia orientada al insight, tenían perfiles diferentes de aquellos que no fueron elegibles.

Barth, Nielsen, Haver, Havick, et al. (1988) evaluaron los efectos de la psicoterapia breve de corte analítico en 34 pacientes, partiendo de los recursos yóicos de cada sujeto, motivación para la terapia y el cambio, aproximadamente el 90 % de los pacientes manifestó alivio de síntomas y cambios positivos en el funcionamiento adaptativo, así como un tercio de los pacientes reportó cambios estructurales que además fueron sostenidos al menos durante los 2 años que duró el seguimiento, usando el SCL-90 y el MMPI.

Opalic (1989), reporta que la terapia de grupo influyó el estado psicopatológico tanto de los neuróticos como de los psicóticos, estos resultados están basados en los resultados del MMPI.

En una investigación realizada en Turquía, se encontró que las puntuaciones de 17 pacientes neuróticos que estuvieron en tratamiento psicoterapéutico grupal, disminuyeron para las escalas de Depresión y Desviación psicopática (Hisi, 1987).

Para este trabajo se utilizará también la escala FY con el objetivo de evaluar de una manera más directa, el cambio en lo que respecta a las funciones y óicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán los efectos de la psicoterapia grupal breve en la personalidad del paciente medidos con el MMPI?

HIPOTESIS

Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas F, K, Depresión (2 D), Somatización (3 H), Psicastenia (7 Pt) Aislamiento (0 Is) y Fuerza del YO (FY), antes y después del proceso terapéutico.

No existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas F, K, Depresión (2 D), Somatización (3 H), Psicastenia (7 Pt) Aislamiento (0 Is) y Fuerza del YO (FY), antes y después del proceso terapéutico.

METODO

Sujetos: Se evaluaron los expedientes de 21 pacientes del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, cuyas edades fluctuaron entre los 19 y los 27 años de edad, canalizados a terapia breve de grupo de corte psicoanalítico, durante 30 sesiones aproximadamente, con una duración de 1:45 Hrs, por sesión, con una frecuencia de una vez por semana durante 6 meses y que fueron dados de alta en los períodos 91/2 y 92/2.

Escenario: Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.

Instrumentos: MMPI, información sociodemográfica de los pacientes, recabada de las formas de solicitud de servicio del citado Centro.

DISEÑO

Se trata de un diseño Pre-post Experimental, que consiste en tomar un registro de las características de personalidad (Variable Dependiente), con la aplicación inicial del MMPI, antes de que el sujeto (en este caso, el grupo experimental) sea sometido a la condición experimental, concebida en esta situación, como la asistencia a un Grupo terapéutico en el que concluyeron su tratamiento. Una vez cumplido dicho requisito, se les solicita a los pacientes en la penúltima sesión, que contesten nuevamente el MMPI (lo que consideramos el retest).

PROCEDIMIENTO

1. Selección de expedientes.

De los expedientes del archivo que se encuentran en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, se seleccionaron los expedientes de los pacientes que cumplieron con los requisitos de:

- a). Haber asistido a un grupo terapéutico.
- b). Haber iniciado y concluido el proceso terapéutico.
- c). Tener las dos aplicaciones del MMPI.
- d). Contar con los datos generales necesarios.

Se tomaron en cuenta otras variables tales como el sexo, la edad, el semestre al que pertenecían, etc., sin embargo, dado el número de sujetos de la muestra, fue imposible controlar dichas variables, y sólo se tomaron en consideración para la descripción general de los pacientes.

Es importante recalcar que aunque se les solicita que contesten el MMPI antes de terminar las sesiones de terapia, no todos los pacientes que finalizaron el tratamiento tenían las aplicaciones del MMPI; de ahí lo reducido de la muestra.

2. Calificación de MMPI por computadora.

Se utilizó una versión modificada del programa para calificar el MMPI por computadora (Acevedo, 1990; Acevedo y Zarabozo, 1993), que incluyó la escala FY.

La evaluación de la escala FY, se hizo con los criterios que menciona Graham (1987), y la modificación del programa original corrió a cargo del Lic. Daniel Zarabozo E. de R.

El programa permite la calificación, obtención de perfiles y un esbozo de interpretación de los mismos, si bien es siempre necesario complementar la interpretación así obtenida con los datos de la historia clínica del paciente. Está dividido en cuatro módulos (captura, calificación, revisión/corrección de datos, e impresión de resultados) independientes que cumplen con una función específica para el usuario, y que en su conjunto han mostrado su eficacia en la calificación del instrumento. Se encontró una menor cantidad de errores de calificación en

el método automatizado (captura de datos), en relación con los errores de conteo que se presentaron en la calificación manual. Este dato es de suma importancia en la evaluación de la exactitud de las calificaciones que sirven como base en la evaluación del perfil, lo que favorece claramente la utilización de la forma automatizada de calificación del inventario sobre la forma tradicional (Acevedo, 1990).

Con los datos así obtenidos, se efectuaron análisis estadísticos usando el "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS, 1988), para llevar a cabo la descripción de la muestra e identificar diferencias entre los puntajes obtenidos en las dos aplicaciones del instrumento.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo³

Las características sociodemográficas de la población, nos hablan de el tipo de personas que acuden a tratamiento al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, se encontró que el paciente promedio, es mujer, soltera, con una edad de 21 años, en un rango de 19 a 27, y estudiante de 4to semestre de Psicología.

Los 21 pacientes que se evaluaron, pertenecieron a 6 grupos de terapia diferentes, que compartieron el enfoque de psicoterapia breve de grupo, de corte psicoanalítico, con diferentes terapeutas; debido la pequeña cantidad de sujetos en cada grupo, no fue posible hacer análisis diferenciales por terapeutas.

Para determinar si existían diferencias entre los puntajes de las diferentes escalas del Instrumento, se realizaron comparaciones pre-post test para todos los sujetos utilizando pruebas T para muestras relacionadas, que arrojaron los siguientes resultados:

Se encontraron diferencias significativas en los puntajes antes-después en 8 escalas: F, K, Hs, D, HI, Pt, Is y FY, como lo muestra la tabla 1.

Las diferencias encontradas podrían ser explicadas de la siguiente manera: La puntuación de F disminuyó, lo que indica una baja en las

3 La sección correspondiente al Análisis Cualitativo de los datos, hecho para cada paciente, se encuentra en el Apéndice 1.

conductas que pueden estar relacionadas con factores que producen alteraciones psicológicas severas. Es decir que fuentes de tensión interna, o la exageración de la problemática por parte del paciente; disminuyeron, esto se puede relacionar con la percepción mejorada de la capacidad que siente el sujeto para manejar su problemática.

Lo anterior se relaciona estrechamente con los resultados que se encontraron con referencia a la escala K, que mostró un aumento en sus puntajes, como se puede ver en la tabla antes citada, dicha elevación nos habla de que mejoró la capacidad del paciente de reconocer su propia problemática; cuando los puntajes de esta escala se elevan, indican que el individuo se siente con capacidad suficiente para resolver la propia problemática y resta importancia a sus problemas. Estos puntajes son también indicativos de un mejor funcionamiento de los mecanismos de defensa.

La escala Hs también presentó disminución en sus puntajes, lo que podría indicar una percepción modificada en cuanto a los síntomas somáticos se refiere, es decir, una visión más realista de los orígenes de su problemática, disminuyendo su atención sobre dolencias físicas o de atención exagerada relacionada con su propio cuerpo.

TABLA 1
ESCALAS QUE PRESENTARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

Variable	Media	Desviación Estándar	Valor t	Grados de Libertad	Prob.
MMPI1F MMPI2F	60.2381 55.7143	10.368 8.332	2.17	20	.042
MMPI1K MMPI2K	56.8095 60.0000	9.081 7.675	-2.12	20	.046
MMPI1HS MMPI2HS	58.3810 54.4762	8.829 7.033	2.20	20	.039
MMPI1D MMPI2D	72.8571 63.0000	13.825 10.237	3.59	20	.002
MMPI1HI MMPI2HI	61.2381 57.3810	8.420 5.912	2.47	20	.023
MMPI1PT MMPI2PT	63.4286 58.0952	9.185 8.859	2.47	20	.023
MMPI1IS MMPI2IS	60.9048 55.7619	11.068 8.831	2.68	20	.014
MMPI1FY MMPI2FY	54.9048 59.9524	10.168 8.435	-2.62	20	.016

Es digno de mencionarse lo importante que fué el decremento correspondiente a la escala D, que en promedio disminuyó 11 puntos T, y que nos habla de una mejoría en el estado de ánimo de los pacientes, quizás una renovada energía, interés por diferentes actividades, etc. disminución de síntomas tales como tristeza, inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa.

En relación con la escala HI, también encontramos un decremento significativo de sus puntajes, lo que nos habla de una búsqueda de aceptación más madura, menos dependiente y manipuladora, más cercana a lo que se esperaría de una relación adulta.

Una escala más que mostró disminución en sus puntajes en una proporción estadísticamente significativa es la escala Pt, que puede identificarse de una manera muy simple con el nivel de angustia del sujeto, en este sentido, podríamos también mencionar que características tales como la incapacidad para tomar decisiones rápidas, las actitudes de exigencia exagerada hacia sí mismo, problemas de relaciones interpersonales principalmente por su falta de tolerancia, pudieron verse modificadas.

La escala Is, también mostró un decremento que puede asociarse con características relacionadas con la extroversión, como interés en actividades del medio ambiente, facilidad para establecer una comunicación adecuada, adaptación social, etc.

Finalmente, en el caso de la escala FY, se puede apreciar que los valores aumentaron también de manera significativa; lo que sugiere una respuesta favorable al tratamiento, las puntuaciones FY incrementadas, fueron indicadores de un cambio de personalidad positivo para los pacientes. Puede verse como un indicador de la adaptación psicológica general.

DISCUSION

Los resultados obtenidos concuerdan con los hallazgos de otras investigaciones en estos aspectos, como las de Lorandos (1990), que reportó decrementos dramáticos en la escala de Depresión; Barth y cols (1988) que encontraron que aproximadamente el 90 % de los pacientes manifestó alivio de síntomas y cambios positivos en el funcionamiento adaptativo, y Hisli (1987), que también encontró decrementos para la escala de Depresión.

Tomando en conjunto, los resultados obtenidos en las diferentes escalas, podríamos decir que la angustia, la depresión y los síntomas somáticos disminuyeron; que las relaciones interpersonales de los pacientes se mejoraron en términos de demanda de afecto, tolerancia y socialización, asimismo se presume una mejor adaptación, comprensión de su problemática y capacidad percibida para resolver sus problemas.

Hablando específicamente de la escala FY, y si partimos de la base de los resultados que indican que dicha escala puede ser un indicador de éxito terapéutico, podríamos inferir que esto resultó cierto para los pacientes de la muestra a la que nos estamos refiriendo, y que estuvieron en terapia de grupo, en contraste con el grupo original comparativo de Barron (citado en Graham, 1987), en el cual los evaluados habían recibido psicoterapia individual. El aumento de los puntajes, tal como lo interpreta Barron, los puntajes más elevados sugieren que son probablemente circunstanciales más que crónicos y que la persona tiene recursos

psicológicos que pueden utilizarse para ayudarle a solucionar sus problemas.

Si volvemos la mirada a los planteamientos iniciales con respecto a las funciones yóicas, podríamos decir que efectivamente, el yo se vio fortalecido en diferentes áreas tales como: el área de contacto con el mundo exterior, en sus cuatro subdivisiones, pero quisiera enfatizar la relacionada con las relaciones de objeto, dadas las características del tratamiento, donde los otros funcionan como ejemplos del establecimiento de nuevas relaciones y fungen como elementos correctivos en la búsqueda de la independencia respecto de los objetos infantiles interiorizados, que pueden obstaculizar sus actuales relaciones con las figuras paternas, y cuyas pautas de relación suelen ser generalizadas a otros contextos.

Por otro lado, considero que el área de mantenimiento de la estructura también se vio fortalecida, en el sentido de propiciar conductas más adaptativas y menos tendientes al fracaso.

CONCLUSIONES

Es importante tomar en cuenta que en la mayoría de los casos y en estrecha relación con los procesos de selección y derivación, así como de las insistencias a algunas consultas, el tiempo que pasa desde que el paciente acude por primera vez al Centro, hasta que asiste a la primera sesión terapéutica, varía de 4 meses a un año, tiempo durante el cual, si el paciente acude a solicitar el servicio en un momento de crisis, es probable que la situación crítica haya pasado, con el consiguiente alivio de los problemas asociados a ésta, tomando en cuenta dicho lapso de tiempo, y también aludiendo a las "remisiones espontáneas" que han sido mencionadas por múltiples autores, si bien es cierto que se atribuyen causas de mejoría a diferentes factores que incluyen los ambientales, el paso del tiempo, etc. Utilizando la metodología recomendada, se realizó la presente Investigación, la cual se ha avocado a tratar de identificar los factores internos asociados con el proceso terapéutico, principalmente en lo que concierne al fortalecimiento del YO.

De esta forma, la evaluación de la personalidad en dos diferentes momentos, acarrea ciertas dificultades que no han sido dejadas de lado. Por ejemplo, si nos remitimos a los datos concernientes a la confiabilidad que el MMPI ha mostrado en diversas investigaciones, que mencionan estabilidad de los perfiles con el paso del tiempo (incluso en periodos mayores a 6 meses), partimos de la premisa de que la terapia grupal al activar diversos mecanismos internos, puede rebasar los límites de la estabilidad del perfil, y aunque la forma básica permanezca, los cambios son observados tanto subjetivamente (por el paciente y terapeuta), como

objetivamente (mediante el MMPI), en los resultados antes expuestos. Así, podríamos refutar el argumento concerniente a la acción terapéutica del solo paso del tiempo.

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, podríamos decir que de acuerdo con las características que presentaron los pacientes, se podrían reconocer algunos de los propuestos de Balint y cols. (1986), con respecto a los criterios relacionados con el aprovechamiento de la psicoterapia, en el sentido de la disposición y capacidad para analizar los sentimientos, que fueron motivados por un estado egodistónico entre aspectos de la personalidad y los "síntomas", que constituyeron el motor de las acciones encaminadas a la petición de ayuda.

Definitivamente, considero que las evidencias aquí presentadas, pueden servir de base para consideraciones futuras sobre la importancia de la psicoterapia grupal, como instrumento promotor de bienestar psicológico en diferentes tipos de personas, con muy diversos motivos de consulta, e historias personales.

En este sentido sería importante hacer notar la destacada actuación del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, como prestador de servicios terapéuticos de calidad, benéficos para la comunidad en la que éste se inserta. Indiscutiblemente (y como se mencionó al principio de este trabajo), la labor del Psicólogo Clínico como terapeuta grupal, debe y ha ido tomando poco a poco la importancia que merece, de acuerdo con los resultados de su trabajo. Para los escépticos, quíenes demandan pruebas "objetivas y tangibles" de los

cambios que se producen a raíz de la intervención comprometida, profesional y eficiente de los terapeutas, aunada con los efectos de los otros integrantes del grupo, en las vidas de los pacientes; vayan los resultados numéricos de esta tesis, acompañados por la siguiente viñeta escrita por uno de los pacientes aquí referidos, con respecto a su situación al salir del grupo terapéutico:

"He aprendido que todas las personas tienen sentimientos, a veces le daba mucha importancia a todos mis problemas y de un problema chico lo hacía más grande, y nunca hablaba sobre ellos, nunca lloraba, donde ese sentimiento de haber llorado, me hiciera sentir bien.

Siento que poco a poco voy expresando lo que quiero, trato de no enojarme y escuchar lo que se me dice, a veces era muy egoísta y ahora comparto lo que tengo, empiezo a reconocermelo como un ser humano con sentimientos, siempre me negaba cosas (viajes, comprarme algo), ahora ya no.

Tomar las cosas que siento que son malas o desagradables con más calma y no desesperarme es el avance que he sentido.

Poco a poco he ido ganando seguridad en mí, ahora estoy más contenta con lo que tengo, y ya no tengo coraje por la gente donde aparentemente está bien y yo no. Reconocí que todos los problemas que he tenido me han ayudado y los que tengo todavía, aprenderé a solucionarlos poco a poco".

Octubre, 1992.

LIMITACIONES

En torno a las limitaciones del presente trabajo, no se puede dejar de lado el apuntar al pequeño número de sujetos considerado en la presente investigación, que a pesar de ser todos los sujetos que reunían las características del estudio, son pocos para tratar de enunciar explicaciones generalizables y válidas para otras poblaciones. En este sentido, y acorde con el medio en el que se inserta el Centro, es de esperarse la proporción de hombres y mujeres de la muestra, que quizás correspondan a la proporción de sexos existente en la facultad. Por otro lado, la totalidad de la muestra se refiere a estudiantes de Psicología, que seguramente tienen perfiles diferentes de otros estudiantes y personas en general que se dediquen a otro tipo de actividades. Esto puede ser notorio en los motivos de consulta (Apéndice 14), que indican la importancia del autoconocimiento o formación como alguno de los motivos por los que solicitan acceso a la terapia.

Al tomar en cuenta que se trata de jóvenes estudiantes universitarios, es evidente que las escalas que están relacionadas de alguna manera, con la escolaridad, podrían presentar un aspecto diferente en otros niveles escolares.

Tomando en cuenta las limitaciones antes mencionadas, creo que deberían tomarse en consideración para futuras investigaciones en esta línea, tener en la medida de lo posible diferentes grupos que estando en

4 La información de los apartados: MOTIVO DE CONSULTA, FOCO y OBJETIVOS ALCANZADOS fue copiada textualmente de las anotaciones de los diferentes terapeutas en cada uno de los expedientes.

tratamiento grupal del mismo corte y con la misma orientación, difirieran en características tales como el sexo, edad, escolaridad, ocupación, de manera tal que se pudieran realizar comparaciones que dieran luz sobre probables mejorías diferenciales de acuerdo con determinadas características.

Asimismo, una variable que sería importante controlar, es el tiempo que transcurre entre la fecha de la primera aplicación y el inicio del tratamiento, dato que fue imposible controlar en este estudio.

En este sentido, si se pudieran realizar análisis por grupo, los datos se podrían convertir en una fuente de retroalimentación del trabajo realizado y de sus resultados,

Por otro lado, si la muestra fuera mayor y los datos pudieran generalizarse, se podría incidir en un nivel de pronóstico para la terapia, que aunado con una mejora en los procesos de selección, así como de entrenamiento en el caso de los terapeutas (realizando análisis diferenciales por grupo), contribuirían al mejoramiento de la atención a nivel institucional. Así la labor de los psicólogos clínicos, podría ser más importante y revalorada por el resto de la sociedad.

En la medida en que se puedan ir clarificando los procesos y técnicas mediante los cuales los pacientes se ven beneficiados de la psicoterapia, las intervenciones de los terapeutas podrán ser aún más efectivas con un incremento en la calidad del tratamiento y de la ayuda al bienestar de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, M. (1990). Evaluación e Interpretación Automatizadas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Tesis Profesional. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Acevedo, M. y Zarabozo, D. (1993). Un Programa para la Calificación Automatizada del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Revista Mexicana de Psicología. (Enviado a publicación).
- Adler, A. (1946). The practice and theory of individual psychology. London: Kegan, Paul, Trench, Truber & Co.
- Balint, M., Ornstein, P. & Balint, E. (1986). Psicoterapia Focal. Terapia breve para Psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock. Buenos Aires: Gedisa.
- Barroso, C., Alvara, M. & Alvisa, R. (1982). Validación preliminar para Cuba de una nueva versión del MMPI abreviado. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, 23 (4) 581-590.
- Barth, K., Nielsen, G. Haver, B., Havick, O. et al. (1988). Comprehensive assessment of change in patients treated with short-term dynamic psychotherapy: An overview: A 2 year follow up study of 34 cases. Psychotherapy and Psychosomatics, 50 (3) 141-150.
- Blos, P. (1981). La transición adolescente Buenos Aires: Amorrortu.
- Evans, R. (1984). The Test-Retest Index and High F MMPI profiles. Journal of Clinical Psychology, 40 (2) 516-518.
- Evans, R. & Dinning, W. (1983). Response consistency among high F scale scorers on the MMPI. Journal of Clinical Psychology, 39 (2) 246-248.
- Florini, H. (1979). Teoría y técnica de psicoterapias. Argentina: Nueva Visión.
- Freud, A. (1986). El yo y los mecanismos de defensa. México: Paidós.
- Freud, S. (1973). El yo y el ello. En: López-Ballesteros (Trad.), Obras Completas (Tomo 3, pp. 2701-2728). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1923).
- Fromm-Reichman, F. (1987). Principios de psicoterapia intensiva. Buenos Aires: Paidós.

- González-Núñez, J., Romero, J. & De Tavira y Noriega, F. (1986). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México: México.
- Gough, H.G. (1950). The F minus K dissimulation index for the MMPI Journal of Consulting Psychology, 14, 408-414.
- Graham, J.R. (1987). MMPI Guía Práctica. México: El Manual Moderno.
- Grlnberg, L., Langer, M. & Rodrigué, E. (1957). Psicoterapia de grupo. Su enfoque psicoanalítico. Argentina: Paidós.
- Havick, O. et. al. (1982). Psychological test findings in three categories of patients accepted for psychotherapy of short duration. Tidsskrift for Norsk Psykology forening, 19 (11) 535-541.
- Hisl, N. (1987). Effect of patients' evaluation of group behavior on therapy outcome. Special Issue: Integration of research and practice in the field of group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 37 (1) 119-124.
- Laplanche, J & Pontalls, J. B. (1983). Diccionario de Psicoanálisis. España: Labor.
- Lorandos, D. (1990). Change in adolescent boys at Teen Ranch: A five year study. Adolescence, 25 (99) 509-516.
- Michaca, P. (1987). Desarrollo de la personalidad Teorías de las relaciones de objeto. México: Pax.
- Nunberg, H. (1955). Principles of psychoanalysis. Nueva York: International University Press.
- Núñez, R. (1979). Aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI) a la psicopatología. México: El Manual Moderno.
- Núñez, R. (1967). Manual del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (Hathaway, S. & McKinley J., Trad.). México: El Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 1951).
- Opalic, P. (1989). Existential and psychopathological evaluation of group psychotherapy of neurotic and psychotic patients. International Journal of Group Psychotherapy, 39 (3) Special Issue 389-411.

- Raubolt, R. (1983). Brief, problem-focused group psychotherapy with adolescents. American Journal of Orthopsychiatry, 53 (1) 157-165.
- Rivera, O. (1987). Interpretación Clínica y Psicodinámica del MMPi. México: Diana.
- Rogers, C. (1961). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós.
- Sakai, S., Takeichi, M. & Sato, T. (1984). Personality traits of freshmen in a newly founded national medical school (further observation): From a follow up investigation. Kyushu Neuro psychiatry, 30 (3-4) 393-397.
- Singer, E. (1965). Conceptos fundamentales de la psicoterapia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Small, L. (1986). Psicoterapias Breves. México: Gedisa.
- Snyder, D. & Regts, J. (1990). Personality correlates of marital dissatisfaction: A comparison of psychiatric, maritally distressed, and non clinic samples. Journal of Sex and Marital Therapy, 16 (1) 39-43.
- SPSS Inc. (1988). SPSS/PC + V. 4.0. Illinois, USA.
- Torres, J., Díaz, M., Cárdenas, J. & Aruffo, C. (1992). Programa de psicoterapia grupal en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Anales. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Welsh, G. & Dahlstrom, W. (1956). Basic readings on the MMPI in Psychology and Medicine. Minneapolis: Minnesota Press.
- Wolf, A. (1949-1950) The psychoanalysis of group. American Journal of Psychotherapy, 3, 525-558; 4, 16-50.

APENDICE 1
ANÁLISIS CUALITATIVO
DATOS CLÍNICOS E INTERPRETACIONES DEL MMPI PARA CADA UNO DE LOS
PACIENTES

PACIENTE 1

Edad: 19 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLÍNICOS IMPORTANTES: Ataque epiléptico a los 17 años.

MOTIVO DE CONSULTA: *Creo tener algunos conflictos emocionales que no sé resolver.*
(Problemas en sus relaciones familiares y con amigos).

FOCO

Trabajar sobre el autoconocimiento de su rivalidad dentro de su familia, así como sus sentimientos de ser utilizada, haciéndole ver la manera en que generaliza esa actitud hacia todas sus relaciones interpersonales, lo que la lleva a estar aislada, desconfiada y deprimida.

MMPI 1

La paciente pretende dar la impresión de que su problemática (muy pequeña) puede ser manejada por ella misma con seguridad y autosuficiencia. Sin embargo, el resto del perfil presenta características que denotan grandes niveles de angustia asociados a situaciones que no muestren un patrón predeterminado, de esta manera, al establecer relaciones interpersonales, esperar ciertos patrones, no verbalizar sus deseos y no obtener lo deseado, queda el recurso del aislamiento y la fantasía. Es entonces cuando la depresión y los sentimientos de minusvalía se hacen presentes. Estas características, llevan a la expresión y demanda de afecto de una manera pueril, y a la presencia de factores somáticos, que permiten desviar el origen del conflicto, al convertirlo en físico, también se hace manifiesto su interés por la conducta de otras personas, como resultado de sus propias acciones.

MMPI 2

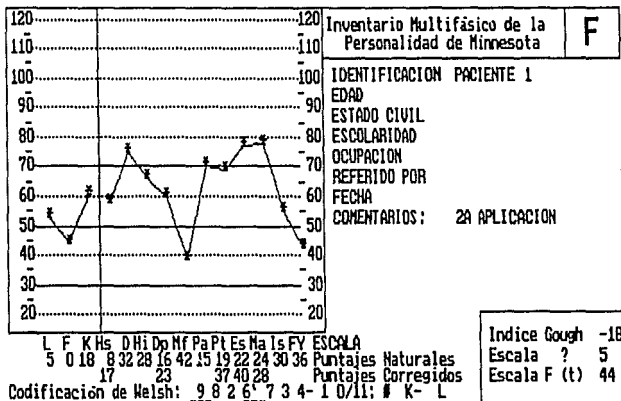
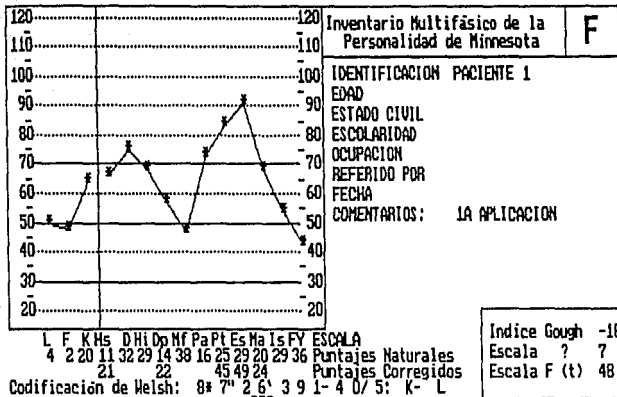
En este caso, la paciente sigue percibiendo que su fuerza interna es más grande que su problemática; se distingue un cambio, en lo relacionado con sus características de aislamiento, parece ser que ella se interesa y se involucra más en actividades del medio ambiente. Quizás siga atribuyendo la responsabilidad de los problemas en el núcleo familiar a los otros, eliminando su propia responsabilidad acerca de los conflictos y percibiendo a los miembros de su familia como obstáculos para alcanzar las metas que se propone, su conducta puede ser cercana a la sumisión y dependencia. Sin embargo, su ansiedad ha disminuido, y también, aunque en menor grado, su tendencia a la fantasía y al aislamiento.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Presentaba problemas con su hermana mayor, quien le reclama ser la única hija que no trabaja, en cuanto a esto, ha reconocido las ventajas de no trabajar y sólo dedicarse a sus estudios. Su rivalidad con la hermana se debía a su percepción de su imagen autodevaluada en comparación con ella.

Objetivo 2. En cuanto a la sensación de ser siempre utilizada y desechada por los demás; ha reconocido haber estado triangulando en las relaciones interpersonales, lo que la hacía sentirse utilizada por los demás, y actualmente ha hecho conciencia clara de querer establecer relaciones propias (pareja) y hacerse responsable de ellas.

Objetivo 3. Con respecto a su autodevaluación reconoce que está referida a que se percibe fea en su aspecto físico, lo que la ha limitado a manifestar sus aspectos afectivos en sus relaciones interpersonales (principalmente de pareja).



PACIENTE 2
Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: Anorexia, la madre los abandonó cuando ella tenía 2 años.

MOTIVO DE CONSULTA: *Tengo deseos de comprender el origen del síntoma para poder manejar los sentimientos de angustia hacia la soledad que he llevado y que estoy segura que llevaré.*

FOCO

Lograr la autoexploración de sus sentimientos de abandono (qué tanto es real y qué tanto es fantaseado); discriminar que algunas situaciones de la vida tienen fin, lo que no implica abandono; tomar conciencia de la necesidad de un análisis profundo.

MMPI 1

La paciente se manifiesta sincera al contestar la prueba, expresa sentirse deprimida y ansiosa por su problemática, pero capaz de enfrentarla.

Una parte de su ansiedad se encuentra relacionada con su síntoma somático (anorexia) y con la demanda infantil de sus afectos.

Su depresión la lleva al aislamiento, su autocrítica es exigente con respecto a sus descargas instintivas.

Tiene un alto montante de energía, que probablemente es canalizada por medio de la fantasía, o en actividades y/o relaciones en las que no se compromete demasiado, todo esto, ligado con sus sentimientos tanto reales como imaginarios, de abandono que alimentan y sostienen tanto sus síntomas somáticos, como su depresión.

MMPI 2

Es importante notar, la disminución de los puntajes de casi todas las escalas, que ahora se localizan mayoritariamente en la zona de normalidad estadística, en contraste con la primera aplicación.

Aún cuando la importancia de su problemática y la depresión siguen elevadas, su nivel actual indica una mejoría sustancial.

Su problema -anorexia-, ha desaparecido, y con ella, sus relaciones interpersonales han adquirido un nuevo matiz quizás ahora, sean más cercanas a lo satisfactorio y más comprometidas. Al darse cuenta de la función de su síntoma y separarlo, puede canalizar su energía interna de una manera más adecuada, lo que provoca una disminución de su angustia.

OBJETIVOS ALCANZADOS

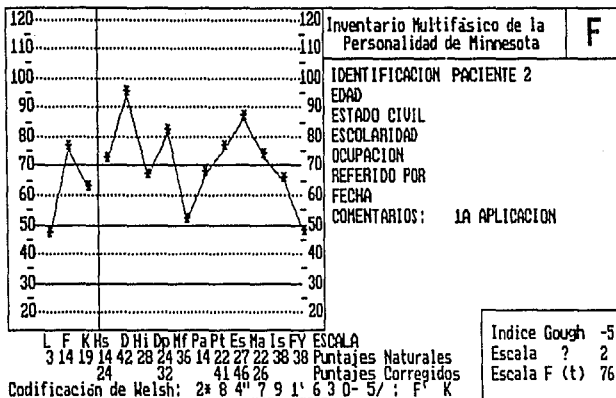
Objetivo 1. Desaparece la anorexia que manifestaba al inicio de la terapia, reconociendo que era síntoma de su rechazo a sus situación de abandono.

Objetivo 2. Hace consciente que su dificultad de expresar sus sentimientos, se debe al temor al abandono y comienza a discriminar que la finalización de una relación no es necesariamente abandono.

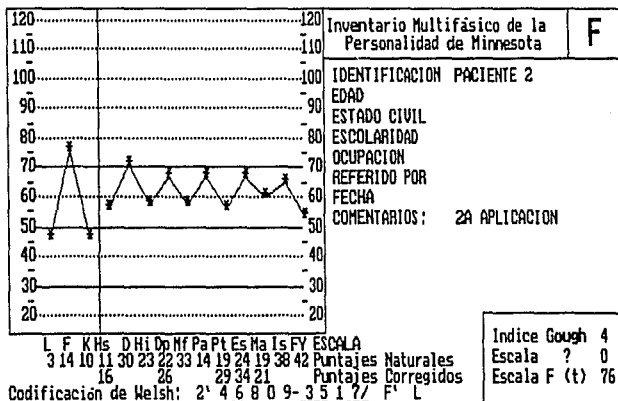
Objetivo 3. Entiende su rol de depositaria de las agresiones mutuas de sus padres y comprende que su lugar está fuera de este triángulo, llevándola a una búsqueda de su identidad.

Objetivo 4. Reconoce la necesidad de profundizar en su problemática a través de una psicoterapia prolongada.

Objetivo 5. Llega a reconocer su necesidad de establecer relaciones interpersonales satisfactorias a partir de éste proceso grupal, llevándola a disminuir su miedo a expresar sentimientos y emociones durante el desarrollo del mismo.



Indice Gough	-5
Escala ?	2
Escala F (t)	76



Indice Gough	4
Escala ?	0
Escala F (t)	76

PACIENTE 3

Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: 2o Tratamiento grupal.

MOTIVO DE CONSULTA: *Para que me ayuden a estabilizar mi personalidad (problemas con el padre a quien denomina celoso y posesivo)*

FOCO

Trabajar con la ansiedad que le provoca enfrentar nuevas relaciones e involucrarse afectivamente, establecer comunicación con el padre y poder plantearle la necesidad de la equidad en obligaciones que le permita mantener mejores relaciones familiares. Trabajar con la angustia que le provoca hablar en público.

MMPI 1

La paciente responde de una manera convencional al inventario, manifestando que tiene problemas, pero a su vez, capacidad para enfrentarlos, sin embargo, las evaluaciones de las escalas pico de perfil, nos hablan de necesidad de ayuda, ella se encuentra aislada y deprimida, con temor de establecer relaciones interpersonales como las que lleva con su padre, y que provocan gran rebeldía e inconformidad, aunque ubicándola en el grupo de universitarias, esta elevación no es alarmante; quizás, la problemática con su padre la lleva a conductas infantiles de expresión y demanda de afectos.

MMPI 2

Las escalas de validez parecen indicar que la paciente sí acepta en buena parte su problemática, y su actitud al responder el inventario es de un intento por comunicarla, aunque con la sensación poder manejarla por sí misma. Esto constituye un cambio con respecto al control que manifiesta en esta escala en la primera aplicación.

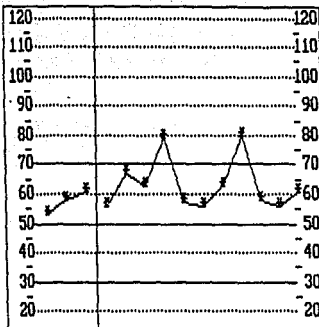
El perfil, muestra una notable disminución de los puntajes de los picos, y sobre todo nos habla de una mayor "Adaptación Social", en el sentido de disminuir su tendencia al aislamiento y la rigidez que manifestó en el proceso. Al abrirse más al grupo y atreverse a intentar nuevas y diferentes formas de relación interpersonal, su actitud ha rendido frutos positivos en ella, al utilizar sus capacidades para modificar su conducta.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Se observa una mayor participación en el grupo a partir del reconocimiento del enojo que presenta hacia su padre lo cual fue generalizando en sus relaciones interpersonales, actualmente reconoce que puede expresar su malestar sin que sea rechazada por el grupo.

Objetivo 2. Expresa que han mejorado sus relaciones, al grado de tener en la actualidad una pareja, situación que anteriormente no se permitía por su rigidez.

Objetivo 3. Reconoce que su identificación con el padre, le proveía de control y dominio en sus relaciones, situación que la distanciaba socialmente, ahora se permite involucrarse afectivamente sin pretender control y dominio de la relación.



Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

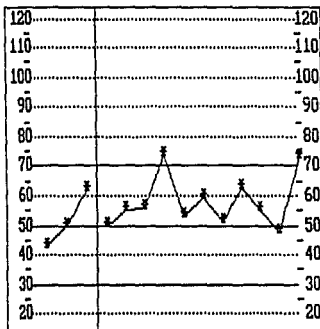
F

IDENTIFICACION PACIENTE 3

EDAD
ESTADO CIVIL
ESCOLARIDAD
OCUPACION
REFERIDO POR
FECHA
COMENTARIOS: 1A APLICACION

L F K Hs D Hi Do Mf Pa Pt Es Ma Is FY ESCALA
5 6 18 7 28 26 24 33 10 15 24 16 31 47
Puntajes Naturales
16 31 33 42 20
Puntajes Corregidos
Codificación de Welsh: 8' 4' 2 3 7 11- 9 5 1 6/ K- F

Indice Gough -12
Escala ? 0
Escala F (t) 58



Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

F

IDENTIFICACION PACIENTE 3

EDAD
ESTADO CIVIL
ESCOLARIDAD
OCUPACION
REFERIDO POR
FECHA
COMENTARIOS: 2A APLICACION

L F K Hs D Hi Do Mf Pa Pt Es Ma Is FY ESCALA
2 3 19 3 22 22 21 35 11 7 12 15 23 55
Puntajes Naturales
13 29 26 31 19
Puntajes Corregidos
Codificación de Welsh: 4 11' 8- 6 3 2 9 5 7 1/ : K- F

Indice Gough -16
Escala ? 1
Escala F (t) 50

PACIENTE 4
Edad: 22 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: Ausencia periódica de la figura paterna por infidelidad.

MOTIVO DE CONSULTA: *Que me ayuden a relajarme y a sobresalir en cuestiones de participación grupal (dolores de cabeza frecuentes).*

FOCO

Trabajar su coraje hacia los padres y hacerle conciencia de su autoimagen y cómo vincula ésta a la problemática familiar.

MMPI 1

La paciente se muestra suficiente para la resolución de su problemática, que pareciera no ser grave, sin embargo se muestra una tendencia al aislamiento que está siendo provocado por importantes sentimientos de minusvalía que en ocasiones llegan a tomar fuerza intrapuntiva, de ahí sus dolores de cabeza. La minusvalía antes mencionada la lleva a estar pendiente de las opiniones y reacciones de los demás, lo que a su vez le genera angustia. El tratar de establecer el balance entre sus deseos de sobresalir, y la culpa que esto le produce, podrían ser muy importantes para atender su problemática.

MMPI 2

Las escalas de validez aunque cambiaron su configuración, nos siguen hablando de defensividad, ella se muestra cada vez más capaz de enfrentar sus conflictos.

El resto de las escalas se ve modificado por una disminución de los puntajes y aunque subsiste el temor a ser criticada y rechazada por los demás; cuestión que genera ansiedad, parece que los montantes de todo esto han bajado considerablemente.

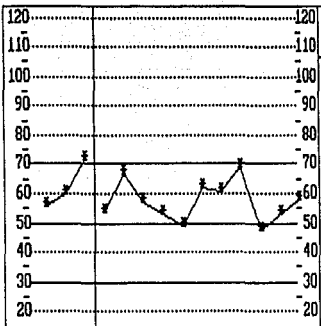
Sin embargo, no parece existir modificación relacionada con sus síntomas somáticos.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Con respecto a su temor a hablar en público, reconoce levemente que se debe a la percepción de una imagen propia autodevaluada en comparación con las imágenes de sus hermanos a quienes considera mejores que ella.

Objetivo 2. Las cefaleas producidas por la tensión que le produce hablar en público, han disminuido al tomar conciencia de que su inseguridad se relaciona con ser la única de su familia con estudios universitarios, lo que la carga de culpa por sentir que está sobresaliendo y dejando atrás a su familia. Esto a su vez la lleva a una exagerada autoexigencia y temor al fracaso.

Objetivo 3. Con respecto a su inseguridad, logra reconocer su necesidad de depender de las opiniones de los demás para disminuir su temor al fracaso, depositando la responsabilidad de sus actos en los otros y no asumiéndola como propia.



Inventario Multifásico de la
Personalidad de Minnesota

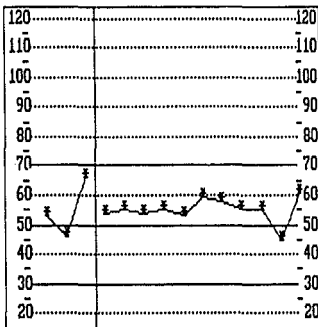
F

IDENTIFICACION PACIENTE 4

EDAD
ESTADO CIVIL
ESCOLARIDAD
OCUPACION
REFERIDO POR
FECHA
COMENTARIOS: 1A APLICACION

L F K Hs D Hi Do Mf Pa Pt Es Ma Is FY ESCALA
6 7 24 3 28 23 10 37 12 8 11 11 28 45
15 20 32 35 16
Codificación de Welsh: 8 2 6 7-11 3 1 4 0/ 5: K' F

Indice Gough -17
Escala ? 11
Escala F (t) 60



Inventario Multifásico de la
Personalidad de Minnesota

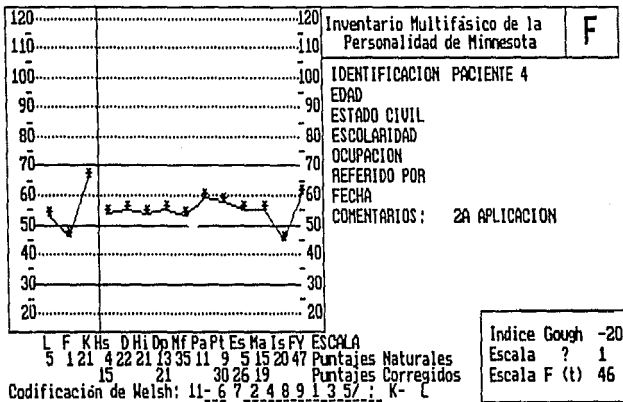
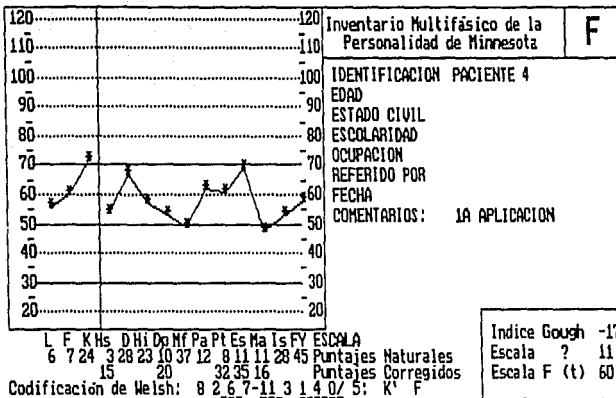
F

IDENTIFICACION PACIENTE 4

EDAD
ESTADO CIVIL
ESCOLARIDAD
OCUPACION
REFERIDO POR
FECHA
COMENTARIOS: 2A APLICACION

L F K Hs D Hi Do Mf Pa Pt Es Ma Is FY ESCALA
5 121 4 22 21 13 35 11 9 5 15 20 47
15 21 30 26 19
Codificación de Welsh: 11-6 7 2 4 8 9 1 3 5/ : K- L

Indice Gough -20
Escala ? 1
Escala F (t) 46



PACIENTE 5

Edad: 21 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES:

Gastritis desde hace 3 años

MOTIVO DE CONSULTA: *Dudas sobre mi forma de ser y actuar, problemas de confusión. (se siente insegura, se distrae fácilmente, se siente sola y gorda).*

FOCO

Trabaja con sus sentimientos de dependencia y aislamiento en relación a la manera como ha vivido el rechazo de su madre. Hacerlo consciente y permitirle expresar el coraje que esto le produce, al igual que las dudas sobre su manera de ser.

MMPI 1

Aparenta estar socialmente ajustada, y manifiesta poder enfrentar su problemática; sin embargo se percibe un aislamiento importante, acompañado de extrema preocupación por su cuerpo, esto se encuentra relacionado con el hecho de sentirse gorda y por la gastritis que padece, al no aceptarse, se autodevalúa y aísla. Esos sentimientos, también se encuentran acompañados por depresión, tristeza y la angustia que conlleva la dificultad de establecer relaciones interpersonales maduras, ya que parece ser que sus relaciones se caracterizan por una demanda pueril de afecto.

MMPI 2

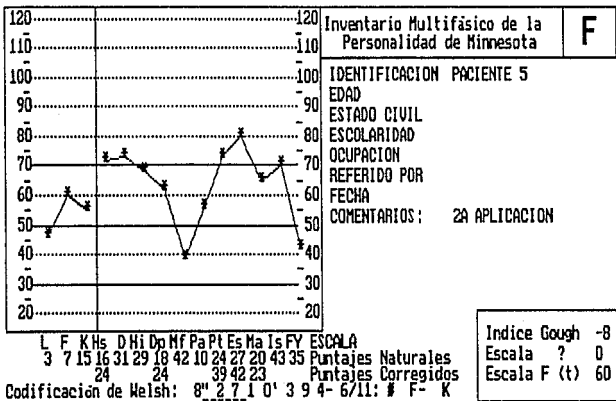
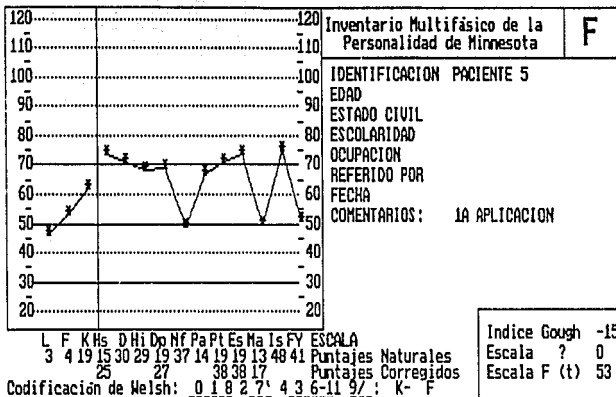
La configuración de las escalas de validez, nos indica que existe un reconocimiento más realista de su problemática, siente que sus problemas son mayores que sus capacidades para enfrentarlos, pero la actitud parece más honesta que en el primer perfil. Aparecen indicadores de sentimientos de inseguridad, culpa y minusvalía, así como la tendencia a apartarse del grupo social.

Se puede pensar que el aislamiento está siendo provocado por importantes sentimientos de minusvalía, que pueden llegar a tomar fuerza intrapunitiva, y a través de los cuales se pueda sentir poco merecedora del aprecio de los demás, tener conductas de tipo pasivo y sumiso. Y asociado con esto, una gran tensión interna (angustia).

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Con respecto a sus sentimientos de confusión y depresión, existió un leve reconocimiento de vivir en constante ambivalencia por su dificultad de identificarse con sus figuras paternas (extremos pasión-razón) que la llevan a una fluctuación en sus estados de ánimo.

Objetivo 2. Debido a su mecanismo de evitación, no se permitió elaborar sus sentimientos agresivos hacia sus figuras paternas, manifestando indiferencia en su relación hacia ellos.



PACIENTE 6
Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: Muere el padre de cáncer hace 11 años, ideas suicidas.

MOTIVO DE CONSULTA: *Me gustaría aclarar el motivo de algunos temores que han surgido y saber cómo puedo controlarlos (temor a pacientes psiquiátricos).*

FOCO

Trabaja el que pueda identificar las consecuencias de sus conductas en el momento en que interactúa y se relaciona con otros (hnos. mayores, madre, ex-novia, ex-amigas) relaciones que la paciente percibe como agresivas, controladoras e ingratas, dificultando con esto el que ella pueda ver la consecuencia de sus acciones y temores ante el no adecuado manejo de su agresividad que es depositada en los otros.

MMPI 1

Las escalas de validez indican un control importante en su autodescripción, en la que trata de mostrarse ajustada y capaz de resolver sus problemas, sin embargo, en las escalas clínicas se manifiesta una problemática referente al control sobre sus descargas impulsivas, que al parecer es deficiente, lo que provoca un aumento en los sentimientos de culpa y la inconformidad con la propia personalidad.

Sus relaciones interpersonales pueden considerarse algo conflictivas, ya que de hecho, no consiguen su autoafirmación y puede reaccionar hipersensiblemente a la crítica matizando con pesimismo los contactos que establece.

MMPI 2

En esta ocasión, contesta más espontáneamente el inventario, y se muestra mucho más capaz de resolver su conflictiva

Los puntajes, en general, se muestran disminuidos y, por la configuración de las escalas, ha tomado mayor control sobre sus impulsos, de esta forma, ha disminuido su depresión y han mejorado sus relaciones interpersonales.

Su conducta es espontánea y más autoafirmativa.

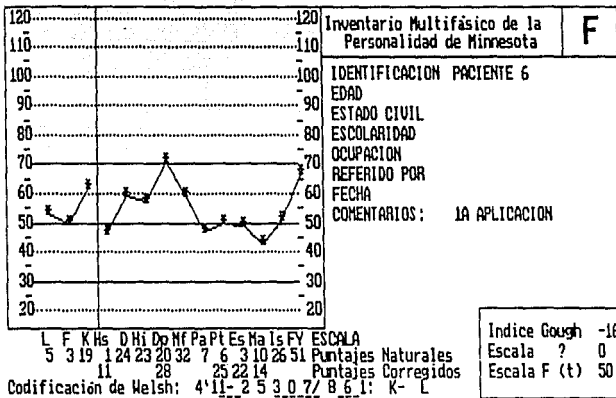
OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. El estado depresivo por el que asistía a consulta, disminuyó durante el proceso terapéutico, aunque hubo cierta reactivación del mismo, al finalizar el trabajo grupal. El nerviosismo disminuyó.

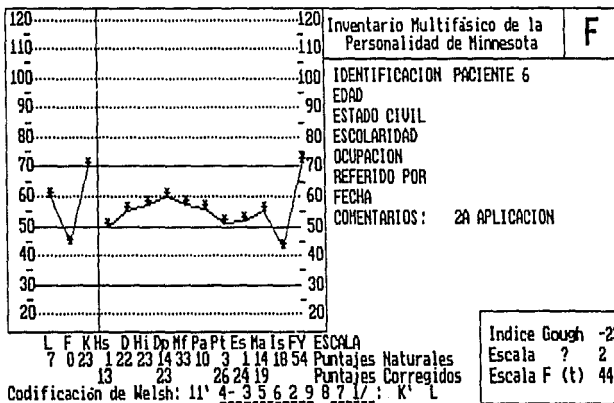
Objetivo 2. El rendimiento escolar mejoró notablemente.

Objetivo 3. Se logró mejorar su autopercepción, aunque le faltó trabajar más al respecto.

Objetivo 4. Ha logrado un mejor control de sus impulsos agresivos, disminuyeron sus ideas suicidas, aunque persisten en forma latente.



Indice Gough	-16
Escala ?	0
Escala F (t)	50



Indice Gough	-23
Escala ?	2
Escala F (t)	44

PACIENTE 7
Edad: 22 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLÍNICOS IMPORTANTES: Padres separados.

MOTIVO DE CONSULTA: *Conocerme tanto áreas conflictivas como virtudes, llorar mi inseguridad, mi silencio.*

FOCO

Trabajar el coraje a las figuras paternas, mayormente para con la madre; hacer que concientice los aspectos negativos de su familia y qué llene que ver esto con ella.

MMPI 1

La paciente responde con sinceridad a la prueba, e indica una fuerte tensión interna que es incapaz de resolver mediante sus propios recursos.

En el perfil se aprecia una depresión importante caracterizada por sentimientos de minusvalía y culpa, que se incrementan por una marcada inseguridad ante el temor a ser rechazada. Por ello, el énfasis en identificar las conductas de los demás, y quizás de invertir sus energías en su aislamiento, todo esto eleva su ansiedad, al sentirse incapaz de modificar esta situación, se abandona incluso en su aspecto físico, y presenta algunas manifestaciones somáticas de su depresión.

MMPI 2

Nuevamente sincera, pero ahora con una mejor percepción del control que puede ejercer sobre su problemática.

Sigue estando muy pendiente de los demás y la valoración que de ella hacen, más sin embargo su depresión ha disminuido y por consiguiente la angustia que le provocaba esta situación.

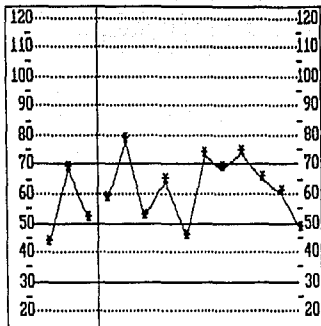
Su evolución es sorprendente y su autoafirmación se ha incrementado de manera sustancial.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Logra concientizar que su temor a hablar en público es debido a su autoevaluación y la rigidez en su autoimagen lo que no le permite cometer errores así como a su autoexigencia por ser la única universitaria de su familia.

Objetivo 2 Hay leve reconocimiento que su temor a equivocarse tiene que ver con el no querer identificarse con las figuras paternas que percibe como devaluadas.

Objetivo 3. Con respecto a su preocupación de ser agresiva con su familia, manifestó dificultad de hablar de sus figuras paternas, por lo que no se logró conocer los sentimientos de coraje hacia ellos.



Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

F

IDENTIFICACION PACIENTE 7

EDAD

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDAD

OCUPACION

REFERIDO POR

FECHA

COMENTARIOS: 1A APLICACION

L F K Hs D Hi Do Mf Pa Pt Es Ma Is FY ESCALA

2 11 13 10 34 20 39 16 23 25 20 33 39 Puntajes Naturales

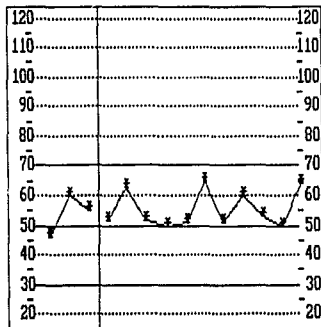
17 25 36 38 23 Puntajes Corregidos

Codificación de Welsh: 2_8_6' 7_9_4 0-1 3/11: F- K

Indice Gough -2

Escala ? 0

Escala F (t) 68



Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

F

IDENTIFICACION PACIENTE 7

EDAD

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDAD

OCUPACION

REFERIDO POR

FECHA

COMENTARIOS: 2A APLICACION

L F K Hs D Hi Do Mf Pa Pt Es Ma Is FY ESCALA

3 7 15 6 26 20 13 36 13 11 14 15 25 49 Puntajes Naturales

14 19 26 29 18 Puntajes Corregidos

Codificación de Welsh: 611 2 8- 9 1 3 5 7 4/ F- K

Indice Gough -8

Escala ? 0

Escala F (t) 60

PACIENTE 8

Edad: 21 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: El padre trabaja fuera de la ciudad (SLP).

MOTIVO DE CONSULTA: *No me siento realizada, me siento muy presionada por mi familia, necesito saber un poco más lo que quiero.*

FOCO

Mejorar sus relaciones interpersonales e intrafamiliares.

Disminuir su estado depresivo y elevar su autoestima.

Desarrollar su reconocimiento de su participación en las situaciones disfuncionales en la familia y con amistades.

Desarrollar la expresión adecuada de sus afectos.

MMPI 1

Se trata de una paciente que trata de responder con honestidad al cuestionario. Muestra una depresión acentuada, probablemente con sentimientos de culpa, autodevaluación, etc., que la hacen aislarse y al mismo tiempo estar atenta acerca de la conducta de los demás. Esta situación de autodevaluación dificulta sus relaciones interpersonales, lo que refuerza su aislamiento.

MMPI 2

En esta ocasión la paciente sigue percibiendo que sus problemas son mayores que sus capacidades, pero de una manera menos dramática que en el perfil anterior.

Aún cuando la depresión y el aislamiento siguen presentes, se encuentran disminuidos en el perfil.

Características relacionadas con la introspección y la autoafirmación, hablan de una mejora en esta paciente, tal vez no tan acentuada como en otros casos.

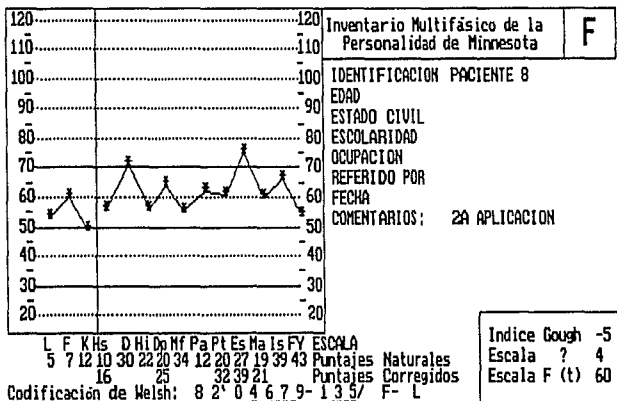
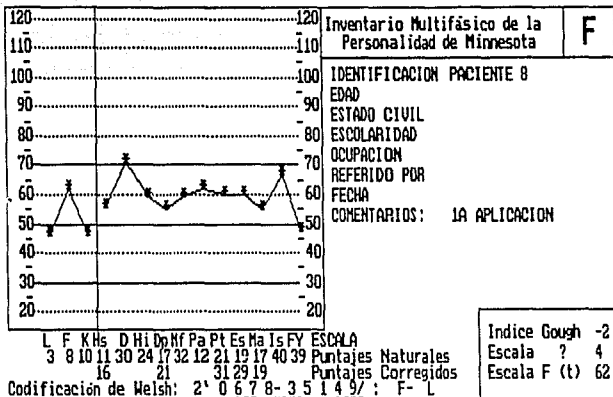
OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Su motivo de consulta fue su falta de realización y que en la actualidad no lo ha logrado, disminuyó su estado depresivo, lo que la ha hecho sentir bien y mejoró sus relaciones intrafamiliares.

Objetivo 2. Aún no le encuentra interés a la carrera, mejoró un tanto su autoestima, dado que acepta y se lleva mejor con su novio.

Objetivo 3. Logró reconocer su participación en las diversas situaciones, aunque no ha aceptado en su totalidad, como para llevar a cabo una elaboración, existen pequeños intentos de cambio.

Objetivo 4. Aún se le dificulta la expresión adecuada de sus afectos.



PACIENTE 9

Edad: 19 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: Hija parental durante 12 años.

MOTIVO DE CONSULTA: *Definir y modificar mi carácter (enojo).*

FOCO

Establecer contacto con los sentimientos ambivalentes hacia la figura materna la cual es percibida como lejana, fría, rígida, devaluatoria y rechazante y hacia la figura paterna, carente de consistencia y capacidad de protección. Establecer los límites necesarios entre ella y su madre a través de la autoexploración y de la experiencia grupal que le permita conectar con el rol de "madre fuerte" (amor-odio) que había estado desempeñando, hasta la reincorporación de su madre (fantasías de abandono).

MMPI 1

Se trata del perfil de una paciente que hace un esfuerzo por mostrarse adaptada, y con una capacidad para enfrentar sus problemas, muy superior a los conflictos que reconoce.

Sin embargo a pesar de sus esfuerzos por mostrarse de dicha forma, aparece en su perfil una depresión importante, acompañada de síntomas somáticos y demanda de afecto de tipo infantil, que le provoca angustia, y la lleva al aislamiento: quizás esta depresión se deba a la dificultad de establecerse en su rol de hija que no desempeñó desde hace tiempo, y que ahora debe asumir y no sabe cómo hacerlo.

MMPI 2

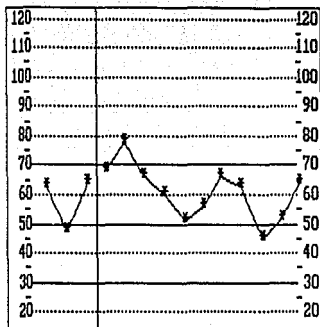
La segunda aplicación nos muestra una mejoría en su auto evaluación y estado de ánimo, así como una mejoría relacionada con sus síntomas somáticos. Por otro lado, se percibe un aumento en su auto afirmación, aunque su demanda de afecto sigue teniendo un tono pueril. A pesar de su evolución, su angustia no parece haber disminuido, ni su tendencia al aislamiento.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Expresa tener "mayor control y conocimiento del conflicto" en relación con su madre, sin embargo, esto le permite defenderse intelectualizando y desplazando el conflicto hacia otras figuras, sin enfrentarlo directamente con la madre.

Objetivo 2. Aún se le dificulta a la paciente establecer límites entre las demandas de la madre y las personales, por lo que utiliza el aislamiento (se encierra en su recámara) como una posibilidad de distanciamiento con la madre.

Objetivo 3. El reconocimiento de "figura parental" de "madre fuerte", le ha permitido el alejarse de ese rol a través de la expresión de emociones y sentimientos que corresponden a sus necesidades como hija y como persona sensible



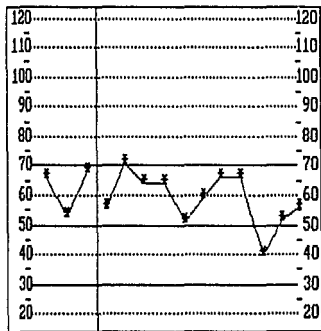
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

F

IDENTIFICACION PACIENTE 9
 EDAD
 ESTADO CIVIL
 ESCOLARIDAD
 OCUPACION
 REFERIDO POR
 FECHA
 COMENTARIOS: 1A APLICACION

L F K Hs D Hi Do Hf Pa Pt Es Ma Is FY ESCALA
 8 2 20 12 34 28 15 36 10 15 11 11 27 49 Puntajes Naturales
 22 23 35 31 15 Puntajes Corregidos
 Codificación de Welsh: 2' 1 3 7 11 8 4- 6 0 5/ : K L

Indice Gough -18
 Escala ? 6
 Escala F (t) 48



Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

F

IDENTIFICACION PACIENTE 9
 EDAD
 ESTADO CIVIL
 ESCOLARIDAD
 OCUPACION
 REFERIDO POR
 FECHA
 COMENTARIOS: 2A APLICACION

L F K Hs D Hi Do Hf Pa Pt Es Ma Is FY ESCALA
 9 4 22 5 30 27 16 36 11 13 11 9 27 44 Puntajes Naturales
 16 25 35 33 13 Puntajes Corregidos
 Codificación de Welsh: 2' 7 8 3 4- 6 11 0 5/ : K L

Indice Gough -18
 Escala ? 0
 Escala F (t) 53

PACIENTE 10
Edad: 22 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: Abandono del padre en la infancia.

MOTIVO DE CONSULTA: *Tengo necesidad de hablar con alguien que sea profesional además me siento mal por ser agresiva y pasiva en exceso. Además tengo a depimirme muy seguido.*

FOCO

Lograr la autoevaluación de sus sentimientos de abandono (real y fantaseados), establecer contacto con su actitud agresiva pasiva, la cual se encuentra relacionada con la rabia por el abandono y su incapacidad para expresarla. Romper su fortaleza resistencial, a fin de favorecer las relaciones interpersonales y familiares.

MMPI 1

La paciente se muestra sincera en su autodescripción, manifiesta una problemática seria que es incapaz de manejar.

Se encuentra muy deprimida y con conductas importantes de aislamiento.

El perfil, en general, muestra puntajes altos en la mayoría de las escalas, lo que indica que gran parte de su personalidad se ve comprometida en ella, lo que genera angustia y preocupación por su cuerpo así como de su manifestación y petición de afecto, que parece ser una demanda de tipo infantil.

El grado de su depresión sugiere preocupación extrema, pesimismo y distancia de la gente; evitación de relaciones interpersonales por temor de involucrarse emocionalmente, pero todo esto es preventivo de un nuevo abandono.

MMPI 2

Este perfil muestra una sorprendente mejoría en comparación con el primero. Aún cuando sigue percibiendo su problemática, como mayor a sus posibilidades de solucionarla, las características importantes del perfil anterior, han disminuido notablemente.

Así la gran depresión ha llegado a límites normales, y con ella se ha presentado una mejoría en las otras escalas.

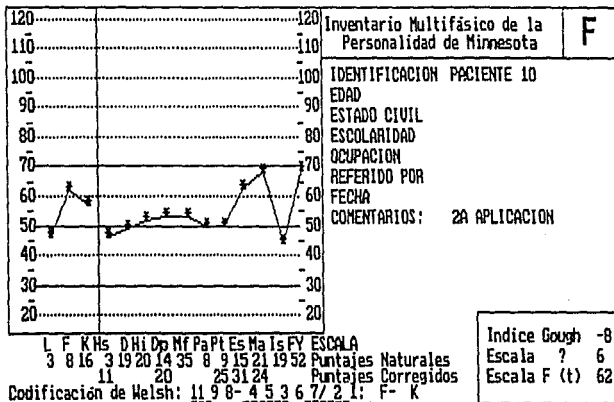
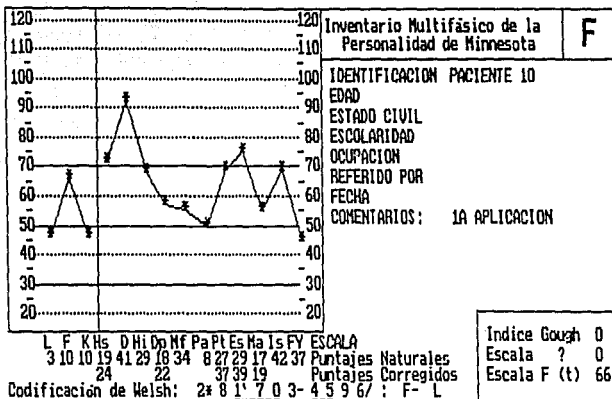
Ahora la paciente parece estar interesada en relaciones interpersonales y otras actividades y con ello ha disminuido su aislamiento y mejorado su autoestima trayendo como consecuencia, el nuevo éxito en las relaciones con los demás.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1 En relación a sus sentimientos de abandono, empieza a tomar contacto con el reconocimiento de un abandono real por parte de sus padres, al mismo tiempo reconoce que su actitud favorece tal distanciamiento.

Objetivo 2. La paciente reconoce que a través de la pasividad, el silencio y su ubicación como víctima se defiende e incluso agrede a las personas cercanas y significativas (familiares); ha observado que en la actualidad busca nuevas formas de expresión de sus afectos y dirigidos a quienes corresponden.

Objetivo 3. Respecto a las relaciones interpersonales, la paciente muestra mayor acercamiento y aceptación sobre todo con familiares y compañeros de escuela.



PACIENTE 11
Edad: 23 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: Muerte de la madre hace 2 años.

MOTIVO DE CONSULTA: *Me siento muy estresada y nerviosa.*

FOCO

Lograr la elaboración del duelo (muerte de la madre), a través de la autoexploración y de la vivencia grupal, establecer la relación entre estos hechos y su dificultad para establecer relaciones interpersonales estables y satisfactorias, tomar conciencia de su rol autoasignado de fortaleza y de los sentimientos ambivalentes hacia una figura materna percibida como "lejana, fría, rígida devaluatoria y rechazante" y hacia la figura paterna, carente de consistencia y protección.

MMPI 1

La paciente presenta una fuerte tensión interna que reconoce no poder manejar.

Presenta sentimientos de inseguridad, culpa y minusvalía, así como la tendencia a apartarse del grupo social, se encuentra muy angustiada, ante la amenaza de una enfermedad física que la lleve a la muerte como a su madre, así, es probable que se enfrasque en fantasías relacionadas con la muerte y el abandono, que la deprimen.

MMPI 2

En el caso de la segunda aplicación se aprecia una notable diferencia en relación a la capacidad de enfrentamiento de sus problemas, ahora ésta rebasa a los conflictos.

En segundo término su depresión y angustia han disminuido considerablemente, no así su preocupación por sus problemas de salud, que tienen tanto un componente real, como fantaseado.

El perfil en general, presenta una notable mejoría en contraste con el anterior.

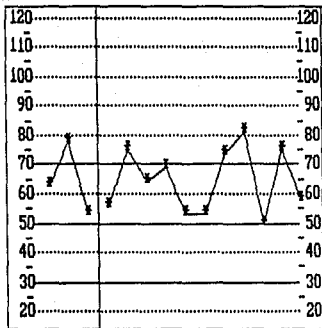
OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1 Su actitud y conducta respecto al duelo (muerte de la madre), demuestra que éste se encuentra en proceso de elaboración, pues reconoce los sentimientos reprimidos de odio y rabia y al mismo tiempo identifica aspectos de su propia personalidad con los de su madre

Objetivo 2. Respecto a las relaciones interpersonales, después de haber tenido conflictos con compañeros (hombres), y luego de evaluar su actitud, manifiesta " al fin haber encontrado la amistad verdadera..." teniendo a alguien que es capaz de preocuparse, apoyar y aceptar a otro como es (Amiga que acepta, apoya y se interesa por ella).

Objetivo 3. Aunque no se ha logrado que la paciente se quite "la etiqueta de fuerte" en su familia, reconoce que ella misma propicia este rol, al tener la imagen y observar a un padre "pasivo, inconsistente e incapaz de hacerse cargo de la organización y atención de los hijos".

Objetivo 4. Reconoce el miedo y temor a la enfermedad y muerte (identificación con la madre) sin embargo se está ocupando de ella misma, se ha hecho atender, ya se le extrajo un quiste (seno), pero aún tiene uno en el útero, (el Dr. dice que no debe preocuparse), que le sigue preocupando y la pone ansiosa.

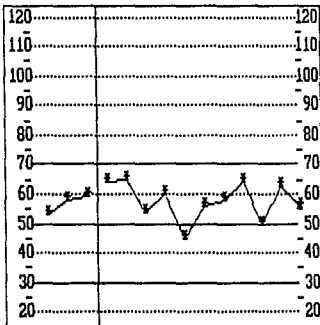


Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota **F**

IDENTIFICACION PACIENTE 11
 EDAD
 ESTADO CIVIL
 ESCOLARIDAD
 OCUPACION
 REFERIDO POR
 FECHA
 COMENTARIOS: 1A APLICACION

L F Ks D Hi Do Mf Pa Pt Es Ma Is Fy ESCALA
 8 15 14 9 32 27 21 35 9 26 29 14 48 45 Puntajes Naturales
 16 27 40 43 17 Puntajes Corregidos
 Codificación de Welsh: 8¹ 2 0 7¹ 4 3-11 1 5 6/ F¹ L

Indice Gough: 1
 Escala ? 1
 Escala F (t) 78



Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota **F**

IDENTIFICACION PACIENTE 11
 EDAD
 ESTADO CIVIL
 ESCOLARIDAD
 OCUPACION
 REFERIDO POR
 FECHA
 COMENTARIOS: 2A APLICACION

L F Ks D Hi Do Mf Pa Pt Es Ma Is Fy ESCALA
 5 6 17 11 27 21 16 39 10 13 15 14 36 44 Puntajes Naturales
 20 23 30 32 17 Puntajes Corregidos
 Codificación de Welsh: 2 1 8 0 4-7 6 11 3 9/ ; K F

Indice Gough -11
 Escala ? 1
 Escala F (t) 58

PACIENTE 12
Edad: 22 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

MOTIVO DE CONSULTA: *Problemas interpersonales, dificultad para establecer relaciones con la gente.*

FOCO

Mejorar relaciones interpersonales, adquirir seguridad, manifestar sentimientos.

MMPI 1

La paciente trata de aparentar estar socialmente ajustada y tener control sobre su problemática, el perfil ofrece características poco relacionadas con el rol socialmente definido de las mujeres, es decir, se muestra espontánea, dominante y tal vez incluso agresiva, parece estar involucrada en múltiples actividades e incluso relaciones interpersonales, pero sin establecer un contacto íntimo profundo. Esto le permite no estar expuesta al rechazo y al abandono.

MMPI 2

En el segundo perfil, la paciente acepta más objetivamente su problemática, que aparece incluso en otro nivel de molestia, aunque ella se sigue percibiendo capaz de manejarla.

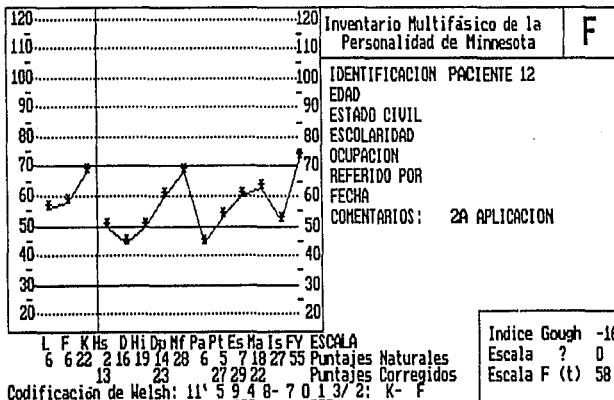
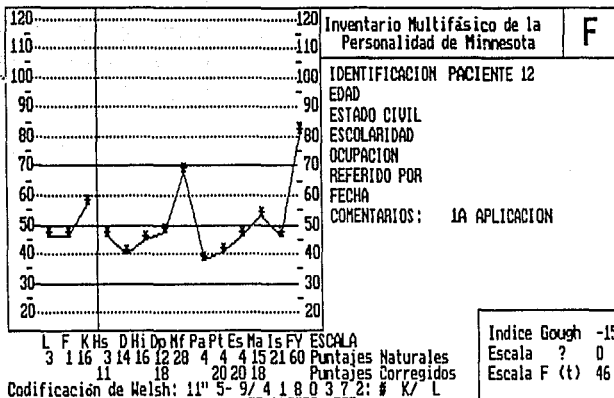
Aunque la estructura básica del perfil, es la misma, se aprecian cambios en lo concerniente a conductas de autoafirmación, observación de las conductas de los demás, y su participación en actividades diferentes, y quizás con otro nivel de compromiso. Por supuesto, esto aumenta la angustia que dichos contactos le acarrearán, al dejar de ser distante y ser un blanco vulnerable por la expresión de sus sentimientos. Sin embargo, ella se percibe capaz de adaptarse y de manejar su problemática.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Se sentía incapaz y humillada expresando sus sentimientos, en la actualidad los expresa de manera más espontánea y no se siente humillada por ello.

Objetivo 2. Sus relaciones con sus padres eran distantes, particularmente con su padre, con el proceso terapéutico reporta que estas han cambiado y hoy son más cálidas.

Objetivo 3. Sus sentimientos de inseguridad le impedían interactuar de manera adecuada con personas desconocidas, hoy se siente más segura y sus relaciones interpersonales han mejorado.



PACIENTE 13
Edad: 21 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: Padre alcohólico, golpeador, que reside actualmente en el extranjero.

MOTIVO DE CONSULTA: *Creo que la necesito, posiblemente por inseguridad y otros problemas.*

FOCO

Se trabajará que aprenda a asumir el rol que le corresponde en el hogar para que deje de rivalizar con la madre, y con esta diferenciación se trabajará la liberación de su sexualidad.

MMPI 1

Honesta en su autodescripción, percibe que sus problemas rebasan a sus capacidades para enfrentarlos.

La combinación indica un elevado grado de actividad y la tendencia a tratar de alcanzar un gran número de metas, sin embargo parece tener una gran necesidad de reconocimiento y aprobación del ambiente.

Las relaciones interpersonales que establece son muy superficiales y se caracterizan por una marcada dependencia como búsqueda de aceptación y en consecuencia, se puede ver favorecido un mejor control sobre las relaciones de tipo infantil e impulsivo, que matiza con dolencias físicas.

MMPI 2

Ella sigue percibiendo como mayores sus conflictos a sus capacidades para resolverlos.

Al parecer, abandona el estilo histriónico e infantil de relacionarse, por uno autoafirmativo que puede resultar agresivo por un inadecuado control de sus descargas, su depresión ha disminuido, y su interés por múltiples actividades ha aumentado.

Es notorio el cambio de perfil, que sugiere un intento de polarizar su conducta, en sus esfuerzos por lograr una mejor adaptación.

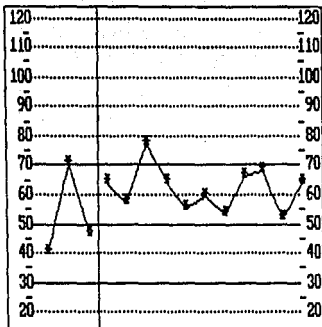
OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Que asuma el rol que le corresponde en el hogar de origen y deje de rivalizar con la madre, para que al asumir el rol que le corresponde, pueda trabajar la liberación de la sexualidad y formar pareja.

Objetivo 2. Comprende que su necesidad de ser el centro de atención en su hogar, la lleva a asumir el rol de su madre en el ámbito social.

Objetivo 3. Reconoce que expresa a los demás aspectos de su personalidad que son contrarios a los que ella posee.

Objetivo 4. Reconoce sus resistencias a trabajar en la terapia, racionalizando las causas de ello.



Inventario Multifásico de la
Personalidad de Minnesota

F

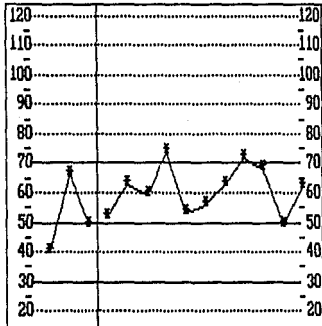
IDENTIFICACION PACIENTE 13

EDAD
ESTADO CIVIL
ESCOLARIDAD
OCUPACION
REFERIDO POR
FECHA

COMENTARIOS: 1A APLICACION

L F K Hs D Hi Do Nf Pa Pt Es Ma Is FY ESCALA
1 12 10 15 23 34 21 34 11 17 23 22 27 49 Puntajes Naturales
20 25 27 33 24 Puntajes Corregidos
Codificación de Welsh: 3' 9 8 1 411- 6 2 5 7/ F' K

Indice Gough 2
Escala ? 4
Escala F (t) 70



Inventario Multifásico de la
Personalidad de Minnesota

F

IDENTIFICACION PACIENTE 13

EDAD
ESTADO CIVIL
ESCOLARIDAD
OCUPACION
REFERIDO POR
FECHA

COMENTARIOS: 2A APLICACION

L F K Hs D Hi Do Nf Pa Pt Es Ma Is FY ESCALA
1 10 12 8 26 24 24 35 10 21 25 22 24 48 Puntajes Naturales
14 29 33 37 24 Puntajes Corregidos
Codificación de Welsh: 4 8' 9 2 711- 3 6 5 1/ : F- K

Indice Gough -2
Escala ? 1
Escala F (t) 66

PACIENTE 14
Edad: 23 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: Cambio de carrera de Medicina a Psicología.

MOTIVO DE CONSULTA: *La dificultad de relacionarme con otras personas y por inseguridad para desarrollarme en varias actividades.*

FOCO

La comprensión de que no tiene que ser perfecto para relacionarse con los demás, así Disminuir su tendencia a la perfección, que tome conciencia de que las exigencias que lo llevan a aislarse y están en el no del padre, esto lo lleva a exigirse a sí mismo y a los demás

MMPI 1

El paciente se muestra reservado, reconoce parcialmente sus conflictos, pero trata de minimizarlos y restarles importancia.

Sus puntajes señalan a un intento de autoreflexión que acompaña a una actitud de retraimiento y separación del medio ambiente social, lo cual le provoca angustia y también lo deprime, esto parece reflejar la problemática de su cambio de carrera.

MMPI 2

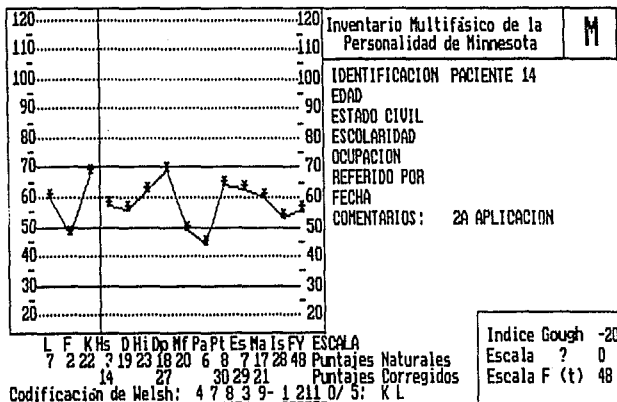
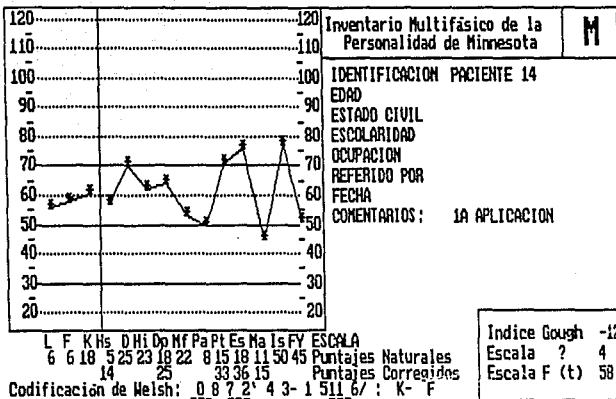
Al parecer, y a raíz del trabajo terapéutico alrededor de sus elecciones, el paciente tiene una actitud más alerta con respecto de la aceptación social, y percibe sus capacidades como muchos mayores que sus problemas.

El importante aislamiento parece haber disminuido, así como su depresión, además se muestran características de autoafirmación que completan el ciclo que lo pudo llevar a un aumento de su autoestima, así como a una mejora con respecto a sus relaciones interpersonales.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Que aprenda a relacionarse sin ser perfecto, disminuir su tendencia a la perfección. El paciente comprende que sus propias exigencias son muy elevadas y determinan su tendencia a la perfección, que a su vez lo lleva al aislamiento social.

Objetivo 2. Se desprende del objetivo anterior. El paciente se dio la oportunidad de experimentar relaciones en un grupo con la guía del terapeuta y realizó cambios en su forma de relacionarse y comunicarse con sus padres, manifestándoles sus defectos y el derecho a cometer errores.



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PACIENTE 15
Edad: 27 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: Intento suicida, muere el padre hace 6 meses (alcohólico).

MOTIVO DE CONSULTA: *Falta de motivación para estudiar las materias de la carrera, problemas de pareja (peleas), necesidad de estar solo, agresivo por momentos, no aguanta a la gente.*

FOCO

Resolver problemas de relaciones interpersonales, manejo de agresividad, solucionar conflictiva con el padre.

MMPI 1

El sujeto hace una autocrítica muy severa de si mismo, y no obstante, manifiesta capacidad de enfrentar su problemática.

Parece estar en una actitud de aislamiento y control de tipo infantil o agresivo, con respecto a sus relaciones interpersonales, lo que fomenta su angustia ante la conflictiva.

MMPI 2

Su autoexigencia continúa y aunque se sigue percibiendo como capaz de enfrentar su problemática, lo hace menos dramáticamente.

Intenta conciliar su necesidad de pertenecer al grupo social y ser aceptado, con la de autoafirmarse y ser independiente.

Por ello sale un poco de su aislamiento y experimenta el involucrarse en nuevas relaciones y experiencias aunque sea de manera superficial.

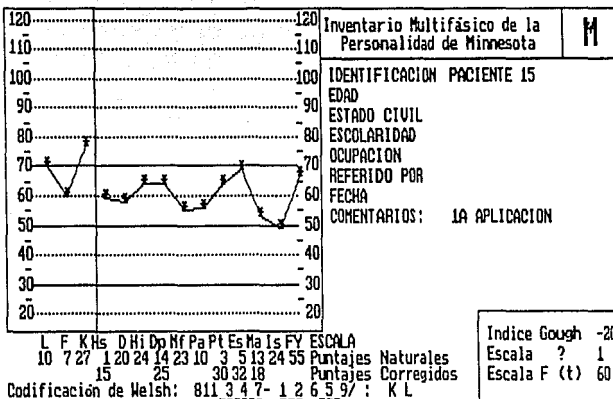
OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Sus sentimientos hacia su padre, ahora son de aceptación, antes de comenzar la terapia de grupo, estos eran de agresión pasiva, que lo llenaba de culpa.

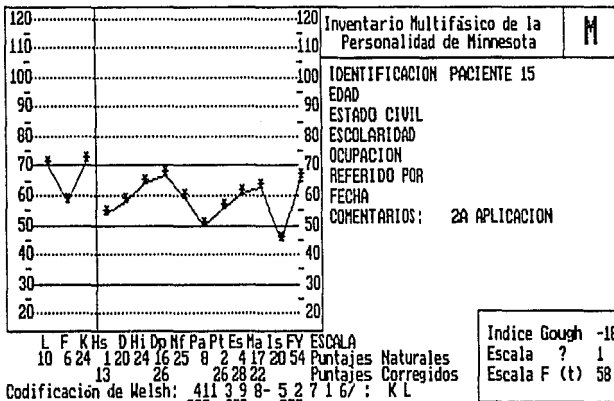
Objetivo 2. Ha logrado controlar sus ideas autoagresivas, y las analiza, cuando se le presentan, las rechaza y busca la causa, antes de comenzar eran muy frecuentes y pensaba que ya no podría manejarlas.

Objetivo 3. Sus relaciones interpersonales eran escasas y se consideraba muy agresivo, en la actualidad, sus relaciones son más espontáneas, expresa de igual manera sus afectos y su agresión la canaliza constructivamente.

Objetivo 4. Antes de comenzar el tratamiento jugaba el rol parental, durante el proceso reconoce que le molesta, y las ganancias que obtenía con él, decide no seguir jugando el rol.



Indice Gough	-20
Escala ?	1
Escala F (t)	60



Indice Gough	-18
Escala ?	1
Escala F (t)	58

PACIENTE 16
Edad: 21 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

MOTIVO DE CONSULTA: *Desorientación y desubicación emocional, falta de seguridad, desinterés por la escuela.*

FOCO

Mejorar relaciones interpersonales y familiares, adquirir mayor seguridad.

MMPI 1

El paciente parece adaptado "socialmente" en su autodescripción, e indica que su problemática es mucho mayor que su capacidad para enfrentarla.

De este modo, se encontró muy deprimido y preocupado por el escaso control que siente tener sobre sus descargas, especialmente de tipo agresivo que se ven apoyadas con manifestaciones y demandas de afecto con pueril estilo.

El equilibrio entre la inseguridad y los sentimientos de culpa y las descargas impulsivas, se consiguen con un fuerte control de estas últimas que se viven con una actitud fuertemente autocrítica y un aumento notable de la culpa y la inseguridad.

Existen una constricción de la energía y elevados niveles de autocrítica, su inseguridad se manifiesta aún en el terreno de la sexualidad, donde su autocrítica frena su actuar y lo lleva a una actitud pasiva.

MMPI 2

Ahora es más evidente su severa autocrítica, la disminución de la percepción de la severidad de su problemática, y su capacidad para enfrentarla.

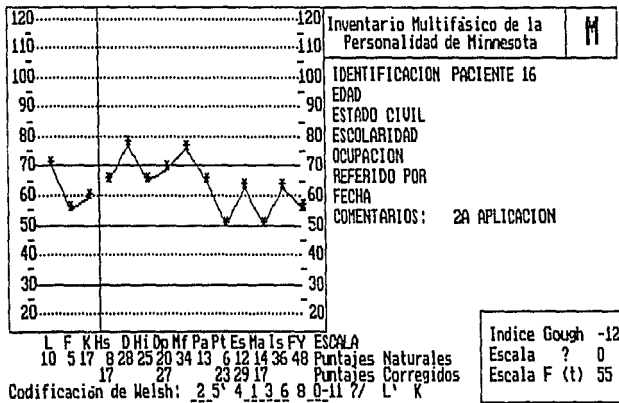
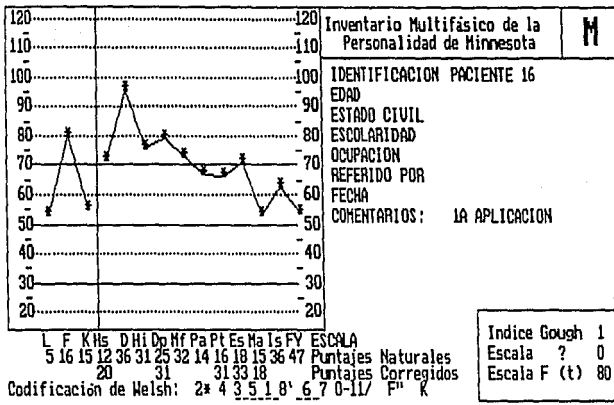
Aún se percibe preocupado y deprimido por su falta de éxito en el plano amoroso por su actitud pasiva y su temor a las descargas que no pudiera controlar, sin embargo su angustia ha disminuido, y en conjunto, su perfil muestra una mejora en relación con la disminución de los puntajes de las diferentes escalas.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Sus sentimientos de inseguridad le impedían unas adecuadas relaciones interpersonales, a través del proceso, su seguridad y autoestima aumentaron por lo que sus relaciones interpersonales mejoraron.

Objetivo 2. Sus malas relaciones con su padre, eran atribuidas a éste, reconoce su participación en ellas y han cambiado.

Objetivo 3. Su rendimiento académico era malo y esto le llenaba de angustia, a través del proceso analizó que la causa era falta de motivación, al encontrarla, su rendimiento mejora.



PACIENTE 17

Edad: 19 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES:

Quemaduras en varias partes del cuerpo por accidente hace 8 años, en el mismo que murió la madre y un hermano menor.

MOTIVO DE CONSULTA:

Por problemas de inseguridad, debido a que hace 8 años sufrí un accidente en donde tuve quemaduras en varias partes del cuerpo. Mi madre murió y ahora yo me hago cargo de las actividades del hogar, atiendo a mi padre y a mi hermano, pero a veces siento que me enoja con facilidad, me siento como traumada.

FOCO

Aumentar autoestima, adquirir seguridad, mejorar la adquisición y mantenimiento de relaciones interpersonales.

MMPI 1

La paciente refiere que sus problemas rebasan sus capacidades.

Presenta una depresión sea, con sentimientos de culpa y minusvalía, que la llevan al aislamiento. Tiene poco interés por el exterior y procura involucrarse en pocas actividades. Todo ello le provoca angustia y preocupación.

Sus rasgos de personalidad, se inscriben en el marco de su accidente, cuyas consecuencias se hacen evidentes en las quemaduras que presenta en todo el cuerpo, su inseguridad, autoevaluación y temor al rechazo, son los componentes principales de su manera de enfrentar la vida.

MMPI 2

Un cambio notorio se refiere a la valoración de su problemática y cómo se percibe capaz de enfrentar sus limitaciones.

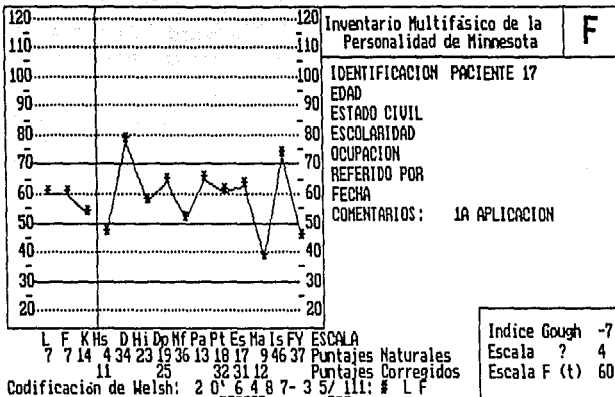
Aún cuando empieza a reconocer sus aspectos positivos y la consecuencia de sus actitudes para sus relaciones sociales, su depresión y aislamiento siguen presentes, aunque en menor medida. Su demanda de afecto se acerca más a lo esperado para su edad, aunque, como es natural, sigue muy pendiente de las actitudes y emociones que despierta en los demás.

OBJETIVOS ALCANZADOS

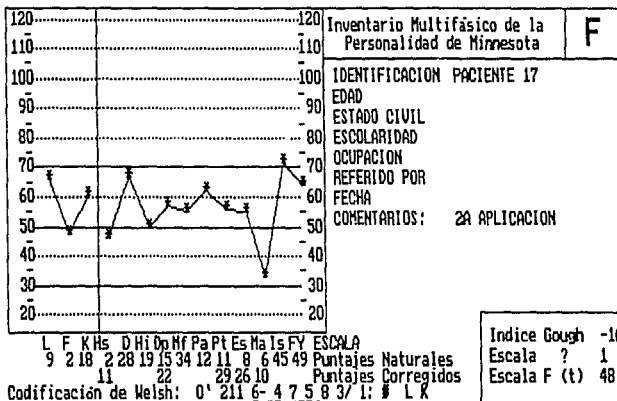
Objetivo 1. Sus relaciones interpersonales eran muy escasas, y distantes, en el proceso, se da cuenta que ella era la promotora de esta situación por sus sentimientos de inseguridad y temor al rechazo, situación que ha mejorado un poco.

Objetivo 2. Su rol dentro de su familia era el de la madre y se sentía muy molesta, hoy ya no ocupa ese rol y se siente muy bien.

Objetivo 3. Su coraje por el "abandono de su madre" ya no existe al comprender y terminar de elaborar su duelo.



Indice Gough	-7
Escala ?	4
Escala F (t)	60



Indice Gough	-16
Escala ?	1
Escala F (t)	48

PACIENTE 18

Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES:

Terapia de grupo anterior, Ideas suicidas y de autoagresión.

MOTIVO DE CONSULTA:

Insomnio, nerviosismo, apetito exagerado, cansancio injustificado y constante, problemas escolares.

FOCO

Disminuir sus estados de nerviosismo, y depresión.
Mejorar su concentración en las clases y estudio.
Mejorar su percepción de su autoimagen.
Propiciar una mejor adecuación en las relaciones interpersonales.
Favorecer el control de sus impulsos agresivos.

MMPI 1

La paciente trata de dar la impresión de estar "Socialmente Ajustada".

Manifiesta una depresión importante, acompañada de una angustia considerable y tendencia al aislamiento. Los elementos de inseguridad son importantes y dan lugar a frecuentes manifestaciones de depresión, al sentir la frustración de no alcanzar las propias metas o no cubrir las propias expectativas.

El pesimismo parece ser una característica importante de su personalidad y ella se angustia mucho ante la exagerada importancia que da a sus fracasos, considerándose inferior y devaluada.

Todo esto se ve acompañado de molestias somáticas y de temor ante sus posibles descargas impulsivas o agresivas, relacionadas con la culpa extrema.

MMPI 2

En esta ocasión, hay un reconocimiento más honesto de la problemática, que sigue percibiendo mayor a sus capacidades.

Aunque básicamente el perfil es igual, existen diferencias asociadas con menor angustia, menores ideas de referencia y aislamiento.

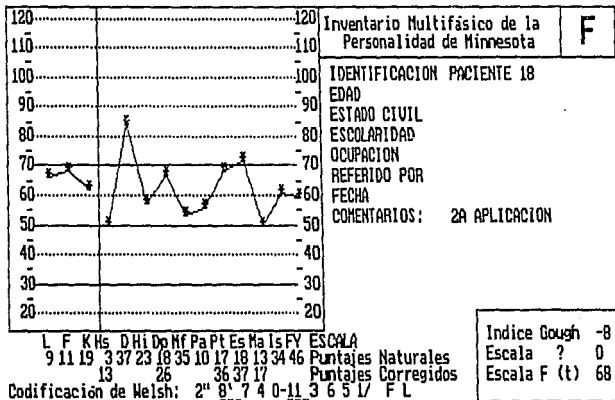
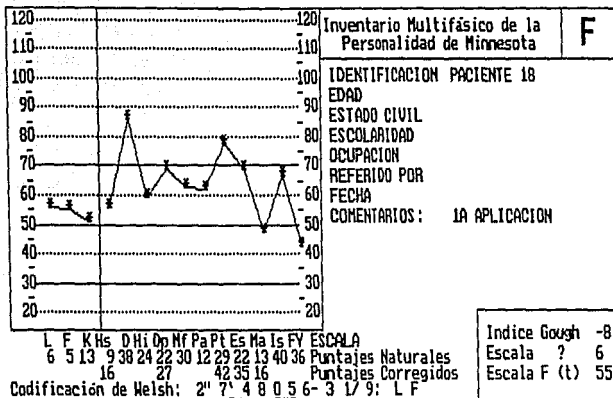
OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. El estado depresivo por el que asistió a consulta, disminuyó durante el proceso terapéutico, aunque hubo cierta reactivación del mismo, al finalizar el trabajo grupal. El nerviosismo disminuyó.

Objetivo 2. El rendimiento escolar mejoró notablemente

Objetivo 3. Se logró mejorar su autopercepción, aunque le faltó trabajar más al respecto.

Objetivo 4. Ha logrado un mejor control de sus impulsos agresivos, disminuyeron sus ideas suicidas, aunque persisten en forma latente.



PACIENTE 19
Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: Recibe terapia individual.

MOTIVO DE CONSULTA: *Tomar terapia, problemas con mi papá constantemente. Ser demasiado obsesiva en relación con la escuela, cosa que muchas veces me causa problemas con las demás personas, amigo, pareja. Las tensiones fuertes me producen mucha angustia ocasionando que deje de comer o me irrite con mucha facilidad, provocando problemas con personas cercanas.*

FOCO

Favorecer la autoexploración y la toma de conciencia respecto a sus sentimientos ambivalentes en la relación con las figuras masculinas, contactar con su dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias.

MMP11

La paciente muestra estar "ajustada socialmente" y manifiesta una problemática moderada, que sin embargo, percibe fuera de su control.

Se muestra aislada y deprimida, con conflictos relacionados con la figura paterna; se encuentra en la etapa en que como adolescente es necesaria la búsqueda de la independencia y la expresión de la sexualidad.

MMP12

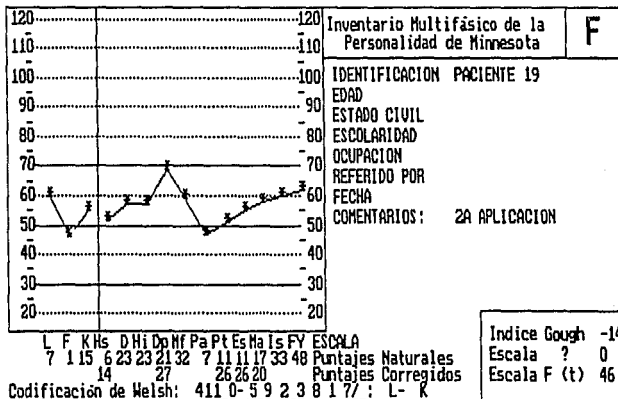
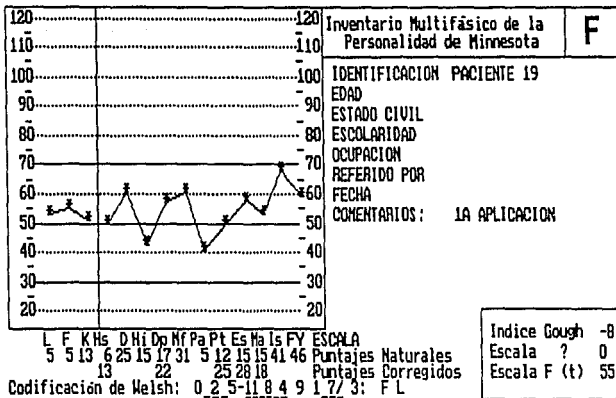
En el segundo perfil, la paciente se muestra estricta con respecto a su autodescripción, ahora se muestra más segura con respecto a su problemática.

El perfil muestra básicamente una autoafirmación que provoca la disminución del aislamiento y la revaloración de sus capacidades.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. En relación a la ambivalencia con la figura masculina, la paciente refiere haber comenzado a reconocer su grado de participación y responsabilidad respecto a los problemas que la aquejan.

Objetivo 2. Con respecto a las dificultades presentadas en las relaciones interpersonales, la paciente refiere haber reducido su agresividad y aumentado su tolerancia, sin embargo el equipo terapéutico considera que se han observado pocos avances al respecto, ya que no ha disminuido su tendencia a la poca participación y a la resistencia.



PACIENTE 20
Edad: 23 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLINICOS IMPORTANTES: Muere la madre hace 4 años, sufre del abandono del padre en su infancia.

MOTIVO DE CONSULTA: *A veces me siento muy triste, quisiera llorar mucho, pero siento que no tengo motivo para ello, mi madre murió hace cuatro años, pero siento que eso ya lo he superado, quisiera hablarle a mucha gente de mi edad, no la entiendo, cuando tengo que estudiar me bloqueo mucho, estudio pero luego se me olvida, debo algunas materias y eso me hace sentir mal, quisiera que a veces me abrazaran, siento que todo es difícil, veo cómo va a ser mi futuro y me angustia mucho.
Se me hace difícil trabajar y estudiar.*

FOCO

Lograr la elaboración de los duelos (muerte de la madre y abandono del padre), tomar conciencia y asumir su responsabilidad en el rol autoasignado de figura materna "protectora y fuerte".

MMPI 1

Se trata de una paciente que percibe que sus problemas, sobrepasan por mucho, sus capacidades. Presenta una depresión severa, con sentimientos de devaluación, apatía y aislamiento.

Características perfectamente explicables a partir de la falta de elaboración de los duelos y abandonos.

MMPI 2

La autodescripción tal vez más apegada a la realidad la lleva a seguir percibiendo que sus problemas son superiores a sus capacidades, sin embargo, la proporción tanto de capacidades y conflictos, es sumamente diferente de la del perfil anterior, en el cual la diferencia entre unas y otros era mayor.

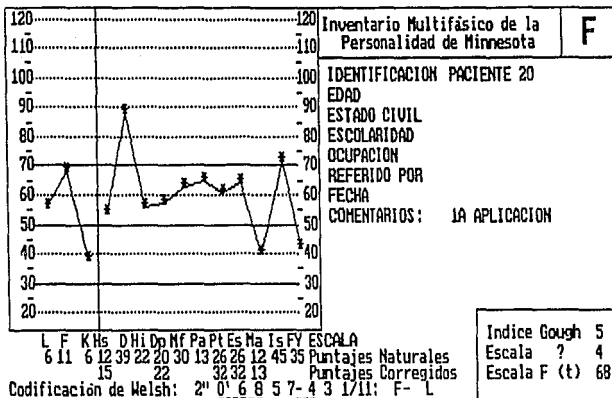
Aún cuando persisten características asociadas con la falta de actividad y aislamiento, se aprecia que la depresión por la que pidió ayuda, prácticamente ha desaparecido, también se aprecian características relacionadas con la autoafirmación, y su rol de mujer universitaria.

En resumen, su mejoría es notable.

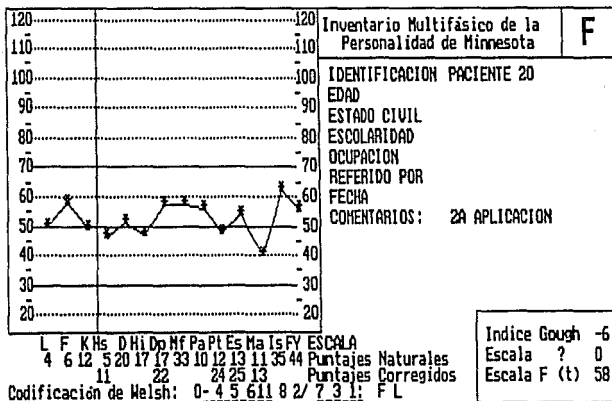
OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Respecto a la elaboración de sus duelos (muerte de la madre y abandono del padre), se ha observado que la paciente se ha permitido expresar más abiertamente sus emociones y sentimientos reprimidos, relacionándolos con la muerte de su madre. La paciente refiere intentos de acercamiento a su padre.

Objetivo 2. En relación a su rol de madre fuerte la paciente comienza a identificar su malestar ante la pasividad de sus hermanos y a reconocer su participación y responsabilidad en el mantenimiento de esta condición. Se refiere más cooperativa y se reconoce como una gente sensible y no necesariamente débil.



Indice Gough	5
Escala ?	4
Escala F (t)	68



Indice Gough	-6
Escala ?	0
Escala F (t)	58

PACIENTE 21
Edad: 21 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

DATOS CLÍNICOS IMPORTANTES: Muerte del padre hace 18 años, reciente muerte tía y abuela maternas.

MOTIVO DE CONSULTA: *Ultimamente he tenido problemas de tipo familiar que han estado afectando mi estado emocional hasta desestabilizarlo, por ello me gustaría saber qué actitud tomar ante dicha problemática. Me gustaría conocerme más.*

FOCO

Lograr la elaboración de los duelos (muerte del padre, de la abuela materna y tía materna) y establecer la relación entre estos hechos y su dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales duraderas y satisfactorias. Tomar conciencia a través de la autoexploración del rol de "fortaleza".

MMPI 1

La paciente trata de dar la impresión de estar "Socialmente Adaptada", y se percibe capaz de enfrentar su problemática, sin embargo presenta actitudes de desconfianza, cautela y suspicacia; ante la sensación constante de amenaza del ambiente, ella puede presentar algunas manifestaciones de franca hostilidad y agresión, que le producen sentimientos de culpa. Sus relaciones interpersonales son problemáticas porque suman a su cautela su actitud de inseguridad, pesimismo y aprehensión constantes, tratando de culpar a los demás de sus propias fallas y fracasos, explicando que se siente muy limitada y presionada por el ambiente que le rodea, todo esto está sustentado en su temor al abandono, y en el rol de madre que se empeña en jugar.

MMPI 2

En la segunda aplicación, su autocrítica es más fuerte, y sigue percibiéndose capaz de enfrentar su problemática, además, la excesiva suspicacia y depresión han disminuido de forma considerable y su perfil nos habla de intentos de autoafirmación que aún le causan conflicto, pero, en la medida de lo esperado, considerando su problemática, situación familiar, y edad.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Objetivo 1. Respecto a la elaboración de los duelos, ella expresa "haber podido afrontar de una mejor manera el pensar que un ser querido pueda morir", expresa que es doloso, pero que es necesario continuar y tratar de cumplir las metas trazadas.

Objetivo 2. Respecto al establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales duraderas y satisfactorias, la paciente manifiesta que ha intentado acercamientos con personas desconocidas y estos han resultado exitosos, además siente que está estableciendo relaciones más maduras con sus compañeros.

Objetivo 3. En relación a su papel de "fuerte", ahora se permite identificar y expresar sentimientos, sobre todo aquellos de malestar e incomodidad, que anteriormente se le dificultaban más.

Objetivo 4. Ha decidido "hacerse responsable de ella misma y no de otras personas", sobre todo de la madre, con la cual mantenía una relación de protección hacia ella, por lo cual, dejaba de hacer cosas para ella o dudaba en sus decisiones, si la madre se oponía o interfería.

