

01941

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA PSICOTERAPIA GRUPAL Y SU EFECTO EN EL INSIGHT  
Y LA DEPRESION

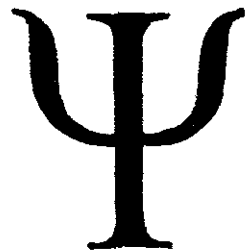
**R E P O R T E F I N A L**  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
**ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA**  
**CLINICA Y PSICOTERAPIA DE**  
**GRUPO EN INSTITUCIONES**  
**P R E S E N T A :**  
**LIC. MARIA DE LOURDES MARTINEZ MONTES**

DIRECTOR: MTR. JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA  
COMITE: DR. JULIAN MCGREGOR Y SANCHEZ NAVARRO  
LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA  
MTRA. LIZBETH OBDULIA VEGA PEREZ  
MTRA. GABINA VILLAGRAN VAZQUEZ

MEXICO, D. F.

275700

2000





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

ANGELICA Y KARIMY :

Con todo mi amor por sus sonrisas, alegría  
y entusiasmo, que ha sido un estímulo  
invaluable para superar las metas.

A MIS HERMANOS:

Que me han brindado sus conocimientos  
y experiencia de la vida, la cual considero  
valiosa. Por estar siempre conmigo.

A LAS COMPAÑERAS DE LA  
ESPECIALIDAD:

Por todas las experiencias compartidas  
a lo largo del posgrado.

AL MTRO. JORGE R. PEREZ ESPINOZA:  
Por su guía, dirección y compromiso en este trabajo.  
Agradezco su franco y dedicado apoyo para la  
Realización del mismo, gracias.

DR. JULIAN MAC GREGOR S. NAVARRO,  
MTRA. ASUNCION VALENZUELA C.,  
A LA MTRA. GABINA VILLAGRAN V., LIZBETH VEGA P.:  
Por sus comentarios y sugerencias para mejorar el presente reporte.

A TODOS LOS PROFESORES DE LA ESPECIALIDAD  
EN PSICOLOGIA CLINICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES:  
Por sus conocimientos y experiencia que fueron transmitidos a lo largo de mi formación  
como especialista en terapia de grupo.

AL PERSONAL DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS  
"DOCTOR GUILLERMO DAVILA":  
Por su disposición y apoyo para realizar en ese centro. el presente trabajo

# INDICE

<b>RESUMEN</b>	1
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>ANTECEDENTES TEORICOS</b>	
<b>CAPITULO I</b>	4
1.- GRUPOS	4
2.- ESTUDIO DE LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA EN EL PACIENTE	6
3.- ESTUDIOS REALIZADOS DEL AVANCE TERAPEUTICO EN GRUPOS	7
4.- TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD	9
4.1 DEPRESION	10
4.2 MANIA	11
5.- COMPORTAMIENTO EN GRUPO DEL PACIENTE DEPRIMIDO.	17
6.-INSIGHT	19
<b>METODO</b>	
<b>CAPITULO II</b>	21
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	21
2.- OBJETIVOS	21
3.- DESCRIPCION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	21
VARIABLE INDEPENDIENTE	21
VARIABLES DEPENDIENTES	22
TIPO DE ESTUDIO	23
TIPO DE DISEÑO	23
SUJETOS	23
ESCENARIO	24
INSTRUMENTOS	25
PROCEDIMIENTO	27
<b>CAPITULO III</b>	30
<b>RESULTADOS Y DISCUSION</b>	30
<b>CARACTERISTICAS DE LAS PROPIEDADES DEL GRUPO PSICOTERAPEUTICO</b>	66
<b>ANALISIS DE LAS HISTORIAS CLINICAS</b>	67
<b>CONCLUSIONES</b>	68
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	71
<b>ANEXOS</b>	75

# RESUMEN

Esta investigación se llevo a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr Guillermo Davila" de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El objetivo es describir el insigth de los pacientes que asisten a psicoterapia de grupo y comparar los niveles de depresión antes y despues del tratamiento.

El tipo de estudio al que pertenece el presente trabajo es exploratorio. La muestra estuvo formada por 6 pacientes (5 mujeres y un hombre) que presentan rasgos depresivos según reporta el Inventario de Depresión de Beck (BDI ) y que además tienen dificultades en las relaciones intrafamiliares.

Para evaluar la depresión se aplico el inventario de depresión de BECK (BDI).

Los cuestionarios estuvieron sujetos a un análisis cuantitativo en la fase inicial antes del tratamiento y en la final posterior al tratamiento. Los resultados fueron los siguientes en 1 caso cambio la categoría diagnóstica posterior al tratamiento de depresión severa a depresión mínima, 4 casos permanecen con el mismo diagnóstico, tres con depresión mínima y uno con depresión moderada, sin embargo decrementan la puntuación cruda y el rango percentilar en la 2ª aplicación y en otro caso se incrementa el puntaje crudo y el rango percentilar.

Las conflictivas familiares en las que se involucran los pacientes permanecen igual sin embargo diferencian los problemas personales de las dificultades conyugales de los padres lo que favorece el decremento de los síntomas, traídos como motivo de consulta , mejoran la autoestima ,mejoría en el sueño, las relaciones interpersonales se dan sin tantos conflictos, con la pareja hay mejoría en la comunicación.

La psicoterapia a 20 sesiones favoreció el que los pacientes decrementaran la sintomatología depresiva. Cuando logran conocer parcialmente los conflictos subyacentes a los mismos que tienen que ver en como ellos se involucran en los problemas de los padres.

Paralelamente se observó un incremento en el insigth. Este incremento es satisfactorio en la medida que cubre los propósitos del tratamiento empleado (psicoterapia de grupo ) que se puede reflejar en la supresión de síntomas, mayor ajuste en la vida personal y la implementación de un proyecto de vida.

## INTRODUCCION

La psicoterapia de grupo es una alternativa de atención en las Instituciones para las personas que solicitan ayuda psicológica, una de las ventajas es que además de reducir el tiempo de espera para que el paciente reciba la atención se puede atender de manera simultánea de cinco a ocho pacientes por uno o dos terapeutas en una sesión.

Con lo que se reduce los costos en la atención y el acceso al tratamiento se da de forma oportuna aunado a que el paciente se beneficia de la interrelación en el grupo, lo cual puede ser una experiencia correctiva, que se verá reflejada en otros grupos en los que interactúa como son familia, escuela, trabajo, etc.

La psicoterapia grupal es una técnica que permite abordar los conflictos que aquejan a las personas y les permite a través del proceso psicoterapéutico el generar una mejoría en las sintomatología emocional que los lleva a solicitar la atención, así mismo puede haber una modificación correctiva de las defensas, un incremento de la autoconciencia con una mayor comprensión de las dificultades fundamentales, así como el significado de las mismas, lo cual puede ser considerado al menos como una aproximación del Insight.

Durante la formación en la especialidad de psicología clínica la psicoterapia de grupos en instituciones, se atienden grupos en psicoterapia en las diferentes instituciones a las que se envían a los alumnos como es el Instituto Nacional de Perinatología, Centro de Servicios Psicologicos, Clínica San Rafael, en algunas Instituciones el alumno participa durante todo el proceso de psicoterapia como es el caso del grupo que se presenta en este trabajo.

Las facilidades para participar durante todo el tratamiento, motivó al grupo de terapeutas en formación para revisar y analizar los diferentes procesos grupales revisados en teoría y vistos en un grupo en acción, como es la alianza de trabajo, resistencia, mecanismos de defensa, Insight y otros. De ahí que de la observación de este grupo surgió esta investigación que se refiere al Insight

Considerando este como un avance en la terapia, también se hace un seguimiento de los síntomas que motivaron la consulta de los pacientes antes y posterior al tratamiento.

Los trastornos afectivos entre ellos la depresión que fue la sintomatología que predominó en los pacientes del grupo está considerada en nuestro país como uno de los padecimientos que mas aquejan a la población mexicana en un 12 % Caraveo. (1999).

Existen diferentes escalas e inventarios, para evaluar la sintomatología depresiva como es el inventario de Beck, el cual fue estandarizado en México en población universitaria de ahí su utilidad en esta investigación.

Por lo que respecta en la familias mexicanas éstas, en las últimas décadas se han sometido a mayores presiones como es la falta de comunicación entre sus integrantes, decremento de recursos económicos, falta de empleo, desintegración familiar y violencia

familiar. estos son factores que repercuten en cada uno de los integrantes pudiendo presentar reacciones o cuadros depresivos en uno de sus integrantes lo cual viene a ser un síntoma de la patología familiar.

Al centro de Servicios Psicológicos de la UNAM Dr. Guillermo Dávila, acuden a solicitar atención psicológica población en general, así como estudiantes de diferentes facultades.

Los conflictos que les aquejan como son ansiedad, labilidad emocional, tristeza, desesperanza y baja autoestima repercuten en diferentes áreas de su vida. académica, familiar, laboral, social, etc.

El tratamiento ofrecido por el Centro de Servicios Psicológicos varía desde psicoterapia individual, familiar, pareja y grupal: siendo ésta última una de las alternativas que permite al centro reducir el tiempo en la espera para la atención.

La ayuda que se ofrece a los pacientes es con un costo muy bajo, siendo accesible a la mayoría de los usuarios.

Los beneficios que recibe la población consultante al tratar sus problemas es el esclarecimiento del material subyacente a la conflictiva presentada como motivo de consulta.

Esto permite generar alternativas de solución a aspectos prácticos de la vida como son:

Analizar y mejorar las relaciones con sus padres, genera alternativas para obtener o mejorar sus ingresos económicos, mejorar su desempeño académico, decremento de la ansiedad, mayor libertad para realizar sus actividades, así como un incremento en la autoestima.

Los asistentes a Terapia Grupal aceptan ser observados y filmados durante las sesiones que requiera el proceso psicoterapéutico.

El material obtenido de estas grabaciones es utilizado con fines de investigación, lo que permite generar algunas propuestas para mejorar la técnica empleada en el tratamiento para futuras generaciones de terapeutas en formación.

Esto retroalimentará al Centro de Servicios Psicológicos en cuanto a la atención que brinda y en mejorar los servicios. Asimismo este estudio va a permitir hacer un seguimiento de los grupos que se trabajan en la clínica y de los cuales hay poca investigación en relación a Insight y la depresión en el proceso grupal.



# ANTECEDENTES TEORICOS

## CAPITULO I

### 1.- GRUPOS

El trabajo en grupos en la actualidad es una opción para atender varias personas simultáneamente por uno o dos terapeutas en un lapso de tiempo corto con lo que se reduce tiempo de espera para la atención y reduce los costos en el abordaje.

Por lo que es importante el delimitar adecuadamente el objetivo del trabajo en el grupo así como la selección adecuada de los participantes.

De acuerdo a la meta del trabajo grupal Grodjahn ( 1974 cita en Ortiz M.,1997). se pueden clasificar en:

a.- *De orientación:* en ellos se aporta la información pertinente que ayude a lograr en grupo el bienestar emocional, por ejemplo: parientes enfermos de Sida.

b.- *De apoyo:* Se trata de restaurar el equilibrio perdido generalmente a consecuencia de una crisis, por ejemplo: pacientes violados o víctimas de catástrofes naturales como terremotos, ciclones, etc.

c.- *De contención o Fraterno:* en ellos no es necesaria la participación de un líder si asiste un terapeuta, su actitud es pasiva. Se plantea una meta común y los integrantes se apoyan mutuamente para lograr su cumplimiento.

d.- *Reeducativos:* se movilizan aspectos de la sensibilidad de los integrantes para entender en grupo, el por qué se sienten mal y aprenden, también en grupo, actitudes y conductas más adaptativas. La labor del terapeuta es trabajar únicamente con elementos manifiestos y conscientes, por ejemplo: grupos de obesos, hipertensos, padres golpeadores, etc.

e.- *De prevención:* Su manejo se interviene en tres niveles:

1.- *Intervención primaria.-* El terapeuta guía, aconseja, informa y prepara a los miembros del grupo para la prevención de enfermedades físicas y mentales, riesgos y accidentes. También se promueve y fomenta la educación para conservar y fortalecer la salud física y mental o el mejor desempeño de cualquier rol social, ya sea el de educador, profesionista, padre, etc.

2.- *Intervención secundaria.-* el terapeuta obtiene el diagnóstico y aplica el tratamiento correspondiente a fin de solucionar el padecimiento o problema.

3.- *Intervención terciaria.-* se refiere a los grupos en donde se trabajan los aspectos de rehabilitación física, mental y social, como es el caso de enfermos con secuelas de enfermedades o accidentes, reforzamiento a psicóticos que han sido dados de alta o reclusos que obtienen su libertad.

Es importante señalar que en cada grupo está implícita la idea de cambiar de actitudes y nuevas formas de relacionarse interpersonalmente y en todos las metas son conscientes. Lo anterior marca una diferencia importante con el siguiente grupo y último.

f.- *Grupo reestructivo de corte Psicoanalítico:* en él se utiliza obviamente, la técnica psicoanalítica, para la reestructuración de la personalidad, propiciando el cambio a través de los elementos inconscientes: el miembro del grupo habla de sí mismo y el terapeuta parte de lo manifiesto pero interpreta lo latente. No hay un programa determinado y se trabaja con la fuerza yoica de cada miembro del grupo y su motivación para el cambio.

En cualquier caso conviene recordar que el cambio no es fácil y que al igual que en la psicoterapia individual, en la de grupo, el terapeuta siempre deberá detectar y trabajar con las resistencias del paciente.

### **Grupo terapéutico:**

El grupo terapéutico está conformado por un terapeuta de grupo, con un método específico de psicoterapia para tratar enfermedades mentales con sus manifestaciones emocionales, a través de la comunicación verbal y no verbal.

Al construirse un grupo terapéutico, éste, compartirá normas las cuales tienen un objetivo común: la curación. De esta manera el trabajo común del grupo implica un sistema en cual cada rol individual depende de los roles de los demás integrantes del grupo por lo cual un efecto producido en alguna de las partes repercute en todo el sistema.

Es así como en el plano individual los distintos miembros del grupo modifican su conducta cuando, después de haber proyectado sus fantasías inconscientes en los roles de los otros, introyectan algo nuevo menos fantaseado.

Por lo tanto el grupo es una totalidad, un solo yo dividido en “yos” parciales, puesto que cada integrante actúa en función de los demás y es a través de la integración que logra su curación, dándose una situación dialéctica ya que el grupo modifica y es modificado por sus integrantes. El grupo esta supeditado a la función que cada miembro o integrante desempeñe. Cabe mencionar que durante el proceso grupal existen emergentes cuya función se da según la tensión emocional existente y que es un reflejo de contagio emocional. Kadis (1982) menciona que una respuesta de carambola se da cuando un miembro del grupo que expresa lo que considera una respuesta individual está en realidad revelando los sentimientos y fantasías preconsciouses o inconscientes de otros miembros del grupo, al cual se le llama emergente del grupo.

### **Grupo analítico:**

El grupo analítico surge de la experiencia y pensamiento de Foulkes,( 1971,citado en González N 1992 ) cuya educación estaba dentro de la tradición psicoanalítica clásica. Su enfoque era considerar al individuo como una abstracción que, adquiere definición significativa sólo en un contexto social o de relación.

El lenguaje del analista grupal describe sistemas de comunicación abiertos, vivientes, dentro de un equilibrio dinámico. Estos sistemas pueden considerarse desde varias perspectivas. Cada uno genera configuraciones y patrones particulares que adquieren significado y validez en relación con un contexto.

La terapia de grupo utiliza como su principal recurso la matriz grupal: la red de interrelaciones que evolucionan en el grupo. Matriz es el concepto que se refiere a los antecedentes del desarrollo de un grupo analítico, y se basa en la red de comunicación establecida por sus participantes a través del tiempo. Esta red de comunicación es la base de un grupo terapéutico para desarrollar una forma de organización psicológica. Consiste en las experiencias compartidas, del desarrollo de relaciones y del aumento en comprensión.

Estos antecedentes compartidos fundamentan la “matriz dinámica del grupo”. El terapeuta del grupo deberá atender por igual a los patrones de interacción y comunicación del aquí y ahora, al proceso dinámico en curso y a los patrones de relación habituales, relativamente estables y continuos que suceden a través del tiempo y que forman la estructura del grupo. El contenido de comunicaciones se moldea mediante el proceso y estructuras a través de los cuales se transmite.

## ***2.- ESTUDIOS DE LOS 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.

Otros autores como Nunberg (1955, citado en Pérez J, 1991) describen los procesos relacionados con el fin de la terapia y menciona que “el yo se hace más 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”.

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 (Michaca, 1987).

Otros autores como Fromm-Reichmann (1978), 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, cita en Pérez J,1991). 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 él sí mismo que es y él 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.

### **3.- ESTUDIOS REALIZADOS DEL AVANCE TERAPEUTICO EN GRUPOS**

Cuando se desea evaluar, medir o contar algún elemento de la naturaleza, siempre se requiere de una base o unidad que nos permita la comparación y así poder efectuar una diferencia, que nos indique en que proporción ya sea cuantitativa o cualitativa algo ha cambiado a través del tiempo, o bien ha sufrido modificaciones tales, que ahora es necesario buscar otra unidad de comparación. En la medición sobre el avance terapéutico en grupos analíticos lo antes mencionado en esencia no difiere, pero la técnica de medición conserva sus propias reglas.

Piper, et al (1973, citado en Pérez J,1991 ). realizaron una investigación sobre un grupo terapéutico formado por 7 miembros, de los cuales el 60% eran mujeres, era un grupo cerrado, se reunía una vez a la semana y el tiempo de sesión era de una hora y media. El tiempo de tratamiento estaba diseñado para un año como mínimo. Y con el objeto de seguir la resolución del conflicto de cada miembro. Se diseñó un estudio Pre- test Post- test de acuerdo a los diseños elaborados por Campbell & Stanley, como pretest se empleó la entrevista estructurada "Spitzer Psychiatric Status Schedule" elaborada por Spitzer y Edicott en 1967. Donde las primeras dos escalas miden relaciones interpersonales y aislamiento social, la tercera mide sintomatología psiquiátrica general con una subescala para la depresión y la ansiedad. Para elaborar el instrumento se basó en escalas establecidas como la escala H. de Catell, la de Introversión social del MMPI. A los integrantes del grupo se les evaluó con esa entrevista estructurada y tres meses después no se encontró un cambio

estadísticamente significativo. Sin embargo los pacientes reportan verbalmente cambios respecto a los síntomas iniciales sobre todo en la percepción de las relaciones interpersonales. El autor atribuye a que pudo ser poco el tiempo de tratamiento para notar cambios estadísticos significativos o bien que el instrumento no fue el adecuado. Meltzoff (1970) considera que los estudios de investigación en cuanto al tiempo idóneo sobre el tratamiento terapéutico es muy variable y que no hay una regla a seguir, ya que las relaciones entre el tiempo de tratamiento y el éxito no son directamente proporcionales, son aspectos multifactoriales los que intervienen.

Yalom (1986) Expresa que trabajó con un grupo terapéutico con orientación analítica y que empleó un cuestionario diseñado por él, que constaba de 60 preguntas, dicho cuestionario se aplicó al grupo (de 8 integrantes) al inicio de su tratamiento y después de 10 y 75 sesiones. En el cuestionario se postulaban 11 factores curativos: insight, aprendizaje interpersonal, catarsis, valores existenciales, altruismo, cohesividad, universalidad, guía en la vida, identificación, integración familiar. Al término de las 10 sesiones no hubo cambios significativos estadísticamente hablando, sin embargo si se observó en términos de porcentaje que el aprendizaje interpersonal aumentó en un 30% la catarsis en un 5% y el insight disminuyó en un 5% y las metas "parecieron desaparecer".

Lewis (1970) investigó sobre pacientes que asistían a consulta externa en la Clínica de Georgia. les hizo una evaluación diagnóstica a través del MMPI, y de acuerdo con estos resultados se les clasificó en Neuróticos y Esquizofrénicos, posteriormente se formaron grupos y se les proporcionó tratamiento de terapia grupal analítica. Dicho tratamiento tuvo una duración de dos años y cada 4 meses se les realizaba una evaluación aplicándoles nuevamente el MMPI. Los resultados mostraron que algunas escalas permanecían en forma general sin grandes cambios, pero otras su variación era amplia (el autor no especifica más sobre esas variaciones). Así, se pudo observar que el MMPI sirvió de elemento diagnóstico como un instrumento que permitió evaluar el avance terapéutico.

Aston (1970,citado en Pérez J.1991). Evaluó a un grupo de 15 personas en la primera sesión de su tratamiento terapéutico grupal, con el objeto de predecir si la conducta verbal del paciente en sus sesiones iba a manifestarse como una actitud pasiva o activa en la expresión de la palabra, para ello, empleó como instrumento el test de la figura humana y el de Relaciones Objetales de Phillipson. Los resultados mostraron que no existía una correlación positiva entre describir a la figura humana con una serie de características y movimientos y la actividad verbal correspondiente en las sesiones de terapia. Aston, si, encontró relación entre aspectos proyectivos de las historias que narraban los sujetos y las manifestaciones de sociabilización que presentaba cada integrante. De tal manera que hubo personas que preferían trabajar en grupo que aisladas.

Hawkins (1973,citado en Pérez J.1991) buscó seguir el proceso terapéutico en un grupo analítico a través del siguiente método: elaboró un cuestionario compuesto por 30 frases que aludían específicamente a 5 factores :

- 1.- Mostrar apoyo a los compañeros.
- 2.- Confrontar duramente a los compañeros durante su labor terapéutica.

- 3.- Carecer de responsabilidad
- 4.- Evitar confrontar sus sentimientos.
- 5.- Ser apáticos y no cohesivos como grupo.

El objeto del grupo era la resolución de los problemas situacionales, la clarificación de los problemas interpersonales y la determinación de las necesidades terapéuticas futuras. Cada grupo estaba constituido por 8 personas y se reunían una vez a la semana, por un periodo de 13 sesiones. Cada grupo era observado a través de un espejo. Habían 5 personas que fungían como observadores y un profesor. Cuando terminaba la sesión los cuestionarios los contestaban los observadores durante los primeros 10 minutos en forma independiente, el grupo se estudió como un todo, no hubo evaluaciones personales. Se trataron de correlacionar las respuestas de los observadores para cada factor 1 y 2 estaban cercanamente relacionados en cuanto a puntuaciones y tiempo, lo cual mostraba que el grupo en esos momentos o fase era productivo y trabajaba cohesivamente los otros tres factores se alineaban en fases donde el grupo presentaba obstáculos o resistencias a trabajar.

Pollak (1971, cita en Pérez J.1991) al realizar una investigación consideró una serie de hipótesis donde una de ellas expresaba que los grupos heterogéneos obtienen mejores resultados de avance terapéutico después de su tratamiento que los homogéneos. Para confirmar o rechazar dicha hipótesis lo hizo mediante un estudio Pretest-Tratamiento-Postest. Trabajó en dos grupos homogéneos y dos heterogéneos, durante la primera sesión se aplicó la prueba DIRO-B que consta de 54 oraciones, dividida en 6 escalas y la medición varía desde 0 (que no muestra expresión de necesidad) hasta (extrema expresión). Las 6 escalas son una combinación de “EXPRESAR” sin un sentido de aprensión y angustia y de “NECESITAR” en un sentido de desesperación, los cambios positivos se muestran cuando las diferencias numéricas entre “EXPRESAR” Y “NECESITAR” se reducen. Los resultados que obtuvo Pollak apoya dicha hipótesis de que manifiestan cambios más positivos los grupos heterogéneos que los homogéneos.

#### **4.- TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD.**

Los trastornos de la afectividad constituyen una clase de perturbaciones psíquicas en las cuales la alteración del humor o estado de ánimo es el rasgo esencial, derivando de él los demás síntomas clínicos en su totalidad. La perturbación del humor puede producirse en el sentido de una depresión llamada también “melancolía”, o en el sentido de una euforia patológica, denominada “manía”.

No solamente existen enfermos con depresión y enfermos con manía, sino que en muchos casos el mismo enfermo presenta, de forma alternativa o cíclica, fases de depresión y fases de manía, de donde la denominación de psicosis “maniaco-depresiva”. Otros enfermos, sin embargo, presentan sólo fases depresivas o sólo fases maníacas, que se intercalan con periodos de salud. Las fases depresivas y maníacas no producen trastornos irreversibles de la personalidad, de manera que, una vez remitida la fase, se restablece la normalidad clínica anterior.

## 4.1 DEPRESIÓN

En la depresión existe una pérdida general de vitalidad, expresando el enfermo falta de interés y de energías. El sujeto se muestra cansado y triste. Usualmente rehuye las actividades sociales y su rendimiento decrece acusadamente en todas las esferas. Una tonalidad de pesimismo y desesperanza invade sus ideas y fantasías. En ocasiones este cuadro de tristeza va acompañado de intensa ansiedad. Naturalmente, todos estos síntomas varían según la mayor o menor profundidad de la depresión. Los síntomas experimentan una variación diurna, de manera que son más intensos en el momento del despertar, para mostrar una ligera mejoría durante el transcurso del día.

El suicidio puede ser el último signo de la enfermedad Coderech (1985) siempre se halla presente. En algunas ocasiones el deprimido llega a cometer un homicidio en la persona de sus seres queridos, pensando que así los libera de una vida de desgracias e infortunios.

La lentificación del pensamiento es habitual, reflejándose en el lenguaje y en la psicomotricidad. Los sentimientos de culpa son constantes, acompañándose de intensos reproches e ideas de indignidad. El enfermo se acusa de reales o imaginarias faltas pretéritas. Algunas veces pide insistentemente ser castigado por dichas faltas. En ocasiones hay ideas delirantes llamadas "secundarias" consecutivas a la fuerte depresión del ánimo.

### *Depresión (o melancolía) endógena.*

Suele llamarse así la depresión típicamente psicótica, influida por la herencia, la constitución genotípica y los cambios estacionales. Esta es la clase de depresión en que todos los síntomas alcanzan la máxima profundidad, con riesgo grave de suicidio. La exploración cuidadosa acostumbra a descubrir un acontecimiento desencadenante del cuadro, como un fracaso profesional, cambio de domicilio, pérdida de alguna situación familiar o laboral, abandono de alguna empresa u objetivo, frustración de determinadas esperanzas, muerte o alejamiento de un ser querido, etc., el cuadro depresivo se independiza una vez iniciado, de la causa que lo ha puesto en marcha, siguiendo un curso evolutivo determinado por factores internos, tanto somáticos como psíquicos inconscientes. Debido a ello, estas causas desencadenantes acostumbran a pasar inadvertidas y es habitual que en los manuales de psiquiatría se exponga que la depresión o melancolía endógena se presenta sin relación alguna con sucesos que puedan haberla motivado. Esta afirmación es cierta en cuanto a que la enfermedad depresiva es algo mucho más complejo y grave que el simple resultado de un acontecimiento desgraciado, por doloroso que éste sea y en cuanto a que, de todas formas, una vez iniciada, evoluciona independientemente. Sin embargo el suceso, la situación o las condiciones que inician la enfermedad pueden ser detectados en la mayoría de los casos si se estudia la biografía, tanto externa como interna del enfermo.

### *Depresión Reactiva.*

En términos generales, se conoce con el nombre de "depresión reactiva" a aquella depresión que, contrariamente a la endógena, obedece francamente, en su inicio y

evolución a algún suceso acaecido en la vida del enfermo, siendo éste claramente consciente de tal relación.

#### *Melancolía involutiva.*

Es aquella depresión que aparece por vez primera a partir de los 60 años. Es de curso muy crónico y obedece a los tratamientos antidepresivos en mucho menor medida que los otros dos tipos de depresión.

## **4.2 MANÍA**

Es mucho menos frecuente que la depresión. Desde el ángulo de la sintomatología física y psíquica, la manía es todo lo contrario de la depresión. En lugar de una vitalidad disminuida, aparece una exaltación de la vitalidad. A la tristeza de los melancólicos, corresponde aquí un temple alegre; y a la inhibición, una fuga de ideas y un impulso desmesurado e inagotable a hablar y moverse.

En la gran mayoría de los casos, el temple fundamentalmente expansivo no sólo conduce a un exagerado sentimiento de la propia capacidad de rendimiento, sino a una desmesurada apreciación del propio valor. El enfermo cree ser extraordinariamente fuerte, poseer una gran cantidad de conocimientos, hallarse en magníficas relaciones con los más importantes personajes, conocer mejor que el psiquiatra cómo deben ser tratados los enfermos mentales, etc.

La alegría del maniaco es contagiosa, aunque a la larga, su verborrea, actividad desenfadada, ocurrencias chistosas inacabables. etc., terminan por hacerse intolerables.

Psicodinamia de la depresión y la manía.

S. Freud, K. Abraham y Melanie Klein. citados en Coderech (1985). Los hallazgos realizados por estos autores no sólo no se hallan desligados entre sí, sino que, por el contrario, constituyen un encadenamiento progresivo en la profundización del conocimiento de las perturbaciones de la afectividad. Los primeros descubrimientos de Freud se vieron ampliados, casi inmediatamente, por los resultados que obtuvo K. Abraham en sus análisis de enfermos con alteraciones afectivas.

Los primeros descubrimientos de Freud (1914) en relación a las psicosis maniaco-depresivas.

Freud(op.cit ) estudió la melancolía partiendo principalmente de sus semejanzas y diferencias con la aflicción considerada normal que se presenta después de una pérdida, ya sea de un ser querido, de un ideal, de una esperanza. etc. Tanto en la aflicción normal como en la melancolía, aparecen inhibición, desinterés por el mundo exterior, tristeza,



disminución de todas las funciones psíquicas y físicas, etc. Existen dos diferencias fundamentales: La primera de ellas es la de que en la aflicción la pérdida experimentada es siempre consciente, mientras que en la melancolía la pérdida es, en muchas ocasiones, inconsciente; y aun en los casos en que es consciente, el curso y la evolución autónoma de la melancolía muestran que esta pérdida va mucho más allá de lo que es conocido por el sujeto. La segunda diferencia fundamental consiste en que en la melancolía hallamos una grave perturbación de la propia estimación, lo cual se pone de manifiesto por los continuos autorreproches, acusaciones, sentimientos de culpa e indignidad, remordimientos, etc. Esto pone de relieve que, aun cuando la depresión se encuentra, como la aflicción, vinculada a una pérdida, esta pérdida ha tenido lugar en el propio yo, que de tal forma se ve afectado, empobrecido y culpabilizado. En la melancolía una parte del yo se disocia de éste y le hace blanco de sus críticas y acusaciones, es decir, le trata como a un objeto. Esta última afirmación nos conduce ya, siguiendo el pensamiento de Freud, al verdadero significado que poseen los reproches y acusaciones con que el enfermo se tortura: éstos no van dirigidos originalmente contra el propio paciente y sólo secundariamente han sido vueltos contra él yo. Por lo tanto, las acusaciones que el enfermo expresa, sin ninguna clase de vergüenza o pudor se refieren a otra persona. De aquí el interés, por parte del melancólico, en hacer escuchar a todos su desesperanza, su irremediable situación y sus indignidades.

Según Freud, (op.cit ) el proceso que ha llevado a este estado es el siguiente: A consecuencia de alguna frustración sufrida en la relación con el objeto, la libido fue sustraída a éste, pero, en lugar de ser desplazada a otro nuevo objeto, fue retraída al yo, estableciéndose entonces una identificación del yo con el objeto al que la libido había abandonado.

El conflicto entre el yo y el objeto se convierte, en la melancolía en un conflicto entre aquella parte del yo que actúa como una instancia censora (super yo) y la parte del yo identificada con el objeto perdido. La condición previa para que esto se produzca reside fundamentalmente en que la elección de objeto haya sido de tipo narcisista, lo cual permite que, frente a una frustración, la carga de objeto retroceda al narcisismo, invistiendo entonces al yo identificado con el objeto. Debe tenerse en cuenta que la identificación es la fase preliminar de la elección de objeto, en la cual, de acuerdo con el predominio de la libido oral propio de la primera etapa de la vida, el niño quiere incorporar, devorándolo, al objeto. Es natural, por ello, la suposición de que la predisposición a la melancolía depende en gran parte del predominio de una elección de objeto de tipo narcisista, en la que el individuo, como se ha dicho ya, no realiza una acertada discriminación entre el yo y el objeto, sino que siente a éste como una parte del propio self, de forma que el amor que dirige hacia el objeto es en realidad amor a sí mismo, con una escasa diferenciación entre la libido narcisista y libido objetal.

Por otro lado, para comprender plenamente las características de la melancolía, hemos de considerar la ambivalencia frente al objeto.

El conflicto con el objeto que en la melancolía no se reduce a la pérdida por muerte, sino que puede originarse a partir de cualquier frustración, desengaño, abandono, etc., reaviva e intensifica la ambivalencia preexistente y por tanto, el odio que latía junto al amor. Cuando se produce la regresión a la identificación narcisista con el objeto, el odio se

dirige contra el objeto substitutivo, es decir, sobre el yo, al que tortura con acusaciones, críticas, humillaciones, etc., con todo el peso del sadismo de la fase oral-sádica a la que se ha regresado. A la vez, el sufrimiento del yo significa una satisfacción de este sadismo desencadenado, similarmente a lo que ocurre en la neurosis obsesiva. Por tanto, la libido objetal del enfermo ha experimentado, según Freud, un doble destino: parte de ella retrocede hasta la identificación y la otra parte hasta la fase oral sádica. Este hecho nos permite comprender el suicidio, tan frecuentemente en los enfermos depresivos. En la melancolía, el yo se trata a sí mismo como a un objeto y por tanto, se hace víctima del odio dirigido contra este objeto.

Freud incluye la manía –en la que muy frecuentemente se transforma la melancolía– en la misma explicación analítica que se acaba de exponer. Por un lado considera, sobre la base de las investigaciones psicoanalíticas, que el contenido de la melancolía es el mismo que el de la manía, radicando la diferencia entre ambas en que en la melancolía el yo queda sojuzgado, mientras que en la manía el conflicto queda apartado y negado por el yo, el cual celebra entonces su victoria sobre el objeto. Freud enjuicia la manía desde el punto de vista de la economía de los instintos y llega a la conclusión de que en ella se produce la liberación de una importante energía psíquica que estaba ocupada en el conflicto entre el yo y el objeto, y que, debido al triunfo del primero sobre el segundo, estalla en la desbordante alegría y desinhibición que presentan estos enfermos. Si el sufrimiento melancólico liga las cargas de energía psíquica, con el consiguiente empobrecimiento del yo, al producirse el triunfo sobre el objeto estas cargas quedan libres y en disposición de ser empleadas, lo cual explica el afán con que el maniaco se dirige hacia el mundo externo, para vincularlas de nuevo.

Debe hacerse una advertencia importante, cuando se habla de las quejas, reproches, acusaciones, odio, etc., que el depresivo dirige hacia su objeto, con el que se ha identificado el yo, ha de entenderse que se refiere al primer objeto con el cual el enfermo, cuando niño, estableció una relación ambivalente de odio-amor, es decir, la madre o quien hiciera sus veces. Todas las decepciones, fracasos, pérdidas, etc., que en la vida adulta desencadenan el acceso melancólico no obran efecto sino en tanto que repeticiones de la decepción primaria; es decir, en el inconsciente del enfermo se vive el suceso de frustración o pérdida como una repetición de la experiencia traumática infantil sufrida en relación con el primer objeto, reaccionando como si de ella se tratara. La experiencia traumática infantil puede ser real, como ocurre en los casos de pérdida del objeto por muerte, enfermedad o abandono total o parcial; pero en la mayoría de los casos la pérdida se produce únicamente en la fantasía del niño, hecho al que nos referiremos de nuevo al hablar de la posición depresiva infantil.

Debemos tener en cuenta que el factor real desencadenante no es siempre una pérdida en relación a una persona amada, sino que puede tratarse de la pérdida de una esperanza, la frustración de ideales, el abandono de determinados afanes o intereses, el cambio de domicilio, etc., ya que todo ello puede ser causa de que en el inconsciente del sujeto, se reactive la pérdida del objeto original. Por otra parte, en los casos en que el motivo desencadenante ha sido una pérdida o decepción en relación a alguna persona amada, el conflicto interno tiene lugar entre el yo y el objeto primario, jugando dicha persona en cuestión únicamente el papel de factor de puesta en marcha. La hostilidad, los reproches, el sadismo, las acusaciones, etc., se dirigen contra el objeto primario.

Los estudios de K. Abraham (1959) acerca de las psicosis maniaco-depresivas y de los niveles pregenitales de la libido.

La melancolía y la neurosis obsesiva como una forma de acceder a una mejor comprensión de la génesis de ambas, al establecer cuál es la diferencia en el trato con el objeto que da a lugar a que se presente una u otra afección. Señala K. Abraham la semejanza que muestra el carácter del melancólico en sus intervalos libres de fases depresivas o maníacas, con el del obsesivo.

Gran parte de los rasgos que en psiquiatría se consideran propios del obsesivo pueden encontrarse en el melancólico, lo cual presupone que ambas afecciones están ligadas a la misma fase pregenital de la libido. Existen diferencias fundamentales en cuanto a que por una parte en la melancolía la libido regresa, al sobrevenir el acceso, a la fase oral-sádica, cosa que no ocurre en el obsesivo; por otra parte, en la melancolía hay un abandono del objeto, mientras que el obsesivo lo conserva. Esto pone de relieve que si a partir de la fase sádico-anal, pueden desarrollarse perturbaciones tan distintas, hasta el punto de que en una de ellas se abandona el objeto, mientras en la otra se conserva, deben existir aspectos diversos en dicha fase sádico-anal. Por lo que hemos visto al hablar de la estructura pregenital propia de la neurosis obsesiva, ya sabemos que estos aspectos distintos corresponden a la división de la fase sádico-anal. En el primero de ellos predominan los impulsos hostiles, destructivos y de expulsión hacia el objeto, en el segundo, o superior, predominan las tendencias de retención y control del objeto.

Para comprender adecuadamente la relación entre erotismo anal y sadismo, hemos de tener en cuenta los siguientes hechos, puestos de manifiesto por K. Abraham: a) En el erotismo anal coexisten dos formas opuestas de obtención de placer: la excitación provocada por la expulsión de los excrementos y la motivada por la retención de los mismos. B) En el campo del sadismo, predominante durante la etapa anal, coexisten también dos tendencias opuestas, basadas en la ambivalencia emocional y equivalentes a los impulsos de expulsión y retención propios del erotismo anal: el rechazo y la expulsión del objeto, por un lado y la retención y el control del mismo por el otro. En lo que concierne al erotismo anal, la etapa en que predomina la tendencia a la expulsión precede a aquella en que es más intensa la tendencia a la retención, también en las relaciones de objeto centradas en el sadismo infantil, la etapa en que se encuentra en su máximo apogeo la tendencia a destruir y expulsar el objeto es la más primitiva, imponiéndose la tendencia a retenerlo y controlarlo cuando el sadismo va cediendo el paso al amor. Las tendencias destructoras anales y sádicas se combinan y refuerzan, de la misma manera que las dos tendencias conservadoras y controladoras del objeto se alían y complementan entre sí.

Ahora estamos en condiciones de comprender el diferente mecanismo psicológico que, partiendo de la misma fijación en la fase sádico-anal, conduce en unos casos a la neurosis obsesiva y en otros a la melancolía. Cuando se reactiva el conflicto con el objeto primitivo —ya sea por pérdida, decepción externa y actual, frustración libidinal, intensificación del sadismo, etc.—, se establece una lucha entre los impulsos de retención y control del objeto por un lado y los de expulsión y destrucción del mismo, por otro. Si triunfan los primeros, el objeto se conserva y se produce el cuadro de la neurosis obsesiva. Si, por el contrario, son las tendencias de destrucción y expulsión las vencedoras,

el objeto queda abandonado y se presenta el cuadro clínico de la melancolía. Esto es debido a que el punto de fijación del obsesivo, al cual se produce la regresión en el momento del conflicto, se encuentra en la segunda etapa de la fase sádico-anal, mientras que la estructura caracterológica del melancólico, tan parecida clínicamente a la del obsesivo, deriva de la fijación a la primera etapa sádico-anal.

K. Abraham (op.cit) fue quién primero mostró la gran importancia de la división de la fase sádico-anal en dos niveles distintos. El primero, desde el punto de vista evolutivo, es aquel en el cual predominan las tendencias sádicas y eróticas combinadas, centradas en la destrucción y expulsión del objeto. A éste le sigue otro nivel, que comporta un mayor grado de madurez psicoinstintiva, en el cual predominan los impulsos de retención y control del objeto. Lo fundamental de este descubrimiento estriba en que la línea que separa uno y otro nivel es también la frontera entre las neurosis, en que existe siempre una conservación del objeto, y en las psicosis y en la melancolía, se produce una pérdida de aquél.

La fase oral, se halla subdividida en dos etapas o niveles distintos que, por orden de aparición, son la etapa oral-pasiva, o receptiva y la etapa oral-sádica. En la primera, como su nombre indica, dominan la recepción pasiva y la dependencia, pero en la segunda los impulsos sádicos alcanzan su apogeo, correspondiendo principalmente a ella la posición esquizo-paranoide. En este período oral-sádico, el niño tiende a incorporar el objeto mordiendo, es decir, destruyéndolo y devorándolo (de donde la denominación de etapa "canibalista"). Como existen a la vez impulsos libidinales hacia dicho objeto, podemos decir que se presenta en dicha etapa un conflicto de tendencias y sentimientos contrapuestos, en su forma más primitiva. Por tanto, esta etapa se caracteriza por la existencia de un fuerte conflicto ambivalente.

K. Abraham (op.cit) ha mostrado, en sus análisis de pacientes melancólicos, que las pulsiones instintivas de estos enfermos no se detienen en la fase sádico-anal, sino que regresan hasta la etapa oral-sádica, lo cual configura su peculiar forma de relacionarse con el objeto. La decepción sufrida, real o imaginaria, reactiva el conflicto con el objeto primario y ocasiona el abandono, la expulsión y la destrucción de éste de acuerdo con los mecanismos de la fase sádico-anal primaria. Pero a consecuencia de la regresión oral experimentada, el objeto es reintroyectado y devorado, lo cual representa al mismo tiempo una forma de identificación narcisista. La catexia libidinal que se hallaba dirigida hacia el objeto se dirige ahora hacia el yo, el cual queda de esta forma expuesto al conflicto ambivalente al que nos hemos referido en el párrafo anterior. Esta ambivalencia de amor y odio a la que se enfrenta el yo, como resultado de haber incorporado narcisísticamente el objeto, explica los reproches, acusaciones y humillaciones que hacia sí mismo dirige el melancólico y a la vez permite comprender la orgullosa soberbia que casi siempre puede observarse en estos enfermos —en contraposición a sus repetidas afirmaciones de indignidad y bajeza—, quienes se consideran a sí mismos culpables de pecados excepcionalmente horribles, se juzgan inaccesibles a cualquier intento de curación por parte del médico, se manifiestan pedantemente convencidos de que su mal no tiene cura.

De acuerdo con las ideas y descubrimientos de K. Abraham que hasta aquí se han expuesto, los factores que intervienen en la etiología de las psicosis maniaco-depresivas son las siguientes:

- a) Una acentuación de la libido oral, de tipo constitucional
- b) Una peculiar fijación de la libido en el nivel oral
- c) Una herida narcisista infantil ocasionada por desengaños y frustraciones afectivas, de tipo real o imaginario, producida en el momento en que la libido no ha superado aún la fase edípica
- d) La aparición de una decepción, un desengaño, una pérdida o frustración que repite, en el inconsciente del enfermo, la pérdida o decepción primaria.

Se dedica menos atención a la psicosis maniaco-depresiva que a la melancólica, debido a que, como ya se ha mostrado al hablar de las ideas de Freud respecto a los trastornos de la afectividad, es la melancolía la que nos da la clave de ellos, puesto que la manía es, en realidad, la reacción frente a la melancolía. Esto es también válido para aquellos enfermos que presentan fases maniacas sin haber sufrido nunca fases melancólicas, ya que la depresión a que reaccionan estos sujetos es la depresión infantil consecutiva a la herida narcisista, tal vez no apreciable externamente.

Si en la melancolía el yo se ve atormentado por el super yo, en la manía toda diferencia entre ambos ha desaparecido y el yo se ha fundido con el super yo. La "sombra del objeto" ya no pesa sobre el yo, quien celebra bulliciosa y frenéticamente su liberación, dirigiendo ansiosamente su libido recuperada hacia el mundo exterior, de donde el interés, aunque superficial, que el maniaco siente por todo y por todos, así como el aumento de todas sus pulsiones vitales, especialmente la erótica. La voracidad del maniaco se muestra también en su afán de devorar placenteramente todas las impresiones y estímulos que de alguna forma llegan a él, lo cual explica la atención cambiante y volátil, la fuga de ideas y la aceleración, en conjunto, de todos sus procesos psíquicos. A la vez, estas impresiones y estímulos tan afanosamente devorados son expulsados casi de inmediato de una manera igualmente placentera, debido a lo cual el maniaco no retiene nada de lo que, en un momento determinado, parece captar intensamente su interés. Si en la melancolía un objeto determinado fue introyectado oralmente y luego expulsado destructivamente de acuerdo con los impulsos sádico-anales, en la manía todos los objetos son incorporados y expulsados. Dice K. Abraham a este respecto: citado Coderech (1985), p.357. "En la manía, todos los objetos son elementos que deben pasar rápidamente por el metabolismo psicosexual del paciente. Y no es difícil comprobar, por las asociaciones del enfermo maniaco, que él identifica sus pensamientos con los excrementos".

## **5.-COMPORTEAMIENTO EN GRUPO DEL PACIENTE DEPRIMIDO**

El comportamiento del depresivo se reconoce con cierta facilidad. Su aspecto corporal resulta fácil de observar, con la mirada baja, con un tono de voz suave y bajo también, desgarrado, con poca atención en su aliño personal, con una forma de caminar lenta y como pesada; se le observa desganado. Frecuentemente presenta algún síntoma físico en la cara como ojeras, sin brillo en los ojos, alguna pequeña herida en las manos o en alguna otra parte del cuerpo. Cuando llega al grupo generalmente no elige el lugar donde sentarse sino que se sienta en el lugar que le dejan y si se le cambia lo hace casi sin protestar o defender su lugar tomando una actitud de regañados o minusválidos frente a los demás.

Hacen sentir al conductor del grupo y a los compañeros que le tocaron que las decisiones dependen de los demás y no de ellos mismos. Se muestran francamente dependientes y aparentemente sumisos. Dan la impresión de no ser permeables ante las opiniones de los demás como si lo que ellos pensarán y creyeran es lo único que toman en cuenta. Vemos pronto que sus comunicaciones son apesadumbradas, negativas y hasta catastróficas. En ocasiones se muestran con mucho conocimiento acerca de ellos mismos, pero sin la capacidad de cambiar todo eso negativo que ellos mismos ven.

Pronto tratan de llamar la atención de los compañeros de grupo para que se fijen en sus pérdidas y en el poco amor que según ellos se tienen a sí mismos. Sin embargo, también al poco tiempo se empieza a notar la autoagresión que mantienen contenida porque sino sería una agresión muy fuerte hacia los demás.

Pueden llegar a utilizar la agresión finamente y hacer críticas severas y fina, pero atroces hacia los demás miembros del grupo. Si los miembros de un grupo se dejan llevar por este tipo de sujetos, pronto los demás miembros del grupo se sentirán deprimidos ya que provocan en los demás empatía y muchos deseos de ayuda. Su yo no alcanza a captar con realidad los estímulos del mundo externo. sino que se encuentra bajo el yugo de los impulsos agresivos autodestructivos. Pronto este tipo de personas mostrarán sus ideas y sentimientos suicidas. La ideación suicida casi todo mundo la ha presentado alguna vez, pero no con los matices, y sistematización que lo hace el depresivo. La ideación suicida puede ser alrededor de alguien como centro de atención. Puede fantasear o planear distintos métodos de suicidio como tomar pastillas, que simboliza el dormir como una forma de morir. Lanzarse desde un lugar alto, ahorcarse, tener un accidente propositivamente, desangrarse, etc. Generalmente, la forma en que la ideación suicida planea hacerlo tiene un íntimo contacto con las motivaciones individuales de cada persona.

El depresivo pondrá sus esperanzas y deseos de salvación en los demás, pero pronto también se desilusionará, porque su Yo no tiene la fuerza para evitar el embate de sus propios impulsos agresivos.

*Actitudes de la persona deprimida en el grupo. González. (1992):*

- a) Desarrolla hacia el conductor del grupo una relación de adhesión y dependencia, esto se debe a sus sentimientos de desamparo.

- b) Deposita poder mágico omnipotente en el conductor de grupo, para sentir que lo va a entender.
- c) Trata constantemente de obtener del conductor de grupo la atención afectuosa en función de su sufrimiento.
- d) A lo largo de la sesión muestra hacia el conductor y hacia el grupo una combinación de dependencia y enojo.
- e) Continuamente recalca al grupo y al conductor que no hay esperanza para él, pero a nivel inconsciente siente que sí las tiene, por la omnipotencia que ha depositado en el conductor.
- f) Solicita al conductor y al grupo que le ayuden a tomar decisiones inclusive sencillas.
- g) Siente transferencialmente que el conductor y el grupo no le ayudan en forma directa: es decir, él siente que sus necesidades jamás serán satisfechas y, si acaso, se llegan a satisfacer se siente más dependiente y se avergüenza de su infantilismo.
- h) Con ideas suicidas transmiten al conductor y al grupo la idea de que son importantes para detenerlo en su conducta autodestructiva.
- i) Aparentemente muestra un sometimiento dócil ante el conductor del grupo.

***Reacciones del conductor del grupo frente al paciente depresivo: González (1992)***

- a) Ante la desdicha del paciente deprimido el conductor del grupo tiende a manifestar un decaimiento de estado de ánimo durante la entrevista que puede ser una respuesta a la depresión del paciente.
- b) Toma actitudes paternalistas o exageradamente protectoras ante el desamparo del paciente depresivo.
- c) Ante el paciente suicida muestra sentimientos de omnipotencia al decirle que no se preocupe, que no lo dejará suicidarse.
- d) Responde de una forma abierta o encubierta ante los sentimientos ambivalentes de dependencia y agresión que subyacen en el paciente depresivo.
- e) Experimenta aburrimiento e impaciencia ante el tratamiento del paciente depresivo: aquí, en ocasiones, surge un emergente en el grupo en señal de protesta para tratar de movilizarlo.

## 6.- INSIGHT

Se refiere al grado en el cual el paciente se da cuenta de que está enfermo, reconoce la naturaleza de su enfermedad y entiende los factores dinámicos especiales que han actuado en su producción. El término se refiere a la capacidad del paciente para observarse y entenderse a sí mismo, el grado al que llega a su autoconocimiento. (Freud 1914)

En el proceso psicoanalítico puede pensarse como un prolongado estudio "diagnóstico" en que el paciente mismo descubre lo que más le conviene hacer para beneficiarse a sí mismo.

Un paciente acude a psicoterapia porque padece cierto trastorno por el cual se le aconseja o reconoció espontáneamente que se le haga tratar en el ámbito psicológico.

Por lo general el paciente no comprende con claridad como había de ocurrir ni como se efectuará este proceso.

Se observa que cuando el paciente llega a entender los orígenes y los significados del síntoma, al mismo tiempo se siente asombrosamente mejor.

"Algo" tiene que haber cambiado en su estructura defensiva para permitir que el fragmento inconsciente que estaba olvidado o abandonado se hiciera consciente.

Además el descubrimiento puede ayudarlo a reordenar su vida de modo que puede encarar mejor al factor desencadenante o bien puede seguir haciendo más descubrimientos Insight.

Así como "volver consciente al inconsciente" (Freud 1914) es un proceso gradual que ocurre a lo largo de muchas sesiones analíticas, algunas de mayor tono emotivo que otras. Este esfuerzo continuo de autoexploración a menudo se ve entorpecido por callejones sin salida para evitar traer a la consciencia algunas verdades ocultas que se han guardado durante un periodo largo.

Aún después de que aparezcan las verdades, el terapeuta ha de promover la elaboración de los Insight y la comprensión de las defensas que mantuvieron ocultas esas verdades tanto tiempo.

De ahí que las metas de psicoterapias psicoanalíticamente orientadas sean:

- 1.- La captación (Insight) intelectual y emocional de las causas fundamentales de la conducta del paciente y sus problemas.
- 2.- El trabajar a fondo de elaborar las aplicaciones de esta captación (insight).  
En relación a los síntomas tenemos:  
Que estos pueden ser:



Egosintónicos:

Aspectos de la conducta individual, pensamiento y actitudes que el individuo ve como aceptables y congruentes con su personalidad.

Egodistónicos.-

Aspectos de la conducta individual, del pensamiento y de las actitudes que el sujeto ve como repugnante con su personalidad total.

*Los signos de una adaptación satisfactoria son:*

Mejor relación consigo mismo, significa que se ha reparado la escisión del ego y que la parte observadora y la parte regresiva de éste se han unido armonizado una vez más.

Las relaciones con las demás personas se dan con una intensidad más profunda y con una gama más amplia o las dos cosas a la vez.

En el caso de este estudio, la revisión de la bibliografía relacionada al Insight, la depresión y la psicoterapia de grupo. Así como la observación de diferentes grupos en el marco de la Institución, generaron la inquietud de observar y reportar la práctica vivida durante la formación como especialista en terapia grupal.

Este reporte se realiza con la finalidad de plasmar los cambios que se dan en los pacientes que reciben atención psicológica y el tratamiento elegido es la terapia de grupo.

Esto permitió retroalimentar al grupo de terapeutas en entrenamiento en relación a la aplicación de la teoría y la técnica psicoterapia grupal.

Se pudieron seguir varios fenómenos del proceso grupal como es la resistencia, mecanismos de defensa, alianza terapéutica, transferencia y contratransferencia, los cuales fueron motivo de varios trabajos siendo el objetivo de este reporte el valorar el Insight y la depresión en un grupo de jóvenes con problemas en las relaciones intrafamiliares.

# METODO

## Planteamiento del Problema:

¿Cuál es el impacto que tiene el proceso de psicoterapia de grupo sobre el nivel de Insigth y depresión en un grupo de pacientes estudiantes universitarios que tienen problemas en sus relaciones familiares?

## Objetivos:

Describir el Insigth de los pacientes que asisten a psicoterapia de grupo, a través de las sesiones.

Describir y comparar los niveles de depresión de los pacientes antes y después del tratamiento.

## Definición Conceptual y Operacional de las variables

Variables sociodemográficas:

- 1.- Edad: Tiempo calculado en años de vida, a partir de la fecha de nacimiento, a la fecha de inicio de la psicoterapia.
- 2.-Sexo: Condición orgánica hombre , mujer.
- 3.-Escolaridad: Duración de los estudios en un centro docente.
- 4.-Estructura familiar: Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo y están unidas por un parentesco.

Variable Independiente:

Psicoterapia de grupo: Lewis (1970) La considera como un sistema de cambios de las relaciones interpersonales, donde a los participantes se les brinda la oportunidad de aprender sobre los procesos de sus relaciones interpersonales, al mismo tiempo que los van modificando para un mejor desarrollo de vida.

Los objetivos específicos de la psicoterapia, Fiorinni (1992).son la búsqueda de la mejoría sintomática manejo indiscriminado de conflictos y el aprendizaje de la autoobservación, el fortalecimiento de defensas útiles y la modificación parcial de actitudes y como estrategias básicas al desarrollo de la auto-objetivación, la comprensión de actitudes y conflictos más directamente ligados a síntomas y áreas de descompensación

La psicoterapia se refiere a la técnica de tratamiento psicológico que se desarrolla en grupo, con el apoyo de uno o dos profesionales de la psicología especializados en técnicas de psicoterapia de grupo.

Se trabaja con un número preestablecido de sesiones y con objetivos especificados desde el contrato terapéutico, que abarcan tanto objetivos individuales y un objetivo grupal de tratamiento, todo el trabajo psicoterapéutico, se realiza con la participación de grupo y de los terapeutas.

En el caso de este estudio se trabaja con psicoterapia psicoanalíticamente orientada.

Variables dependientes:

**Insight:** Presupone una serie de introspección o “mirar hacia adentro”. Implica una toma de contacto intelectual y afectivo a la vez, con vivencias que hasta ese momento habían permanecido inconscientes. Consiste en obtener una visión adecuada e integrada del mundo interno, sobre todo de aquellos aspectos que estuvieron separados de la realidad externa o en franco conflicto con ella.

El Insight será evaluado mediante un instrumento que consta de 6 reactivos en donde el 0 indica el menor grado de Insight y el 5 el nivel superior (escala de 0-5). Este instrumento fue validado por jueces, obteniéndose un 95 % de acuerdo.

**Depresión:** La depresión es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un sentimiento ligero de minusvalía o indiferencia, hasta una predisposición extrema hacia el suicidio.

La depresión es un término que se ha utilizado de distintas formas, algunos autores consideran que la depresión neurótica no es una patología en sí misma, sino que es un síntoma que acompaña a algunas patologías. Las manifestaciones de la depresión, su diagnóstico y pronóstico dependen del tipo de depresión que se trate, una forma de clasificarla es la siguiente. (Coderech, 1985; citado en González, 1992)

**Depresión endógena:** (Melancolía). Es una depresión psicótica, en ella intervienen factores constitucionales como la herencia, en este tipo de depresión la sintomatología se expresa de forma muy marcada y existe un grave riesgo de suicidio.

**Depresión Reactiva:** Se da como respuesta del organismo ante un suceso que al individuo le resulte traumático o difícil de superar. El factor que causa la depresión esta consciente para la persona, como ejemplo se puede citar a una persona que pierde algún ser querido, el empleo y como consecuencia de la pérdida se deprime.

**Melancolía Involuntiva:** Aparece por primera vez después de los 60 años, su curso es crónico.

**Melancolía neurótica:** Puede a veces estar acompañada de ansiedad, el factor desencadenante puede ser una pérdida real o fantaseada. Los trastornos psicósomáticos en algunos casos acompañan a este tipo de depresión.

Para evaluar la depresión se utilizó el inventario de depresión de BECK (BDI) el cual está estandarizado en México para población universitaria y discrimina entre diferentes tipos de depresión: mínima leve, moderada y severa y se asocia a los síntomas clínicos descritos por Coderech, 1985.

## METODOLOGIA

### Tipo de Estudio:

Se efectuó un estudio de tipo exploratorio: Este tipo de estudio se hace cuando el investigador no tiene una idea específica de lo que quiere investigar, por lo que realiza este tipo de estudio para lograr una primera aproximación al fenómeno, y para ver cómo se relaciona dicho fenómeno con ciertos eventos que suceden a su alrededor.

Este estudio se recomienda cuando el investigador se enfrenta a un fenómeno poco conocido por él, o a un fenómeno que no se ha investigado previamente o que no ha sido estudiado en la población específica de interés para el estudio. La finalidad que persiguen los estudios exploratorios consiste en auxiliar al investigador tanto para definir más concretamente el fenómeno, como en la manera en que debe de realizar el estudio. Con estos estudios exploratorios no se pueden obtener conclusiones muy definidas ni generales, pero son muy útiles; sería conveniente que toda investigación contara primero con un estudio exploratorio y posteriormente con un estudio más estructurado, puesto que el estudio exploratorio nos dará una base para el planteamiento más adecuado de estudios posteriores. Como conclusión de este tipo de estudio se llega al planteamiento específico de un problema y/o a la elaboración o hipótesis de trabajo. Pick(1994).

### Tipo De Diseño:

Se realizó con pretest-posttest, los pacientes se sometieron a un pretest con el inventario de depresión y con el instrumento de Insight, recibieron un tratamiento de 20 sesiones de psicoterapia grupal y posteriormente se aplicaron nuevamente los instrumentos.

### Sujetos:

Los seis sujetos de la muestra que conformaron el grupo son (5 mujeres y 1 hombre).

Los criterios de inclusión al grupo terapéutico fueron:

Que sus edades fluctuaran entre 17 y 25 años.

La escolaridad mínima fue estudiantes de licenciatura en la UNAM.

Ambos sexos.

Por medio de la historia clínica se diagnosticó que conflicto central se encontrara en las relaciones intrafamiliares.

Que dentro de los síntomas presentados como motivo de consulta refiriera algunos de los síntomas que se presentan en la depresión, como es, sentirse tristes, angustiados, ansiosos, con falta de interés por lo que les rodea, dificultades para relacionarse con los demás, insomnio, cansancio, pesimismo por las capacidades y por las metas, labilidad emocional, minusvalía, desesperanza, introversión, tendencia a evitar a los demás, incoformidad con ellos mismos.

Que aceptaran ser atendidos en psicoterapia de grupo.

Los criterios de exclusión fueron:

Pacientes con patologías severas, depresión psicótica y /o crónica, personalidades sociópatas, borderline, paranoides, esquizofrénicos, alcohólicos y cuadros depresivos que ameritaran hospitalización.

Pacientes que sean candidatos por reunir los criterios de inclusión sin embargo que no deseen ser atendidos en terapia grupal.

### Escenario:

La presente investigación se llevó a cabo en el centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM.

En donde se realizó la historia clínica y se llevaron a cabo las sesiones grupales.

La sala utilizada para estas actividades mide 14 X 8 metros, las paredes son de color blanco, con un cristal a un lado que permitía que el grupo fuese observado desde la sala contigua.

Cuenta con equipo de audio y con las condiciones materiales necesarias para instalar una cámara de video y videocasetera que permitió que se pudieran filmar las sesiones terapéuticas.

Al otro lado de la sala se encuentra una puerta que permite el acceso al resto de la clínica.

También cuenta con sistema de teléfono que estaba conectado a la sala contigua en donde el supervisor (docente de la UNAM) puede hacer señalamientos e intervenciones a los terapeutas de ser necesario.

Dentro de la sala se colocaban 4 o 5 sillas en semicírculo para las sesiones de evaluación. Para las sesiones de terapia de grupo se colocaban 10 sillones para los pacientes y los terapeutas.

## Instrumentos:

### 1.- Historia Clínica

Está organizada de la siguiente forma, datos sociodemográficos, motivo de consulta, estructura de la familia, síntomas que motivaron la consulta, tiempo de padecer esta sintomatología, frecuencia, alternativas para solucionar la conflictiva, antecedentes de tratamientos previos y expectativas de tratamiento.

### 2.- Inventario de depresión de Beck (BDI).

Consta de un cuadernillo de tres hojas que contienen 21 grupos de oraciones con cuatro opciones para elegir de 0 a 3 mide cuatro niveles de depresión.(anexo 1 )

Nivel de depresión:	Puntaje crudo	Rango Percentilar (población estudiantil)
Mínima	0 a 9	5-59
Leve	10 a 16	64-86
Moderada	17 a 29	88-97
Severa	30 a 63	98-99

El Inventario de Depresión de Beck (internacionalmente como BDI), es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas.

Las propiedades psicométricas del BDI han sido reportadas por Beck, Steer y Garbin (1988 ) en un detallado artículo que integra los estudios de investigación realizados con este inventario durante 25 años. Dicho trabajo incluye datos sobre aspectos tales como las versiones que se han desarrollado, forma de administración, confiabilidad, validez discriminativa, de constructo y factorial, así como las normas tanto para muestras clínicas como no clínicas.

Como resultado del minucioso análisis comparativo de la literatura realizado, estos autores, concluyen que después de un análisis de los valores de consistencia interna reportados, el valor promedio del coeficiente alfa para muestras clínicas es de 0.86 y para muestras no clínicas es de 0.81. La estabilidad temporal, test-retest ha sido probada en intervalos de una semana de aplicación o más tiempo. El valor promedio de correlación, validez concurrente, con la Escala de Hamilton, la Escala de Zung y la Escala de Depresión del MMPI, oscila entre 0.72 y 0.73 respectivamente. El análisis factorial muestra que el número de factores obtenidos, dependiendo del tipo de muestra Utilizada, oscila entre 3 y 7. No obstante lo anterior, la evidencia apunta hacia el hecho de que el BDI representa un síndrome general de depresión que se puede dividir en tres factores altamente intercorrelacionados: actitudes negativas hacia sí mismos; deterioro del rendimiento; y alteración somática.

Igualmente concluyen los autores que es crucial la correcta identificación de la composición factorial

Del BDI debido a que se utiliza para detectar y evaluar la depresión en pacientes con problemas médicos y en pacientes psiquiátricos cuyos síntomas pueden ser atribuidos al abuso de sustancias o a la enfermedad propiamente por lo que la confirmación de la composición factorial permite excluir los síntomas somáticos y el deterioro del rendimiento característico de dichos problemas Por último, señalan que existe evidencia de que el BDI discrimina entre subtipos de depresión: Mínima, leve, moderada, severa.

Estas categorías son equiparables con las categorías nosológicas descritas por Coderch(1985).

Además de los estudios anteriores, enfocados propiamente a los aspectos psicométricos, otros se han interesado en evaluar si hay diferencias entre género inter e intra culturas.

Por otra parte, la escala fue construida originalmente en los Estados Unidos aunque posteriormente ha sido traducida al español (España), chino, alemán, francés, sueco, arabe, persa y recientemente al búlgaro. Lo anterior parece una tarea sencilla, pero nada está mas lejos de la realidad, la adaptación de instrumentos de evaluación psicométrica es obligatoria siempre que la nueva población difiera significativamente de la cultura original en la que se usa el instrumento en aspectos tales como, premisas socioculturales, país, idioma, etc., con el fin de asegurar que la nueva versión sea útil en verdad. Sin olvidar por supuesto, cumplir con las normas para uso de instrumentos legalmente registrados y protegidos por la ley. Se debe tener presente que el BDI es un instrumento publicado por la Psychological Corporation y que la autorización para su adquisición y uso está restringida a psicólogos o profesionistas certificados, aún cuando se utilice con fines de investigación.

### 3.- Escala de Insight:

Instrumento que se ha desarrollado para medir los niveles de Insight,

Consta : 1) De una lista con la descripción de las áreas ( anexo 2 )

2) Hoja para vaciado de datos que permite concentrar los temas centrales de cada sesión por área: familiar, social, pareja, personal, sexual, laboral, emocional, escolar.(anexo 2)

3) Escala de insight que va de 0 a 5 en donde a mayor puntuación mayor insight.

4) Tabla para concentrar puntajes de insight por área y por sesión.

Esto es, en cada sesión se registró el contenido manifiesto de los pacientes en el área, abordada, se analizaron los contenidos latentes.

Se evaluara el grado de Insight mediante la escala de Insight que va de 0 a 5 en donde mayor puntuación mayor Insight.( anexo 2)

Esta escala fue validada mediante jueces, los resultados indican un 95%de acuerdo.

Una tabla para concentrar puntajes de Insight por área y sesión. (anexo 2 )

Para su aplicación se requiere de tener un entrenamiento o estar en la formación como terapeuta, tener los discursos manifiestos de los pacientes traídos a la sesión (grabación o transcripción escrita).

Clasificar los temas tocados por los pacientes en consulta por área: familiar, emocional, pareja, sexual, laboral, escolar, personal, social.

Se evalúa el Insight identificando los contenidos latentes en cada área.

Se identifica el nivel de Insight al que corresponde el contenido latente de los discursos.

Poner en orden de acuerdo a la escala.

### Procedimiento:

- 1.-La selección de los candidatos al tratamiento se dio por medio de la solicitud de los pacientes al centro de servicios psicológicos para recibir atención psicológica.
- 2.-Se les dio una cita en donde se les entrevistó y se recabaron datos de historia clínica, en algunos casos fue necesario se tuvieran una o dos citas más.
- 3.-Se revisaron los casos en sesiones clínicas en donde participaban alumnos del segundo año de la especialidad de psicología clínica y psicoterapia de grupo en instituciones. Las sesiones estaban coordinadas y supervisadas por docente de la UNAM.
- 4.-Se analizó cada caso en individual para determinar su inclusión al grupo o para derivarlo a otro tipo de tratamiento el que podía ser: Terapia individual, de pareja ó familia. Dependiendo del tiempo de tratamiento podría ser otorgado dentro de la UNAM si era factible una psicoterapia breve o bien si el tratamiento requería de un tiempo mayor a los alcances de la institución se le enviaba a otras instituciones dedicadas a la salud mental.
- 5.-Se informó a los pacientes del tipo de tratamiento y en qué consistía la psicoterapia grupal, la duración de cada sesión (50 minutos) la frecuencia de las mismas (una vez por semana) y el tiempo que duraría todo el proceso terapéutico (6 meses).  
Se solicitó el permiso y la autorización para que fuesen grabadas cada una de las sesiones así como su cooperación para la evaluación inicial y después de concluir el tratamiento
- 6.-La evaluación con el BDI tuvo las siguientes características:
  - A) Se proporcionaron hojas impresas de la prueba (BDI) ,lápiz.
  - B) Se les explicó la forma de contestar la prueba y se preguntaron dudas al respecto.
  - C) Se dijo la importancia de contestar todos los reactivos de la prueba.
  - D) Los evaluadores estuvieron presentes durante la aplicación de la prueba, esto permitió que las respuestas de los pacientes fueran producto de su situación personal.
  - E) La calificación se realizó en lo establecido por el manual de calificaciones para la prueba.
- 7.- Tratamiento: Consistió en psicoterapia de grupo con orientación psicoanalítica. Los pacientes asistieron los martes de cada semana en un horario de 12.a.m a 13.30 hrs. El costo de las sesiones lo determinó el usuario dada su situación económica en ese momento en general cada sesión tenían un costo de 20 a 40 pesos, esta aportación era bonificada al centro de servicios psicológicos.  
Las sesiones fueron coordinadas por dos terapeutas en entrenamiento las que contaban con el apoyo y la guía de un supervisor de la UNAM el que observaba junto con otros terapeutas en entrenamiento a través de cristal de Gesell y al cual podían recurrir durante la sesión o bien este hacía señalamiento ó sugerencias durante la terapia.



Al finalizar la terapia grupal se realizaba un análisis clínico de la sesión, se retomaban los temas centrales, los discursos manifiestos y latentes, así como las áreas abordadas por cada uno de los pacientes.

Cada sesión fue filmada para posteriormente hacer una transcripción de los discursos de cada uno de los pacientes .

Se analizó en cada paciente las áreas abordadas y se transcribieron en las hojas por área para posteriormente evaluar el nivel de insight en cada sesión.

Se hizo un seguimiento de las variaciones en el insight a lo largo de 20 sesiones y en cada uno de los pacientes.

- 8.- Al finalizar el tratamiento se aplicó re-test del BDI con las mismas características que en la fase inicial.
- 9.- El fin de la psicoterapia grupal así como el cierre del grupo terapéutico se dio al concluirse las 20 sesiones planteadas en el encuadre terapéutico a los pacientes.
- 10.- Se hicieron comentarios de devolución de los resultados de la prueba del BDI a los pacientes que así lo solicitaron.

# CONCENTRADO DE DATOS DE LOS PACIENTES QUE CONFORMAN EL GRUPO

(CUADRO 1)

	ARACELI DANIELA	RAQUEL	BEATRIZ ROCIO	ELEONORA PATRICIA	EVA MARIA	JOSE
EDAD	19	19	17	20	20	21
SEXO	FEMENINO	FEMENINO	FEMENINO	FEMENINO	FEMENINO	MASCULINO
EDO. CIVIL	SOLTERA	SOLTERA	SOLTERA	SOLTERA	SOLTERA	SOLTERO
OCUPACION	ESTUDIANTE	ESTUDIANTE	ESTUDIANTE	ESTUDIANTE	ESTUDIANTE	ESTUDIANTE
ESCOLARIDAD	3er. S DE LIC PSICOL	5º S. LIC. PSICOLOGIA	1er. SEM. DE CONTAD	5º S. ADMINISTRA-CION	6º S. LIC	PREPARA-TORIA
MOTIVO DE CONSULTA	PROBLEMAS EMOCIONALES QUE CONSISTEN EN BAJA AUTOESTIMA, LABILIDAD EMOCIONAL, PROBLEMAS PARA ESTABLECER SUS AFECTOS. AMBIVALENCIA EN LOS SENTIMIENTOS QUE TIENE CON AMBOS PADRES. ESTO TIENE SUS ORIGENES DESDE LA INFANCIA CUANDO LA MADRE ES INFIEL Y EL PADRE ASUME ACTITUD PASIVA.	PROBLEMAS EMOCIONALES LABILIDAD EMOCIONAL INCONFORMIDAD CON ELLA MISMA Y PADRES. DIFICULTADES CON LA ACTITUD DE LA MADRE LA QUE ES EXIGENTE EN ASPECTO ACADEMICO A PESAR DE QUE RAQUEL TIENE 9.4 DE PROMEDIO, ES CONTROLADORA, RESTRINGE LOS PASEOS ESTO GENERA CONFLICTIVA IMPORTANTE INCONFORMIDAD EN LA RELACION CON EL PADRE EL QUE ES FRIO Y DISTANTE, ESTO REPERCUTE EN LA VINCULACION CON LA PAREJA	PROBLEMAS EMOCIONALES POR PROBLEMAS ENTRE SUS PADRES, LOS QUE LA HAN AFECTADO EN SU AUTOESTIMA Y EN EL ESTABLECIMIENTOS DE RELACIONES INTERPERSONALES EN ESPECIAL EN LA VINCULACION CON LA PAREJA. TRISTEZA, MINUSVALIA, DESESPERANZA.	REFIERE PROBLEMAS EMOCIONALES, QUE CONSISTEN EN INSEGURIDAD EN ELLA MISMA, AUNADO A PROBLEMAS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES, PROBLEMAS CON LA FAMILIA, EN ESPECIAL CON EL PADRE QUE ES AUTORITARIO Y SUMISION CON LA MADRE. PRESENTA LABILIDAD EMOCIONAL INSOMNIO Y DESEOS DE MORIR EN DOS OCASIONES.	PRESENTA INTROVERSION, AISLACIONISMO, TENDENCIA A EVITAR A LOS DEMAS POR PRESENTAR HIPERHIDROSIS PALMAR. EXTERNA QUERER RESOLVER PROBLEMAS CON SU PADRE POR SU ACTITUD AUTORITARIA.	PRESENTA INSOMNIO, ANSIEDAD, ANGUSTIA, DESESPERACION, TRISTEZA, FRUSTRACION, ESTO LO ASOCIA A PADECIMIENTO DE HIPOACUSIA PROGRESIVA QUE LE IMPIDE ESTUDIAR CARRERA DE MUSICO PREFIERE QUE EN SU INFANCIA EL PADRE ERA DESPOTA CON EL, QUE SE MOTRABA, AGRESIVO Y DISTANTE GOLPEADOR TIENE DIFICULTADES PARA RELACIONARSE AFECTIVAMENTE CON LAS MUJERES. A VECES DESEA MORIR.
OBJ DE TRATAMIENTO	UBICARSE PERSONALMENTE	MEJORAR LAS RELACIONES ENTRE LA PACIENTE Y LA MADRE.	OBTENER ESTABILIDAD PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS Y CARÁCTER.	OBTENER MAS SEGURIDAD PARA SER MAS SOCIABLE.	RESOLVER PROBLEMA DE SUDACION DE MANOS.	PODER AFRONTAR CIERTAS SITUACIONES QUE PRODUCEN LOS CONFLICTOS INTERNOS
ESTRUCTURA FAMILIAR	<p>A R</p> <p>AP ADMON HERMANO SEC</p>	<p>R</p> <p>GIBSON P1 S</p>	<p>TOP</p> <p>SOLT MEC P1</p>	<p>R</p> <p>P1 UNIV PRIM</p>	<p>HOGAR</p> <p>P1 M N N</p> <p style="text-align: right;">Hojalatero</p>	<p>SEC</p> <p>P.I. EST EST</p>

## CAPITULO III

### RESULTADOS Y DISCUSION

A continuación se describe en forma resumida, por paciente su historia clínica, en la que se presentan datos sociodemográficos como son edad, sexo, estado civil, ocupación, estructura familiar, síntomas que presenta como motivo de consulta. En la segunda parte se analiza la participación del paciente en las sesiones, así como el nivel de Insight que se manifestó y su correlación con los resultados del inventario de BECK, y los datos clínicos que manifiesta posterior al tratamiento.

#### JOSE:

Adulto de 21 años de edad, soltero, estudiante del primer semestre de arquitectura. Es una persona de tez morena de compleción robusta, talla media, aliñado, viste pantalón de mezclilla y suéter de forma habitual.

Manifiesta preocupación por su estado de ánimo ya que se encuentra deprimido, con sensación de frustración, no le encuentra sentido a la vida, presenta insomnio todas las noches, tiene tendencia a aislarse y alejarse de las personas, busca estar solo en su cuarto, evade a hermanos y madre. Considera que su problema se debe principalmente a que tres meses antes de solicitar atención psicológica sufrió una descarga eléctrica ocasionándole hipoacusia, la cual ha sido progresiva y lo limitará en etapas posteriores.

Tiene baja tolerancia a la frustración es agresivo e impulsivo.

A su madre de 42 años de edad, la percibe tranquila, le da confianza, aunque llega a sentir coraje porque constantemente se acuerda como lo golpeaba su padre y ella no lo defendía.

El padre falleció cuando él era niño, la imagen que tiene es él de una persona agresiva, impulsiva, dominante, poco afectuoso al que le tenía un profundo rencor, pues su relación con él se dio en base a maltratos y golpes situación que lo lleva a odiarlo.

Es el mayor de tres hermanos: Le sigue una mujer de 19 años, estudiante de ESIME, y otra hermana de 16 años estudiante de vocacional (Ver cuadro 1)

Tiene conflictos importantes con su hermana menor, pues se alía con la madre y se siente desplazado.

No ha tenido relaciones sexuales, las relaciones de noviazgo se limitan a una o dos novias, tiene dificultad importante para establecer relaciones heterosexuales profundas.

En la preparatoria y en grupo de amigos le han dicho observarlo “rarito”, situación que le incomoda, pues él cree que no necesita andar con nadie para confirmarse que es varón. Asimismo piensa que también puede tener diferentes amigos y demostrarles su afecto sin que esto influya en su preferencia sexual.

Desconoce aspectos de su nacimiento y de su desarrollo, expresa que fue un niño maltratado por el padre, siempre recibió insultos y golpes e incluso deseaba huir de su casa para evitar el “infierno” cuando su padre llegaba.

El asistir a la escuela era tener paz, pues ahí era respetado por los demás, expreso que todos estos traumas de la infancia han repercutido en su relación con la pareja y que se considera igual de autoritario, rígido, agresivo, como el padre, por lo que desea no repetir este mismo patrón.

En su adolescencia se observa un poco más flexible, sin embargo continúa con el mismo patrón, desea ser músico pero por situaciones de disminución de agudeza auditiva se tuvo que cambiar a arquitectura, dejando el arte y causando inconformidad esta situación.

Considera que tiene problemas importantes en el área sexual, pues desea tener novia y no sabe como hacerlo. En el área académica también tiene muchos conflictos, pues desea ser músico y esto no le esta permitido. Desea ser ayudado para mejorar su estado emocional.

El paciente ingresa al grupo cuando ya se había iniciado el proceso psicoterapeutico, sesión 9, no falta a ninguna de las sesiones restantes, las áreas que con mayor frecuencia revisa son la familiar, la emocional y la sexual, en menor frecuencia la pareja, laboral, escolar, social y personal.(tabla 1)

Se observa que los puntajes en el Insight se inician en 1 y van incrementándose únicamente a 2, y posteriormente a 3 permaneciendo en ese nivel las sesiones que restan en la psicoterapia grupal, el haber avanzado hasta 3 en 11 sesiones (gráfica 1), sugiere que el paciente identificó las áreas en donde presenta problemas, asocia y reconoce los elementos de las problemáticas con eventos del pasado, no logrando dar algunas posibles alternativas de solución, sí decremanta sintomatología en intensidad como es el dormir un poco mas, no sentirse basura, y el reconocer que sus hermanas le describen como “buena onda”. Expresa el deseo de valorarse el mismo a pesar de que otros no lo hagan y reciclar las experiencias de su infancia para no ser el infierno de sus hijos, desea romper el circulo vicioso y ya no repetirlo.

Los puntajes de Beck pre-test 37-99 depresión severa. Los puntajes de Beck post test 49-99 depresión severa.

Existe un incremento en rango de los puntajes, por lo que el diagnóstico de depresión severa permanece posterior a las 11 sesiones a pesar de que decremanta. La intensidad de los síntomas no hay un cambio clínicamente significativo que hable de una resolución de los conflictos, motivo de consulta.

Por lo que se concluye que es importante en mayor número de sesiones para que el paciente pudiera revisar mas de los problemas que lo llevan a terapia. El equipo terapeutico así como el grupo sugieren como alternativa retomar la psicoterapia posterior a cierre de grupo en el contexto individual o grupal con un mayor número de sesiones.

El nivel Insight alcanzado por el paciente es probable se incrementara de haberse continuado el proceso, dado los incrementos que se observan en las sesiones en las que participa y que reflejan cambios en la percepción de los conflictos que revisa durante la terapia.

K. Abraham (1959), refiere que en el análisis de pacientes con trastornos afectivos las pulsiones instintivas se regresan a la etapa oral sádica lo cual configura la particular forma de relacionarse con los objetos.

La decepción sufrida real o imaginaria, reactiva el conflicto con el objeto primario y ocasiona el abandono, la expulsión y la destrucción de éste de acuerdo con mecanismos de la fase sádica anal primaria. Pero a consecuencia de la regresión oral experimentada, el objeto es devorado e introyectado, lo cual representa al mismo tiempo una forma de identificación narcisista.

La catexia libidinal que se hallaba dirigida hacia el objeto, se dirige hacia el yo, el cual queda de esta forma expuesto al conflicto ambivalente. Esta ambivalencia amor-odio explica los reproches y acusaciones y humillaciones que hacia sí mismo se dirige el paciente y a la vez permite comprender el orgullo y la soberbia que puede manifestar.

Las constantes frustraciones afectivas y de desengaño que José tuvo en la infancia por parte de una de las figuras parentales, padre generan una herida narcisista infantil, ocasionando una decepción primaria la cual se ha reactivado en diferentes momentos como es la pérdida de la agudeza auditiva, esto consecuentemente trae otra pérdida simultánea, la elección y el ejercicio de la música como una formación profesional, la dificultad para establecer vínculos de pareja, la ironía ante esta limitación.

Al concluir la psicoterapia se observan cambios como es el aceptar estar en un grupo de mujeres y el externar sus emociones.

Reconocer sus impulsos destructivos hacia el padre, el deseo de que muriera para evitarse el infierno cuando él llegaba ebrio a la casa pues lo agredía física y verbalmente, el sentirse escuchado y entendido decremento culpas.

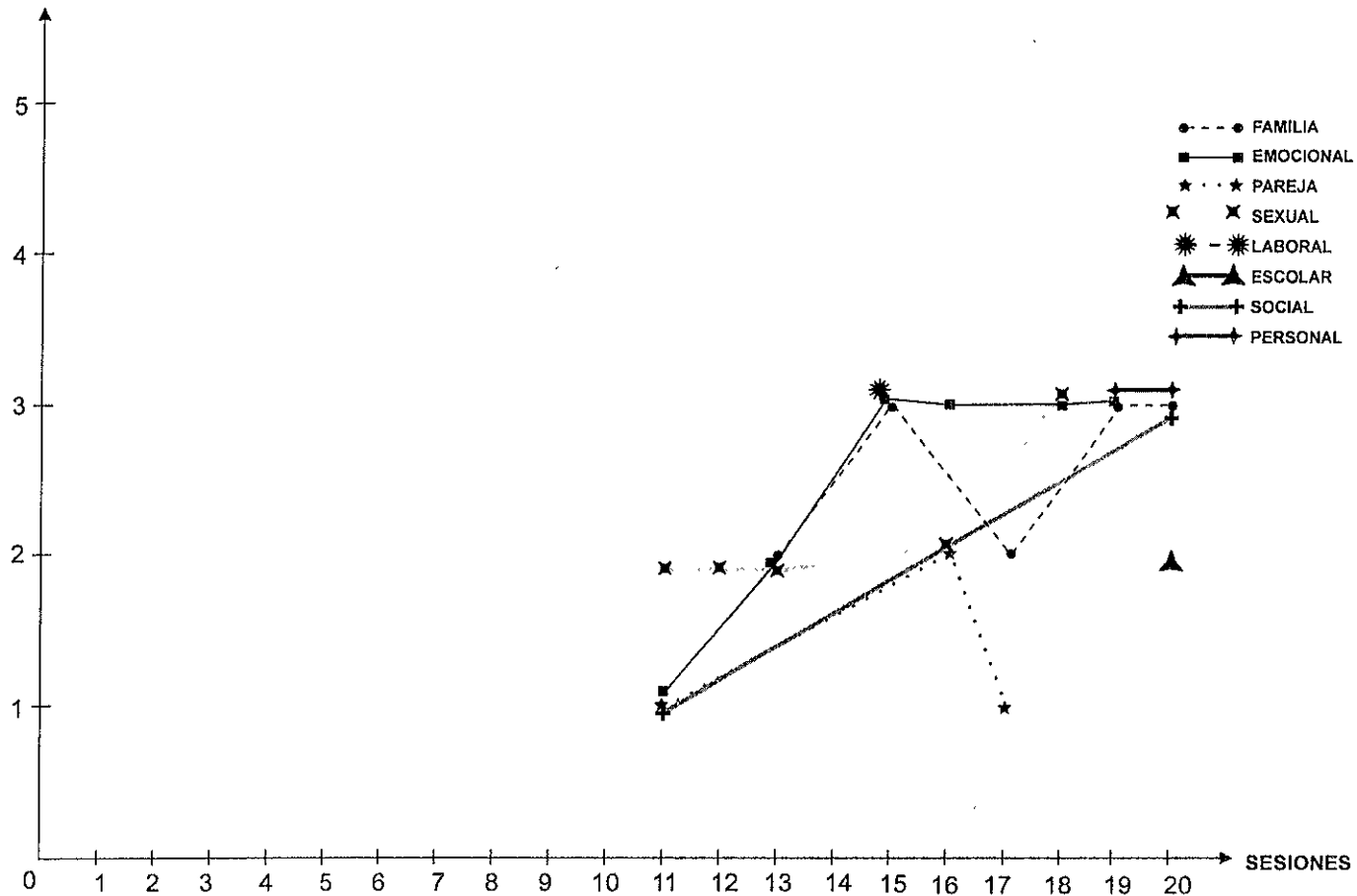
Esto mejoró parcialmente su autoestima aceptando que es percibido "buena onda por algunas mujeres incluyendo a sus hermanas" genera una actitud de valorar y aceptar lo que hace aunque otros no lo hagan.

**TABLA 1**  
**REGISTRO DEL GRADO DE INSIGHT POR SESION Y POR AREA DE**  
**JOSE**  
**AREAS**

SE- SION	FAMI- LIA	EMOCI ONAL	PARE- JA	SE- XUAL	LABO- RAL	ESCO- LAR	SO- CIAL	PERSO NAL
1	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	1-1	1	2	-	-	1	-
12	-	-	-	2	-	-	-	-
13	2-1	2	-	2	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-
15	3	3-3	-	-	3	-	-	-
16	-	3	2	1-2	-	-	-	-
17	2		1	-	-	-	-	-
18	-	3	-	3-3-3	-	-	-	-
19	3	3	-	-	-	-	-	3
20	3		-	-	-	2	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

PUNTUACION  
ESCALA  
INSIGHT

GRAFICA 1 PARA SEGUIMIENTO DEL INSIGHT POR AREAS ABORDADAS  
JOSE



# HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 1 JOSE

# CUADRO POR AREAS

NO. SESION	FAMILIAR	EMOCIONAL *1	PAREJA *1	ESCO-LAR.
11		Hay momentos en lo que uno truena y que no tienen uno nada para recuperarse y no dan ganas de vivir, la vida es para mi de color gris y se jacobó!.	Son muy complicadas las mujeres. Dice que tiene una amiga que conoció desde la secundaria, inicialmente fueron novios y después ya no. No se ha involucrado con otras chavas, por eso le dicen "rarito" Expresa que él ve a la mujer de dos formas: o es su novia o no es nada, no cree en la amistad entre hombre y mujer por las diferencias de sexo. Le pide al grupo le explique como puede diferenciar entre una relación de amigos y una relación que pueda llegar a noviazgo, como manejar ambas. Expresa que una mujer que le gusto no se interesó, no lo aceptó y que otra que no lo buscaba inicio la relación, con la que estaba interesada en él, pero no funcionó porque estaba enamorado de otra.	
	SEXUAL *2	SOCIAL *2	PERSONAL	LABO RAL
	Le dice al grupo los hombres sabemos separar el sexo del amor y las mujeres, lo mezclan. No es lo mismo querer y estar enamorado, yo me conformaba con ver a la chava tan solo estar con ella, era lo único que me gustaba y así soy feliz. Tener sexo hombre y mujer y tener relaciones sexuales es distinto generalmente los hombres buscan un "faje" mas que tener una relación sentimental. Muchas veces los hombres hablan tan bonito y las chavas todo les creen yo tengo amigos que son así de desgraciados, decían le voy a hechar el ojo a esa chava y ves como cae y dicho y hecho A mí no me gusta ser así, sinceramente yo en la prepa no tuve amigas sino conocidas. Platicábamos tres palabras, hechábamos relajo no hechábamos dos o tres copas o cervezas. En la prepa sinceramente me dicen "puñal", aunque no me importaba pero sí me calentaba la sangre. Hay momentos en lo que uno truena y que no tiene nada para recuperarse y no dan ganas de vivir la vida	Dice al grupo haberle dicho a la psicologa en las sesiones individuales que no se podía relacionar con las mujres y cree que haberlo puesto en un grupo de puras mujeres lo hizo al drede ¡puras mujeres!. Les dice a los terapeutas que se siente "bonbardeado" por el grupo por ser el único hombre.		

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.



**HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 1 JOSE**

**CUADRO POR AREAS**

NO. SESION	FAMILIAR *3	EMOCIONAL	PAREJA	SEXUAL
20	Dice tener conflictos, muy pesado que ver llorar a alguien, lo pone muy mal porque hace que se remonte a etapas pasadas de su familia, lo que consideraba un infierno familiar, y dice que eso terminó cuando su padre murió. Prefería estar en la escuela que en su casa, reitera que su infierno terminó cuando su padre murió, expresa que tiene reminiscencias negativas y que desea tirarlos a la basura, dice que no quiere ser el infierno de sus hijos, quiere romper el círculo vicioso y no quiere repetir.			
	<b>ESCOLAR *2</b>	<b>SOCIAL *2</b>	<b>PERSONAL *3</b>	<b>LABORAL</b>
	Menciona que cuando era niño, la escuela era un refugio para él y prefería estar en ella que en la casa.	Expresa que A. D. Le cayó muy bien, además de que lo entendió.	Externa que tiene que valorar desde un punto de vista mas maduro que hecha a la basura y con que se queda para ver si es una experiencia positiva o negativa y no ser lo negativo que ha sido, dice que esta en el proceso de sentirse valorado por el mismo aunque las demás personas no lo hagan.	

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.

## *EVA MARIA*

Es una mujer de 20 años de edad, estudiante del 6°. Semestre de la Lic. En Psicología.

Es una joven de estatura mediana, complexión delgada, tez morena clara, cabello lacio al hombro, generalmente agarrado con cola de caballo, asiste de mezclilla y suéter la mayoría de las sesiones, proviene de núcleo familiar de clase media baja.

Externa preocupación porque es muy tímida y cuando está con compañeros o amigos le empiezan a sudar en exceso las manos, por lo que evita saludar de mano y reduce su interrelación con sus amigos, en especial los compañeros del coro de la iglesia los que acostumbran a tomarse de las manos para hacer una oración antes de ensayar los cantos de la iglesia.

Piensa que su problema no es de origen fisiológico, sino más bien psicológico.

Menciona que aunado a esta situación en su familia hay problemas entre sus padres. pues su papá es alcohólico y desde hace 8 años tiene a otra familia, esto ha generado importantes problemas, inclusive han pensado en separarse. Ella por ser la mayor de cuatro hermanos se involucra más en estos conflictos, sintiéndose impotente para poder ayudarlos.

Expresa sentimientos de minusvalía, desesperanza, poca confianza en el hombre, cuando ha establecido relaciones de noviazgo y le han sido infieles asume la actitud de la madre de continuar la relación aunque al poco tiempo la concluya, incrementando su timidez con posterioridad.

Desconoce datos de su nacimiento y desarrollo y recuerda que con su madre siempre ha tenido mucho apego, por lo que cuando su padre llega en estado de ebriedad se solidariza con su mamá, asumiendo actitud de protección hacia los hermanos menores.

Desde la infancia refiere haber sido introvertida con problemas para relacionarse con los demás, se le dificulta externar sus necesidades afectivas a las parejas con las que se relaciona.

Ella espera que con la terapia pueda mejorar su forma para relacionarse con los demás y los problemas con sus padres los pueda delimitar.

Le preocupa la relación de sus padres, pues desde hace 5 años se están divorciando sin llegar a concluirlo, las constantes peleas y discusiones le generan tristeza, minusvalía, en sus relaciones de noviazgo, se siente insegura y tímida, dice tener dificultad para expresar sus afectos, uno de sus novios le fue infiel, situación que le preocupa porque no quiere repetir lo que pasó con sus padres.(cuadro 1 )

Asiste a sólo 9 sesiones del proceso psicoterapéutico, su participación fue escasa. las áreas abordadas en frecuencia por sesión son: familiar y emocional 5 sesiones. pareja 4, sexual 3, escolar 2 (tabla 2 ).

La mayor puntuación obtenida en la escala del Insight corresponde a 4 la obtiene en familia sesión 19 y emocional sesión 20, esto refleja la actitud de la paciente de plantear algunas posibles alternativas de solución a los conflictos que motivan la consulta.(gráfica 2)

Asocia elementos al conflicto como es el padre ausente, poco comunicativo y poco afectivo, reconoce que los problemas conyugales de sus padres le afectaban mucho y que estos no le permiten ocuparse de sus cosas personales, el que el padre deje de tomar posterior a un juramento la hace sentirse mejor, pues han intentado comunicarse más, la forma en que los demás compañeros del grupo abordan ese mismo problema, le permitió conocerse un poco más y no desea que le afecten los problemas de sus padres, pues ellos escogieron esa vida.

Refiere estar más tranquila e independientemente de lo que ellos decidan ella quiere seguir adelante.

En la pareja identifica su dificultad para expresar sus emociones lo que ha traído consecuencias que la llevan a romper su relación, posterior a que una pareja le fue infiel se siente insegura para establecer nuevas relaciones con los jóvenes de su edad que la pretenden como novia, en lo sexual aunque ha tenido deseos de tener relaciones íntimas estas no se han dado por el tiempo tan corto de sus noviazgos.

En general la paciente sólo narra conflictos en área de pareja, por las dificultades con la vinculación de la misma, y como consecuencia sus impulsos sexuales los ha reprimido (cuadro 2)

En la familia pone distancia en el conflicto de los padres y los problemas de ella, asumiendo más los personales.

Sólo identifica los conflictos en algunas áreas y realiza algunos intentos de solución.

Puntaje de Beck Pre-test 9-59, Depresión mínima. Post-test 8-54 Depresión mínima.

No existe una variación en la categoría diagnóstica del BDI. Depresión mínima en el Pretest y post test. (anexo 4)

Sin embargo, clínicamente mejoró su interrelación con las personas, pudo diferenciar entre los conflictos de los padres y los de ella y dedicarle más tiempo a sus cosas personales, de la escasa participación al inicio de la psicoterapia, incrementa su nivel de Insight hasta llegar al puntaje 3, en donde solo asocia y reconoce elementos de la problemática del presente con eventos del pasado, plantea algunas posibles soluciones. Freud refiere al respecto, plantea a consecuencia de alguna frustración sufrida en la relación con el objeto, la libido fue sustituida a este, pero, en lugar de ser desplazada a otro nuevo objeto, fue retraída al yo, estableciéndose entonces una identificación del yo con el objeto al que la libido había abandonado.

El conflicto entre el yo y el objeto se convierte en la melancolía en un conflicto entre aquella parte del yo que actúa como una instancia censora (super yo) y la parte del yo identificada en el objeto perdido.

El conflicto con el objeto en la melancolía no se reduce a la pérdida por muerte, sino que puede originarse a partir de cualquier frustración, desengaño o abandono.

El factor desencadenante no es la pérdida de una persona amada, sino que puede tratarse de una pérdida de una esperanza, la frustración de ideales, el abandono de determinados afanes o intereses, cambio de domicilio, etc. Ya que todo ello puede ser causa de que en el inconsciente del sujeto, se reactive la pérdida del objeto original.

La constante pérdida de la figura del padre a raíz de que él forma otra familia, las dificultades con la madre, influyen en el estado depresivo de la paciente, esta experiencia traumática, se reaviva cuando el novio es infiel desencadenando la sintomatología depresiva.

El engaño que sufre por parte del novio, reactivan esta situación, el avance terapéutico y el Insight logrado sugiere que la paciente diferencia entre los conflictos de los padres y los propios.

Esto le permite dedicarse más a situaciones personales, lo que influye para decrementar la sintomatología que motivó la consulta por lo que se concluye que el nivel de Insight alcanzado, pudiese ser incrementado de retomar y continuar otra psicoterapia.

**TABLA 2**  
**REGISTRO DEL GRADO DE INSIGHT POR SESION Y POR AREAS DE**  
**EVA MARIA**

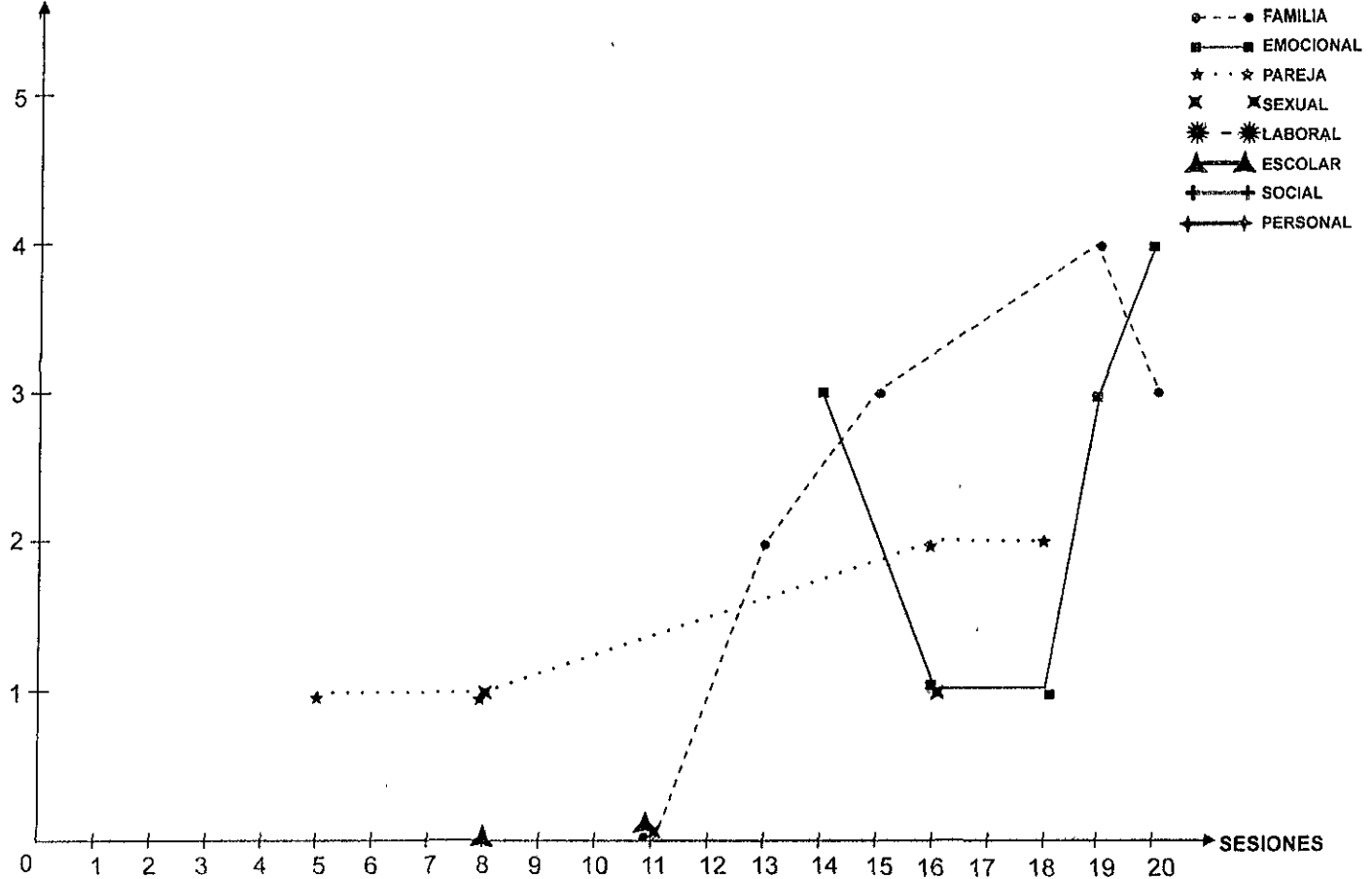
SE- SION	AREAS							
	FAMI- LIA	EMOCI ONAL	PARE- JA	SE- XUAL	LABO- RAL	ESCO- LAR	SO- CIAL	PERSO NAL
1	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	1,0	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	1	1	-	0	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	*NSG
10	-	-	-	-	-	-	-	-
11	0	-	-	0	-	0	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-
13	2	-	-	-	-	-	-	-
14	-	3	-	-	-	-	-	-
15	3	-	-	-	-	-	-	-
16	-	1	2	1	-	-	-	-
17	-	-	-	-	-	-	-	-
18	-	1	2	-	-	1	-	-
19	4	3	-	-	-	-	-	-
20	3	4	-	-	-	4	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

\*No se grabó la sesión

**GRAFICA 2 PARA SEGUIMIENTO DEL INSIGHT POR AREAS ABORDADAS  
EVA MARIA**

PUNTUACION  
ESCALA  
INSIGHT

40



**HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 2 EVA MARIA**

**CUADRO POR AREAS**

NO. SESION	FAMILIAR	EMOCIONAL	PAREJA *1	SEXUAL
5			Comenta al grupo que por ser poco expresiva tuvo problemas con su novio, el pensaba que no lo quería, pero no era así. Trato de ser expresiva y las cosas mejoraron, se enteró de que el tenía otra muchacha, esto "enfrió" la relación y terminaron, Después de un tiempo regresaron, sólo se lastimaban, él insistió en que continuaran, sin embargo lar relación se deterioró, deciden concluir la porque esto no los llevaba a nada.	
	LABORAL	SOCIAL	PERSONAL	ESCOLAR

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGIIT.

## HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 2 EVA MARIA CUADRO POR AREAS

NO. SESION	FAMILIAR *3	EMOCIONAL *4	PAREJA	SEXUAL
20	<p>Reflexiona y le dice al resto del grupo que los problemas que hay con sus papas, estaban afectando mucho y que esto no le permitía ocuparse de sus cosas personales, se percató que no es la única persona que tiene esos problemas, pues también entendió que su problema no era solo de ella y ocuparse mas de ella. En su casa las cosas están tranquilas, el padre ha dejado de tomar, está mas en su casa, hay mas unión en la familia, platican entre ellos y espera que eso continúe cuando se termine el juramento de no tomar del padre, ella quiere dedicarse a ella.</p>	<p>Dice que estos problemas le afectaron, el escuchar a los demás del grupo como abordaban el mismo problema, le ayudó a conocerse, quiere que no le afecten los problemas de sus padres pues ellos escogieron esa vida, dice estar tranquila e independientemente de lo que pase ella quiere seguir adelante.</p>		
	<b>LABORAL</b>	<b>SOCIAL</b>	<b>PERSONAL</b>	<b>ESCOLAR</b>

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.

## **RAQUEL**

De 19 años de edad, soltera, estudiante del 5° semestre de la Lic. En Psicología.

Es una persona de estatura mediana, complexión delgada, tez morena, usa lentes. usualmente trae pantalones de mezclilla, sueters cortos y zapatos bajos, su arreglo es discreto y femenino, clase media baja.

Expresa tener problemas con su mamá, a la que describe autoritaria, poco flexible, rígida, lo que la lleva a sentirse insegura, con baja autoestima, triste, pues las parejas que ella tiene no son aprobadas por la madre.

Su padre de 49 años de edad, lo describe periférico, tímido, poco seguro, con falta de carácter y poco cercano a ella.

Madre: 47 años, tiene mayor jerarquía y autoridad dentro de la familia, constantemente la supervisa en sus relaciones de noviazgo, la describe dominante y posesiva, exigente en toda la escuela a pesar de tener 9.4 le sugiere mejorar sus calificaciones, le limita los permisos y desea saber a donde está la mayor parte del tiempo. Ella le exige mucho y le otorga poco.

Es la segunda de 3 hermanos, un hombre de 23 años, estudiante de Ingeniería Civil (5° semestre) y una adolescente de 14 años, estudiante del 1er. semestre de preparatoria.(cuadro 1 )

Actualmente tiene un novio con el que tiene muchos problemas, pues ella quiere una situación y él no logra entenderla, esto genera mucho conflicto, expresa que él no logra darle lo que ella quiera, ella cree que él debe de conocerla lo suficiente para conocer sus necesidades. Esta falta de comunicación repercute en su relación.

Desconoce datos de su desarrollo, sabe que su madre es muy exigente y da poco a cambio. Expresa que le deprimió el hecho de escuchar una discusión de su madre con hermano mayor porque él había faltado toda la noche y que él le decía que se ocupara de su hija modelo de quien ella estaba pendiente y todo lo hacía bien, esto además de entristecerla la confunde, pues su madre le ha dicho todo lo contrario. Los conflictos con la madre son por desacuerdos en los puntos de vista en relación al noviazgo. Le incomoda que le restrinjan los permisos especialmente cuando va a salir con el novio

Asiste a las 20 sesiones que dura el proceso grupal, llega puntualmente a sus consultas.

Las áreas que más se abordaron fueron la emocional, pareja, familia, siendo el aspecto emocional el que obtiene el mayor puntaje (5) en la sesión 20, en la familia el puntaje que obtiene es 4 sesión 16 y 20, llega a resolución parcial, pareja 4 (sesión 20) (ver tabla 3 ) de los conflictos, motivo de la consulta, reconoce que la independencia no se logra nada mas teniéndola sino que se tienen que hacer varias cosas para lograrla. En la relación con la mamá identifica que ella también se cerraba al diálogo por lo que la comunicación era difícil.



La relación con su pareja mejoró, al cambiar las ideas que tenía en años atrás, ahora permanece más tiempo con el novio, lo visita en su casa, se va de su casa sin avisar y esto le permite desarrollarse más. Expresa al grupo el deseo de frecuentarse más, una vez que se concluya la terapia, recuerda algunos comentarios hechos en relación al objetivo de la terapia como es el descubrir las cosas, que podrían hacer como personas y saber si ella o la otra persona está mal tratar de cambiar sus vidas en los años siguientes.

En lo sexual, expresa que disfruta el exitarse sexualmente, aunque tiene miedo a que su familia se entere, porque para ellos esto es pecado mortal, sin embargo a buscado la forma de tener acercamientos sexuales disfrutando de ellos y obteniendo la información pertinente en talleres que le permiten disfrutarse con su pareja.

El área escolar y social obtiene Insight que corresponde a 4 en donde ella puede plantear algunas posibles alternativas de solución al conflicto que se presenta en el caso de la escuela, pudo externar su inconformidad cuando le bajaron su calificación en una materia y plantea hablar con su profesor para que no la involucre en los conflictos con otras compañeras.

El puntaje de Insight con mayor frecuencia es de 4, por lo que refleja los intentos que la paciente hizo para solucionar sus conflictos con la madre a través del dialogo, negociando los permisos, la búsqueda de orientación en talleres de sexualidad, mejorando su autoestima, dejando de lado los temores de su familia en relación a su noviazgo, solicitando que se le respete en las calificaciones que son producto de su esfuerzo, en general con más claridad en los conflictos de cada área.

Los puntajes de Beck, pre-test 9-59- Depresión mínima. Pos-test- 1-17- Depresión mínima.

Se observa que no existe una variación en la categoría diagnostica del BDI. Depresión mínima en el pre-test y post test, sin embargo, si existe un cambio en el rango percentilar y un decremento de 8 puntos en el puntaje crudo.

El puntaje de Insight que en las primeras sesiones oscilaba entre 1 y al finalizar el proceso psicoterapeutico se incrementa a 4 y 5, (gráfica 3 ) reflejándose esto clínicamente en un decremento de los síntomas, desesperanza, confusión, mejora su relación con la madre a través de acuerdos. Vive su sexualidad a partir de información que obtiene en talleres de sexualidad permitiéndole sentirse mejor con ella misma

Coderech (1985 ) habla del comportamiento del deprimido como se le reconoce desde su aspecto corporal, mirada triste tono de voz suave y bajo ,ojeras ,actitudes de dependencia y sumisión tanto en el contenido terapeutico como en el entorno habitual.

Raquel establece una relación de dependencia con la madre con la que tiene sentimientos de amor-rechazo ,busca ser mimada y aceptada y por otra parte desea ser independiente.

K. Abraham (1959), refiere que uno de los componentes de la depresión es la presencia de una decepción, un desengaño, una pérdida o frustración con el objeto primario que se repite en el inconsciente del enfermo esto se activa a partir de que nace una hermana menor y es la favorita del padre y de la madre es el hermano mayor ella es segregada a 2º plano y a pesar de que trata de cubrir la exigencias que le requieren en su

estudio en su conducta no logra captar toda la atención de los padres. Con el novio tiene la misma vinculación y desplazada en atención a 2º término cuando él consigue un mejor empleo ella durante la psicoterapia revisa esto en las diferentes sesiones, observándose con mejoría en su autoestima la relación con la madre se da de una manera mas madura planteando acuerdos y respetándolos en relación a los permisos y a las obligaciones, con la pareja establece más diálogo se permite solicitar mayor atención en la relación como parte de una necesidad emocional.

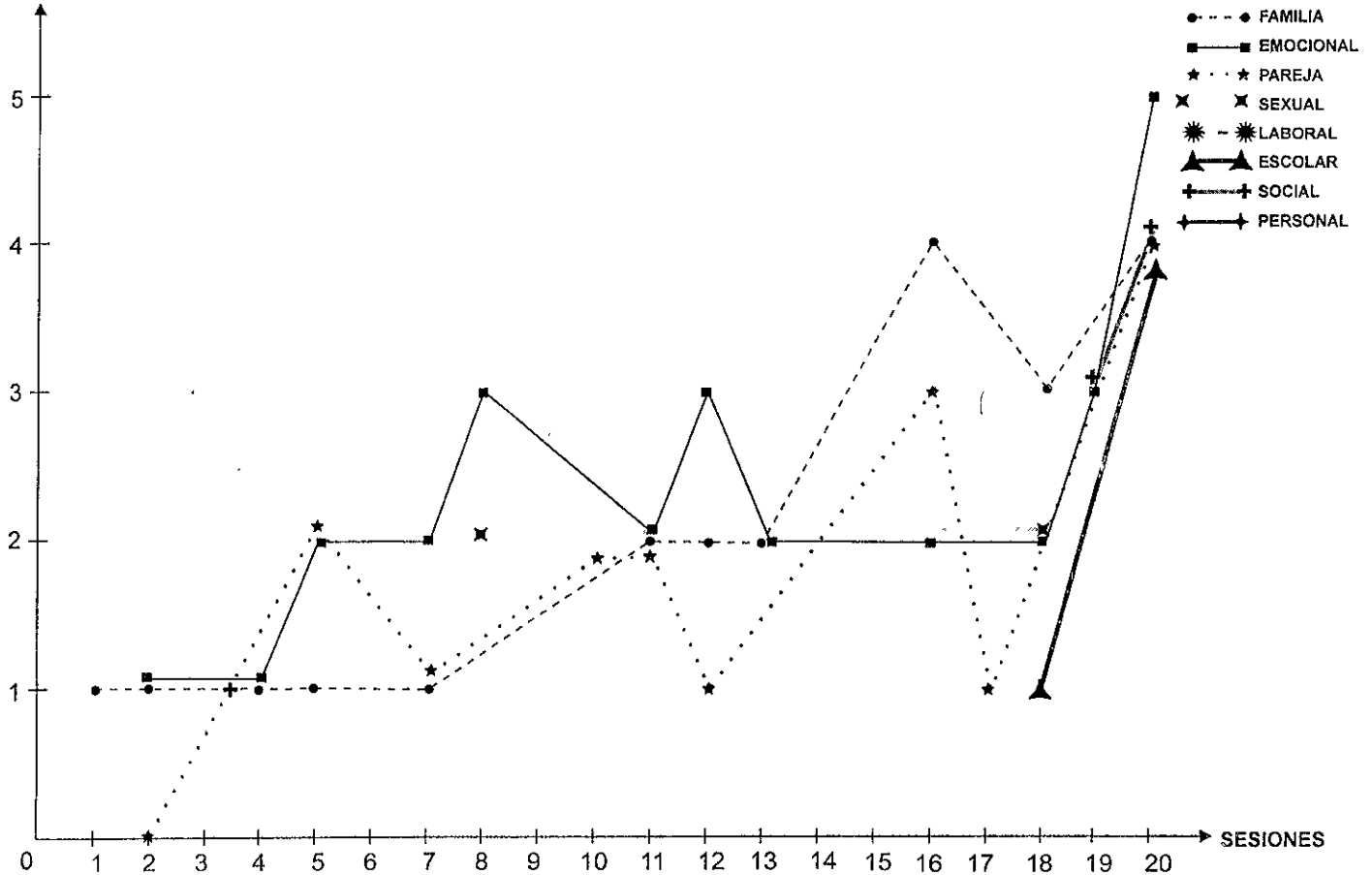
**TABLA3**  
**REGISTRO DEL GRADO DE INSIGHT POR SESION Y POR AREA DE**  
**RAQUEL**  
**AREAS**

SE- SION	FAMI- LIA	EMOCI ONAL	PARE- JA	SE- XUAL	LABO- RAL	ESCO- LAR	SO- CIAL	PERSO NAL
1	1	-	-	-	-	-	-	-
2	1	1	0	-	-	-	-	-
3		-	-	-	-	-	1	-
4	1	1	-	-	-	-	-	-
5	1	2-2	2-1	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-
7	1	2	1	-	-	-	-	-
8	-	3	-	2	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	- *NSG
10	-	-	2	-	-	-	-	-
11	2	2	2	-	-	-	-	-
12	2	3	1	-	-	-	-	-
13	2	2	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	- *NSG
15		-	-	-	-	-	-	-
16	4	2	3	-	-	-	-	-
17	-	-	1	-	-	-	-	-
18	3	2	-	2	-	1	-	-
19	-	3	-	-	-	-	3	-
20	4	5	4	-	-	4	4	-
<b>TOTAL</b>	11	12	9	2	-	2	3	-

\*NSG no se grabó la sesión.

PUNTUACION  
ESCALA  
INSIGHT

GRAFICA 3 PARA SEGUIMIENTO DEL INSIGHT POR AREAS ABORDADAS  
RAQUEL



**HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 3 RAQUEL**

**CUADRO POR AREAS**

NO. SESION	FAMILIAR *1	EMOCIONAL	PAREJA	SEXUAL
1	Expresa que su asistencia al grupo es por que tiene problemas con su mamá que es dominante, le desespera las ideas que tiene con respecto al sexo, ella desea compartir con el grupo otras ideas y experiencias que ha tenido.			
	LABORAL	SOCIAL	PERSONAL	ESCOLAR

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.

**HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 3 RAQUEL**

**CUADRO POR AREAS**

NO. SESION	FAMILIAR *4	EMOCIONAL *5	PAREJA *4	SEXUAL
20	Expresa que le ayudó el grupo a ver que su mamá no estaba tan cerrada, reconoce en el conflicto con ella una parte es de la mamá y otra es el de ella.	Expresa que estar en el grupo le ayudó a comprender que la independencia no se logra nada más teniéndola sino que se tienen que hacer muchas cosas para lograrla. Es lo que voy a tratar de seguir haciendo. Expresa sentirse a gusto con los que están y un poco de nostalgia con los que se fueron, siente nostalgia porque se va a terminar el grupo pero que también esta contenta porque sabe que puede salir adelante, que tiene muchas cosas que hacer, que todavía le falta seguir trabajando.	El estar en el grupo le permitió que ideas y cosas que se establecieron años atrás y que no le permitían desarrollarse al 100% cambiaran con su pareja. Ha hecho cosas que no se permitía antes, como estar con el novio en la casa de él, irse sin avisar a donde va y visitar algunos lugares que de no haber estado en el grupo no lo habría logrado.	
	ESCOLAR *4	SOCIAL *4	PERSONAL	LABORAL
	Ha compartido cosas con Araceli Daniela fuera del grupo, por ser de la misma carrera.	Comenta en el grupo que se ha llevado bien con Araceli Daniela, que hubo mucha comunicación, se hablaron dentro y fuera del grupo y expresa que fue padre decir que quiere y desea seguir así independientemente de que ya no se vean dentro del grupo, comunica esto a todo el grupo.		

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.

## **ARACELI DANIELA.**

Joven de 19 años de edad, soltera, estudiante del tercer semestre de la Lic. En Psicología.

Se trata de una persona de tez blanca, de estatura mediana, de complexión robusta. su arreglo personal es sencillo y femenino, de clase media baja.

Ella manifiesta que le preocupan dos situaciones: una la situación familiar. pues sus padres tienen problemas de pareja y ella se ha involucrado y la otra es su estado emocional. pues se siente con baja autoestima, lo que le afecta en su relación con amistades y novios.

Dice que estos problemas son desde que ella era niña, pues su madre tenía otra pareja, con la que mantenía relaciones extramaritales, e inclusive se iba los fines de semana con él; regresaba ebria los domingos, abandonándola a ella y a su hermano, su padre nunca hizo nada, siempre fue pasivo, solo dejaba de hablarle; ella lloraba y él la perdonaba. En una ocasión se iban a separar, pero finalmente no lo hicieron.

Esta situación de infidelidad de la madre y debilidad del padre la han llevado a confundirla cuando establece relaciones de noviazgo, sin embargo, señala la importancia de ser fiel.

Es la primera de 3 hermanos. Siendo ella la mayor, después un hermano de 15 y otro de 5 años; el nacimiento de este último niño causó importante conflictiva, pues el esposo decía que no era de él y no lo reconoce legalmente, con el paso del tiempo acepta registrarlo.

Desconoce los aspectos de su nacimiento y desarrollo, siempre recuerda a su abuela que la ha cuidado y que la apoya en todos los momentos que ella lo ha requerido.

Durante la primaria recuerda haber sido introvertida, sin embargo sobresaliente en su desempeño académico, situación que le da privilegios.

Sus padres siempre le han reconocido su buen desempeño escolar.

Desde la infancia refiere sentirse insegura en las relaciones interpersonales. En la relación de pareja tiene conflictos porque se le dificultaba expresar sus necesidades al hombre, lo que ha influido para el rompimiento de su relación con un joven de su edad con el que emocionalmente se siente apoyada, escuchada, lo que ha contribuido a mejorar su autoestima.

Durante las 20 sesiones que duró el proceso de psicoterapia grupal, faltó a 4 sesiones (7, 15, 16, 17), habitualmente llegaba con unos minutos de retraso a la sesión, sin embargo se integraba a la dinámica de la sesión, participando con material personal y haciendo comentarios de los temas revisados por los demás compañeros.

La frecuencia con la que abordó las diferentes áreas en las 20 sesiones fueron las siguientes: familia, 7 sesiones, emocional 9, pareja 9, (tabla 4) sexual 1, laboral 2, escolar 2. personal 3.

Se observa que las áreas de familia, emocional, pareja, fueron las que en mayor frecuencia se revisan en las sesiones, obteniendo una puntuación de 5 en la sesión 20. corresponde a la calificación más elevado en la escala del Insight, llegando a la resolución parcial del conflicto que motivó la consulta. Expresa deseo de desvincularse de los conflictos de los padres reconociendo que es a ellos a quienes les corresponde solucionar

sus problemas conyugales, dice que su mamá ha dejado de verse con su amante, que ya no los involucra a sus hermanos y a ella para atacar al padre, se han comunicado mas. Con su padre, identifica el patrón que sostiene la hostilidad con ella y sus hermanos que se da como respuesta a la agresión que sienten todos.

Dice sentirse bien, con una mejor autoestima con el deseo de no dejarla caer, con su novio se siente bien, en el área personal refiere que ella es una persona adulta que tiene que fijarse sus propias meta, preocuparse por su vida y no quiere seguir cargando con ese problema (refiriéndose al problema de sus padres) ya que esto le incomoda y le trajo muchas inseguridades.

Obtiene un puntaje de 4 en las áreas escolar, (sesión 20), laboral (sesión 20), sexual (sesión 18), pareja (sesiones 8, 10, 11),(gráfica 4 ) esta puntuación hace referencia de cómo la paciente intenta resolver los conflictos, pregunta a los terapeutas el tipo de enfoque que tuvo la terapia ya que ella es estudiante de psicología y cuando un maestro le preguntó del tipo de terapia que estaba llevando no supo que decir, dice tener curiosidad por saber más en relación al tratamiento que recibió.

En el área sexual, reconoce que desde niña le enseñaron que el sexo es algo prohibido, por eso no se debe de hacer, sin embargo ella considera que a su edad es normal que tenga deseos de tener intimidad con su novio, porque es joven, y la sexualidad se tiene a flor de piel, el único temor de hacerlo irresponsablemente sería a infectarse de SIDA, o a tener un embarazo no deseado que traería complicaciones importantes a su vida.

En relación a la pareja relata como puede identificar a alguien con quien ella puede establecer una relación de noviazgo, pues desea estar más tiempo con el, le es agradable su presencia, comparten ideologías, disfruta lo que hacen juntos.

Relata las dificultades que tiene con sus padres, los que se inconforman porque tenga novio, y como ella hablando con ellos puede hacer que respeten sus decisiones ellos le dicen finalmente que si ella está a gusto con el entonces es su responsabilidad.

Se observa que en general el puntaje de Insight oscila en 4 y 5, refleja que la paciente puede hacer diferentes intentos para solucionar los conflictos que la llevan a solicitar consulta (pareja, sexual, escolar), y como en el aspecto familiar, emocional y personal puede identificar cómo es su participación en la conflictiva generando con estos patrones diferentes que le permiten mayor ajuste con lo que los síntomas presentados al inicio del tratamiento disminuyen.

Los puntajes de Beck pre test 6-42 depresión mínima, post -test, 5-36 depresión mínima.

De acuerdo a Coderech (1985) , la sintomatología presentada es característica de estados depresivos y se dan sentimientos de culpa acompañados de intensos reproches e ideas de indignidad ,las autoacusaciones por faltas imaginarias o reales también están presentes .El contenido de la depresión de acuerdo al mismo autor se establece en la relación ambivalente odio-amor con el primer objeto (madre).Todas las decepciones, fracasos perdidas que en la vida adulta se sufran desencadenarán este acceso melancólico, es decir en el inconsciente del enfermo se vive el suceso de frustración o pérdida como una repetición de la experiencia traumática infantil sufrida con el primer objeto.

En el caso de A.D. las constantes frustraciones en la relación madre-hija , en las diferentes etapas de su vida le han afectado en su estado emocional , al solicitar la consulta

por primera vez los rasgos depresivos se exacerbaban por la relación de ambivalencia con el novio con el que finalmente concluye, esta pérdida se enlaza con el abandono constante de la madre, así como el posible fallecimiento de la abuela materna la cual cursa con cuadro respiratorio que finalmente supera, estas situaciones se trabajan durante la terapia por lo que al finalizar el proceso de psicoterapia hay una resolución parcial del conflicto.

A.D. inicia relación con joven de su edad con el que mejora su comunicación y la relación se da con confianza mutua, se desvincula de la conflictiva conyugal de los padres, adquiere mayor confianza en sí misma al hacerse responsable de su conducta y de sus conceptos de la pareja.

El tratamiento fue efectivo en la medida que redujo la sintomatología motivo de consulta, hubo una mejoría en la autoestima aunado al deseo de promover actitudes para no dejarla caer, plantea una actitud propositiva de ser fiel en sus relaciones para no repetir el patrón de la madre.

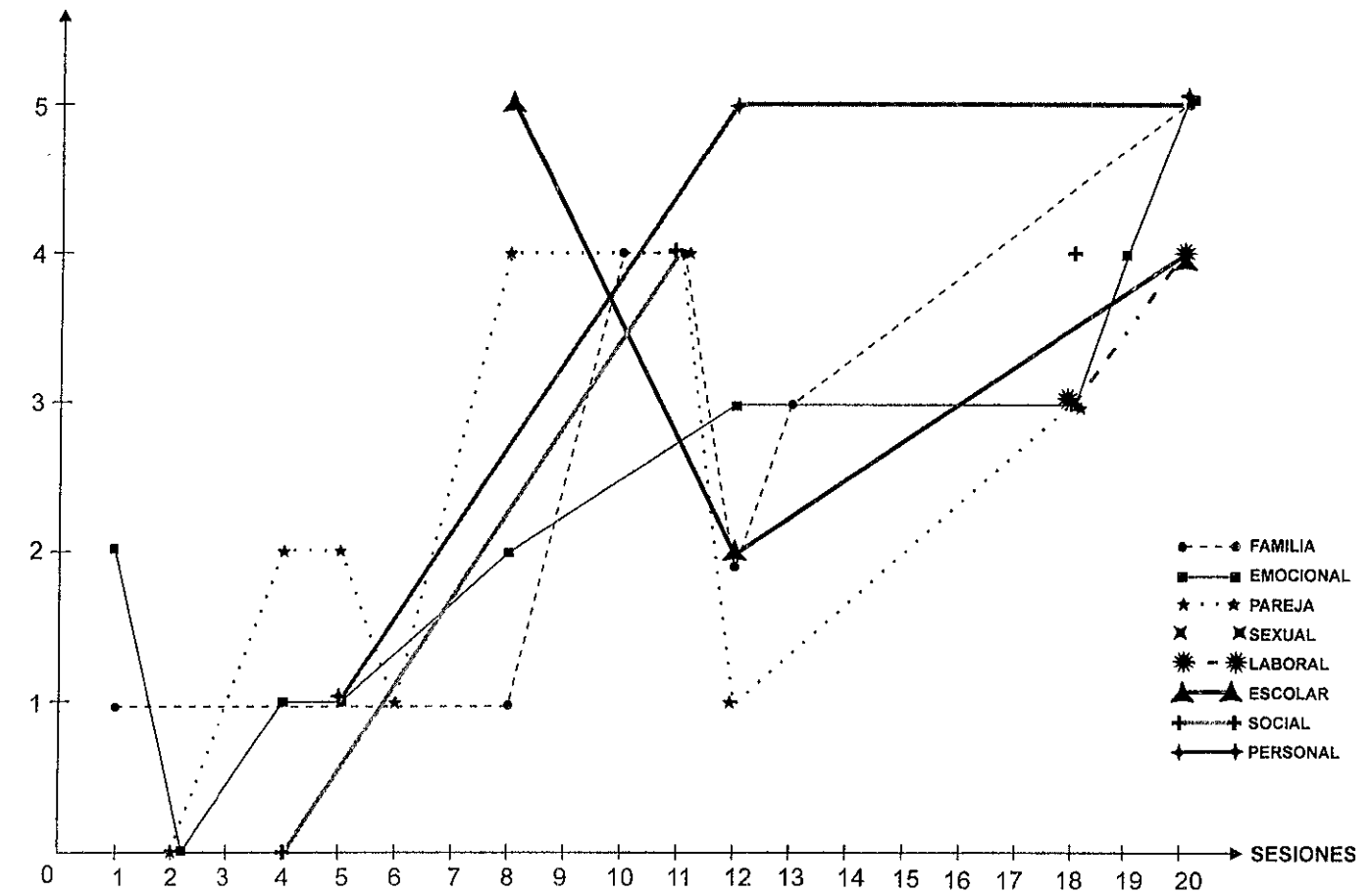
**TABLA 4**  
**REGISTRO DEL GRADO DE INSIGHT POR SESION Y POR AREA DE**  
**ARACELI DANIELA**

AREAS								
SE- SION	FAMI- LIA	EMOCI ONAL	PARE- JA	SE- XUAL	LABO- RAL	ESCO- LAR	SO- CIAL	PERSO NAL
1	1	2	-	-	-	-	-	-
2	-	0	0	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	0-1	1-2	-	-	-	0	-
5	-	0-1	2-1	-	-	-	-	1
6	-	-	1	-	-	-	-	-
7	Falto	-	-	-	-	-	-	-
8	1	2	4	-	-	5	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-
10	4	-	4	-	-	-	-	-
11	4	-	4	-	-	-	4	-
12	2	3	1	-	-	2	-	5
13	3	-	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-
16	-	-	-	-	-	-	-	-
17	-	-	-	-	-	-	-	-
18	-	3	3	4-1	3	-	-	-
19	-	4	-	-	-	-	-	-
20	5	5	-	-	4	4	-	5
<b>TOTAL*</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>



PUNTUACION  
ESCALA  
INSIGHT

**GRAFICA 4 PARA SEGUIMIENTO DEL INSIGHT POR AREAS ABORDADAS  
ARACELI DANIELA**



**HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 4 ARACELI DANIELA**

**CUADRO POR AREAS**

NO. SESION	FAMILIAR *1	EMOCIONAL *2	PAREJA	SEXUAL
1	Mis papás tenían problemas, mi mamá tenía un amante y regresaba los domingos medio borracha, mi papá lo permitía, nunca puso un alto, no tenía autoridad, la relación con mi padre fue superficial.	Me hacía daño el que se fuera mi mamá, yo no tengo por que estar llorando los fines de semana, afecto mi autoestima.		
	LABORAL	ESCOLAR	PERSONAL	SO-CIAL

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.

**HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 4 ARACELI DANIELA**

**CUADRO POR AREAS**

NO. SESION	FAMILIAR *5	EMOCIONAL *5	PAREJA	SEXUAL
20	<p>Mi mamá regresó a la escuela y ha dejado de verse con esta persona, le agradezco ya que no me involucra ni a mí ni a mis hermanos.</p> <p>La actitud de hostilidad de mi papá estaba en respuesta a nuestra hostilidad que sentimos todos.</p> <p>Yo vivi la infidelidad de unos de mis padres y eso no quiere decir que yo tenga que seguir sus pasos.</p>	<p>Dentro del grupo me he sentido bien, traía una autoestima muy baja cuando llegue, ha habido modificaciones importantes en la actitud de mis padres, se han comunicado mas ultimamente, actualmente en mi casa no tengo problemas con mi novio, me siento bien, me siento con animos, me siento motivada a no dejar caer mi autoestima, así es como me siento bien.</p>		
	LABORAL *4	ESCOLAR *4	PERSONAL *5	SOCIAL
	<p>Tengo que fijarme mis propias metas para la vida.</p>	<p>Yo estoy estudiando psicología y me gustaría saber que tipo de enfoque se dio cognitivo, conductual, me entro curiosidad por que el otra día un maestro me preguntó si estaba en terapia y dijo ha que bueno y que enfoque es, y no quede, pues no se tenía curiosidad por preguntarselo. Me siento bien afortunadamente, creo que voy a salir bien en la escuela.</p>	<p>Yo estoy siendo una persona adulta y voy a tener que fijarme mis propias metas, preocuparme por mi vida y no seguir cargando con ese problema, que a mi me incomoda mucho. Porque me trajo muchas inseguridades.</p>	

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.

## **BEATRIZ ROCIO**

Es una mujer de 17 años, soltera, estudiante del 1er. Semestre de Licenciatura en Contaduría y Administración (cuadro 1).

Se trata de una persona de tez morena clara, estatura alta, delgada, de arreglo personal discreto y femenino, de clase media baja, manifiesta tener conflictos para establecer relaciones heterosexuales duraderas, problemas con sus padres, ansiedad e inestabilidad emocional, situación que le preocupa.

Su padre tiene 53 años de edad, lo considera poco afectivo, distante, mentiroso e infiel, aunque en ocasiones que ella lo ha necesitado se muestra cercano.

Su madre de 52 años de edad, la considera sometida en relación al padre, no externa sus conflictos y es apegada a los convencionalismos sociales, su relación con ella es buena, en momentos de conflicto y crisis siempre la escucha y apoya.

Es la menor en su casa, tiene un hermano de 24 años, soltero .

En cuanto a su nacimiento este fue planeado y deseado, durante la infancia sufrió abuso sexual por parte de un primo lo que le generó traumas emocionales que hasta la fecha relata.

Desde la infancia presenta algunos problemas en la relación con los demás, siempre trata de rescatar a las personas que son rechazadas, generándole esto problemas con sus padres, pues le cuestionan el tipo de amistades que tiene, pues ella tiene la posibilidad de elegir entre sus compañeros y siempre busca las relaciones más complicadas incluyendo a su pareja, establece relaciones con hombres poco comprometidos.

En el área laboral ha tenido algunos trabajos eventuales que le permiten también estudiar y ganar un poco de dinero para gastos personales.

Del desempeño académico ocasionalmente piensa que hizo una elección vocacional equivocada, pero que concluirá el año y después decidirá si quiere continuar o no en esa facultad.

La relación con compañeros y amistades es buena, recibiendo apoyo de éstos. En el área social refiere tener conflictos, los que se inician con la seducción, violación y que en la actualidad repercuten, pues piensa que algunos hombres la buscan sólo para tener relaciones sexuales.

Asiste puntualmente a las consultas casi todo el tiempo, en una sesión plantea que va a tener que irse a la mitad de la terapia porque tiene una asignatura que está recursando y que inicia dentro del horario de las sesiones. El grupo le plantea lo importante de su

presencia, en la consulta siguiente, refiere haber cambiado el horario de la clase por lo que puede quedarse a la sesión completa.

Las áreas que se revisaron con más frecuencia son la familiar, emocional, pareja (tabla 5). En el área familiar el puntaje más alto que es de 5 lo alcanzó en la sesión No. 20. Sin embargo durante 12 sesiones, revisa los conflictos de sus padres que constantemente la desubican cuando hablan de separarse por infidelidad de él, ambos discuten esta situación enfrente de ella, esto repercute de forma importante en el estado emotivo de la paciente generando sintomatología que motiva la consulta psicológica

De las sesiones psicológicas a la que asiste identifica la existencia de conflictos. Posteriormente asocia los elementos del pasado como son el que el padre corre a una de sus hermanas cuando lo encuentra con otra mujer, la seducción y abuso sexual de un primo en su infancia y la actitud pasiva del padre cuando se entera de la situación, esto repercute en su relación de pareja los abandona cuando son comprometidos y cuando la tratan mal ella busca mantener esa relación a lo largo del proceso psicoterapéutico. La puntuación en el Insight se inicia en 0 y 1, y se incrementa paulatinamente a lo largo de 10 sesiones manteniendo el nivel de 2 y 3. Para finalizar con puntajes de 3, 4 y 5 en las últimas sesiones,( gráfica 5) por lo que se puede decir que para el área emocional y familiar llega a comprender como es su participación en los conflictos familiares, intenta soluciones como es el no apoyar a la madre contra el padre y salirse de los conflictos de la pareja de los padres y darse cuenta que ese no es su problema .(anexo 3 )

Emocionalmente expresa sentirse mejor, reconociendo que sólo ella es la única que tiene que tomar decisiones y realizar cosas para su persona, aunado al deseo de solucionar sus problemas, rescata las áreas sanas del padre como es el que siempre ha estado con ella y nunca le ha faltado nada y la apoya, independientemente de los problemas con su madre.

Concluyó relación con joven farmacodependiente e inicia una búsqueda de una pareja, pone mas atención a las actitudes hacia ella, refiriendo que le agrada cuando le proporcionan cosas buenas sus parejas, expresa al grupo el deseo de continuar viéndoles posterior a que concluya el grupo con fines de cultivar su amistad.

El puntaje del pretest Beck-37-99 depresión severa. El puntaje de post-test Beck 11-70 depresión leve.(anexo 4)

Se observa un decremento importante en rango percentilar y en el puntaje crudo así como en el diagnostico de severo a mínimo. Este también se confirma con la disminución clínica de los síntomas, motivo de consulta aunado a mejoría en la autoestima, mejor relación con el padre, ruptura con una pareja que le ocasiona múltiples problemas, poco comprometido y apertura a numerosas opciones en la relaciones sociales y de pareja, identificando de antemano que ella no desea ser el apoyo de personas con dificultades. Por lo que el puntaje de 5 en la escala de Insight, sugiere que la paciente además de emplear algunas alternativas de solución a los conflictos puede identificar parcialmente cómo participa en los conflictos que le llevaron a solicitar consulta.

En relación a los síntomas que presenta Beatriz y que motivan la consulta, Freud, refiere que la melancolía se presenta después de una pérdida, ya sea de un

ser querido, de un ideal, de una esperanza, tanto en una aflicción normal como en la melancolía, aparecen inhibición, desinterés como en el mundo exterior, tristeza, disminución de todas las funciones psíquicas y físicas, las diferencias entre aflicción, la pérdida experimentada es consciente mientras que la melancolía es inconsciente y la pérdida va mucho más allá de lo conocido por el sujeto, en la depresión está se encuentra vinculada a una pérdida que ha tenido lugar en el propio yo, que de tal forma se ve afectado, empobrecido y culpabilizado, el tratamiento y los avances que tiene la parte se dan en la medida que diferencia la conflictiva de los padres y de las parejas y se va desvinculando de ellos, asume más compromiso con su persona e intenta soluciones a los conflictos iniciales como es trabajar para no depender más del padre, practica actividades deportivas, intenta vincularse con jóvenes que no tengan tantos conflictos en su vida personal.

**TABLA 5**  
**REGISTRO DEL GRADO DE INSIGHT POR SESION Y POR AREA DE**  
**BEATRIZ ROCIO**

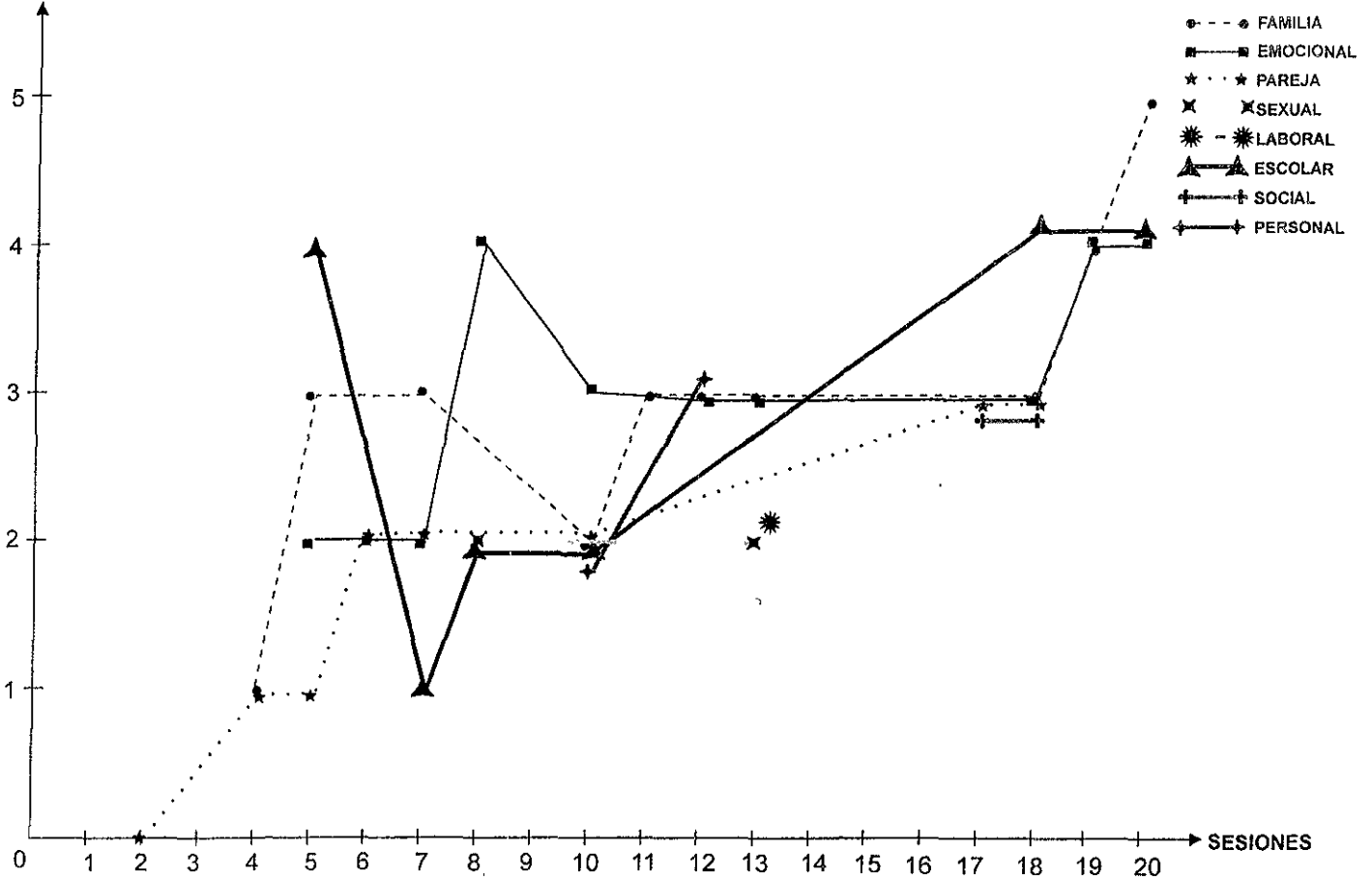
(ANEXS E- SION	AREAS							
	FAMI- LIA	EMOCI ONAL	PARE- JA	SE- XUAL	LABO- RAL	ESCO- LAR	SO- CIAL	PERSO NAL
1	-	-	-	-	-	-	-	NSG
2	-	-	0	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	NSG
4	1	-	1	-	-	-	-	-
5	2-3-3	2	1	-	-	4	-	-
6	-	2-2	2	-	-	-	-	-
7	1-2-2-3	2	2	-	-	1	-	-
8	-	4	-	2-2	-	2	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	NSG
10	2-2	2-2-2-3	2-2	-	-	2-2	-	2
11	3-3	-	2	-	-	-	-	-
12	2-2-3	3	-	-	-	-	-	3
13	3-3-2	3	-	2	2	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	*NSG
15	-	-	-	-	-	-	-	F
16	-	-	-	-	-	-	-	F
17	-	-	3-3	-	-	-	3	-
18	3-4-3	3-3-3	3-3-2	-	-	4	3	-
19	4-4	4	-	-	-	-	-	-
20	5	4	-	-	-	4	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

\*NSG no se grabó la sesión

PUNTUACION  
ESCALA  
INSIGHT

### GRAFICA 5 PARA SEGUIMIENTO DEL INSIGHT POR AREAS ABORDADAS BEATRIZ ROCIO

58



## HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 5 BEATRIZ ROCIO

## CUADRO POR AREAS

NO. SESION	FAMILIAR *1	EMOCIONAL	PAREJA *1	SEXUAL
4	<p>Peleo mucho con mi papá por que no cree en la psicología, dice que me hacen llorar y pago, mis papas están sentidos por que fue su aniversario y se me ocurrió decir que es era su aniversario no el mío, me molesta verlos juntos porque se me hacen hipócritas por que un día están bien y otro día están peleando. Una amiga me comento que sus papas se estaban divorciando y le dije, "ni los peles", tu estas sufriendo, serán tus papas pero se pelean, y después andan como si nada, yo una sola vez los vi peleando, estuve en medio se aventaron cosas y al día siguiente estaban hablando como si nada, si mis papas se llegan a divorciar me quedo con mi mama.</p>		<p>Tengo problemas de pareja, no les creo y pienso que es mecanismo de defensa pues se siente feo.</p> <p>Todos los días me la paso fuera de mi casa desde que ando con este niño, mi mamá me dice que me llegó tarde la adolescencia.</p>	
	<b>LABORAL</b>	<b>SOCIAL</b>	<b>ESCOLAR</b>	<b>PERSO NAL</b>

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.



**HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 5 BEATRIZ ROCIO**

**CUADRO POR AREAS**

NO. SESION	FAMILIAR *5	EMOCIONAL *4	ESCOLAR *4	SEXUAL
20	Yo entre por problemas no tanto míos, sino por problemas de mis papás y que ahora ya nadie los “pela”	Yo tenía baja autoestima, relaciones destructivas, no puedo decir que estoy completamente bien, pero todos los del grupo tenemos bases para decir, hice esto como lo hice y como lo arreglo, siento que ya no estamos tan desubicados como veníamos. Ya no me siento basura, al menos me siento que se lo que quiero y se que valgo algo y se que tengo algo que hacer por mi. Las unicas personas que nos podemos ayudar somos nosotros mismos, entendí que a veces necesitas apoyo de alguien, la mano que le extienden que te digan, te voy a ayudar a salir y voy a ser tu apoyo y te puedes apoyar en mi.	Este grupo fue mi apoyo, ese sostén que a mi me tuvo en pie y que me dijo tienes que hacer algo que te haga salir. La amistad que nació entre todos que no quede aquí, que le echen mas ganas allá, que sigan adelante, que le echen ganas, aquí siempre voy a estar yo y muchas gracias a todos. Aunque no los voy a ver a diario, porque no estoy en esta misma escuela. Tenemos cosas en común muy fuertes.	
	<b>LABORAL</b>	<b>SOCIAL *3</b>	<b>PAREJA</b>	<b>PERSO NAL</b>
		Siento tristeza por este grupo porque termina, aunque no se termina el vinculo que nos une y si alguno tiene algún problema en cualquier momento pueden contar conmigo, si me llaman estaré, así sean las tres de la mañana. “No hay bronca”		

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.

## **ELEONORA PATRICIA**

Se trata de una joven de 20 años de edad, soltera, estudiante del 5°. Semestre de Administración de Empresas en la UNAM (cuadro 1 ).

Es una mujer de estatura mediana, complexión robusta, pelo rizado largo, asiste a consulta con arreglo poco femenino, desaliñado, viste pantalón y chamarra de mezclilla, camisas de cuello sport, botines y mochila al hombro.

Solicita consulta y manifiesta que en su familia existen varios problemas desde hace algunos años, describe que el padre es agresivo y violento con toda la familia los agrede física y verbalmente a ella la ha golpeado inclusive cuando transita por la calle o enfrente de sus compañeros o vecinos en una ocasión la golpeo en la cabeza generándole aturdimiento.

Dice que los conflictos con su padre son desde que ella era pequeña, pues incluso los golpea y la madre no hace nada, evitando con esto un enfrentamiento entre ellos.

Reconoce que el padre es buen proveedor, pues hasta les ha construido un departamento a cada uno de sus hijos y les ha apoyado para estudiar en colegios particulares. Sin embargo, el mal carácter, el uso de palabras altisonantes cuando se dirige al resto de la familia han hecho que lo menosprecien.

Su madre de 40 años trabaja como comerciante de mariscos al igual que el padre. La percibe como una mujer devaluada, sumisa, que constantemente es descalificada y agredida por su esposo sin que haga nada por evitarlo.

No defiende a sus hijos a pesar de que el padre es injusto en sus castigos con ellos, la paciente esta en desacuerdo con su madre por no tener carácter para defenderse del maltrato del esposo.

Es la primera de un total de 3 hermanos. Le sigue un hermano de 19 años con el que rivaliza porque el ambiente familiar tiende mas hacia el machismo, situación que le es conflictiva

Con sus novios tiene conflictos importantes, el último de ellos la golpea, e insulta, posterior a que ella se niega a tener intimidad con él, y como consecuencia la ruptura entre ambos.

Expresa que en semanas recientes ha presentado ansiedad, tristeza labilidad emocional, desesperanza incluso, ha pensado en ingerir pastillas con fines suicidas, como solución a sus conflictos sin que lo haya llevado al acto

De acuerdo a Coderech (1985) esta sintomatología se encuentra en la depresión. La ideación suicida forma parte del cuadro depresivo, el paciente presenta una alteración del humor y del estado de ánimo, presentan una pérdida de la vitalidad y una rehuída de las relaciones sociales, puede haber sentimientos de culpa acompañados de intensos reproches e ideas de indignidad, el acto suicida tiene como base el deseo de liberarse de una vida de desgracias e infortunios. Esto concuerda con los síntomas traídos como motivo de consulta de la paciente.

Los puntajes de Beck Pre-test 26-97 D. Moderada. Post test. 19-91 D Moderada.

Durante el proceso de psicoterapia grupal habitualmente llega puntual a las sesiones ,su participación era aportando material personal, referente a la familia, pareja y su estado emocional faltó a 6 sesiones 5, 10, 11, 13, 14, 18. (tabla 6 )

Se observan variaciones en la puntuación del Insight, no manteniéndose el nivel logrado y decrementando este posterior a que falta a las sesiones

Expresa ser buena estudiante más que por el deseo de obtener una buena calificación, por el temor ser castigada por su padre, el ambiente laboral no es factible para ella por que eso le desagrada al padre y ella cree que tal vez cuando trabaje sí se alejara de ellos.

Las oscilaciones en el Insight, reflejan la inconsistencia en la asistencia de la paciente a la psicoterapia presenta un decremento importante en el nivel alcanzado 3, 4 a 0, 1, 2.(gráfica 6 ) Por o que al dar por terminada el proceso de psicoterapia grupal, ella retoma parte del material que venia trabajando sin que logre generar alternativas de solución al material ya revisado al iniciar la psicoterapia.

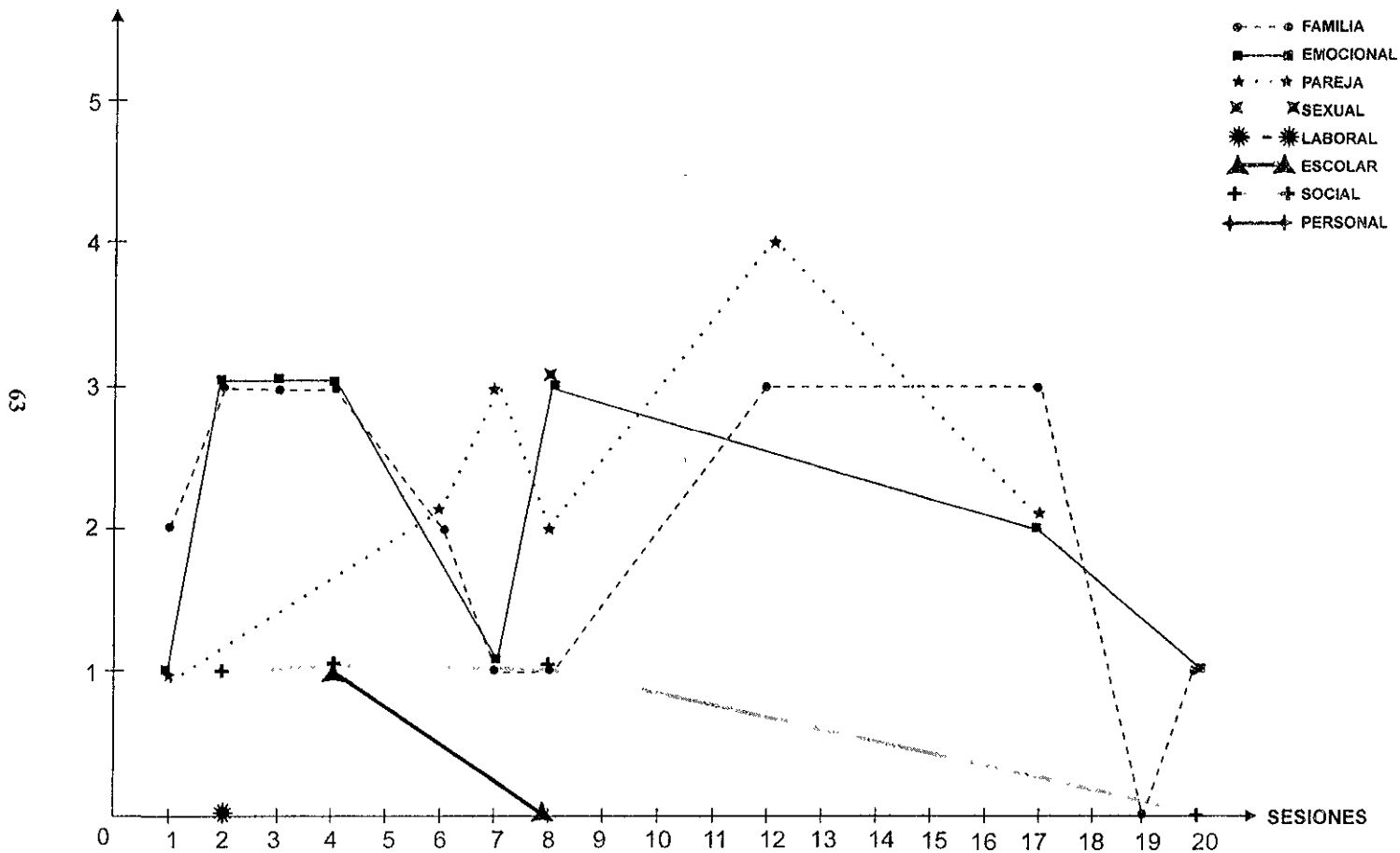
Los beneficios son conocer los conflictos por área y asociar elementos del pasado.

**TABLA 6**  
**REGISTRO DEL GRADO DE INSIGHT POR SESION Y POR AREA DE**  
**ELEONORA PATRICIA**

AREAS								
SE- SION	FAMI- LIA	EMOCI ONAL	PARE- JA	SE- XUAL	LABO- RAL	ESCO- LAR	SO- CIAL	PERSO NAL
1	2	1	1	-	-	-	-	-
2	2-3-2	2-3	-	-	0	-	1	-
3	3	3	-	-	-	-	-	-
4	3	3	-	-	-	1	1	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-
6	2	-	2	-	-	-	-	-
7	1	1	3-2	-	-	-	-	-
8	1	3	2-1	3	-	0	1	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-	-
12	3	-	4	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-
16	-	-	-	-	-	-	-	-
17	3	2	2	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-	-
19	0	-	-	-	-	-	-	-
20	1	1	-	-	-	-	0	-
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	

PUNTUACION  
ESCALA  
INSIGHT

### GRAFICA 6 PARA SEGUIMIENTO DEL INSIGHT POR AREAS ABORDADAS ELEONORA PATRICIA



**HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 6 ELEONORA PATRICIA**

**CUADRO POR AREAS**

NO. SESION	FAMILIAR *2	EMOCIONAL *1	PAREJA *1	SEXUAL
1	Dice tener conflictos con su papá que es una persona machista y dominante, por llegar tarde en una ocasión la golpeo, no le permitió que le explicara el motivo de su llegada tarde. Externa el deseo de que la ayuden, para manejar la relación en su familia y evitarse relacionarse con personas que le hacen daño (pareja).	En un principio era emocionante la relación con el porque ella creía que tratandolo bien el iba a dejar a su novia pero no fue así y ahora se siente utilizada pues no ve que haya respuesta de parte de el.	Refiere que tuvo un novio que unicamente quería tener relaciones sexuales con ella, como ella se negó, la dejó, paso el tiempo y ella se involucra con el hermano de el exnovio que también tiene novia, lo hace como una venganza pero ya no quiere continuar esa relación, pues teme dañar a las personas y no se fija en lo que ella siente.	
<b>LABORAL</b>		<b>SOCIAL</b>	<b>PERSONAL</b>	<b>ESCOLAR</b>

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.

**HOJA PARA VACIADO DE SESIONES 6 ELEONORA PATRICIA**

**CUADRO POR AREAS**

NO. SESION	FAMILIAR *1	EMOCIONAL *1	PAREJA	SEXUAL
20	Expresa que no le gusta estar con su familia de vacaciones, porque su papá se la pasa regañándola de cualquier cosa y busca la forma de estar molestándola, relata un incidente del fin de semana, cuando llega la mamá de malas y la ve tocándose "pellizcándose" un barrito, le dice deja de tocarte ese "hozico" ella le contesta golpeado que ella sabe lo que hace. Su papá la escucha y la empieza a regañar, ella no puede contestar ni decir nada y se queda con el coraje. Le dice que se vaya a su departamento y que allá nadie la molestará, que todo lo hace mal, su hermano se cree su papá y también la molesta.	Expresa que se siente con coraje y que no desea hablar. (Llora durante su discurso.)		
	<b>LABORAL</b>	<b>SOCIAL</b> *0	<b>PERSONAL</b>	<b>ESCOLAR</b>
		Le gusta estar con el grupo y los integrantes, y externa que si uno puede salir, entonces los demás pueden hacerlo.		

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.

65

## CARACTERISTICAS DE LAS PROPIEDADES DEL GRUPO PSICOTERAPEUTICO

- A) El grupo oscila entre los 17 y 21 años. Es un grupo mixto, un hombre y seis mujeres, su nivel educativo es de estudiantes de una licenciatura en la UNAM, de las carreras de psicología, arquitectura, contaduría, administración.
- B). En todos los casos existían conflictos familiares en la relación de pareja de los padres y los pacientes, se involucraban en esta conflictiva.
- C) De las 6 familias en 4 de ellas uno de los padres fue infiel, el otro asume una actitud pasiva y sumisa ante esta situación. En los dos casos restantes la actitud de la pareja de padres es uno agresivo y otro sumiso.
- D) En cinco casos el padre es agresivo y la madre sumisa, sólo en un caso las actitudes son inversas la madre es violenta y el padre sumiso.
- E) La actividad de la mamá tres se dedican al hogar las otras 3 trabajan, dos como secretarías y una comerciante.
- F) En relación a los síntomas todos manifestaban depresión, presentan síntomas como pérdida de interés para actividades cotidianas, algunos problema en las relaciones interpersonales.
- G) Durante el proceso psicoterapéutico se observaron aspectos en común:  
El grupo compartía conflictos de relación con los demás y con sus padres, debido a sus intentos de independizarse y por sus propios temores, retoman actitudes de dependencia emocional.

## ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

**Historias clínicas:** Se observa que los pacientes perciben a las figuras parentales poco afectuosas y distantes, esta vivencia es así desde sus primeros años de vida, ante la ausencia física o emocional de los padres, ellos la niegan y tienen la misma actitud siendo distantes con los progenitores, y en algunos casos conflictuándose con ambos mostrando actitudes de hostilidad que incrementa aún más la distancia en la vinculación padres-hijo.

En sus relaciones de pareja refieren conflictos ya que se les dificulta el establecer vínculos profundos por temor a ser abandonados o rechazados.

Externan dificultad para mostrar sus afectos cuando alguna persona les interesa, esto les hace sentir debilidad, temer repetir el mismo patrón de sus padres en donde uno es agresivo y dominante y el otro es sometido y humillado.

En la relación con los hermanos se da con cierta rivalidad pues ellos son vistos como los favoritos de por lo menos uno de los padres, situación que los conflictúa con el resto de los hermanos.

Todos son estudiantes de licenciatura de la UNAM.

Los problemas que presentan se refieren a las relaciones interpersonales con los padres, y con los hermanos, esto repercute en su estado emocional con sentimientos de minusvalía, tristeza, inseguridad, ansiedad, desesperanza, insomnio, ambivalencia en sus emociones.

**Sesiones terapéuticas:** A lo largo de las sesiones terapéuticas se encontró que las áreas que más se abordaron por los pacientes fueron las áreas, familiar, emocional, pareja, sexual. Con menor frecuencia escolar, social, personal.

Aplicación Inicial Beck:

Cuatro de los pacientes mostraron en la aplicación inicial del BDI un puntaje que los ubica en Depresión mínima, un caso se ubica en rango de depresión moderada y 2 en el rango de depresión severa.

Este grupo tiene elementos en común en cuanto a que todos presentan en diferentes niveles puntajes que son indicativos de depresión, los integrantes presentan sentimientos de inseguridad, minusvalía y abatimiento, en algunos casos hay una búsqueda de aceptación y cariño y en dos casos ideas de muerte como solución a sus problemas.

Al finalizar el tratamiento hay cambios en el puntaje crudo obtenido en respuestas de la prueba de Beck y en el rango percentilar, sin embargo el diagnóstico solo cambio decrementando el rango diagnóstico de depresión severa a depresión mínima, en un caso y en un caso se incrementa. Cuatro casos permanecen en la misma categoría diagnóstica.

Considerándose significativos los cambios en los puntajes crudos y los cambios en el rango percentilar.



## CONCLUSIONES

De los resultados del grupo, se puede decir que hubo mayor puntaje en la escala de Insight en aquellos pacientes que asistieron con mayor regularidad a las sesiones de psicoterapia, los niveles de Insight oscilaron entre 4 y 5, en las áreas que fueron trabajadas a lo largo del proceso psicoterapéutico.

En los pacientes que hubo inconsistencia en su asistencia a las consultas hubo oscilaciones en el puntaje obtenido en el Insight. Inclusive decremento la calificación alcanzada posteriormente a un periodo prolongado de inasistencia a las sesiones

Consideramos que la psicoterapia a 20 sesiones permitió a los usuarios con apego al tratamiento la disminución de los síntomas presentados como motivo de consulta, así como la resolución parcial de los conflictivos subyacentes a la sintomatología presentada.

Esto de acuerdo a lo que dice Fiorinni (1992) de los efectos de la psicoterapia en el paciente como es mejor autoestima mejores relaciones con el medio (trabajo, escuela familia, etc) así como la ampliación de perspectivas personales, bosquejo inicial de un tipo de proyecto individual, alivio o desaparición de síntomas. Nos sugiere que la psicoterapia fue efectiva cuando menos en 5 de los casos, en los cuales muestran que existió una tipo de Insight por lo siguiente (anexo 3).

Mejoría en la autoestima, mejor relación consigo mismo, mejoría en las relaciones interpersonales fundandose estas en la aceptación de aquellas características que son aceptadas por ellos como es más apertura en la comunicación el deseo de ser aceptados con sus características y aceptar al otro de la misma forma.

Diferenciación de los problemas personales de los problemas de los padres.

Deseo de realizar algunas actividades de interés personal como es poner mas atención a las actividades académicas, deportivas, laborales.

La sintomatología depresiva presentada al inicio de la psicoterapia decrementó, esto se confirma en los discursos hechos por los pacientes en las sesiones y con el decremento de los puntajes crudos del BDI (anexo 4).

En dos casos desapareció ideación suicida.

En uno cambio el diagnóstico de depresión severa a depresión mínima

En otro caso (José) el incremento en los síntomas refleja etapa de introspección en donde el paciente identifica la conflictiva actual asociando esta a eventos del pasado lo que lo deprime y le genera ansiedad no pudiendo observar la elaboración de este material por el cierre de grupo psicoterapéutico, sin embargo sí se generó el deseo de continuar la psicoterapia en otro contexto lo que habla de ampliar las perspectivas personales.

Los pacientes comprendieron y modificaron algunas actitudes en relación a sus parejas al identificar algunas inseguridades que les había dejado la conflictiva de los padres.

Estas modificaciones según Fiorinni (1990) puestas en marcha durante el tratamiento, no se detienen con el alta si no que el paciente en muchos casos sigue aplicando a nuevas experiencias el criterio la actitud, ante sus problemas aprendida en el tratamiento.

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

El logro de cambios en su manera de relacionarse con los padres es diferenciando los conflictos de ellos y asumiendo que es solo a los padres a los que les corresponde la solución del problema conyugal, esto de acuerdo a lo que plantea MICHACA es una conducta más adaptativa en los medios familiares con dificultades crónicas.

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

La búsqueda de cierta individuación en las actividades que realizan, en la elección de la pareja y planes les permite mejorar la autoestima de los pacientes porque acentúan más la diferencia entre las cosas personales y la de los otros percatándose que solo ellos pueden incidir y mejorar su vida lo que repercutirá en la vida posterior.

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 aceptación de sí mismo de 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 mucho 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 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 más importante los que lo conocen bien comienzan a advertir que su descripción es verdadera.

Al final se puede decir que este tipo de psicoterapia resulto efectiva para este grupo de acuerdo a los cambios en la escala de Insight. Se favoreció la introspección de la conflictiva traída a consulta, decremento la sintomatología y se favoreció el empleo de mecanismos más adaptativos para el entorno social de los pacientes.

El conocer como ellos contribuían para el distanciamiento emocional en la relación con uno de los padres y el aceptar su participación en la dinámica familiar les permite

generar algunos cambios para sentirse mejor reflejándose esto en la disminución de síntomas.

La psicoterapia de grupo para atender a los jóvenes con síntomas depresiva fue efectiva, en la medida que les permitió conocer parte de la conflictiva subyacente .

Posteriormente generaron alternativas que les permitieron mayor ajuste en su vida familiar, personal, emocional, pareja.

Los alcances del tratamiento son la supresión de los síntomas presentados como motivo de consulta en cuatro casos decremento la labilidad emocional, la ansiedad, tristeza, desesperación, mejoraron en sus relaciones interpersonales, mejoraron resultados escolares . En dos a pesar de mantenerse el diagnostico de depresión severa y moderada, desapareció la idea de muerte.

Consideramos que la psicoterapia de grupo es una alternativa para la atención de padecimientos afectivos (depresión) de reciente inicio ya que la participación grupal mantiene a los pacientes comprometidos emocionalmente, facilita el enganche emocional necesario para la expresión de sus problemáticas.

El tratar oportunamente la depresión en esta etapa de la vida (juventud) permite a los pacientes el identificar y sensibilizarse para recibir atención en otro momento y con esto se evitan complicaciones del padecimiento

Limitaciones del tratamiento :el cierre del grupo terapéutico y el termino del último semestre de la formación de los terapeutas no permitió continuar con aquellos pacientes que necesitaban un mayor número de sesiones.

Sugerencias: Al nuevo programa de la especialidad para que a nivel intervención sea desde el primer semestre que el terapeuta en entrenamiento tenga acceso como observador, posteriormente como co-terapeuta y finalmente como terapeuta.

Los beneficios serian: para los pacientes la posibilidad de continuar con la psicoterapia de grupo de ser necesario con el equipo de terapeutas a cargo del caso.

La inclusión desde los primeros semestres del alumno en la practica de la psicoterapia supervisada.

Recomendaciones: Se sugiere realizar estudios en grupos de psicoterapia que permitan determinar la relación que existe entre la dinámica y los rasgos característicos de la familia y la aparición de síntomas depresivos en algunos de sus integrantes.

## BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, K. (1959) **LOS ESTADIOS MANIACO DEPRESIVOS Y LOS NIVELES PREGENITALES DE LA LIBIDO EN PSICOANALISIS CLINICO.** BUENOS AIRES: PAIDOS
- ALATORRE RICO, J. (1994) **CRITERIOS PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS PSICOLOGICOS.** (TRADUCCION) MEXICO UNAM CENTRO DE DOCUMENTACION, FACULTAD DE PSICOLOGIA.
- BECK,STEER,GARBIN GM (1988) **PSYCHOMETRIC PROPEITIES OF THE BECK. DEPRESSION INVENTORY: TWENTY-FIVE YEARS OF EVALUATION.**CLINICAL PSYCHOLOGY. REVIEW 8: 77: 100.
- BION, R. (1991) **EXPERIECIAS EN GRUPO.** MEXICO: EDITORIAL PAIDOS
- CARAVEO J. COLMENARES E. SALDIVAR G. (1999) **ESTUDIO CLINICO – EPIDEMIOLOGICO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.** **SALUD MENTAL** V.22, No. 2. ABRIL. PP 7-17
- CODERECH, J. (1985) **PSIQUIATRIA DINAMICA.** BARCELONA: EDITORIAL HERDER
- DIAZ PORTILLO, I (1990) **TECNICA DE LA ENTREVISTA PSICODINAMICA,** MEXICO: EDITORIAL,PAX MEX.
- FIORINI HECTOR, J. (1992) **TEORIA Y TECNICA DE PSICOTERAPIA** BUENOS AIRES: EDICIONES NUEVA VISION.
- FREUD, S. (1996) **EL YO Y EL ELLO.(1921) VOL.XIX. P.P.1-66.** OBRAS COMPLETAS. BUENOS AIRES, ARGENTINA.AMORRORTU EDITORES.
- FREUD, S. (1996) **RECORDAR,REPETIR Y REELABORAR (NUEVOS CONSEJOS SOBRE LA TECNICA DEL PSICOANALISIS (1914) VOL XII.P.P.145-157, OBRAS COMPLETAS BUENOS AIRES,ARGENTINA. AMORRORTU EDITORES.**

- FREUD, S (1996) **INHIBICION SINTOMA Y ANGUSTIA.** (1926 (1925)) VOL XX P.71-157. OBRAS COMPLETAS. BUENOS AIRES, ARGENTINA AMORRORTU EDITORES.
- FREUD,S. (1996) **PSICOLOGIA DE LAS MASAS Y ANALISIS DEL YO.**(1921)VOL.XVIII, P.P.63-136 OBRAS COMPLETAS. BUENOS AIRES,ARGENTINA. AMORRORTU EDITORES
- FREUD, S (1996) **DINAMICA DE LA TRANSFERENCIA.** OBRAS(1912) VOL XII P P.93-105. BUENOS AIRES, ARGENTINA.AMORRORTU EDITORES.OBRAS COMPLETAS.
- FROMM REICHMANN F (1978) **PSICOTERAPIA INTENSIVA EN LA ESQUIZOFRENIA Y EN LOS MANIACOS DEPRESIVOS.** BUENOS AIRES EDITORIAL HORME.
- GARCIA RAMON, PELAYO, GROSS (1991) **DICCIONARIO ENCICLOPEDICO,** BUENOS AIRES: EDICIONES LAROUSSE.
- GONZALEZ NUÑEZ J. DE J. (1992)**INTERACCION GRUPAL.** MEXICO: ED. PLANETA MEXICANA.
- GREENSON, R. (1976) **TECNICA Y PRACTICA DEL PSICOANALISIS** MEXICO: EDITORIAL SIGLO XXI
- GRINBERG, L. (1963) **CULPA Y DEPRESION.** BUENOS AIRES: EDITORIAL PAIDOS.
- GRINBER, L , LANGER, M Y RODRIGUE, E. (1959) **EL GRUPO PSICOLOGICO.** BUENOS AIRES: EDITORIAL NOVA.
- GRINBERG, L. LANGER, M Y RORIGUE E. (1974) **PSICOTERAPIA DE GRUPO.** BUENOS AIRES: EDITORIAL PAIDOS.
- GROTJAHN, M.(1974) **EL ARTE Y LA TECNICA DE LA PSICOTERAPIA ANALITICAGRUPAL.** BUENOS AIRES:EDITORIAL PAIDOS
- HARTMANN ( 1993 ) **ENSAYOS SOBRE LA PSICOLOGIA DEL YO.** MEXICO:FONDO DE CULTURA ECONOMICA.

- JURADO S, VILLEGAS,S.  
MENDEZ L. (1998) LA ESTANDARIZACION DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK PARA LOS RESIDENTES DE LA CIUDAD DE MEXICO. **SALUD MENTAL** V. 21 No. 3 JUNIO DE 1998. PP 26-31
- KADIS, A. (1982) **MANUAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO.** MEXICO: EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONOMICA
- KLEIN, M.Y MALLER, M. (1926) **CONTRIBUCIONES AL PSICOANALISIS,** BUENOS AIRES: EDITORIAL HORME.
- LA PLANCHE, JEAN,  
PONTALIS J.B. (1983) **DICCIONARIO DE PSICOANALISIS** MEXICO: EDITORIAL LABOR.
- LEWIS, P.Y McCANTS (1973) **SOME CARRENTS ISSUEES IN GROUP PSYCHOTHERAPY RESEACH.** JOURNAL OF GROUP, PSYCHOTERAPY 23: 268-278.
- MACKINNON, R. Y MICHELS, R. (1983) **PSIQUIATRIA CLINICA APLICADA.** MEXICO: EDITORIAL INTERAMERICANA.
- MICHACA, P. (1987) **DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.** TEORIA DE LAS RELACIONES OBJETOS MEXICO: EDITORES PAX MEX
- O.M.S. CIE 10 (1992) **TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTODESCRIPCION CLINICA,** Y PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO, GINEBRA:PRENSA MEDICA.
- ORTIZ, OLIVARES M. (1997) **PROCESO TERAPEUTICO GRUPAL.** MECANISMOS DE DEFENSA.TESIS DE ESPECIALIDAD NO PUBLICADA.FAC.DE PSICOLOGIA UNAM.
- PEREZ, ESPINOZA J. R. (1991) **PSICOTERAPIA GRUPAL, EVALUACION DE UN GRUPO EN FORMACION.TESIS DE MAESTRIA NO PUBLICADA.FACULTAD DE PSICOLOGIA ,UNAM.**

- PICK.S. Y LOPEZ,A (1994) **COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES.** MEXICO: EDITORIAL TRILLAS.
- RAMIREZ T. J.A. (1987) **PSICODRAMA, TEORIA Y PRACTICA.** MEXICO:EDITORIAL DIANA TECNICA.
- ROJAS SORIANO R. (1982) **GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES** TEXTOS, UNIVERSITARIOS, UNAM, FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS.
- TORRES CASTILLO M. (1991) **VALIDEZ Y REPRODUCTIBILIDAD DEL INVENTARIO PARA DEPRESION DE BECK** EN UN HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, MEXICO, SALUD MENTAL 14-1-6-1991.
- HERNANDEZ- MALPICA E.
- YALOM, IRWIN D. (1986) **TEORIA Y PRACTICA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO** MEXICO: EDITORIAL FCE.
- ZIMMERMAND (1969) **ESTUDIOS SOBRE PSICOTERAPIA PSICOANALITICA** BUENOS AIRES:EDITORIAL EDITORIAL HORME.

# **ANEXOS**



# INVENTARIO DE BECK BDI\*

## ANEXO I

Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ -Sexo \_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY.** Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. **Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

1. 0 Yo no me siento triste
  - 1 Me siento triste
  - 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
  - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
  
2. 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
  - 1 Me siento descorazonado por mi futuro
  - 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
  - 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
  
3. 0 Yo no me siento como un fracasado
  - 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
  - 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
  - 3 Siento que soy un completo fracaso como persona
  
4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
  - 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
  - 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
  - 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo
  
5. 0 En realidad Yo no me siento culpable
  - 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
  - 2 Me siento realmente culpable la mayor parte del tiempo
  - 3 Me siento culpable todo el tiempo
  
6. 0 Yo no siento que esté siendo castigado
  - 1 Siento que podría ser castigado
  - 2 Espero ser castigado
  - 3 Siento que he sido castigado

- 7 0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo
- 1 Estoy desilusionado de mí mismo
  - 2 Estoy disgustado conmigo mismo
  - 3 Me odio
8. 0 Yo no siento que sea peor que otras personas
- 1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
  - 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
  - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9.0 Yo no tengo pensamientos suicidas
- 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
  - 2 Me gustaría suicidarme
  - 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10.0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
  - 2 Actualmente lloro todo el tiempo
  - 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
- 11.0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
- 1 Me enoja o irrita más fácilmente que antes
  - 2 Me siento irritado todo el tiempo
  - 3 -Yo no me irrita por las cosas por las que solía hacerlo
- 12.0 Yo no he perdido el interés en la gente
- 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
  - 2 He perdido en gran medida el interés en la gente
  - 3 He perdido todo el interés en la gente
- 13.0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
  - 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
  - 3 Ya no puedo tomar decisiones
- 14.0 Yo no siento verme peor de como me veía
- 1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
  - 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
  - 3 Creo que me veo feo(a)
- 15.0 Puedo trabajar tan bien como-antes
- 1 Requero de más esfuerzo para iniciar algo
  - 2 Tengo que obligarme para hacer algo
  - 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 16.0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 Yo no duermo tan bien como solía hacerlo
  - 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
  - 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 17.0 Yo no me canso más de lo habitual
- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
  - 2 Con cualquier cosa que haga me canso
  - 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18.0 Mi apetito no es peor de lo habitual
- 1 Mi apetito-no es tan bueno como solía serlo
  - 2 Mi apetito está muy mal ahora
  - 3 No tengo apetito de nada
- 19.0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
- 1 He perdido más de dos kilogramos
  - 2 He perdido más de cinco kilogramos
  - 3 He perdido más de ocho kilogramos

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos

-Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- 20.0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores; malestar estomacal o constipación
  - 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
  - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21.0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
  - 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
  - 3 He perdido completamente el interés por el sexo

## LISTA DE AREAS (ANEXO 2)

**Área Sexual.** Es aquella forma especial de la voluntad de vida que se halla al servicio en parte inconscientemente y en parte conscientemente de la conservación de la especie y se realiza por regla general en forma de aproximación y unión, de fuerte tonalidad de placer, con un miembro del sexo opuesto, o del mismo dependiendo de la preferencia.

**Área Familiar:** Como Institución Social que se constituye un área de desenvolvimiento social en la que intervienen, la plática, el suelo natal, las condiciones de desarrollo y la determinación de la dirección de despliegue.

**Área Emocional.** Involucra estado afectivo intenso y relativamente breve (-> sentimental afecto).

Es frecuente que se acompañe la emoción de fuertes movimientos expresivos, se asocia a sensaciones corporales internas.

Larsch considera que las emociones son formas de excitación de la vida afectiva que se hallan en relación inversamente proporcional con la firmeza de la supraestructura activo voluntaria de la personalidad, además hay generalmente en la base de las pasiones y estados emocionales, tendencias instintivas.

Ejemplo: Júbilo, ira, odio, embelesamiento, esperanza, preocupación, entusiasmo, alegría, enojo, dolor, vergüenza, tristeza.

**Emociones primarias:** Cuatro formas fundamentales de vivencias efectivas, codicia (deseo de apropiación), cólera, miedo, amor, corresponden a cuatro movimientos fundamentales, ingestión, eyección (expulsión o rechazamiento), retroceso o alejamiento, aproximación.

**Área Personal.** Involucran las actividades, personales del individuo, aquello con lo que se compromete realiza o anhela.

**Pareja:** Área en donde se encuentran contenidos la interacción y vinculación del hombre y la mujer, así como el matiz de los mismos.

**Escolar:** Área en donde la persona se desempeña a nivel académico y donde se reflejan los diferentes, momentos y trayectoria de estudios, así como el aprovechamiento de lo mismos.

**Laboral.** Aspecto en donde se observa el desempeño y el trabajo, el grado de satisfacción en el mismo, así como los patrones empleados para su desempeño.

**Social.** Se refiere a los vínculos que establece la persona en su entorno, la intensidad de las mismas permanencia y profundidad, así como del tipo de relación que puede ser de carácter positivo o negativo.

# HOJA PARA VACIADO DE SESIONES (Anexo 2)

## CUADRO POR AREAS

NO. SESION	FAMILIAR *	EMOCIONAL *	PAREJA *	SEXUAL
	LABORAL *	ESCOLAR *	PERSONAL *	SOCIAL

08

\* EL DIGITO CORRESPONDE AL NIVEL DE INSIGHT.

# ESCALA DE INSIGHT.

## ANEXO 2

*Ponga Ud. En el paréntesis la secuencia de avances terapéuticos en relación al Insight de un paciente que asiste a terapia de grupo. El 0 indica el menor grado de Insight y el 5 el nivel superior (escala 0-5)*

1.- ( ) Identifica la conflictiva actual, el área donde se presenta el problema.

A través de una intervención del terapeuta como sería interrogar, clarificar, recapitular, identifica el patrón habitual que sostiene la conflictiva y las otras áreas de su vida que son involucradas.

2.- ( ) Puede expresar satisfacción, alegría, optimismo, mejoría, tranquilidad, porque sabe cómo solucionar, abordar el conflicto y cómo debe de ser su participación en el mismo para solucionarlo.

3.- ( ) El paciente puede expresar que como ha intentado resolver el conflicto que venía trabajando en las sesiones anteriores, relata cierta mejoría en síntomas motivo de consulta.

4.- ( ) El paciente expresa verbalmente tener un conflicto y se limita a narrarlo o describir la problemática, sin analizar los orígenes y la resolución del mismo. Delimita el conflicto en un área:

Social: Plantea problemas para integrarse a grupos, o dificultades en la interacción interpersonal.

Sexual: Desajustes que repercuten en estado de ánimo, decremento de la libido, disparemia (impotencia, frigidez).

Escolar: Bajo rendimiento, abandono de la actividad escolar, dificultades en la relación con los otros para realizar actividades académicas.

Pareja: Discusiones frecuentes, distanciamiento emocional, agresiones físicas o verbales, rupturas temporales. separaciones, dificultades para llegar a acuerdos y todo aquello que implique dificultad en la relación.

Emocional: Labilidad emocional, tristeza, apatía, sentimiento de pesimismo hacia el futuro, aburrimiento.

- 5.- ( ) Asocia y reconoce elementos de la problemática del presente con eventos del pasado. Identifica y relata los eventos en donde el conflicto es el mismo. Ejem: Dice que lo que le pasa cuando su jefe es impositivo, también le pasaba cuando tenía otro jefe, e inclusive en otra época de su vida.
- 6.- ( ) El paciente no reconoce tener problemas, su actitud en el grupo es pasiva, considera que los demás son los que tienen los problemas, puede asumir alguna de las siguientes actitudes:  
Relato con ausencia de afecto, permanece en silencio, expresa el deseo de no hablar, sus discursos son largos, sin reflexión e introspección, hay fijación en el tiempo, presenta aburrimiento, su lenguaje es vano, humorismo excesivo, evitación de temas, repite frases hechas, llega habitualmente tarde o falta a la sesión.

*CLAVE DE RESPUESTAS 2, 5, 4, 1, 3, 0.*

**TABLA PARA CONCENTRAR PUNTAJES DE INSIGHT POR AREA  
Y POR SESION (ANEXO 2).**

**AREAS**

<b>SE- SION</b>	<b>FAMI- LIA</b>	<b>EMOCI- ONAL</b>	<b>PARE- JA</b>	<b>SE- XUAL</b>	<b>LABO- RAL</b>	<b>ESCO- LAR</b>	<b>SO- CIAL</b>	<b>PERSO- NAL</b>
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
<b>TOTAL</b>								





**RESULTADOS DE INSIGHT INICIAL Y FINAL EN LOS  
PACIENTES  
(ANEXO 3)**

	<b>INICIAL</b>	<b>FINAL</b>
<b>JOSE</b>	1,2	2,3
<b>EVA MARIA</b>	0,1	3,4
<b>RAQUEL</b>	0,1	4,5
<b>ARACELI DANIELA</b>	1,2	4,5
<b>BEATRIZ ROCIO</b>	0,1	4,5
<b>ELEONORA PATRICIA</b>	2,1	0,1

**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN INICIAL Y FINAL DEL BDI  
(ANEXO 4)**

	<b>INICIAL</b>	<b>FINAL</b>	
	*      **		
<b>JOSE</b>	37-99 D. Severa	42-99 D. Severa	+5 pc
<b>EVA MARIA</b>	9-59 D. Mínima	8-54 D. Mínima	-1 pc
<b>RAQUEL</b>	9-59 D. Mínima	1-17 D. Mínima	-8 pc
<b>ARACELI DANIELA</b>	6-42 D. Mínima.	5-36 D. Mínima	-1pc
<b>BEATRIZ ROCIO</b>	37-99 D. Severa.	11-70 D. Leve	-26pc
<b>ELEONORA PATRICIA</b>	26-97 D. Moderada	19-91 D. Moderada	-7pc

\* Puntaje crudo

\*\* Rango percentilar en población estudiantil