

01962
9
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



PSICOTERAPIA GRUPAL, EVALUACION DE UN
GRUPO EN FORMACION

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA

DIRECTOR: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUREZ
DRA RAQUEL RADOSH CORKIDI
MTRO. ARTURO HEMAN CONTRERAS
MTRO. FRANCISCO MORALES CARMONA
MTRA. EMA ESPEJEL ACCO

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

C O N T E N I D O

I. INTRODUCCION

II. ANTECEDENTES

2.1	Definición de Grupo Terapéutico -----	4
2.2	Grupo Analítico -----	6
2.3	Características Generales del Grupo Terapéutico--	8
2.4	Selección de los miembros que integran un Grupo Terapéutico.-----	10
2.5	La Enseñanza y la Psicoterapia-----	11
2.6	Grupos de Experiencia -----	15
2.7	La Resolución del Conflicto Central en el Grupo Terapéutico -----	21
2.8	Medición del Avance Terapéutico en Grupos Analíti cos -----	24

III. PROCESO TERAPEUTICO

3.1	Translaboración en el Grupo Terapéutico -----	29
3.2	Libre Interacción Grupal -----	35
3.3	Alianza de Trabajo -----	36
3.4	Transferencia -----	37
3.5	Interpretación -----	40
3.6	Insight -----	41
3.7	Consideraciones sobre el Psicoanálisis y el Proceso de Elaboración -----	42
3.8	Mecanismos de Defensa -----	55

IV. METODOLOGIA

4.1	Objetivo de Investigación	59
4.2	Hipótesis	59
4.3	Muestra	62
4.4	Evaluación Cualitativa	62
4.5	Evaluación Cuantitativa	63
4.6	Variable Dependiente e Independiente	64
4.7	Tratamiento terapéutico	64
4.8	Instrumentos	
4.8.1	Historia Clínica Autoadministrada (H.C.A)	64
4.8.2	Evaluación del Avance Terapéutico (E.A.T.)	65
4.9	Diseño Estadístico	66

V.	DETECCION DE LOS CONFLICTOS CENTRALES DE CADA UNA DE LAS INTEGRANTES A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA AUTOADMINISTRADA (PRE-TEST) Y SU EVALUACION CUANTITATIVA	67
----	---	----

VI.	EVALUACION CUANTITATIVA DURANTE EL TRATAMIENTO ,POR AREAS,(FAMILIAR , LABORAL , SEXUAL , SOCIAL , ESCOLAR , VOCACIONAL Y EMOCIONAL) DE CADA UNA DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPEUTICO-DIDACTICO.	70
-----	---	----

VII	.- EVALUACION POS-TEST DE CADA UNA DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPEUTICO.-	97
-----	---	----

VII.- EVALUACION CUALITATIVA (POR INSIGHT) DE CADA UNA DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPEUTICO :

7.1	Alicia	-----	102
	Carolina	-----	102
	Diga	-----	104
	Tania	-----	104
	Marina	-----	105
	Andrea	-----	105
	Isaura	-----	106

VII.- EVALUACION CUANTITATIVA DE CADA UNA DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO DE ACUERDO A LA ESCALA DE AVANCE TERAPEUTICO . -----106

IX.- RESULTADOS DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA DEL AVANCE TERAPEUTICO DE CADA UNA DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO . -----111

X.- CONCLUSIONES -----116

XI.- BIBLIOGRAFIA -----128

Anexos:

Escala de Evaluación de Avance Terapéutico. (E.A.T.)-----134

Historia Clínica Autoadministrada (H.C.A.) -----136

"PSICOTERAPIA GRUPAL, EVALUACION DE UN GRUPO EN FORMACION"

INTRODUCCION

Dentro de la División de Estudios de posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM, se imparte la Especialidad de Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones. En dicha especialidad, se les trata de brindar una formación integral dentro del campo de la Salud Mental, y se les prepara desde el manejo de diagnóstico hasta las formas de terapia familiar y grupal. Otra característica de suma importancia en la Especialidad, es el propósito de que los participantes alcancen durante sus estudios el grado de desarrollo personal necesario para trabajar con grupo y en grupo.

Los alumnos de la Especialidad se integran en un grupo psicoterapéutico, para cursar las materia de Psicoterapia I, II, III, IV experiencia didáctico terapéutico, con el objeto de modificar, reforzar o desarrollar aquellas características de personalidad que limitan sus actividades personales y profesionales bloqueando su productividad en detrimento de su desarrollo. He de aclarar que la psicoterapia de grupo se lleva a lo largo de sus dos años de formación y es una asignatura que permite los aspectos terapéuticos y al mismo tiempo los didácticos

II. ANTECEDENTES

Los grupos modernos de terapia son el resultado evolutivo de largos años de investigación. Si hacemos un poco de historia tendríamos que remontarnos a los dramas de los Griegos, donde se presentaban verdaderas tragedias de la vida humana, y que aparte de ser obras de gran valor literario eran verdaderas catarsis de

sentimientos, posteriormente podríamos pasar rápidamente las representaciones de los aspectos de moralidad de la época medieval, o bien a las curas por magnetismo del siglo XVIII y así hasta llegar al funcionamiento de muchos grupos terapéuticos de instituciones Sociales y Privadas.

Los grupos pequeños ,aproximadamente comienzan desde hace una centuria . Así tenemos los trabajos de Simmel (1902)sobre las dimensiones del tamaño de un grupo. Terman (1904) sobre el liderazgo. Taylor (1903) sobre las normas grupales.Pratt en 1905 trabajaba con pacientes tuberculosos, cuya finalidad era esencialmente curativa, sin embargo los aspectos técnicos resultaron preponderantemente didácticos y consistían fundamentalmente en una serie de explicaciones sobre los procesos de enfermedad de la tuberculosis (Citado por Grinberg, et. al 1959).El mayor énfasis sobre los grupos dinámicos comenzaron hasta después de la segunda guerra mundial, dentro del campo de la investigación con militares en grupos pequeños, y por otro lado en instituciones públicas con personas trastornadas mentalmente.Slavson en 1943, experimentó el potencial terapéutico de "grupos activos" para niños con problemas emocionales. él , consideraba que la formación de un pequeño grupo proporcionaría la catarsis necesaria para guiar hacia un crecimiento individual, dándose cuenta del proceso grupal. Slavson consideraba que aquella persona que recibe tratamiento a través de la relación grupal y del terapeuta, se dirige hacia estructuración interna. El , no interpretó el material inconsciente o realizó un grupo analítico, pero trabajaba mucho sobre la expresión de las fantasías y las manejaba a través del juego y la acción. El clima permisivo del grupo estimulaba hacia la regresión, en los cuales los conflictos de la época temprana de la vida afloraba a

un contexto de aceptación y estabilidad ambiental, las fuerzas terapéuticas básicas, surgían de la relación que se establecía entre un niño y otro y el terapeuta. (Citado por Tultman, 1986)

Schwartz (1962) A través de otro punto de vista, trabajó técnica psicoanalítica en grupos, sin embargo él no trató la relación de una persona con otra sino que reunía un grupo de personas y trataba aspectos de asociación libre, sueños transferencias y se exploraban aspectos de la vida temprana del sujeto. El grupo es una recreación de la familia y el paciente tiene la oportunidad de trabajar sus problemas no resueltos. Las reacciones de los miembros del grupo en el presente son analizadas en términos de situaciones pasadas. Frank (1953) estudió el proceso terapéutico en grupos analíticos y estuvo influenciado por Bion (1959), Foulkes (1948, 1964) Slavson (1943, 1962) y otros. Frank, considera que estos terapeutas describieron los patrones de cambio que se dan a nivel individual, como en el grupo y en el terapeuta. Ellos mencionaron que aún cuando los grupos no fueron grupos sociales, se alentaba la interacción entre los pacientes. Se analizaban las actitudes y conductas de un miembro hacia otro (como proceso), así como también el contenido verbal que cada sujeto expresaba.

Leo Berman (1954) Consideró, que el grupo ayudaba a los sujetos a mantener una visión más adecuada de las relaciones interpersonales y de la realidad externa, que el tratamiento de tipo individual. Rapaport (1959) Refiere que Berman conducía sus grupos de trabajo como una exploración en la psicología psicoanalítica del Yo y de la psicología psicoanalítica social.. Se crean puentes en la terapia grupal, en el sentido de la dinámica interna de una persona y las

acciones diarias con una realidad social que es directamente observada.

Hay contribuciones importantes por parte de la escuela Psicoanalítica Británica Bion (1959), Ezriel (1950) Foulkes (1964) Balint (1968) Fairbairn (1954) Ana Freud (1936, 1969) Klein (1932,1957), Winnicott (1957). Y posteriormente en adición a la psicología del Yo, de la teoría de las relaciones objetales y de la psicología del Self. tenemos por ejemplo a Hartmann, Kris y Lowenstein (1946) Jakobson (1964) Kernberg (1975) Kohut (1977), Mahler (1971) y Spitz (1957) (Citado por Tuttmann, 1986).

La investigación en el campo de los grupos pequeños de psicoterapia se ha enfocado en diversos puntos, Hare (1990) hace mención de tres aspectos el primero se refiere a las generalizaciones del proceso, la estructura, y control esencial de normas, la interacción o desición de procesos y roles dentro del grupo, el segundo corresponde al estudio de las variables que afectan los procesos de interacción, así como las personalidades de los miembros del grupo, las características sociales de los miembros (edad, sexo, clase social etc.) El tercer aspecto se interesa en las características del funcionamiento del grupo y enfocarse a la actividad individual o grupal y compararse con otros grupos de diferentes tipos de organización (Hare, 1972)

La terapia grupal es una empresa pionera, que puede funcionar en los aspectos de apoyo, de reeducación y de reconstrucción (Wolberg, 1954).

2.1 DEFINICION DE GRUPO TERAPEUTICO

Stein (1960) Refiere que el grupo terapéutico está conformado por un terapeuta de grupo, con un método específico de psicoterapia, para

tratar enfermedades mentales con su connotación emocional, a través de la comunicación verbal y no verbal. Newcomb (citado por Grinberg, et al 1961) manifiesta que dos o más personas constituyen un grupo terapéutico en un momento dado, pero que requieren de dos condiciones básicas, la primera es que los miembros comparten normas acerca de algo en particular, las cuales pueden abarcar un amplio margen de aspectos o contenidos. La segunda condición es que el grupo esté formado por personas cuyos roles sociales se encuentren estrechamente entrelazados entre sí. El trabajo común del grupo implica un sistema en el cual cada parte o rol individual depende en cierto modo, de los roles restantes, así un efecto producido en alguna de las partes necesariamente repercute en todo el sistema. Formalmente se puede definir al grupo como un conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora establecida, de común acuerdo y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común: la curación (Grinberg, 1971). En el plano individual los distintos miembros del grupo modifican su conducta cuando, después de haber proyectado lo dañado introyectan algo nuevo menos destruido. El grupo es una totalidad y su curación se logra a través de su integración. Sartre (1971) considera que los grupos terapéuticos son un continuo devenir y el desarrollo del grupo se alimenta de las situaciones que tiene que superar, en el grupo se da una situación dialéctica ya que el grupo modifica y es modificado por sus integrantes.

Desde un punto de vista simplista la psicoterapia de grupo ofrece el tratamiento que permite el proceso de elaboración, donde la modalidad grupal constituye un segundo lenguaje, el conocimiento de la dinámica de grupo puede emplearse en la educación de terapeutas

principiantes dentro del área clínica, la dinámica del fenómeno grupal, no se explica suficientemente por las teorías existentes de los aspectos psicodinámicos individuales. El grupo está supeditado a la función que cada miembro o integrante desempeña. Además sirve como un control ambiental en el cual las expresiones de conducta psicopatológica aunque se desplieguen el grupo tratará de contenerlas (Kibel, 1987) Whitaker (1987) Conceptualiza que los eventos de un grupo tienen premisas básicas, ya que son experiencias humanas interpersonales en donde un número de personas se reúnen con propósitos terapéuticos y es cuando a través de la dinámica grupal se entrelazan las metas donde los miembros afloran su problemática y es aquí donde el psicoterapeuta o guía y demás integrantes del grupo tratan de buscar la solución al conflicto .

2.2 GRUPO ANALITICO

Whitaker (1987) manifiesta que el grupo analítico fue el producto del pensamiento y experiencia del Dr. S.H. Foulkes, era un psicoanalista Germano, que fue educado dentro de la tradición psicoanalítica clásica y emigró a Inglaterra en 1933. En 1940 condujo su primer grupo terapéutico en forma privada, posteriormente laboró en el cuerpo médico de la Armada Real, y fue capaz de practicar el análisis de grupo a gran escala, su primer artículo sobre análisis grupal fue publicado en 1944 El Dr. Foulkes y miembros del grupo de Chicago, habían manifestado las experiencias tempranas en cuanto a los aspectos que suceden en los grupos terapéuticos, además siempre se interesó en los eventos cruciales que podían tener fuertes influencias en los grupos. Foulkes mantuvo contacto con Goldstein por sus trabajos básicamente al considerar al grupo como un todo y comprender que

todos los procesos tienen un significado el cual se tenía que investigar arduamente.

Foulkes siempre estuvo influenciado por los trabajos de Kurt Levin, quien describía la situación social como un campo dentro del cual una gran cantidad de fuerzas está operando.

En el grupo analítico el conflicto central es el resultado de un conjunto de fuerzas que actúan en un momento determinado, en el sentido de que el grupo es un todo. En el grupo analítico se genera una matriz grupal y Foulkes la define como la red hipotética de comunicación y de relaciones interpersonales siempre dinámica. La matriz grupal tiene un desarrollo lento y específico, es un fenómeno de grupo en el cual se pueden mapear o seguir las respuestas neuróticas individuales, pero siempre en el contexto grupal. Colin, J (1982) indica que la matriz es una forma de representar el conglomerado o precipitado dentro del grupo y que manifiesta las líneas de fuerza, de la comunicación y de las cadenas emocionales. esto puede ser como una amiba que está en constante movimiento y cambia de forma y el centro representa lo dinámico de la matriz, es decir todas las intersecciones. Dentro de esta matriz se hace presente el flujo asociativo que produce el material para analizar terapéuticamente.

Han sido de variados países los terapeutas que se han avocado a los grupos psicoanalíticamente orientados Inglaterra (Foulkes, S.H. 1949) Estados Unidos (Akerman, N.W. 1950) (Wolf, A. 1950) Latinoamérica (Grinberg, Langer y Rodriguè 1961), en México (Palacios, A. 1975). Se encuentran estrechamente entrelazados entre sí. El trabajo común del grupo implica un sistema en el cual cada parte o rol individual depende en cierto modo, de los restantes. Una parte producida en una

de las partes repercute necesariamente en la demás.

2.3 CARACTERISTICAS GENERALES DEL GRUPO TERAPEUTICO

El grupo está constituido por el psicoterapeuta, los pacientes y en algunos casos uno o dos observadores. Cada grupo tiene un número determinado de integrantes, así como frecuencia y duración de las sesiones lugar de las reuniones, distribución y posición de los pacientes, tiempo de tratamiento, grupo abierto o cerrado, vacaciones, pago. Y por supuesto la selección y agrupamiento de los integrantes. El terapeuta, dirige el grupo en el plano de la organización y lo lleva al plano de la comprensión afectiva de aquello que está sucediendo en su medio. Tiene funciones en la realidad y en la fantasía de persona más importante e influyente en el material que se presenta en la sesión así, como los sentimientos acompañantes en forma comprensiva, a fin de formular la interpretación.

El observador.-este varía mucho en el sentido de su función dentro del grupo, ya que puede ser desde un espectador vigilante y mudo hasta un participante abierto, ser un alumno que aprende e investiga, hasta un profesional que enseña. El observador puede anotar, o grabar las sesiones, movimientos motores, enfocar acción en puntos específicos como puede ser la actitud de los integrantes en el fenómeno transferencial, de la resistencia o bien de la elaboración.

El observador sobre todo en las sesiones de psicoterapia analítica permanece en silencio todo el transcurso de la sesión. Número de pacientes. puede variar de autor a autor pero tratándose de psicoterapia de orientación psicoanalítica el máximo sería de 10 y el mínimo de 2 para cada grupo, por lo general el número de participantes es de 6.

Frecuencia y duración de las sesiones.- La mayoría de los autores trabaja con una frecuencia de una o dos veces a la semana. La menor frecuencia en comparación con el psicoanálisis individual, se debe al hecho de no incrementar demasiado las reacciones transferenciales de cada paciente y de todos considerados como un conjunto dinámico.

El lugar de las reuniones.- La sala debe estar protegida contra ruidos de intensidad que distraigan o alteren el trabajo terapéutico. Contener los muebles necesarios para el funcionamiento del grupo, es decir sillas cómodas y de preferencia todas iguales. En cuanto al lugar de los pacientes en las sesiones, vale la pena mencionar que el psicoterapeuta se sienta en un lugar fijo y los demás pueden variar en su posición.

El grupo puede ser abierto o cerrado a la recepción de nuevos integrantes en un grupo abierto cuando se produce una vacante por alta o abandono del tratamiento esta se cubre con otro nuevo miembro. En el grupo cerrado, los mismos integrantes siguen el grupo inicial hasta el final del tratamiento. De modo que si se da un abandono por parte de algún miembro del grupo este continúa aún cuando esté incompleto.

El pago de honorarios, queda establecido por mutuo acuerdo entre el psicoterapeuta y los miembros del grupo. En general el monto de honorarios es igual para todos los integrantes o pacientes y pueden efectuarse los pagos mensual, quincenal o semanalmente. Cuando el psicoterapeuta trabaja para alguna institución pública o privada son los acuerdos de pago con los dirigentes y de acuerdo a la situación que se presente, es decir el tipo y duración de tratamiento. (Zimerman, 1964).

SELECCION DE LOS MIEMBROS QUE INTEGRAN UN GRUPO TERAPEUTICO

La primera función del psicoterapeuta como dirigente formal, es la de constituir al grupo en forma debida. La elección puede tener diversos criterios y todos en relación a los fines que se persiguen como aspecto curativo. Puede ser que el psicoterapeuta establezca el diagnóstico a través de una serie de test psicológicos, entrevistas o historia clínica y posteriormente en función de esos aspectos se le asigne un grupo de tratamiento, o bien puede ser que el terapeuta reciba un grupo ya preformado.

De acuerdo a las sugerencias de Frank y Powdermarker (1968) aconsejan tener una serie de entrevistas o sesiones individuales previas, lo cual reportaría ciertas ventajas como es el de preparar al paciente proporcionándoles datos informativos necesarios para que llegue al grupo en condiciones de cierta familiaridad y conocimiento, que le facilitaría una ubicación favorable en el mismo, con lo cual se fomentará a reducir la ansiedad y confusión.

Grinberg (1961), opina que existen variadas formas de pensar acerca de si se debe tener o no grupos homogéneos o heterogéneos. Sin embargo, él ha encontrado ventajas en los grupos heterogéneos o mixtos, ya que la utilidad no consiste tan sólo en el equilibrio entre tendencias opuestas, como son impulsividad, e inhibición agresividad y pasividad, estado maniaco y depresión, sino también en que se ponen en evidencia con mayor accesibilidad características latentes y reprimidas contrarias a las manifestadas por las respectivas personalidades. Pero no hay que olvidar que en ocasiones se debe tomar en cuenta para el criterio de selección, las necesidades específicas de los grupos, es decir que determinadas personalidades podrán ser útiles o

perjudiciales para ciertos grupos y no para otros.

El término homogeneidad de un grupo puede basarse en factores tales como la edad, el sexo, el nivel intelectual, el síntoma o padecimiento, pero no es fácil asegurar que un grupo es homogéneo por el hecho de estar formado por sujetos que tienen de 35 a 40 años y que padecen obsesión, la edad, la igualdad de sexo o síntoma, ya que con el correr del tratamiento se puede observar que las obsesiones forman parte de un cuadro con una multivariedad de factores, de tal manera que el grupo a final de cuentas resulta ser de lo más heterogéneo.

LA ENSEÑANZA Y LA PSICOTERAPIA

La enseñanza y la psicoterapia son procesos que se relacionan, de muy variadas maneras, ya que se entrelazan o superponen y presentan mecanismos comunes. Los aspectos teóricos y las habilidades pueden enseñarse a través de la docencia y con ejemplos, pero la relación entre el docente y el alumno reviste matices especiales, es decir el conocimiento de nuevos tópicos sobre cualquier tema en esa relación de aprendizaje, se matiza por una gran cantidad de afectos tanto constructivos como destructivos y que se dan en forma de proceso más que de suceso o una mera información, si la relación docente -alumno en la psicoterapia reviste cambios de actitudes más allá de lo que se considera comúnmente al escuchar una explicación teórica. El proceso de enseñanza aprendizaje se convierte en uno solo. Ya que enseñar es aprender y aprender es crecer (Beukenkamp, C. 1958).

Foulkes (1981), el profesor debe mostrar a la vez que enseña, ser un buen aprendiz, con el objeto de entender las dificultades del alumno. Y en sentido viceverso comprender que la psicoterapia de profundidad

como es la de tipo analítico, sólo se puede entender como un proceso de aprendizaje y se debe considerar con mayor énfasis en un proceso de desaprendizaje.

Lewis (1973) conceptualiza a la psicoterapia de grupo, como un sistema de cambios de las relaciones interpersonales, donde a los participantes se les brinda la posibilidad de aprender sobre los procesos de sus relaciones interpersonales al mismo tiempo que las van modificando para un mejor desarrollo de vida. Berger (1958), expresa que para el docente que enseña, resulta ser una experiencia que repercute en la salud Yoica. Así el docente que enseña la psicoterapia de grupo aprecia que es imposible separar en forma pura el proceso académico del proceso de crecimiento. Schlachet (1986), cree que un óptimo aprovechamiento para los estudiantes de medicina para entender la dinámica humana y la psiquiatría clínica es a través del uso de grupos semididácticos y semiterapéuticos. Grinberg (1959) y Langer (1959) hacen énfasis también, en que la mayoría de los estudiantes avocados a las ciencias de la salud, obtengan no sólo un conocimiento teórico de la psicoterapia, sino también una experiencia directa y vivencial dentro de un grupo terapéutico. La psicoterapia no sólo debe estar enfocada a las personas con conflictos neuróticos, o con alteraciones más graves de la personalidad, también debe pensarse en las diferentes ventajas que representa para el estudiante, el conocimiento de sus profesores, amigos, pacientes, etc. Zimmermann (1960), habla de que el aprendizaje sobre los dinamisismos psíquicos inconscientes, suelen ser obstáculos, en los estudiantes de medicina y enfermería. Los mecanismos de defensa de grupo, encubridores y al servicio de las defensas individuales de los participantes de los cursos, se revelan de gran importancia en la enseñanza de la

psiquiatría, ya que representan no sólo una barrera a la aproximación con el profesor, que transmiten los conocimientos sino también miden el establecimiento de una relación positiva con el enfermo mental, elemento en que reposa su aceptación y comprensión. Con el propósito de mostrar estos aspectos el autor nos da un ejemplo un paciente que narraba sus frustraciones, mencionando que se sentía incapacitado por el trabajo, que no hacía nada bien, etc. El terapeuta le interpretó que asociaciones manifestaban que le hacían sentirse impotente para mantener relaciones genitales con su mujer, el paciente afirmó, la interpretación y en esos momentos un estudiante tosía y a continuación todos los pacientes del curso tosieron. La crisis de tos traducía la angustia del grupo. La tos igualmente expresaba la imposibilidad de aceptar la interpretación.

Stein (1960), planteó la pregunta a un grupo de trabajadoras sociales sobre ¿ si es acaso necesario la psicoterapia de grupo como un beneficio personal? y ¿ si es necesario o no para los profesionales que atienden a los pacientes en diferentes ramas de la salud? la respuesta fue la siguiente. Varias trabajadoras sociales consideraron que no era absolutamente necesario el análisis personal, pero que estaban de acuerdo en que sí para las personas trabajan con enfermos mentales en un sentido psicoterapéutico, ya que el tratamiento ayudaría a resolver neuróticos, que pueden interferir de forma contratransferencialmente con el paciente.

Zimmerman (1969), opina que la psicoterapia de grupo constituye como método de enseñanza un artificio, y que en realidad no se trata simplemente de la docencia de una técnica sino el objetivo se centra en ayudar al futuro terapeuta de grupo a desarrollar sus propias capacidades y habilidades lo que podría llamarse el estilo de

relacionarse con el grupo de pacientes.

El proceso de enseñanza aprendizaje ha variado en cuanto a la técnica terapéutica en grupos de psicoterapeutas que se encuentran en formación o entrenamiento (Winder, et al. 1956), considera que el aprendizaje debe ser a través de lecturas y exposiciones. Limentani et al (1960), a través de la observación y el registro de sesiones. Jarvis, P. (1968), alternando la actividad terapeuta y observador. Berger (1970), por medio de la exposición de sesiones de terapia grupal de películas y videotapes. Block, S (1961), expresa que se da el aprendizaje funcionando como cooterapeuta de un grupo determinado. Grinberg, et al. (1961), la enseñanza de la psicoterapia a través de los "grupos de Experiencia". Lakin, M. (1969), considera que hay diferencias considerables de opiniones respecto a la enseñanza de las técnicas de psicoterapia grupal en profesionales que están recibiendo su entrenamiento y no es claro si la variación se debe a factores de la profesión (Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, etc) o al nivel de experiencia clínica. Dies, R. (1974), en una investigación sobre actitudes hacia el entrenamiento en psicoterapeutas de grupo, observó que los métodos de la enseñanza en la psicoterapia grupal con mayor aceptación, eran aquellos que respondían a los aspectos directos y vivenciales. Por lo tanto, consideraba que era muy importante formar grupos de Experiencia o también llamados preformados.

Marrow (1969), consideró al grupo como un todo dinámico, pero que hay interdependencia de los miembros que lo constituyen. Levine (1980), observó que los grupos terapéuticos pueden ser considerados como biopsias de una cultura determinada, y que en función de estos aspectos se procede a la educación con objetos específicos.

La psicoterapia de grupo se ha extendido hacia ámbitos extraclinicos, ya que las comunidades sociales, políticas industriales, estudiantiles o científicas están integradas por grupos, es decir se presentan aquí las llamadas relaciones humanas donde los vínculos interpersonales toman diferentes aspectos de manifestación y surge el desarrollo de cualquier empresa o estructura social.

GRUPOS DE EXPERIENCIA O PREFORMADOS

Hay grupos que se forman, no con un propósito terapéutico manifiesto, sino con la finalidad de experimentar vivencialmente diferentes vicisitudes y emocionales que surgen en los mismos, a estos grupos se les ha denominado "Grupos de Experiencia", están constituidos generalmente por personas que debido a su labor u orientación profesional desean adquirir conocimientos psicológicos, técnicos o terapéuticos y no sólo por medio de las clases o los libros sino en el seno de un grupo. A todas luces resulta beneficioso el análisis de las situaciones competitivas que inevitablemente surgen en los cursos del estudio o del trabajo y de los sentimientos de rivalidad, envidia, hostilidad o bien de simpatía y solidaridad que se manifiestan con toda evidencia.

En algunos países la formación de grupos de experiencia están perfectamente organizados en grupos universitarios, una confirmación de lo anteriormente expuesto son las investigaciones realizadas por los Dres. Kemper, Ganzarin, Etchegoyen, etc.

Kemper (1959) trabajó con un grupo de diez candidatos psicoanalistas, en donde se procuraba no emplearse el material de análisis individual, sino en que iba surgiendo en las sesiones, se trabajaba una hora y media a la semana y su duración como grupo fue de un año y medio de

tratamiento. El grupo tenía las siguientes finalidades a) una técnica estrictamente analítica de terapia de grupo; b) un grupo preformado, es decir un grupo de personas con niveles de escolaridad similar ; c) un grupo experimental donde además del aspecto terapéutico estaba aplicado el proceso de aprendizaje; d) el grupo trabajaba en forma individual su análisis didáctico. Muchas veces se necesita un largo trabajo de tipo preparatorio para que el candidato haya vivenciado realmente y no solamente en teoría que su análisis didáctico involucra cambios decisivos en su estructura personal.

Rodrigué, B. y Tabak, E. (1959), trabajaron con un grupo de experiencia, y se obtuvieron resultados notables después de un largo período de elaboración de dificultades que se planteaban en la situación de las relaciones interpersonales previas, conflictos frente al análisis individual y dificultad de aceptar un terapeuta por envidia y rivalidad. El objetivo inicial de la experiencia de hacer sentir o vivenciar a los futuros psicoterapeutas, la situación grupal solo pudo lograrse plenamente cuando se relegó la actitud rígida e intelectual a través de la elaboración de la situación paranoide. Este grupo tuvo una evolución similar a la que pudiese tener cualquier grupo terapéutico que alcanza su mayor eficiencia, aún en el plano didáctico, cuando sus miembros se permiten aceptar la situación de pacientes, y no cooterapeutas o terapeutas.

Etchegoyen (1959), refiere que el interés por los aspectos psicológicos y sociales ha venido incrementándose y sobre todo en relación con la salud y la enfermedad. Este gran cambio necesita de una enseñanza donde se reúna lo biológico y lo psicológico, y lo somático por medio de una técnica pedagógica que integre lo formativo con lo informativo. Para obtener estos resultados la psicoterapia de

grupo ha representado ser un instrumento eficaz. Los grupos de experiencia se componen frecuentemente por candidatos a analistas de grupo, sociólogos, trabajadoras sociales, estudiantes de posgrado del área clínica, psiquiatras médicos, en general personas dedicadas al área de salud, dentro del aspecto terapéutico. Todos desean pasar por esa experiencia terapéutica-didáctica, con la convicción de la gran utilidad, que ello les reportará. (Grinberg, et al 1961). Entre los grupos de experiencia se debe mencionar los así llamados Grupos Preformados, ya que están integrados por miembros unidos por un vínculo social, definido con anterioridad a su entrada al grupo. Para estos grupos es válido lo que se mencionó respecto a los grupos de experiencia. Retomando los aspectos de que experiencia es terapéutica-didáctica sobre todo en los candidatos a terapeutas. Cabeza, V. y Folardi, H. (1978), refieren que el nombre de grupo terapéutico didáctico fue introducido por la Dra. Marie Langer en el entendido de que la experiencia vivencial para psicólogos y futuros clínicos conlleva dos momentos intrínsecamente relacionados: un primer momento de análisis personal y un segundo de introyección de la técnica respectiva. Si bien el grupo funciona como un grupo terapéutico psicoanalítico, está implícito el aprendizaje que los participantes realizan del funcionamiento del mismo por identificación con la terapeuta que remite a la introyección de las actitudes terapéuticas. En sentido general, en psicoanálisis grupal, se prefiere conformar grupos con individuos que no hayan tenido relación previa, obviamente esta norma resulta difícil de cumplir en medios universitarios de una facultad donde necesariamente los alumnos guardan vínculos de compañerismo, así como de trabajo. Es importante considerar que existen diferentes niveles de preformación del grupo,

si se entiende que el conocimiento previo pudiera existir, ya remite de algún modo a una constitución del grupo preformado. En el grupo preformado se establecen vínculos entre sus miembros que reeditan la historia de su vida personal y familiar, además siempre están presentes los roles a desarrollar tales como el del liderazgo que es reconocido aceptado por los miembros. Pueden manifestarse situaciones estereotipadas que se insertan dentro del funcionamiento en tanto que el grupo participa dentro de la vida universitaria. Puede suceder que el grupo se forme con integrantes de la universidad pero sin llegar a constituirse con historia previa compartida, pero que en determinados momentos puede surgir una dinámica particular que involucre a 2 o 3 miembros en su vínculo previo. Cuanto más preformado es el grupo, mayor es el nivel de rivalidad interna entre sus miembros, en tanto la dinámica terapéutica cuestiona las situaciones estereotipadas y puede fomentar que aquellos sujetos que durante mucho tiempo aparecieron sometidos a una estructura rígida jerárquica de poder surjan ahora planteamientos cuestionadores. (Cabeza, 1978).

Stein (1960), expresa la dificultad a que se enfrenta un grupo preformado por psiquiatras residentes, psicólogos y trabajadoras sociales. En el sentido de que les era difícil entender las ventajas y potencialidades de un grupo terapéutico, empleando la técnica terapéutica al grupo preformado. Durante el desarrollo del proceso terapéutico, la dificultades aumentaron ya que habían estado previamente en psicoterapia individual durante el primer año y reclamaban la continuación de esa terapia, pero en el fondo lo que se ocultaba fueron las rivalidades, los egoísmos, los problemas de liderazgo, etc. Pero tiempo después ellos pudieron negociar

internamente los aspectos terapéuticos individuales y los grupales entendiéndolo al grupo como un todo y mejoraron su trabajo. El autor agrega que un aspecto específico que se manifestó en los psiquiatras fue la ansiedad, ya que estos tendían a identificarse con los pacientes del hospital, además tenían dificultad el trabajar ahora con una técnica grupal, ya que ellos siempre habían trabajado en sentido terapéutico individual.

Wolf & Berger (1962), consideran que la experiencia psicoterapéutica en grupo es un aspecto esencial para los terapeutas que se preparan para trabajar la técnica grupal y sentir en forma directa lo que es el proceso psicoanalítico grupal como lo pudiera vivenciar un paciente.

Zimmermann (1969), refiere que en los llamados grupos de experiencia, que no tienen propósitos terapéuticos el objetivo principal es permitir al alumno vivenciar las variadas acciones y reacciones emocionales que sucedan en el grupo. Como norma, a medida que ocurren los fenómenos grupales, el profesor que dirige el grupo les explica inmediatamente a los alumnos que lo integran. En realidad el aprendizaje en grupos de experiencia es predominantemente intelectual. El tratamiento personal realizado a través de una psicoterapia de grupo o las vivencias proporcionadas en los grupos de experiencia serán de mayor utilidad para psiquiatras que deseen trabajar como psicoterapeutas de grupo.

Foladori (1974), expone que se crearon grupos Terapéuticos-didácticos para la maestría en Psicología Clínica de la UNAM coordinados por docentes de la propia maestría. Los grupos se formaron bajo las siguientes condiciones:- Estudiantes de la UNAM (Psicología y Medicina). Se les propuso el realizar una experiencia vivencial

personal. Los que se mostraron interesados fueron citados para entrevistas individuales de admisión. Profesionalmente el primer grupo se integró con Licenciados en Psicología y Dres. en medicina, algunos de los cuales ya realizaban psicoterapia a nivel particular, dado los requerimientos del mercado de trabajo. El segundo grupo se integró con estudiantes de licenciatura de diversos semestres de psicología. Una vez que se entrevisto a todos los candidatos se excluyeron a los que presentaban depresión aguda, psicosis, epilepsias, hipocondrias o enfermedades psicósomáticas por considerar que se requería una atención específica y personal. Las aceptaciones se fundaron sobre un "cuadro psicopatológico flexible", que a su vez permitiera un trabajo grupal adecuado. El grupo quedo constituido en forma mixta con edades oscilantes entre 22 y 50 años, en el grupos cerrados, se decidió funcionar una vez por semana con una duración de 75 minutos por sesión.

Los resultados obtenidos se valoraron en forma cualitativa: Y los integrantes del grupo reportaron que su campo de conciencia se amplió en lo que tuvo que ver con su historia personal. así como la visión sobre sus mecanismos de defensa, además aprendieron a ver el manejo de un grupo terapéutico-didáctico con orientación psicoanalítica. En tanto que son psicólogos se agrega a lo anterior la comprensión de motivaciones vocacionales vinculadas a la clínica y a la clarificación y elaboración de los presupuestos relacionados con el ejercicio profesional. Y por su inserción universitaria institucional, se amplió el campo de conciencia de los integrantes en cuanto a que la universidad se constituye en un lugar de escenificaciones y dramatizaciones de conflictos sociales (lucha de clases) que por el encuadre no quedan fuera del ámbito del grupo. A modo de ejemplo el

grupo podría no disponer de local en tanto la universidad estuviese en huelga. Pero a pesar de estos aspectos concluyen que es posible la realización de la psicoterapia psicoanalítica dentro del ámbito universitario.

Como se sabe en la U.N.A.M. dentro de los estudios de posgrado de la Facultad de Psicología se forman terapeutas dentro de la "Especialidad de Psicología Clínica y Psicoterapia de grupo en Instituciones" y estos candidatos a terapeutas pasan por una experiencia (que implica cursar la materia de psicoterapia grupal) terapéutica-didáctica por un periodo de dos años. Y es precisamente con un grupo de estos "de experiencia" con el cual se procedió a realizar la presente investigación. Se sabe que se necesita un largo trabajo de tipo preparatorio para que el candidato haya vivenciado realmente y no solamente en teoría que su análisis involucra cambios decisivos en su estructura personal. Además que los candidatos mantienen relaciones de tipo académico.

LA RESOLUCION DEL CONFLICTO CENTRAL EN EL GRUPO TERAPEUTICO-DIDACTICO.

Como se mencionó anteriormente, en la definición de Grinberg (1961) "El grupo terapéutico lo conforma un conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora establecida, de común acuerdo y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común: la curación. En este caso entendemos como "curación" la resolución de conflictos centrales que atañen a cada uno de los miembros que integran dicho grupo. Y que además, como se trata de un grupo didáctico se promueve hacia el aprendizaje de la técnica por parte de los integrantes. Es decir es un proceso dialéctico, en el sentido de que al mismo tiempo que se promueve la

resolución o avance terapéutico, al mismo tiempo se da el aprendizaje. (interrumpiendo las sesiones para aclarar algún aspecto que resulte de importancia lo cuál no interfiere con el proceso terapéutico o curso de las sesiones).

El término conflicto significa (de acuerdo al diccionario Larousse) Choque, combate, lucha y antagonismo. Warren, H (1974) define al conflicto como un estado emotivo doloroso producto de la tensión entre deseos opuestos, Ahora bien, el conflicto puede estar en relación hacia elementos externos o hacia aspectos internos y es cuando se pregunta sobre el conflicto psíquico. Laplanche, y Pontalis (1983) Hablan de conflicto psíquico en sentido psicoanalítico "cuando en el sujeto, se oponen exigencias internas contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo entre un deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios) o latente pudiendo expresarse este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la información de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones del carácter etc. El Psicoanálisis considera el conflicto como constitutivo del ser humano y desde diversos puntos de vista: Conflicto entre el deseo y la defensa conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, conflictos entre las pulsiones conflicto edípico, en el que no solamente se enfrentan deseos contrarios sino que éstos se enfrentan con lo prohibido."Dentro de todas las luchas o conflictos internos y El hombre no se encuentra aislado sino que establece múltiples relaciones interpersonales, y en esta interrelación surgirá algún conflicto que predomine sobre los demás en un momento determinado de la vida o bajo alguna situación ya sea familiar, social o personal, esta lucha puede centrarse sobre una aspecto o diversificarse en diferentes áreas de la

personalidad de un sujeto . El conflicto por su importancia en ese momento de su vida se denomina "Conflicto Central" y puede interferir en cualquier área de la vida se denomina (familiar, laboral, sexual, vocacional, emocional, escolar, social etc.) Warren (1974) denomina al conflicto central como Conflicto Mayor.- y que es un estado emotivo dominante en el transcurso de la duración del problema .

En todo grupo terapéutico, la resolución de los conflictos centrales se dan a través del tiempo y en la medida que las circunstancias personales, del conductor del grupo y ambientales lo permitan. Freud (1937) decía que el análisis era interminable porque no es posible resolver total y absolutamente los conflictos que se presentan a lo largo de la vida de un sujeto. En consecuencia en los grupos se proponen metas a corto y a largo tiempo haciendose evaluaciones parciales para ver los resultados obtenidos. A los resultados obtenidos después de un tiempo y que verifican resolución parcial o total de algún conflicto se le llama avance terapéutico. El tiempo y los objetivos a resolver los fija el terapeuta y los miembros del grupo.

En el presente estudio se pretendió medir el avance terapéutico en función de la resolución de la problemática central de cada integrante del grupo considerando la conducta como un todo y evaluando el avance en función de los insights obtenidos durante el tratamientos otra otra forma de medir el avance , fue tratando de ubicar el el conflicto central dentro de diversas áreas de la personalidad de un sujeto,tales como :(familiar, social, laboral, vocacional, sexual, escolar y emocional).

MEDICION DEL AVANCE TERAPEUTICO EN GRUPOS ANALITICOS

Cuando se desea evaluar, medir o contar algún elemento de la naturaleza, siempre se requiere de una base o unidad (en sentido global) 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) realizaron una investigación sobre un grupo terapéutico formado por 7 miembros, de los cuales el 60% eran mujeres, era un grupo cerrado, se reunían 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 Pretest-pos-test de acuerdo a los diseños elaborados por Campbell & Stanley. como pretest se empleó la entrevista estructurada "Spitzer Psychiatric Status Schedule" elaborado 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 etc. 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 fué el adecuado. Meltzoff (1970) Considera que los estudios de investigación en cuanto al tiempo idoneo 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 (1975) (Citado por Weiner, 1985). 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. A término de las 10 sesiones no hubo cambios significativos estadísticamente hablando, sin embargo si se observó en términos de porcentaje que el aprendizaje interpersonal aumento 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 los grupos en Neuróticos y Esquizofrénicos, posteriormente se formaron grupos y se les proporciono tratamiento de terapia grupal analítica. Dicho tratamiento tuvo una duración de dos años y cada 4 meses se les realizaba una evaluación aplicandoles 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 puede observar que el MMPI sirvió de elemento diagnóstico como un instrumento que permitió evaluar el avance terapéutico. Aston (1970) 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 Objetuales 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, sí, 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. Lorr (1966) Realizó estudios en grupos que estaban integrados por neuróticos y psicóticos, y pretendía encontrar a lo largo del tratamiento terapéutico, correlaciones entre 8 diferentes factores que presentan en las relaciones interpersonales. Dichos factores son: Hostilidad, llamar la atención de los demás, el papel de líder, papel del compañero que apoya a los demás, papel del que auxilia, el sumiso, el silencioso y el desorganizado. Los factores se integraron en un cuestionario que constaba de 70- preguntas en escala tipo Likert donde la respuesta era nunca, a veces, frecuentemente y siempre. Los resultados obtenidos apoyaron el aspecto de que los grupos analíticos son complejos en sus relaciones, ya que múltiples factores se ligan a una conducta presentada por alguno de los integrantes.

Lorr, considera que fue difícil encontrar correlaciones entre dos factores aislados, porque en general todos se relacionan como en un todo en el grupo y solamente se pudo evaluar aspectos tensionales como altamente ligados con las condiciones emocionales-sociales.

Hawkins (1973) 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 o evaluara 1.- Mostrar apoyo a los compañeros. 2.- confrontar duramente a los compañeros duramente durante su labor terapéutico. 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 fingían 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 estudio 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) 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 DIRD-B que consta de 54 oraciones, dividida en 6 escalas y la medición varía desde 0 (que no muestra expresión de necesidad) hasta 9 (extrema expresión). Las 6 escalas son una combinación de "EXPRESAR" sin un sentido de comprensión 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 apoyan dicha hipótesis de que manifiestan cambios más positivos los grupos heterogéneos que los homogéneos. Esto se verificó al emplear la prueba de Chi-cuadrada.

TRANSLABORACION EN EL GRUPO TERAPEUTICO ANALITICO.

Para comprender mejor el proceso de translaboración en el sentido psicoanalítico resulta conveniente hacer consideraciones acerca de la teoría Freudiana. Giola, (1979) expresa que la idea clave y fundamental para la explicación Freudiana de la enfermedad mental es la del conflicto psíquico, y postula que en la obra de Freud, se pueden distinguir tres momentos diferentes sucesivos en la conceptualización del conflicto con tres diversas teorías correlativas acerca de la enfermedad y la curación. El primero de esos momentos se puede ubicar desde el comienzo de su obra hasta 1904. Aquí el se expresa que el conflicto no es universal, ni necesario y su emergencia depende de que en la infancia haya ocurrido un suceso traumático real de índole sexual, que adquirirá su poder patógeno retroactivamente cuando otro suceso posterior en la pubertad le dé significación. El conjunto de representaciones ligadas a estas experiencias son reprimidas y adquieren poder patógeno porque forman un núcleo de ideas fuertemente catéctizadas con afecto que se expresarán en síntomas. La tarea Terapéutica respecto a esta primer teoría consiste en hacer consciente el conjunto de ideas constitutivas del "núcleo patógeno" inconsciente formado por la represión de las representaciones de los sucesos traumáticos tuviera eficacia debían darse dos condiciones: descripción debería ser detallada y acompañada del afecto correspondiente. A mayor detalle descriptivo y mayor expresión de afecto, tanto mejor el efecto terapéutico. Ya que el afecto se descarga por abreacción.

En el segundo periodo, a partir de 1905 y hasta 1919, el conflicto se da entre el yo y la libido, o más exactamente entre los instintos del

Yo y los instintos sexuales y/o entre los instintos del YO más la libido narcisista y la libido objetal. El conflicto se hace necesario y universal, toda vez que el yo encuentra por sí inaceptables las demandas libidinales. No es necesario que haya ocurrido un hecho real traumático infantil, aunque no se descarta su importancia etiológica cuando existe. El factor traumático puede residir meramente en el terreno de las fantasías infantiles acerca de la sexualidad y parte de ellas proviene del acervo heredado Ya sea adquiridas o heredadas las fantasías cuya represión tiene poder patógeno son las que se refieren al complejo de Edipo. Todas las neurosis comienzan en la primera infancia y la neurosis adulta es solo una continuación de aquella. Por lo tanto pierde sentido la hipótesis de la resignificación a posterior del trauma infantil, que incluso puede no existir como tal. Adquiere suma importancia la idea de las series complementarias la primera entre la constitución innata y las vivencias reales o fantaseadas infantiles, lo que constituye la disposición y las experiencias de la vida adulta. Los factores innatos tales como la constitución instintiva y la capacidad para solucionar el conflicto principalmente por represión adquieren una importancia fundamental como causa de las neurosis. No obstante la acción terapéutica se ejerce sobre los factores predisponentes o precipitantes adquiridos. El elemento determinante de las neurósis es de índole fundamentalmente cuantitativa, en términos de que cantidad relativa de libido es capaz de ser manejada por el Yo, sin tener que recurrir a un mecanismo patógeno. La labor curativa se centraba siempre en hacer consciente lo inconsciente para que las fuerzas en pugna: la represión y lo reprimido puedan enfrentarse en el mismo plano y buscar una solución

más adecuada al conflicto: sublimación inhibición en el fin, satisfacción directa o rechazo consciente del instinto y a veces formación reactiva.

En el marco de la tercera teoría del conflicto, vigente desde 1920 hasta el final de la obra Freudiana, Se amplía la segunda, Solo que el conflicto entre el yo y la sexualidad se engloba en el conflicto entre los instintos de vida y muerte, vehiculizadas por unas instancias de la segunda tópica Freudiana: YO, ELLO y SUPER YO. El levantamiento de la represión sigue siendo el medio primordial para la consecución de los objetivos terapéuticos, pero con un paso previo a la instauración, no sólo de las visicitudes instintivas antes descritas en la segunda teoría de la curación sino de nuevas represiones más seguras. En la línea del pensamiento se privilegia como medio terapéutico el fortalecimiento del Yo para que pueda luchar con éxito en sus dos frentes internos: las exigencias del instinto libidinal y agresivo y las demanda morales del super Yo. Este debe ser modificado y demolido en sus aspectos hostiles y crueles. Vuelve a destacarse la importancia de las experiencias reales y traumáticas vividas en la primera infancia y su recuerdo, o por lo menos la aceptación de su reconstrucción llega a ser un paso fundamental en el proceso terapéutico. Correlativamente y quizá contradictoriamente se acentúa aún más la importancia de los factores innatos. A pesar de la importancia de los factores congénitos en la etiología de la enfermedad, con lo cual no puede considerarse al psicoanálisis una terapéutica casual en el pensamiento freudiano, la posibilidad de curación estriba en la identidad esencial, fundada en una diferencia cuantitativa y no cualitativa, entre la salud y la enfermedad. En sus últimos tiempos Freud extiende esta identidad a las neurósís y a las

psicosis.

Freud siempre tuvo en mente como objetivo clínico: La desaparición de las manifestaciones patológicas sintomáticas. Freud dijo: "Qué el médico debe sentirse satisfecho si el paciente recobra su capacidad de trabajo." Así se puede observar que el aspecto de translaboración en relación a la cura siempre estuvo presente en la concepción freudiana de sus trabajos, sin embargo el término translaboración fue empleado hasta 1914 en su artículo "Recuerdo, Repetición y Elaboración" Aún cuando antes Freud había empleado terminos como "desgastarse y repasar" en "Estudios sobre la histeria" de 1885. Sandler (1960) Refiere que Freud vinculó la necesidad de emprender un trabajo elaborativo con una forma particular de resistencia que emanaba de la "compulsión a la repetición" (1920) y la llamaba resistencia del Ello. La translaboración representaba un trabajo analítico adicional a aquel implicado en el descubrimiento de conflictos y resistencias; la comprensión (insight) intelectual sin el insight emocional no fué considerada suficiente para la tarea terapéutica, puesto que la tendencia a la repetición de los modos de funcionamiento persistían. Desarrollos de la teoría psicoanalítica posterior a Freud han afectado el concepto en varias formas. Fenichel (1966) Miraba que la translaboración era un proceso de actividad más del analista que del paciente, y ponía énfasis en que era un tipo especial de interpretación. Es decir se refiere a un proceso en el cual al paciente se le demuestra una y otra vez de diversas maneras y en diferentes tiempos su resistencia a darse cuenta del material inconsciente. Es decir hay una resistencia al cambio tanto del yo como del super Yo. La translaboración se compara al proceso de duelo. Sin embargo Fenichel continuó siguiendo a Freud, manifestando que en la

translaboración había una liberación de pequeñas cantidades de energía ligadas a la representación. Al mismo tiempo expresó la idea de educar al paciente en lo referente a las percepciones para tener introyecciones menos distorsionadas y más reales. Este aspecto de aprendizaje ha pasado a un primer plano. posteriormente se ha buscado trabajar en áreas laterales del conflicto es decir áreas específicas de la vida del paciente, así tenemos a Fromm-Reichman (1950) que manifiesta "Cualquier comprensión, cualquier nuevo elemento para lo consciente por una clarificación interpretativa tiene que ser reconquistado y probado una y otra vez en nuevas conexiones y contacto con las experiencias con que está entrelazado y que serán o no serán abordadas interpretativamente de acuerdo con sus propios meritos (citado por Sandler 1960)

Kris (1956) considera que el trabajo interpretativo lleva eventualmente a la reconstrucción del pasado del paciente y que uno de los aspectos de la translaboración consiste en la necesidad de aplicar estas reconstrucción a distintas áreas y niveles de material. Loewald (1960) Considera al análisis como un proceso que lleva a cambios estructurales en el paciente. El analista, es la persona que estructura y articula el material que ofrece el paciente, de tal manera que al proporcionar el significado del material inconsciente y que este significado sea reconocido, por el paciente como expresiones de lo que él vivencia, esto producirá una nueva organización de lo que previamente estaba menos estructurado, y de esta manera se permite poner en palabras aquello que anteriormente no era visible, ni comprensible, ni decible, ni tangible. El analista funciona como representante de una etapa de organización más elevado. Novey (1962) Manifiesta que la translaboración es un proceso de tiempo y no un

suceso que se da únicamente en una sesión, y que además se continúa a la conclusión del análisis en su aspecto formal ya que los nuevos patrones del pensamiento y afecto se desarrollan un creciente grado de estructuración.

Steward (1963) y Greenson (1965) se unen a los aspectos que Freud mencionó de que la translaboración está primeramente dirigida contra la resistencia de Ello. Pero Greenson llega a una definición es hacer efectiva la comprensión y hacer cambios efectivos y duraderos. El trabajo de la translaboración es el análisis de aquellas resistencias que impiden que la comprensión lleve al cambio. Ambos analista y paciente contribuyen a ese cambio. La translaboración es una ardua tarea para el sujeto y la prueba de paciencia para el analista (Freud, 1914). El analista, tiene que trabajar una y otra vez el terreno de los miedos, las fantasías, los impulsos, los conflictos, las defensas inconscientes, etc. Cuando aparecen y reaparecen en el material que proporciona el paciente. El aprendizaje de mejores patrones de relación interpersonal es resultado de la translaboración.

Saz, B (1959) Expresa que la diferencia existente entre los procesos curativos en la psicoterapia en grupo y el análisis individual, no es de fondo, ya que ambos dependen de la modificación del objeto interno que condiciona una conducta patológica, haciéndose consciente, mediante la interpretación, su carácter repetitivo de moldes arcaicos. Los mecanismos de defensa se hacen presentes. Pero mientras que estos se desarrollan en una situación bipersonal en el análisis individual, en el análisis grupal los mecanismos son revividos en el vehículo transferencial, en un sentido múltiple (con los compañeros y con la terapeuta) Los integrantes toman diferentes roles y no se puede mirar hacia algún lado de la habitación sin verse

reflejado. La modificación de las diversas imágenes dramatizadas en roles, es la que dará la pauta del progreso terapéutico.. Whitaker (1987) Cada persona integrante del grupo analítico busca establecer con los demás en un sentido transferencial relaciones de espejo que expresan aquellas personas que en su infancia fueron significativas. En este proceso de translaboración se unen y entremezclan aspectos de suma importancia como son entre otros: Asociación libre, la alianza terapéutica, la transferencia, el Insight, la resistencia, los mecanismos de defensa, la clarificación, la confrontación, la interpretación etc.

LIBRE INTERACCION GRUPAL

En el psicoanálisis clásico, el modo predominante de comunicar material es que el paciente intente la asociación libre de sus ideas que por lo general se inicia después de haber concluido las entrevistas. Kolb (1982) Para obtener las asociaciones no guiadas por la conciencia, el terapeuta pide al paciente que diga lo que se le ocurra, y le advierte para que no cambie la secuencia de sus pensamientos no dirigidos y para que no retenga ideas, por irrelevantes o molestas que parezcan. El paciente debe verbalizar todo lo que venga a su mente sin censurarlo ni inhibirlo. La atmósfera permisiva de la relación terapéutica facilita la asociación libre. El significado del material debe ser descubierto en gran parte por el paciente mismo. A través el proceso de asociación libre, el paciente explora sus primeras memorias, recrea las experiencias importantes y los sentimientos que en ellas se contuvieron, reactiva las relaciones con los padres, con los hermanos o con otras personas, y trata de hacer conscientes los sentimientos y las ideas que tuvo respecto a sí

mismo y sus actitudes tal y como existieron durante la niñez. En forma gradual, conforme las asociaciones aumentan en número y en riqueza de material que provienen del inconsciente, lo que al paciente le parecería irrelevante y sin significado comienza a adquirir sentido para el mismo. La asociación libre es tal vez el más valioso de todos los métodos para descubrir la dinámica de la conducta, ya que permite un intenso grado de autorrevelación.

Respecto a la libre interacción, en el grupo psicoterapéutico, en variadas ocasiones, los integrantes del grupo pueden verbalizar por un compañero cuando el no encuentra las palabras. Pueden asociar libremente, introspectar, y ayudar al paciente inhibido a regresar al material de la fantasía, al mismo tiempo se refuerza la realidad parando la regresión según lo presionan a examinar y analizar su conducta con ellos. Un grupo que camina unido aprende del terapeuta a encontrar un significado detrás de la conducta y de las palabras puede conceptualizar las conexiones entre lo que siente y como lo actúa. La autoestima del paciente mejora cuando se une a las exploraciones y evaluaciones de todo el material incluyendo el dar y asociar sueños.

LA ALIANZA DE TRABAJO

Greenson (1976) El término alianza de trabajo se refiere a la colaboración realista, razonable saludable entre el paciente y el terapeuta, y en el caso de grupo entre paciente y paciente en su disposición a aceptar ayuda para superar sus dificultades internas. El proceso de grupo estimula el desarrollo de la alianza de trabajo en todos los pacientes de un grupo. Cámara (1980) el uso apropiado de las interpretaciones terapéuticas que constituyen la alianza de trabajo,

es acelerada por el grupo en varias formas. El terapeuta de grupo puede tener confianza en sus interpretaciones limitadas porque a pesar de que el terapeuta cometa errores con un paciente, los miembros tienen los medios para efectuar una adecuada alianza de trabajo y también ellos mantienen la alianza de trabajo ayudando al compañero a regresarse al material de la fantasía y después asistiendo a examinar y a analizar su conducta regresada. La presencia de otros miembros del grupo hace que decrezca la dependencia lineal terapéutica y reduzca la ansiedad inicial del paciente a la sumisión pasiva hacia la figura omnipotente del analista, el cual se observa más humano y menos amenazante. Es más fácil para el paciente regresado identificarse con sus compañeros que con el analista, porque los miembros no están tan comprometidos como el analista en la transferencia arcaica del paciente.

El verdadero signo de la alianza terapéutica es cuando el paciente activamente usa la interpretación y la aplica significativamente. La habilidad del paciente para identificarse con el Yo razonable del terapeuta puede reforzar alianzas de trabajo en dos formas dentro del grupo: horizontalmente entre los miembros y verticalmente paciente-terapeuta. El miembro del grupo que está ayudando a otro se convierte en reforzador del Yo. El es capaz de percibir en otros lo que ellos no pueden percibir y sus introspecciones válidas son aceptadas por los otros pacientes y/o el terapeuta. El grupo espera que un paciente se vuelva un miembro adulto trabajador y no duda en poner presión para hacerlo crecer y usar su introspección para cambiar su conducta.

LA TRANSFERENCIA

Freud, fue el primero en emplear el término transferencia cuando

relató su intento de obtener asociaciones verbales en sus pacientes (Freud 1985). La finalidad del método de tratamiento era que el paciente descubriera a través de sus asociaciones el vínculo entre sus síntomas y sentimientos presentes por un lado y sus experiencias pasadas por el otro. (Sandler 1960). Freud 1985 expresó "La paciente está atemorizada al encontrar que está transfiriendo a la figura del médico las ideas desagradables que surgen del contenido del análisis". Para Freud las transferencias son nuevas ediciones o fascículos de los impulsos y las fantasías que surgen durante el curso del análisis y tienen la peculiaridad de remplazar a una persona anterior por la persona del médico. La transferencia está presente en el paciente desde el comienzo del tratamiento, y por un tiempo es el más poderoso motivo de su progreso. En 1912 Freud, había hablado de las transferencias negativas y positivas. Las transferencias negativas eran vistas como el traslado de sentimientos hostiles hacia el terapeuta en su forma más extrema, pero coexistían con las transferencias positivas. Freud introdujo el concepto de "neurosis de transferencia" en 1914 y así se puso de manifiesto la forma en la cual las relaciones tempranas que eran competentes de la neurosis misma moldeaban también el patrón dominante de los sentimientos del paciente hacia el psicoanalista. En 1920 Freud amplió el concepto de neurosis de transferencia cuando manifestó que la paciente en análisis está obligada a repetir el material reprimido y vivirlo como una actualidad contemporánea en vez de recordarlo como quisiera el terapeuta. La repetición del pasado en forma de transferencia contemporánea responde a la consecuencia de la compulsión a la repetición.

La transferencia fue concebida como un desplazamiento de la libido de la memoria del objeto original hacia la persona del analista

que llegaba a ser nuevo objeto de los deseos sexuales del paciente, mientras que éste ignoraba el proceso de desplazamiento del pasado, Strachey (1936) manifestó que las únicas interpretaciones eficientes en el tratamiento psicoanalítico eran las transferenciales.

Greson (1965) Define la transferencia como el experimentar sentimientos, impulsos, actitudes, fantasías y defensas hacia una persona en el presente que son inapropiadas para ella y son una repetición, un desplazamiento de reacciones originadas con respecto a personas significativas en la temprana infancia. Y para considerar una reacción como transferencial debe ser una repetición del pasado y debe ser inapropiada en el presente. Los objetos que fueron las fuentes originales de la relación afectiva de la infancia suelen ser los padres, hermanos, maestros etc. que prodigaron amor y castigo. los sentimientos de transferencia activados suelen resultar semejantes de realización de deseos. Es probable que las reacciones de transferencia se produzcan más adelante en la vida con las personas que desempeñan una función especial. (amantes, jefes, autoridades, médicos, maestros, actores, y personajes célebres) que puedan activar reacciones de transferencia: Cualquier emoción, pulsión, deseo, actitud, fantasía, y las defensas contra ellos. Las reacciones de transferencia son esencialmente inconscientes, aunque algún aspecto de la reacción pueda ser consciente. La impropiedad de una reacción a una situación actual es la señal de que la persona que desencadena la acción no es el objeto decisivo o verdadero. Indica que la reacción probablemente tiene que ver y conviene a un objeto del pasado. En general las reacciones emocionales intensas al analista denotan transferencia. Así sucede con diversas formas de amor y también de odio y de miedo. Todas las reacciones de transferencia se caracterizan por la ambivalencia, la

coexistencia de sentimientos contrapuestos. No hay amor por el analista sin odio oculto en alguna parte, no hay anhelos sexuales sin repulsión oculta. La ambivalencia puede descubrirse cuando sus sentimientos son caprichosos y cambian inesperadamente. Puede suceder que el paciente maneje la ambivalencia desplazando uno de los componentes hacia otra persona. Esto suele presentarse en la terapia grupal donde uno de los miembros no puede mostrar un aspecto hostil hacia el terapeuta y en cambio no tolera a un compañero de grupo, argumentando que no tolera lo tanto, o bien, lo repetitivo que es al narrar su problemática. Otra propiedad notable de las reacciones de transferencia es su mutabilidad. Los sentimientos de transferencia suelen ser inconstantes, erráticos y caprichosos. Otra cualidad de la transferencia es la tenacidad, ya que el paciente tiene que aferrarse a su posición fija porque los sentimientos que entran son sobredeterminados y satisfacen importantes necesidades instintuales y defensivas. La transferencia y la resistencia están relacionadas de diversas maneras. La transferencia es un rodeo en el camino hacia el recuerdo y el insight. Ciertas variedades de reacciones de transferencia ocasionan resistencias porque contienen impulsos libidinales y agresivos dolorosos. El paciente tal vez este volviendo a vivir algún aspecto primitivo de la relación madre-hijo. En semejante estado el paciente no puede realizar la labor analítica a menos de que el analista consiga restablecer un Yo razonable y una alianza de trabajo. El análisis de las resistencias de transferencia es lo cotidiano de cada sesión en la terapia psicoanalítica.

LA INTERPRETACION

Una técnica de especial importancia para que los pacientes realicen o lleven a cabo el proceso de la translaboración corresponde

a la Interpretación. Y es por medio de esta técnica que el terapeuta ayuda al paciente a entender el significado de sus fenómenos mentales y de su conducta; habitualmente el paciente no ha percibido siquiera la existencia de dichos fenómenos.. Con base a estas interpretaciones se trae al enfermo al insight respecto a las motivaciones dinámicas que produjeron la persistencia de su conducta. Cuando las interpretaciones son correctas y en el tiempo adecuado hacen traer al paciente recuerdos que enlaza y comprende y es cuando la ansiedad de momento se supera, se controla y se entiende, al igual que las defensas que utilizaban para resguardar esos aspectos intolerables. Las interpretaciones también ayudan a resolver las resistencias que constantemente interfieren para que pueda reflexionar sobre sí mismo. El paciente tal vez logre mayor insight en sus problemas y en su conducta si hace sus propias asociaciones o si por lo menos simplemente se le guía y se le ayuda a sacar sus propias conclusiones.

INSIGHT

Freedman (1984). El insight es el grado de consciencia y comprensión de la propia dinámica y los propios síntomas de conducta anadaptado del paciente. El médico trata de averiguar si el paciente si se da cuenta de la manera y del grado en que las dificultades de su personalidad interfieren con su adaptación social y con la ejecución adecuada de sus deberes habituales.

Garfinkel (1978) El insight aparece como producto de una experiencia emocional altamente significativa, que favorece el conocimiento racional del objeto de observación, lo que en conjunto permite transformaciones Yoicas perceptuales que implican una cierta modificación de la identidad. El insight es producto específico de un proceso psicoanalítico y se le considera factor de desarrollo, el

insight y se constituye como un dato de relevancia en el concepto de analizabilidad. El paciente necesita el insight para modificar la ansiedad paralizante del Yo.

La relación entre insight e identidad de acuerdo a Freud, correspondería al momento de pasaje de procesos de identificación exitosamente resueltos en términos de aprendizaje por la experiencia evidenciable en un enriquecimiento Yoico instrumental evaluable. Se puede agregar que el insight es heurístico lo mismo que la interpretación, su manera de accionar en la clínica. Se observan dos fases secuenciales. La primera es de investigación de descubrimiento de lo inconsciente, la segunda de comunicación de invención, en tanto mediante la verbalización su objetivo es lograr un efecto (resolución del conflicto) sobre el paciente.

CONSIDERACIONES SOBRE EL PSICOANALISIS Y EL PROCESO DE ELABORACION

Freud (1904) refiere, que el procedimiento psicoterapéutico psicoanálisis era futuro de método catártico, con ese método, Freud abandonó la hipnosis y la sustituyó por la de asociación libre de los pacientes, observó que había lagunas mentales en los recuerdos de los pacientes y estos huecos eran resultados de la represión y la resistencia que surge cuanto mayor es el aumento y distorsión del fenómeno psíquico reprimido. En todo tratamiento terapéutico siempre están presentes la represión y las resistencias. Así un grupo de pacientes se puede distinguir por abundancia y variedad de sus síntomas. Freud (1905) a través de la técnica psicoterapéutica psicoanalítica, promovió la resolución del conflicto, buscando los orígenes de las enfermedades y tratando de remover sus

manifestaciones. Los resultados jamás son rápidos y las resistencias pueden resultar displacenteras. El tratamiento psicoanalítico se basa en el reconocimiento de que el Inconsciente de procesos mentales es la causa directa de los síntomas morbidos. Freud (1910) El tratamiento está constituido por dos partes:

a) Lo que el médico deduce y dice al paciente

b) La elaboración que el paciente hace de lo que aquel le ha dicho.

Freud (1917) Refiere que durante la labor terapéutica, se debe tomar en cuenta la distribución de la libido del paciente y como está depositada objetivamente, para ubicarla al servicio del YO. El estado en el cual el YO retiene la libido, se llama narcisismo. El individuo pasa del narcisismo al amor objetal. Mediante la terapia se intenta educar al YO que no es amo en su casa. Freud (1914) Nos habla de un punto importante en todo proceso de elaboración y corresponde a los aspectos del Ideal del YO. Así, aquellos mismos impulsos, sucesos, deseos e impresiones que un individuo determinado tolera en sí o por lo menos elabora conscientemente, son rechazados por otros con indignación o incluso son ahogados antes de llegar a la consciencia. Se puede decir que cada sujeto construye en sí un ideal con el cual compara a su yo actual, . La formación de un ideal sería por parte del Yo, la condición de la represión. A este Yo ideal se consagra el amor egolatra de que en la niñez era objeto el Yo verdadero. El narcisismo aparece desplazado sobre este nuevo Yo ideal, adornado como el infantil, con todas las perfecciones. Como siempre en el terreno de la libido, el hombre se muestra incapaz de renunciar a una satisfacción ya ganada alguna vez, No quiere renunciar a la perfección de su niñez, ya que no pudo mantenerla ante las enseñanzas recibidas, intenta

conquistarla bajo la forma del Yo ideal. Aquello que proyecta ante sí como su ideal, es la sustitución del perdido narcicismo de su niñez, en el cual él mismo era su propio ideal. La producción de un ideal eleva, las condiciones de exigencias del Yo y favorece más que nada la represión. Y la sublimación representa un medio de cumplir tales exigencias sin recurrir a la represión. El estímulo, para la formación del Yo ideal, cuya vigilancia, esta encomendada a la conciencia, y tuvo su partida este ideal en la influencia crítica ejercida de viva voz por los padres a los cuales se suman luego los educadores, los profesores y por último las personas del medio social correspondientes. De este modo son atraídas a la formación del Yo ideal narcicista grandes magnitudes de libido.

La autoestima parece ser una expresión de la magnitud del Yo y todo lo que una persona posee o logra, cada residuo de sentimiento de la primitiva omnipotencia confirmado por su experiencia ayuda a incrementar su autoestima. La dependencia al objeto amado es causa de la disminución de la autoestima. El que ama pierde, por decirlo así, una parte de su narcicismo y o lo puede compensar siendo amado, El ideal sexual puede entrar en una interesante relación auxiliar con el Yo ideal, Se ama entonces aquello que hemos sido, y hemos dejado de ser o aquello que posee perfección de que carecemos.

La fórmula correspondiente sería es amado aquello que posee la perfección que le falta al Yo para llegar a un ideal. Así que el Yo queda empobrecido para alcanzar dicho ideal. Cuando surge el sentimiento de culpabilidad, fue originalmente, miedo al castigo de los padres o bien a perder el amor de los mismos, mas tarde los padres se sustituyeron por un número indefinido de compañeros (en terapia grupal se convierten en los compañeros y hacia ellos se vive esas sensaciones

de crítica y sometimiento). Freud (1914). Los pacientes durante su tratamiento no recuerdan nada de lo olvidado y reprimido, sin embargo ejecutan al acting out correspondiente, el sujeto no lo reproduce como recuerdo sino como acción, lo repite sin saber que lo está haciendo. La transferencia no es más que un ejemplo de repetición. Funciona no sólo en relación a todos los aspectos de la relación actual. El paciente cede a la compulsión de repetir con que reemplaza el impulso de recordar no sólo en su actitud frente al terapeuta, sino también en todas sus otras actividades y relación de la vida cotidiana. El primer paso para superar la resistencia se produce cuando el analista logra descubrir la resistencia que el paciente no reconoce haciendo que se familiarice con ella, para lo que debe dársele tiempo a fin de que la reconozca, elabore y supere pudiendo continuar la labor analítica a pesar de ella. En la práctica, la elaboración de la resistencia es ardua labor para el paciente y verdadera prueba de fuego para el analista.

Freud (1940) expresó, que el núcleo de nuestro ser está constituida por el Ello que no tiene comunicación directa con el mundo externo y sólo es accesible a nuestro conocimiento a través de otra instancia. Dentro del ello actúan los instintos orgánicos, que a su vez están constituidos por funciones de dos fuerzas primarias (vida y destrucción) las que están en proporciones variables y que se distinguen entre sí por sus relaciones con órganos o sistemas de órganos. El ello está aislado del mundo externo tiene su mundo receptivo propio. Según Freud, el Yo se desarrolla a partir de la capa periférica del ello, y mantiene su dependencia respecto del mundo externo. El Yo decide si el intento de obtener satisfacción ha de llevarse a cabo, postergarse, o suprimirse completamente por el peligro

que involucra la demanda instintiva. Este es el principio de realidad. Durante la infancia el Yo débil e inmaduro sufre daños debido a las tensiones a que está sometido en sus esfuerzos por evitar los peligros propios de esa época de la vida. Los niños están protegidos de los peligros del mundo externo por la solicitud de sus padres, siendo el precio que pagan por esa seguridad el temor a la pérdida del amor. Hasta el primer periodo de la infancia (aproximadamente 5 años) el Yo actúa como mediador entre el Yo y el mundo externo, se hace cargo de las demandas instintivas del primero para obtener su satisfacción deriva las percepciones del segundo y las utiliza del primero para obtener su satisfacción deriva las percepciones del segundo y las utiliza como recuerdos. Teniendo como meta su autoconservación el Yo se defiende de los reclamos excesivamente intensos procedentes de ambos sectores y, al mismo tiempo, se rige en todas sus decisiones por los mandatos de un principio de placer modificado. En esa edad parte del mundo externo se abandona como objeto incorporándose el Yo, con lo cual se convierte en parte integral del mundo interno. El super Yo cumple sus funciones que hasta ese momento realizaron las personas en el mundo externo: observa el Yo, le da ordenes, lo juzga y lo amenaza con el castigo funcionando como conciencia Moral. El super Yo es heredero del complejo de edipo y se establece solo cuando aquel ha desaparecido. Mientras el Yo trabaje en armonía con el super Yo. no resultara fácil distinguir sus manifestaciones, pero son claramente visibles las tensiones y distanciamientos entre ambos. El super Yo adopta una posición entre el Ello y el mundo externo, reuniendo en sí mismo las influencias del presente y del pasado. Cuando cualquier sujeto se encuentra bajo tratamiento psicoterapéutico analítico es importante observar como se interrelacionan el ello, el yo, el super

Yo y la realidad externa, sin embargo todo tratamiento tiene su proceso de elaboración así como su final, para Freud (1937) el final de análisis puede significar diferentes cosas: desde un punto de vista práctico implica que el paciente y el analista dejan de encontrarse para la sesión analítica, el otro significado es que el analista ha ejercido una influencia tan profunda en el paciente, que no cabe duda en esperar que se produzca ningún otro cambio en él aun que continúe con su análisis. Los factores que resultan perjudiciales para la eficacia del análisis y que hacen interminable son "una particular fuerza constitucional del instinto una alteración desfavorable del Yo adquirida en su lucha defensiva, en el sentido de que está desquiciado y limitado.

Tres factores resultan decisivos para el éxito o el fracaso del tratamiento analítico: La influencia de los traumas, La fuerza constitucional de los instintos, Las alteraciones del Yo. El factor constitucional es de importancia decisiva, desde el comienzo del mismo, a pesar de lo cual un refuerzo del instinto en un momento posterior de la vida podría producir idénticos efectos.

La situación analítica consiste en aliarse con el Yo del paciente para así llegar a dominar aspectos de su ello que no están dominados. El Yo debe cumplir sus tareas al servicio del principio del placer como mediador entre el ello y el mundo externo, mientras protege al ello de los peligros del mundo externo. Durante la lucha en dos frentes, el Yo utiliza diversos procedimientos para cumplir su tarea, que consiste en evitar el peligro, la angustia y el displacer. Estos procedimientos se denominan mecanismos de defensa. Los mecanismos de defensa reaparecen como la resistencia contra la recuperación. El efecto terapéutico depende de que se haga consciente lo que está reprimido en el ello. El

efecto que provocan las defensas en el Yo podría describirse como su alteración, entendiéndose por tal una desviación con respecto al Yo normal, que garantice lealtad inquebrantable a la labor analítica, el resultado de un tratamiento analítico depende, en esencia de la fuerza y la profundidad de esas resistencias que provocan una alteración del Yo.

TRANSLABORACION

En 1927 Ferenczi consideró un aspecto cualitativo de la elaboración refiriéndose a la reconstrucción del mecanismo del síntoma y formación del carácter debe repetirse una y otra vez en cada paso del análisis. Es importante considerar en el insight una nueva revisión del material previo y de las partes esenciales de lo que ha sido pensando como estructura completa. Las más sutiles conexiones entre los elementos cualitativo de la elaboración y el factor cuantitativo (descarga de efecto) debe ser llevado a un más detallado estudio de la técnica analítica..

Alexander (1935) considera a la interpretación de gran utilidad en el proceso de elaboración sobre todo en la movilización del material inconsciente y de su integración en el sistema de la ciencia. La elaboración debe llevar a la ruptura de conexiones infantiles primitivas una vez que han emergido y el poder intragador del Yo establece nuevas síntesis. Aquí el trabajar sistemáticamente en el conflicto ayuda a acelerar el proceso integrador mediante interpretaciones totalizadoras con lo que se asimila el material nuevo por el Yo y movilizan el material inconsciente.. La interpretación sólo puede contener un poco más de lo que el paciente es capaz de ver por sí mismo en el momento. Los experimentos técnicos que buscan

nuevas abreacciones pueden causar repentinas erupciones de nuevo material y pueden causar nuevas represiones.

Fenichel (1950) Considera al acting out como núcleo de conocimiento del paciente y con el tiempo resulta indispensable, pero que si no es seguido del análisis y de la elaboración se convierte en peligro y resistencia. La elaboración es el componente esencial del análisis. La elaboración es un proceso prolongado porque la liberación de la energía que se produce en cada interpretación es pequeña. El análisis consiste en la suma de tales descargas de derivados. La lentitud también deriva de que el Yo tiene que hacerse capaz de asimilar la suma. No sólo tiene que liberarse en un solo acto energías previamente ligadas sino que las tensiones instintivas recientes producidas somáticamente tienen que estar previamente capacitadas para producir una descarga. Las reacciones emocionales son fuente de material de análisis pero también funcionan al servicio de las resistencias. La descarga de material de afecto señala al afecto terapéutico y un avance en el proceso de elaboración. La elaboración es arma contra la insistencia del ello influyendo indirectamente mediante el sufrimiento y superación repetida de los temores, Así opera la elaboración. Atacando las defensas distorsionadas del Yo sin que se pueda hacer nada, es importante tolerar al paciente remarca Fenichel, pero no de manera masoquista ni pasivamente, solo dando tiempo asimilar y comprender el material lo que puede significar nuevas intensas reacciones contra transferenciales. Fenichel (1965) En la elaboración se trata de que el paciente vaya produciendo derivados cada vez menos distorsionados hasta que puedan reconocer sus conflictos instintivos básicos. Otro aspecto es que la elaboración consume altas cantidades de energía, mismas que se van obteniendo del

proceso analítico las energías contenidas en las defensas y las reprimidas del ello que van a sufrir un proceso de neutralización más adelante. Diversos aspectos resistenciales en la elaboración hacen que sea imposible abreviarlo únicamente cuando las intervenciones acertadas y el acompañar al paciente en los resultados de estas lo hacen menos prolongado a fin de que se lleve a cabo la elaboración en el ritmo apropiado para que las defensas no sean excesivas y no entorpezcan el proceso.

El analista en la transferencia al no reaccionar igual que los objetos originales facilita la modificación de la relación objetal y la manera de solventar los conflictos ahora se aprende de la reexperiencia no solo se repite.

En la mente todo está entrelazado el cambio verdadero ocurre en la medida que un conocimiento y entendimiento afecta a otras experiencias interpersonales conocidas o disociadas. En el curso de los procesos de reelaboración se debe prestar atención interpretativa a pautas de sentimientos, pensamientos, acciones y conducta que están condicionadas dinámicamente por la misma experiencia previamente disociada o reprimida. La interpretación analítica complementa el recuerdo que aparece mediante una variedad de signos de la conducta del individuo el cual utiliza la interpretación para reconstruir el evento original del cual se deriva el evento actual. las interpretaciones históricas en el análisis llevan al recuerdo o garantizan la retención. La complejidad de factores independientes durante el proceso psicoanalítico es tal que no se puede asumir que cualquier operación única es capaz de cambios dinámicos mayores. La liberación de la represión depende de la fuerza de defensas utilizadas de fines de contracatexis que dependerá de la capacidad del Yo de

enfrentar la capacidad del conflicto (También la facilitación de la función sintética o integrativa mediante el reconocimiento es uno de los factores dinámicos que llevan al recuerdo.

Greenacre (1956) Refiere que para resolver en el análisis los efectos de experiencias dolorosas debe hacerse la elaboración del evento traumático y sus repercusiones especialmente porque los impulsos infantiles han sido conducidos a través de las experiencias actuales.

Wallestin (1962) Afirma que la elaboración continúa durante la interminable fase del trabajo analítico propio que sigue a la terminación del análisis en su aspecto formal, los nuevos patrones de acción, pensamiento y afecto desarrollan un creciente grado de estructuración.

Stewart (1963) Considera que la elaboración debe ser utilizada como término para referirse principalmente al tiempo y energía requeridos por el paciente para cambiar de patrones habituales de las descargas instintivas refiriéndose en esencia a las resistencias del Ello. Los tres aspectos de las resistencias son: la inercia psíquica, la adhesividad de la libido y las fijaciones. La superación de esas resistencias requiere capacidad para tolerar la frustración, traerlas en términos de gratificación mediante el desarrollo de la realidad para corregir formas de gratificación mediante el desarrollo de nuevos canales de descarga instintiva. Estos elementos son especialmente observados en la inercia psíquica, mientras que la adhesividad de la libido se relaciona con la catexia a los objetos y la fijación de la libido implica factores evolutivos y experienciales. Stewart aclara la diferencia entre elaboración y duelo; éste último está en términos de pérdida de objeto, mientras que la primera requiere la constancia

objetal con un cambio en el modo y meta del impulso instintivo.

Greson (1965) Distingue resistencias inherentes al insight (relacionadas con el trabajo analítico propiamente dicho) y resistencias a que el insight lleve al cambio el análisis de estas últimas corresponden al trabajo de elaboración. El establecimiento de una alianza de trabajo es precondition necesaria para el trabajo de la elaboración. Los componentes básicos del proceso son: Repetición, Factor requerido. por la complejidad de contenidos inconscientes y por la necesidad de ofrecer al paciente repetidas oportunidades de manejar la ansiedad, de tratar nuevos modos de respuestas y de llegar a el conocimiento de lo nuevo; y 2. Elaboración, amplificación y complementarios de interpretaciones relacionadas con la sobredeterminación de la conducta psíquica somática. Las funciones yoicas cuando están afectadas entorpecen la elaboración y el analista debe servir temporalmente como auxiliar al Yo del paciente.

El proceso de elaboración significa un énfasis más directo en aquellos acercamientos que en el niño tiende a construir estructura psíquica, incluyendo educación restricción de impulsos destructivos, apoyo, afecto y provisión de modelos afectivos para pensar sentir y actuar.. Ekstein (1965) enfatiza que en análisis completo el epílogo es el prólogo de lo que sigue hay un período en el cual debe haber compulsión a repetir y una espontanea repetición al servicio del manejo. La función de la elaboración es convertir la compulsión repetitiva en espontaneidad, Al suplir el modelo primario con el secundario de pensamiento hay tendencia a evaluar al compulsión repetitiva como medio de gobernar la vida mental mas como una expresión del conflicto interno. Mediante la interpretación hay una especie de reeducación y la repetición de la falla se reemplaza por la repetición

de la destreza. El diferente tiempo elaborativo tiene implicaciones diagnósticas pronósticas y psicodinámicas así como transferenciales y contratransferenciales.

Limentani (1966) relaciona el acting out y elaboración. Esta implica reactivación de ansiedades y culpa como parte del proceso hacia el insight que pueden provocar acting, incluyendo esfuerzos para el encuentro de soluciones fuera de la relación analítica en desafío a los insight adquiridos. Este esfuerzo de comunicar en una forma diferente a la verbal no sólo sugiere trastornos en etapas preverbales del desarrollo sino que puede reflejarse una variedad de significados inconscientes en busca de ayuda. Los esfuerzos los dirige el paciente buscando respuestas del analista y ocurre en cierta parte de todos los análisis.

Schmale (1966) expresa que la elaboración empieza con el inicio del análisis y incluye procesos dirigidos al insight y que un obstáculo lo constituye la incapacidad de ciertos pacientes para aceptar que el pasado no puede ser deshecho. Ekstein (1965) considera el problema de la elaboración como medio de enlace entre insight intelectual y emocional mediante la interpretación psicoanalítica, la repetición, elaboración y reconstrucción ocurriendo en el contexto de alianza de trabajo que permite cambios dinámicos en la expresión de los instintos en relación a los nuevamente estructurados objetos internos y externos. Karush (1967) dice que en la elaboración deben ser enfatizadas diferentes áreas, requiriendo cada una, algún tipo de renuncia. La elaboración puede relacionarse con el duelo por la renuncia a las gratificaciones y los objetos perdidos, especialmente el analista. Puede incluir la neutralización de la agresión o la recolección de afecto reprimidos, llegando a un nuevo

balance en la estructura del Yo, También es considerada como forma de aprendizaje y como reconstrucción del Yo ideal. En la elaboración, agrega Karush, el análisis funciona como maestro, definidor de la realidad, un objeto que no juzga la conducta motivada por los impulsos, un representante del super Yo y como objeto idealizado, que sirve de ejemplo. Esta función es impulsada por su consistencia, tacto, tolerancia y fortaleza en resistir la seducción del paciente. La relativa fuerza de ciertas funciones Yoicas juega un papel decisivo en la situación adaptiva o integradora de autoobservación y sentido de realidad. Después de formas muy regresivas hay integración con abandono de la simbolización somática y remplazo por formas más apropiadas del pensamiento. Oscilaciones de flujo tomar en consideración la patología del paciente y el conflicto a resolver, aun cuando la fantasía inconsciente sea la misma, no es igual interpretar a un niño, a un neurótico o a un psicótico, y que todos tengan el mismo tipo de insight.

Freedman, et al (1984) La mayoría de los terapeutas consideran dos tipos de insight. Insight intelectual: conocimiento y consciencia sin ninguna modificación de la conducta inadaptable. Insight emocional. Consciencia, conocimiento y comprensión de la propia conducta adaptativa en la personalidad y en el aprendizaje. Garfinkel (1978) El aprendizaje está ligado en la identificación con la tarea analítica y no con el analista como persona. Corresponde históricamente a lo que Freud expresó con respecto al conocimiento simultáneo del inconsciente (curación) y al conocimiento formativo aprendizaje del método)

LOS MECANISMOS DE DEFENSA.

Todos los organismos buscan de alguna manera protegerse contra las presiones del mundo externo. Las personas en general buscan protegerse además de ese mundo externo, del mundo interno, y cuando se hacen presentes las defensas psíquicas.

.El concepto de mecanismos de defensa pertenece a la teoría psicoanalítica.

Rutan et-al (1988) La noción de que los individuos se defiendan psicológicamente es un corolario de la teoría de Freud (1900) sobre el inconsciente. El colocó la necesidad de un Yo que protegiera al individuo de la presión que ejercía el ello en la búsqueda de satisfacción de los instintos. Tanto los instintos como las defensas son inconscientes y continúa esta concepción vigente desde la teoría de la Represión de Freud (1915). Esta teoría sugiere que un impulso, un recuerdo, una emoción, un deseo, o una fantasía inaceptables son activamente reprimidas para evitar que emerjan a la consciencia. La represión no es solamente uno de los mecanismos de defensa supremos, pero es fundamental en todas ellas. Las defensas trabajan únicamente en el grado de necesidad para proteger y reprimir el material no deseado que quiera emerger a la consciencia. Ana Freud fué quien designó el nombre de mecanismos de defensas. Describió mecanismos como: la represión, la formación reactiva, aislamiento de afecto, proyección, agresión vuelta contra sí mismo, identificación con el agresor, introyección, regresión, negación. (Citados por Brenner en 1955). Se pensó que era importante para su estudio separar a las operaciones defensivas específicas. Porque se hipotetizó que diferentes tipos de defensa eran empleadas en diferentes niveles de desarrollo. Para determinar cual mecanismo de defensa era el

utilizado, el analista tenía que investigar el nivel de desarrollo del paciente y el nivel de regresión al cual el sujeto estaba operando. Sin embargo actualmente se pone más énfasis en la forma de actuar el organismo como un todo en la forma de reaccionar para su supervivencia. En la defensa caracterológica se hacen especiales observaciones para la modificación en la terapia de grupo.

El concepto de mecanismo de defensa se ha mantenido relativamente constante a través de las modificaciones de la teoría psicoanalítica, Psicología del Yo, Teoría de las relaciones de objeto, y Psicología del Self.

Davenloo (1979) Es importante hacer notar que las defensas para varios terapeutas son consideradas como un enemigo, ya que se tiene la convicción de que las defensas inhiben el trabajo terapéutico y los datos reales que pudiera aportar el paciente se encuentran escondidos bajo los mecanismos de defensa, la cura o resolución de los conflictos que aquejan a cualquier paciente es la meta terapéutica de cualquier analista. Las defensas que presenta cualquier paciente no son al azar, sino que representan la forma de como el sujeto a podido resolver la interacción con el mundo interno y externo para mantener su integridad como individuo. Las personas con un Yo más flexible y adecuado a las relaciones interpersonales, tienen la capacidad de emplear mecanismos de defensa más adaptativos y que le permiten un mejor desenvolvimiento con los demás.

El punto de vista que observa el terapeuta de grupo, es que los pacientes en un campo interpersonal, la fuerza se convierte en una. Las defensas son siempre soluciones, es decir meta de aquello que alivia y protege de lo que se percibe como un estado agobiante de ansiedad. Es importante entender las defensas de los pacientes ya que

El objetivo final de los aspectos terapéuticos en cuanto a las defensas es que el sujeto utilice defensas eficientes que le permitan funcionar adecuadamente en la vida ante la problemática de lo cotidiano y además que tenga suficiente flexibilidad para amar y permitir ser amado .(Ruttan ,1988)

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN :

La problemática que se pretendió abordar fue: evaluar en un sentido cualitativo y cuantitativo el avance terapéutico de cada uno de los integrantes de un grupo, que se encuentran en tratamiento psicoterapéutico .

HIPOTESIS

ASPECTO CUALITATIVO .

H₀ NO, se presenta avance terapéutico cualitativo en cada uno de los integrantes durante su tratamiento de psicoterapia psicoanalítica grupal .

H_I SI, se presenta avance terapéutico cualitativo en cada uno de los integrantes durante su tratamiento de psicoterapia psicoanalítica grupal .

HIPOTESIS CUANTITATIVA.

H₀ NO, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área familiar , durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal .

H_I Sí , se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área familiar , durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal .

H_0 NO, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área laboral, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

H_1 Si, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área laboral, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

H_0 NO, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área sexual, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

H_1 Si, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área sexual, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

H_0 NO, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área social, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

H_1 Si, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área social, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

H₀ NO, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área escolar, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

H_I SI, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área escolar, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

H₀ No, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área vocacional, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

H_I Sí, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área vocacional, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

H₀ NO, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área emocional, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

H_I SI, se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes respecto de la resolución de conflictos del área emocional, durante su tratamiento de psicoterapia analítica grupal.

MUESTRA.

Se trata de un grupo terapéutico-didáctico que está integrado por estudiantes femeninas de posgrado .

Núm de integrantes: 7

Promedio de edades: 26 -40 años .

Escolaridad :Licenciatura a Maestría

Nacionalidad:mexicana y centroamericana.

Estado civil :Solteras , casadas y unión libre.

Ocupaciones: Consulta privada , Psic. industrial , labores del hogar y estudiantes

METODO

EVALUACION CUALITATIVA

La evaluación cualitativa se realizó de la siguiente manera :

-Se aplicó La Historia Clínica Autoadministrada (diseñada por el Dr. González Núñez) al inicio del tratamiento y se consideró como el Pre- Test) y así se detectaron los conflictos centrales de cada uno de los integrantes. Posteriormente se evaluaba cada sesión en sentido cualitativo registrando los insight que se pudieran presentar en alguna sesión a lo largo del tratamiento psicoterapéutico

-Como aspecto final se volvió aplicar la Historia Clínica Autoadministrada (H.C.A.)(Pos-test) para conocer si el conflicto había sido resuelto o no, ya sea parcial o totalmente . Es importante mencionar que la H.C.A. fue diseñada para Tratar de detectar el conflicto en diferentes pautas de ajuste a la vida actual de las personas .A las pautas también se le denominan áreas y son las

siguientes :Familiar, Laboral, Sexual , Escolar , Vocacional ,Social y emocional . Para la, presente investigación nos referiremos al término de áreas .

El diseño de la H.C.A. está fundamentado en los lineamientos de la Historia Clínica de Menninger.

EVALUACION CUANTITATIVA

La evaluación cuantitativa se realizó de la siguiente manera:

-Una vez aplicadas las H.C.A (Pre-test) a cada uno de los integrantes, se evaluó la presencia o no de conflicto en cualquier área . y a través de la escala de Evaluación de avance terapéutico (E.A.T) (diseñada personalmente), se le asignó un valor numérico .

Cabe aclarar que la escala(E.A.T) se diseño como un intento de pilotear y corroborar que un cambio cualitativo (insight) que nos indica avance terapéutico, podría argumentarse también desde un punto de vista cuantitativo .

-Posteriormente, durante las sesiones de tratamiento se evaluaba a cada uno de los integrantes con la E.A.T y se asignaban los valores numéricos de dicha escala , que van desde 0 hasta 6, dependiendo de como iban resolviendo sus conflictos centrales . - Al finalizar las primeras 14 sesiones de tratamiento se realizó un corte y se volvió a evaluar a través de la H.C.A. (del Dr. González Núñez) y de la escala de avance terapéutico (E.A.T)

-Después se procedió a realizar las pruebas estadísticas de chi cuadrada con el objeto de saber si las diferencias eran significativas y por lo tanto , también cuantitativamente se podría inferir que cuantitativamente se detectaba avance terapéutico .

VARIABLE DEPENDIENTE:

Se tomó como variable dependiente, el avance terapéutico o resolución de conflicto que presenta cada uno de los integrantes. Este avance se considera desde dos puntos de vista uno cualitativo, donde la presencia de insight implica un avance terapéutico y otro cuantitativo en donde a cada integrante se le evalúa su avance en función de la resolución del conflicto de áreas de su vida (familiar, laboral etc)

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Se tomó como variable independiente, el tratamiento de psicoterapia psicoanalítica y el número de sesiones

TRATAMIENTO TERAPEUTICO .

El grupo recibe un tratamiento de psicoterapia psicoanalítica por un periodo de dos años, las sesiones son de una vez por semana con una duración de una hora y media por sesión, para la presente investigación se realizó un corte al término de las 14 sesiones.

INSTRUMENTOS .

HISTORIA CLINICA AUTOADMINISTRADA .

Se eligió, el formato de H.C.A. que permitió el levantamiento de la información referente a las diversas áreas de la vida de cada paciente. Las áreas que se investigaron son Familiar, Laboral, Sexual, Social, Escolar, Vocacional y Emocional.

El procedimiento para que se obtuviera esta información de la H.C.A. fue el siguiente:

El alumno asistió a una entrevista con el terapeuta donde se le explico el proceso del tratamiento terapéutico-didáctico. Al mismo tiempo se le proporcionó la H.C.A. para que la resolviera y la

tiempo se le proporcionó la H.C.A. para que la resolviera y la entregara al siguiente día . Una vez obtenidas todas las H.C.A. se procedió a calificarlas de acuerdo a la Escala de Evaluación de Avance Terapéutico.

EVALUACION DEL AVANCE TERAPEUTICO

Una vez integrado el grupo , se procedía a grabar sesiones y posteriormente a transcribir , con el objeto de seleccionar las frases o fragmentos más significativos que pudieran ser índices de evaluación del Avace , estancamiento , o retroceso en el proceso terapéutico de cada uno de los integrantes del grupo .

El observador se encontraba en la cámara de Gessell realizando dichas grabaciones .

Los formatos de HISTORIA CLINICA AUTOADMINISTRADA (H.C.A.) y de ESCALA DE EVALUACION DE AVANCE TERAPEUTICO (E.A.T) se encuentran como anexos .

Se trata de un diseño PRETEST-TRATAMIENTO-POSTEST. y como lo indica el diseño , se recopiló al principio la información por medio de la H.C.A. (Pre-test) los elementos que pudieran dar manifestación de la presencia de conflicto .Posteriormente se aplicó la psicoterapia psicoanalítica grupal por espacio de dos años , aun cuando para esta investigación se realizó el corte al término de las 14 sesiones . Como último paso se volvió a aplicar la H.C.A. (Pos-test) y nuevamente los datos obtenidos se valoraron con la escala E.A.T..

DISEÑO ESTADÍSTICO.

Se entiende por estadística, la teoría y el método de analizar datos cuantitativos obtenidos a partir de las muestras y de observaciones, a fin de estudiar y comparar las fuentes de varianza de los fenómenos, para hacer decisiones sobre la aceptación o rechazo de las relaciones hipotéticas entre los fenómenos y facilitar la obtención de inferencias fidedignas a partir de observaciones empíricas (Kerlinger, 1980).

El término estadísticamente significativo quiere decir que se aleja de lo esperado por el azar. En este sentido, dado el tipo de diseño Pretest- T-Posttest de la investigación realizada. Se procedió a emplear la prueba CHI cuadrada para aceptar o rechazar las hipótesis nula, y así verificar en el sentido estadístico si el avance terapéutico se debió al azar o no.

La fórmula para calcular χ^2 es la siguiente:

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(F_o - F_e)^2}{F_e} \right]$$

Donde:

F_o = Frecuencia observada u obtenida (en este caso se refiere a las evaluaciones registradas de los datos colectados de las sesiones grabadas).

F_e = Frecuencia esperada (en este caso se refiere a los datos que hipotéticamente se deberían obtener respecto de las evaluaciones.)

Σ = Corresponde a la sumatoria de los eventos observados, menos los esperados elevados al cuadrado, y luego divididos entre las frecuencias esperadas.

DETECCION DE LOS CONFLICTOS CENTRALES DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA AUTOADMINISTRADA (PRE-TEST). Y SU EVALUACION CUANTITATIVA.

Integrante :ALICIA.

AREA FAMILIAR

Refiere que existe conflicto con su mamá desde la infancia , ya que se siente hostilizada por el parecido que tiene con su abuela paterna refiere que tiene problema de infertilidad , y ha estado bajo tratamiento médico pero no ha obtenido buenos resultados.

EVAL= 3

AREA SEXUAL

Considera que sus relaciones sexuales durante su adolescencia fueron satisfactorias , pero ahora en su matrimonio son pésimas.

EVAL=3

Integrante: CAROLINA.

AREA FAMILIAR . -AREA SEXUAL

Relata tener una incapacidad para tener hijos ,ya que probablemente se deba a una violación sufrida a la edad de 11 años y siente que cada vez que empieza a formar una relación depareja suceden cosas que hace que se termine muy pronto , por estos motivos cada vez se siente más deprimida y siente que con el correr del

tiempo las cosas van a empeorar .

EVAL=3

AREA EMOCIONAL

Por los motivos antes mencionados ; Carolina manifiesta sentirse cada vez más deprimida y piensa que las cosas con el tiempo van a empeorar preocupandole esa posibilidad de no poder tener hijos.

EVAL=3

Integrante :OLGA

AREA FAMILIAR

Expresa que trata de entender el ¿Por qué ?Nunca ha deseado tener hijos y está idea recuerda haberla tenido desde la infancia , además refiere sentirse incapaz de educarlos .La relación con el esposo a veces es buena y a veces no.

EVAL. 3

Integrante :TANIA.

AREA FAMILIAR .

Refiere que inicia una relación de pareja y que hay ciertas ambivalencias y conflictos (no especifica cuales.)

EVAL=3

Integrante:MARINA.

AREA FAMILIAR .

Considera que las relaciones con su hija mayor son excelentes , pero

que con su hijo menor siempre hay conflicto , ya que siente no poderlo entender . En cuanto a la relación con su esposo manifiesta que son satisfactorias , divertidas y en ocasiones de gran esfuerzo y trabajo

EVAL=3.

AREA EMOCIONAL

Indica que se siente preocupada por su marcada característica de racionalización y no desea permanecer inmovilizada por ese motivo .

EVAL=3

Integrante:ANDREA.

AREA FAMILIAR .

Relata que existen desaveniencias con su esposo , y actualmente viven separados (pero se mantienen en contacto a través de cartas y telefonemas)Siente que el tipo de relación que mantiene con su esposo la ha destruido , considera que la situación desde el noviazgo fue muy confusa , ya que al principio su esposo fue amable y cariñoso pero después todo cambio , se volvió contradictorio , unos días excesivamente agresivo y otros excesivamente lejano y después variaba a ser cariños . Después de dos años de casada al le dijo , que no la quería y nunca la había amado , que estaba enamorado de otra mujer y el día del casamiento la odiaba , tenía ganas de salir corriendo en lugar de casarse . La situación de agresión y desprecio continúan .

EVAL=3

AREA EMOCIONAL

Expresa la presencia de sentimientos devaluatorios al sentir que no es aceptada por su esposo . Desea superarse para desarrollarse

profesional y personalmente y así no tener la sensación de necesitar a su marido .,

EVAL=3

Integrante : ISAURA

AREA FAMILIAR

Refiere que uno de sus principales conflictos es la relación con su esposo , ya que siente que no va a su ritmo , porque ella se sigue preparando académicamente y él no progresa en el trabajo , ahí lleva 20 años laborando y sigue en el mismo puesto . Desde que se casaron la responsabilidad económica siempre ha recaído en ella .Actualmente estos aspectos los discuten pero no le ve solución alguna .

EVAL=3

AREA EMOCIONAL

Indica que últimamente se ha sentido muy desesperada de ver que ella lleva el mando en su familia y su marido poco le ayuda.

EVAL=3

EVALUACION CUANTITATIVA DURANTE EL TRATAMIENTO POR AREAS DE CADA UNA DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPEUTICO DIDACTICO .

Integrante :ALICIA

AREA FAMILIAR.

Sesión :1

Expresa que no visita a su mamá para no tener problemas pues la considera muy conflictiva .A través de un sueño manifiesta que su esposo se va con otra mujer porque ella no puede tener hijos (en la

realidad , hasta el momento no se ha podido embarazar).

Sesión:3

EVAL=3

Refiere haber empezado a ir al Instituto de Perinatología y va a iniciar sus analisis para tratar de embarazarse .

Sesión:6

Alicia menciona que desde pequeña se ha parecido a su abuela materna , y desde entonces la abuela regañaba a la mamá de Alicia porque pensaba que la niña estaba siendo molestada y en consecuencia la integrante piensa que desde ahí viene el rechazo Alicia piensa que hay alianza con la enemiga de su madre o sea la abuela paterna , además siente que su mamá deseaba que se pareciera a ella .

EVAL= 3

Sesión:13

Expresa no tener problemas económicos en su casa, ya que gasta poco en alimentos y ropa y su esposo lleva bien la administración de la casa .

EVAL=0

Sesión :14

Al hacer un balance del semestre , expresa el deseo de reivindicar el papel de su mamá mala y considera que hubo circunstancias de la vida que la llevaron a actuar de esa manera para con Alicia y que además ella se parece en muchos aspectos a su mamá sobre todo en la rigidez y en aspectos agresivos .

EVAL=5

AREA LABORAL .

Integrante: CAROLINA

AREA FAMILIAR

Sesión: 5

Manifiesta que no desea ser como su mamá ya que no se comprometía con sus hijos. Pero la integrante desea una pareja estable y no sabe ¿por que? en todas sus relaciones de pareja siente mucha rabia. Y ella asocia que cuando sale con un muchacho como en últimas fechas y la acepta pero ella no entiende ¿por que? no desea verlo porque probablemente no es el que su papá aceptaría para ella. Y explica: Cuando llegó Felipe el otro día lo recibió de muy mal gusto y aun cuando ya lo había analizado cuando radicaba en su país no ha podido lograr la estabilidad deseada. Con Felipe está saliendo de pareja pero siente que le faltan características importantes de personalidad. O aveces ella desea encontrar una persona que tenga dinero y que sea fuerte en tomar decisiones porque de no ser así ella las toma y maneja a los hombres a su antojo y entonces se enoja, y después se siente sóla.

Recuerda que no fue afectuosa con su hermana mayor y que eso la molestaba a su papá y que además era muy manipuladora y cuando quería algo veía la forma de como convencia a su papá. Ella trataba de ser la consentida y siempre estaba en rivalidad con la hermana y para esto utilizaba su manipulación. Refiere que durante 6 años fue la hija única y la consentida y cuando nació su hermana, se molestó con su papá por haber sentido que la desplazó.

EVAL=3

Sesión:6

Refiere que se sentia muy mal, llora mucho, tiende a aislarse, y que para su familia antes en su país era una persona importante que catalizaba ,movia a la gente, y que le escribió una carta a su mamá donde le expone los deseos de regresar pero piensa ¿qué como va a llegar? sin su posgrado,se sentiria cobarde ante ella. Considera que su papá se siente orgulloso de que ella salga adelante y recuerda que en su casa contaba chistes a sus papas y estaba en más contacto afectivo que sus hermanos, y su mamá le contaba sus cosas.Además siente que ahí no ha podido estabilizar su ideal pareja.

EVAL=3

Sesión:9

Expresa que aveces se ha sentido diferente de sus hermanos y de los grupos donde ha participado, pero lo considera como que es un poco para llamar la atención, para tener la sensación de que se es diferente, de que no se es común.

EVAL=3

Sesión :12

Expresa que las relaciones de pareja llegan aburrir, que se vuelven rutinarias, por lo tanto se debe buscar alternativa. Y recuerda que con su pareja anterior tenia muchos problemas, donde ella siempre terminaba llorando y haciendo berrinche y se discutía por cosa y terminaban peleando por lo del dinero, ella se ponía nerviosa, de repente el le hacía caso pero después la tiraba de a loca, así que ya no siguió llorando por que se dió cuenta que a él, lo lastimaba mucho con el llanto, porque es una persona que ha tenido muchos problemas con respecto al llanto en su hogar. Así que decidió cambiar su

comportamiento de tanta rigidez y la comunicación mejoró bastante.

EVAL=5

Sesión:14

Reconoce que la actitud de su padre para con ella cuando fue violada, era la adecuada ya que la sometió a pruebas Ginecológicas con el objeto de prevenir el que pudiera estar embarazada, situaciones que resultaron dolorosas, física y emocionalmente. Por otro lado considera que el muchacho que la violó deseaba hablar con ella, para ver como podría restaurar el daño. Pero también reconocer que ella inició los juegos con él y con sus hermanos, y que no sabía que eso iba a terminar en una relación sexual, ya que ella siempre llevaba el control en los juegos, pero en la relación sexual (violación), ella perdió el control y después le vino la depresión, aspecto que carga desde hace mucho tiempo. Pero que ha habido mucha depresión desde antes del evento, incluso le molesta ver a los demás deprimidos, y considera que su mamá es muy depresiva. También reconoció que cuando sucedió lo de la violación ella no reconoció su parte de responsabilidad, hasta últimas fechas a través de la terapia y el haber platicado en fechas recientes con su mamá. Considera que fue la niña consentida de sus padres después de la violación, no antes. Además el conocía a la persona que la violó, ya que estuvo en fiestas de primera comunión. Y que después de la violación él, estuvo llamando por teléfono y que se sentía muy culpable y que arreglara todo para que se casaran.

Comenta que aveces jugaba a la enfermera y al Dr. y aveces se acostaba encima de ella, pero cuando la iba a tocar se paraba ella, pero en la ocasión de la violación él, estaba tomado, la integrante

para entonces tenía como 10 años. La integrante desea aceptar la parte de responsabilidad que le corresponde en la violación.

Ultimamente se entera que su hermana mantiene relación de pareja con un exprofesor de la integrante, y que su hermana desde la infancia tenía rivalidad con ella.

EVAL=5

AREA LABORAL

No se aborda este tema como conflicto.

AREA SEXUAL

Sesión :5

Manifiesta que no está agusto con la pareja que tiene ya que la siente devaluada, además que su relación de pareja no llega a ser estable. A ella le gustaría un hombre de dinero y que tomara las decisiones, porque si no ella las toma y entonces se enoja con ellos y rompe la relación. Pone como pretexto que a lo mejor no es el hombre que a su papá le agradaría para su hija.

EVAL=3

Sesión:14

Reconoce que la actitud de su padre para con ella cuando fue violada era la adecuada, ya que la sometió a pruebas Ginecológicas con el objeto de prevenir que pudiera estar embarazada, situaciones que resultaron dolorosas, física y emocionalmente. Por otra parte considera que el muchacho que la violó deseaba hablar con ella, para ver como podía restaurar su falta. Pero también reconoce la integrante que ella inició los juegos con el y con sus hermanos. y que no sabía que eso iba a terminar en una relación sexual, ya que ella siempre

llevaba el control en los juegos, pero en la relación sexual (violación) ella perdió el control y después le vino depresión, aspecto que carga desde hace mucho tiempo. Pero que ha habido muchas depresiones desde antes del evento, incluso le molesta ver a los demás deprimidos. reconoció su parte de responsabilidad, hasta fechas a través de la terapia y el haber platicado ultimamente con su mamá. Considera que fue la niña consentida de sus padres después de la violación ella se convertía en el centro de atracción.

EVAL=5

AREA SOCIAL

No se plantea esta área como conflictiva

AREA ESCOLAR

Sesión :7

Carolina discute con su compañera Alicia, expresando que las críticas sobre el trabajo terapéutico que realiza su compañera Isaura en una familia iba en función del aprendizaje y no como una crítica destructiva.

EVAL=0

AREA VOCACIONAL

Esta área no muestra conflicto .

AREA EMOCIONAL

Sesión No.1

Su actitud es de indiferencia y ante el terapeuta se mantiene con reserva y sólo hace una pregunta la técnica de manejo de grupo.

EVAL=0

Sesión :5

Se muestra angustiada y tensa al relatar la dificultad que tiene para

conservar la estabilidad de pareja, ya que siempre esta inconforme con lo que tiene. También al recordar como manipulaba ella a su padre, con el fin de ser la consentida.

EVAL=5

Sesión :6

Cuando relata lo triste y sola que se ha sentido en México llora y muestra desesperación, manifiesta deseos de regresar a su país, pero no quiere irse derrotada, dejando la especialidad. Relata un sueño donde expresa su estado depresivo.

EVAL=3

Sesión:7

Manifiesta que su estado de depresión es desde hace mucho tiempo, y se siente más triste y sola por las noches. Agrega que no puede responder a los afectos que le expresan sus compañeras ante su depresión.

EVAL=3

Sesión :14

Manifiesta que ha trabajado lo relativo a que fue violada cuando era niña pero que aun le faltan muchas piezas, como en un rompecabezas.

EVAL=0

Integrante :OLGA

AREA FAMILIAR

Sesión 4

Relata que hace tiempo conoció a su ex-pareja y él trabajaba en la tienda de abarrotes que era de su propiedad y de los hermanos, pero los domingos el se quedaba en el trabajo y cuando . El se la pasaba más tiempo con su familia y ella se sentía mal, y no quería terminar la relación con la sensación de culpable, pero no se pudo solucionar nada, terminó rompiendose la relación de pareja, a partir de ese

momento busco ayuda profesional y ahora se encuentra bajo tratamiento individual.

La decisión de romper con la pareja, fue decisión de los 2, él es comunicólogo pero en el momento de abrir la situación la comunicación él se la pasaba más tiempo con su familia y ella se sentía mal, y no quería terminar la relación con la sensación de culpable, pero no se pudo solucionar nada, terminó rompiéndose la relación de pareja, a partir de ese momento busco ayuda profesional y ahora se encuentra bajo tratamiento individual.

La decisión de romper con la pareja, fue decisión de los 2, él es comunicólogo pero en el momento de abrir la situación la comunicación no se daba. Más o menos después de un año de vivir juntos vino la ruptura, comenta que no era escuchada por él durante las pláticas, él trata de hablar después de alguna forma pero ya todo se había terminado. Pero en un momento dado le dio a entender que no la quería, la integrante sospechaba que él mantenía relaciones con otra persona . y ahora cada vez que recuerda todos estos aspectos, siente que aun internamente no ha resuelto el conflicto

EVAL=3

Sesión :5

Al escuchar a sus compañeras de terapia hablar de la pareja, ella recuerda como causas de su conflicto de pareja en que realizaba faltas de atención con su pareja, y luego, él le decía que no la quería ver entonces se molestaba y respondía en forma similar . y a final de cuentas las atenciones de ambos hacia la pareja se habían perdido.

EVAL=4

Sesión :9

Marina, toca el tema de sesión de ser diferente y Olga considera

que siempre ha sido diferente y especial en su familia, pero que no le ha causado angustia hasta hace algunos meses en que se preguntó porque era esa situación.

EVAL=0

Sesion :10

Cuestiona, las formas familiares y sociales al preguntar ¿por que? a las mujeres los papas dicen tu si puedes llorar tu eres mujer, tu tienes que sufrir, tu ven sientate acá y tu hermano allá.

EVAL=3

AREA LABORAL

No se presenta conflicto en esta área.

AREA SEXUAL.

Sesion :5

Relata como las atenciones de pareja fueron disminuyendo hasta el grado en que se tornaron indiferentes

EVAL=0

AREA SOCIAL.

Sesion :1

Trata de fungir como cooterapeuta ante el grupo y así da muestras de su supuesta jerarquía . Realiza tareas escolares con Carolina dando el significado de exclusividad .

EVAL=0.

Sesión :10

Cuestiona normas morales del ¿por que? en las mujeres es tan aceptado el que si puedan llorar , como si fuesen debiles , en cambio a los

hombres al contrario se les enseña a no llorar , pues si son fuertes no se les deben caer los pantalones .

EVAL=0

Sesión :13

Infiere que para resolver el problemas de Marina con su esposo ella no necesita darle un hijo sino pponerle más atención a él porque de no ser así en el futuro va a ser un caos , además le sugiere a Marina que distribuya su energía en diversas actividades

AREA ESCOLAR .

No presenta conflicto en esta área.

AREA VOCACIONAL

No manifiesta conflicto en esta área

AREA EMOCIONAL .

Sesión:4

Muestra , expresiones de tristeza al recordar los eventos que la llevaron a la ruptura de la pareja .y sentir que para él ,eran más importantes sus familiares que ella .

EVAL=3

Sesión: 5

Se muestra triste y llora cuando relata la falta de atenciones de ambos así como la poca flexibilidad para ceder ante una situación conflictiva .

EVAL=3

Sesión :9

Ante el relato de una de sus compañeras de tener deseos de llamar la atención . Diga verbaliza que tiene una sensación de vacío.

EVAL=3

Integrante:TANIA

AREA FAMILIAR .

Sesión:1

Recuerda que cuando cumplió sus 15 años se comportaba de manera hostil frente a su madre , a la cual la sentía como chantajista ,pero la integrante aun se considera rebelde ,sólo que ahora es con su pareja .

EVAL=3

Sesión :7

Relata que la sesión anterior iba a traer un pastel para sus compañeros de grupo pero a final de cuentas se quemó con el horno , fue

a avisaría a su pareja , y él se molesto mucho , en ese momento se sintió malquerida y siente que no puede ella responder a una buena relación , en esos momentos deseaba salir corriendo y no saber nada. Además asocio que cuando era niña y hacia alguna tontería su mamá se enfurecía y le decía que no iba a servir para nada y siente que ahora se repite la situación .

EVAL=3

Sesión :13

Explica que le gusta tener su dinero aparte de lo que tenga con su pareja , y también desearía depender de él en lo económico sin embargo no puede ya que su pareja no tiene dinero por el momento y eso se le vuelve conflicto .

EVAL=3

AREA LABORAL .

No se presenta conflicto en esta área .

AREA SEXUAL

No presenta conflicto en esta área

AREA SOCIAL .

No se presenta conflicto en esta área .

AREA ESCOLAR.

Sesión :2

Ante el señalamiento de la presencia de resistencias en el grupo. Tania continua en el sentido de si esto no va a repercutir en la calificación de la materia y se muestra apatica en trabajar , y pregunta si hay que entregar un trabajo escrito .

EVAL=2

AREA VOCACIONAL

No se presenta conflicto en esta área .

AREA EMOCIONAL

Sesión :1

Su actitud es de tranquilidad al expresarse sobre la relación de rebeldía con su madre .

EVAL=0

Sesión: 4

Se muestra intranquila al expresar que con su pareja están pasando malos momentos .

EVAL=3

Sesión: 14

Expresa en general que ha aprendido muchas cosas , pero que le es muy difícil entender su problemática ,aún cuando ella reconoce que en variadas ocasiones se molesta con su pareja sin que él tenga la culpa y es más por su sensación de sentirse inútil.

EVAL=5

Integrante :MARINA.

AREA FAMILIAR.

Sesión 4.

Expresa que ya se canso de ser la mala y que su esposo no la deja ir a la escuela o a trabajar , porque descuida su casa y argumenta que deja la estufa que brilla de limpia , y le reclama el esposo que ella parece una niña escolar . Ella por su parte piensa que por el momento no es necesario romper la relación aun cuando no le ve futuro y considera que se le restringe en lo económico y además se siente menospreciada .

menospreciada .

EVAL=3

Sesión :6

Argumenta que no es la hija que quisieron tener sus padres porque no se parece a ellos , en cambio si se parece a la familia de su padre y este es el origen del conflicto con su madre , por otro lado la mamá esperaba que ella fuera hombre , y el padre le expresa que el hermano es el preferido por la madre . El hermano vive fuera de la familia desde hace muchos años.Actualmente siente que su vida es un rompecabeza donde apenas empieza a conocer donde va cada pieza , y como se conecta con la familia .

EVAL=3

Sesión :9

Expresa que desde pequeña ella tenía problemas con sus papas ya que trataba de ser diferente, sin especificar si eso era malo o bueno, y que ahora se cuestiona el porque siente que es tan extraña a los otros.

EVAL=3

Sesión:10

Manifiesta que como su esposo no le da el suficiente dinero que necesita para cubrir los gastos familiares y personales, le ha seguido la idea de abandonar los estudios y trabajar .Considera que la tratan como a una sirvienta. Ella le reclama que los XV años de su hija, no le dio un abrazo de felicitación y que no les compra nada en navidad a sus hijos, etc. Ella considera que debio de haberse casado con un millonario.para asi poder solventar sus necesidades

EVAL=4

Sesión:12

Expresa que por el momento su conflicto radica en que no sabe si

seguir con su marido o no. y ¿si realmente vale la pena tener una pareja?, comenta que anteriormente le daban ganas de llorar pero ahora de agredirlo físicamente.

EVAL=3

Sesión:14

Menciona en forma de reflexión que sabe muy poco de los hombres y de las mujeres también.

EVAL=4

AREA LABORAL

Sesión:11

No sabe si estas vacaciones, trabajar o no para obtener dinero extra porque su marido no le da lo suficiente. Su marido le incita a que trabaje con el, en el negocio, pero ella dice que el nunca le paga lo que correspondería al trabajo.

EVAL=3

AREA SEXUAL

Sesión :10.

Manifiesta que en las relaciones sexuales se acoplan muy bien, y ahora que estan enojados, a su marido se le hace muy fácil todo y tener relaciones como si nada hubiese pasado, en cambio ella esta muy molesta en esos momentos.

EVAL=3

AREA SOCIAL

Sesión :1

Se muestra resentida ante el grupo porque siente que no la entienden sus compañeras, ya que ella les dice como deben organizarse para realizar un trabajo escolar y no en un punto de acuerdo por lo tanto ella se molesta.

EVAL=3

Sesión :8

Manifiesta que no trato de agredir a su compañera Isaura cuando le hizo el comentario de que racionalizaba las cosas, sino que simplemente era algo que ella debería de darse cuenta.

EVAL=0

AREA ESCOLAR

Sesión:11

Refiere no saber si dejar o no la escuela para ponerse a trabajar, ya que requiere de dinero extra, porque no le alcanza con lo que sus esposo le dá. Su esposo le propone que se salga de la escuela y trabaje con él.

EVAL=3

AREA VOCACIONAL .

No se plantean conflictos en esta área.

AREA EMOCIONAL .

Sesión :1

Muestra actitud de resentimiento ,por sentir que sus compañeras no le entienden lo que ella desea transmitirles .

EVAL=3

Sesión :4

Refiere sentirse atada a su esposo emocionalmente y que su autoestima depende de lo que el piensa por lo tanto se muestra colérica. Desea seguridad por parte de su esposo .

EVAL=3

Sesión :11

Se muestra muy enojada porque su marido no le proporciona suficiente dinero y porque cuando tienen relaciones sexuales al esposo se le olvidan los enojos

EVAL=3

Integrante :Andrea.

AREA FAMILIAR

Sesión:1

Refiere que ante el abandono por parte de su esposo , se siente ineficiente en la escuela .

EVAL=3

Sesión:3

Refiere que tiene el problema del horario, ya que a su hija no la reciben muy temprano en el kinder y no quiere estar con la abuela. Además siente que no es del agrado de los cuñados y que se entera por voz de su cuñado que su esposo solo se caso con ella por salir de su casa ya que estaba fastidiada. Tiene deseos de volver con el, pero tiene miedo de que la vuelva a tratar muy mal y le diga que no la quiere. También ha pensado irse a vivir con su papá, pero el, tiene un hijo al que ella le ve síntomas de abusar con la niña en lo sexual, y su suegra vive muy lejos, en el Edo. de Méx., manifiesta que a su esposo le desagrada lo moreno de su piel, y que cuando estaba en la iglesia,el ya quería salir corriendo. En una ocasión lo encontró masturbandose y mencionando el nombre de una mujer x. Además en el examen profesional, le dijo ojalá te reprueben.

Recuerda que vivió con su abuela y que su hermano era el consentido, a su papá le tenía miedo y que se escandalizaba, porque ella se orinaba el la noche y ya tenía como diez años de edad. Y su papá buscaba la oportunidad de tocarla y alzaba la cobija y veía. Y una que otra vez le pego en la cabeza o bien en una ocasión la subió de los cabellos porque estaba platicando con un muchacho afuera de su casa y dijo que no me quería ver platicando con el otra vez. Iba por

ella a la escuela.

EVAL=3

Sesión:5

Relata que se ha sentido muy mal, ya que recuerda que su mamá era muy fría con ella y sus hermanos, y decía que a los hijos no se les debería de abrazar no besar, por lo tanto ella infiere que tiene razón de tener miedo aveces ante la sexualidad y que se ha sentido utilizada por su marido. Expresa que su papá arrastraba a su mamá de los cabellos y la golpeaba con sus espadas. Y ahora no sabe donde esta la división del miedo a su papá y a su esposo, ella desearía tenerle confianza a su esposo, pero no sabe si la va a tratar bien o mal, por lo tanto no sabe si regresar o no con el a Guatemala aún cuando él ya le escribió una carta.

Refiere que su mamá es muy infantil y dejada, pero además que su mamá le menciona que no quería traer ningún hijo al mundo porque sólo les llevaba problemas a su papá, pero que ahora les dice lo contrario y que ahora se hace la martir. La paciente considera que deseaba ser diferente de su mamá pero que a final de cuenta heredó mucho de ella.

EVAL=5

Sesión:6

Su esposo la llamo de Guatemala para decirle que se vaya con él y ahora duda en continuar con la especialidad o volver con su marido. Ella se pregunta ¿Que es lo más importante? y tiene que establecer prioridades.

EVAL=3

AREA LABORAL

No plantea conflicto sobre esta área.

AREA SEXUAL

Sesión 13

Recuerda que vivió con su abuela y que su hermano era el consentido, y ella a su papá le tenía miedo ya que se escandalizaba, porque ella se orinaba en la noche y ya tenía como diez años de edad. Y su papá buscaba la oportunidad de tocarla y alzaba la cobija para verla. Y una que otra vez le pego en la cabeza o bien en una ocasión la subió de los cabellos porque estaba platicando con un muchacho afuera de su casa y dijo que no quería ver que platicara con el otra vez. Iba por ella a la escuela.

EVAL=3

Sesión 5

Relata que se ha sentido muy mal, ya que recuerda que su mamá era muy fría con ella y con sus hermanos' y decía que a los hijos no se les debería abrazar ni besar por lo tanto ella infiere que tiene razón de tener miedo ante la sexualidad y que se ha sentido utilizada por su marido, y que a su marido no le gusta como ella se viste.

EVAL=3

Sesión 11

Siente que no es aceptada por sus compañeras ya que están hacen sus grupos, y no la incluyen especialmente Olga y Carolina.

EVAL=3

Sesión 12

A Andrea no le gusta caerle mal a las personas y además se vuelven significativos la gente que la rechaza .

EVAL=3

Sesión 13

Refiere que se le pasa los fines de semana casi sola, porque no visita a nadie, solo conoce a los vecinos de la Iglesia que viven por ahí.

EVAL=0

AREA ESCOLAR

Sesión:1

Refiere que ante el abandono por parte de su marido ella, ahora se siente ineficiente en la escuela.

EVAL=3

Sesión :2

Refiere que se siente tonta en las clases, ante la presión de sentir que la van a criticar por no traer el conocimiento escolar.

EVAL=3

Sesión :6

Manifiesta que no siente ganas de venir a la escuela porque lo vive como una pérdida de tiempo, ya que tienen horas libres porque faltan los profesores. Incluso pregunta ¿si se podría dejar de estudiar un semestre? Le dijeron que no, porque van serias las materias.

EVAL =3

AREA VOCACIONAL

No se plantea conflicto en esta área .

AREA EMOCIONAL

Sesión:1

Manifiesta su sensación de tristeza por sentirse abandonado por el marido y excluida por ser compañeras.

EVAL=3

Sesión:5

Se muestra triste al relatar los rechazos por parte de su madre y las agresiones por parte de su padre y de su esposo.

EVAL=3

Sesión:6

También se siente deprimida como su compañera, porque siente que extraña a su esposo y no sabe si regresar o no con el a Guatemala .

EVAL=3

Sesión:14

Llega vestida, muy elegantemente a sesión. Y el grupo le bromea diciéndole que se ponga una gorra que porta en la mano. Ya que en sesión hay seis soles, ella sólo se ríe y permanece a el resto de la sesión callada.

EVAL=0

Integrante:ISAURA

AREA FAMILIAR

Sesión :2

Considera que la educación que tuvo en su infancia por parte de su abuela la estuvo presionando. Ella se ha sentido sometida y humillada.

EVAL =3

Sesión :10

Hace reflexionarse sobre la sesión anterior y considerar que ella ha sido diferente en esa familia, fue la rebeldía, pero que en un determinado momento fue la sometida. Pero despues con la rebeldía, se mete en problemas con su mamá, pero en un principio no vivio con ella sino con la abuela durante los estudios de primaria, despues de la secundaria regreso con su mamá despues viene a México y estudiar computación pero no consiguió trabajo y empieza a haber problemas con sus tíos, que era con quien estaba viviendo, porque decian que tenia un novio que la hacia como queria, ella tenia para entonces 15 años y su novio (ahora su esposo) tenia el problema de que tomaba mucho, él queria casarse, pero ella no estaba muy convencida de casarse pero al final de cuentas se decidid a casarse y es cuando vuelve a continuar sus estudios, cursa el bachillerato, y al mismo tiempo se embaraza y

pierde un año de estudios, después continúa con la licenciatura y se vuelve a embarazar y nace su segundo hijo, y siente que ha tenido que pasar muchas dificultades para salir adelante.

EVAL=1

Sesión :12

Comenta que al escuchar a Marina, con sus problemas de pareja, eso le hace pensar en la relación que tiene con su esposo y que no ha sido del todo satisfactoria, y que económicamente no le ha ido bien a su esposo.

EVAL=3

Sesión :13

Expresa que desde que se caso, ella se responsabilizó económicamente de la familia, porque su esposo siempre ha obtenido salarios muy bajos, además los considera como una persona conformista; que le entregaba a ella su salario y ella lo distribuía y tenía que ver como se resolvía todos los problemas de la casa. Refiere que él estuvo 20 años trabajando en una empresa y renunció, pero ahora en el otro trabajo sigue igual sin progresar, aun cuando a las personas que él, les enseño ya lo sobrepasaron económicamente. Superaron, todos estos aspectos la desesperan a ella. Además ella siente que va para arriba y él se estanca.

EVAL=3

AREA LABORAL

No se plantea conflicto en esta área .

AREA SEXUAL

No se plantea conflicto en esta área .

AREA SOCIAL

Sesión :2

Manifiesta que al sentir a Olga como cooterapeuta, y a las demás compañeras como de poca confianza, el análisis se vuelve en una crítica, de lo hace o de lo que dice y que así no se puede hablar. Refiere que se siente mal cuando esta Olga y no le dan ganas de trabajar. Considera que sus compañeros de clase la han criticado por no llegar puntual y eso la ha hecho sentir muy mal.

EVAL=3

Sesión:7

Recuerda que el jueves anterior (a esta sesión) vio una película, donde el personaje es una mujer ya mayor de edad y frustrada que se casa pero que al final, no puede vivir con su pareja y esto le hizo pensar que las compañeras de la especialidad no la han aceptado. Considera que le ha sido difícil integrarse al trabajo terapéutico grupal.

EVAL=0

Sesión:8

Explica, que Carolina le manifestó actitud de rechazo, como sucedió el día de ver en las listas a quien habían aceptado en la maestría y a quién no, y Carolina le dijo que había sido rechazado, pero era una broma, que siempre la dejó al último y que ultimamente le es difícil convivir con el grupo. Pero comenta que esta misma sensación de rechazo la vivió en la licenciatura. Y la desición como aquel que siempre es la última para todos.

EVAL=3

AREA ESCOLAR

Sesión :7

Ante la sensación de ser rechazada por los compañeros de la especialidad ella pregunta si va o no poder pasar adecuadamente sus materias de la especialidad. Comenta que ella al tratar de

proporcionar ayuda terapéutica de familia y que sean compañeras de observación, le hicieron críticas donde sintió que le decían que no servía para la terapia, para ello siente que cuando trabaja sin ser observada lo hace mejor.

EVAL=3

Sesión 8

Relata que cuando entrevistó a una familia en la clínica se sintió criticada por sus compañeras y lo vivió como un rechazo con deseos de ya no asistir a la maestría

EVAL=3

AREA VOCACIONAL

Sesión:7

Duda sobre si va a poder con la maestría o no, pero se siente más segura como terapeuta cuando no es observada.

EVAL=3

AREA EMOCIONAL

Sesión :9

Manifiesta que se siente triste desde la semana pasada, al considerar las críticas por parte de sus compañeras de que no es una terapeuta que pueda realizar bien su trabajo con familias. Y por otro lado se siente rechazada.

EVAL=3

Sesión:10

Muestra enojo y tristeza al relatar que es criticada y rechazada por sus compañeras de clase, ya que en una de sus prácticas escolares donde entrevistó a una familia, se le hicieron ver errores, aspecto que vive como desplazamiento.

EVAL=3

Sesión:12

Manifiesta un dejo de tristeza cuando habla de que la relación con su esposo no ha sido del todo satisfactoria.

EVAL=3

Sesión :13

Manifiesta enojo al relatar que su marido nunca le ha proporcionado el dinero suficiente para solventar todos los gastos de la familia y que ella no ha tomado siempre el papel activo en la relación de pareja.

EVAL=3

EVALUACION (POS-TEST) DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPEUTICO DIDACTICO

Integrante : Alicia.

AREA FAMILIAR.

Manifiesta tener más tolerancia para con su mamá cuando la va a visitar y reflexiona sobre el hecho de que su mamá no debió de haberla tratado así cuando Alicia era una niña , pero que probablemente de acuerdo a las circunstancias que se presentaron , pues su mamá actuó así . En cuanto a la relación con su esposo sólo menciona que las cosas en general han estado más tranquilas .

EVAL=0

AREA SEXUAL .

Espera ahora si poderse embarazar y en general su esposo la apoya acompañandola a Perinatología .

EVAL=0

INTEGRANTE No 2: CAROLINA.

AREA FAMILIAR .

Manifiesta ahora comprender , que cuando fue violada , ella no reconoció su parte de responsabilidad , además que ella conocíaal

violador ,ya que con el jugaba .Además refiere que le cuesta trabajo aceptar que ella busco una forma no muy adecuada para quitarle el lugar a la hermana respecto a la cariño de la madre .En relación a la pareja sólo espera que pronto pueda entablar una relación más estable .

EVAL=0

AREA SEXUAL .

Expresa que por el momento las relaciones sexuales no son del todo bien , ya que hay inestabilidad en la pareja y que además sigue con la sensación de que probablemente no pueda tener hijos .

EVAL=3

AREA SOCIAL .

Concluye que tiene dificultades para integrarse con sus compañeras , porque no las siente tan amigas como las de su país o bien porque no puede responderles de la misma manera que ellas le expresan su amistad . Para ella le ha sido difícil adaptarse a las integrantes del grupo , así como a ciertas autoridades .

EVAL=3

INTEGRANTE No 3 : OLGA

AREA FAMILIAR .

Siente que aun no ha encontrado las causas del ¿por qué ? Continúa con la idea de no tener hijos , a pesar de que ella sabe que la maternidad es algo común.

EVAL=3

AREA EMOCIONAL .

Describe sentirse un poco deprimida , por la separación de la pareja sin embargo considera haber sido una desición adecuada a la circunstancias , ya que las atenciones de ambos se habian venido abajo

EVAL=3

INTEGRANTE No 4: TANIA.

AREA FAMILIAR .

Manifiesta que ella pensaba que el hecho de vivir en pareja y con pareja cambiaría ciertos aspectos de su vida ,pero que ultimamente las cosa no van bien y hay problemas económicos y diferencias en cuanto a los proyectos de vida .

EVAL=3

AREA SEXUAL .

Refiere que actualmente está disfrutando mejor sus relaciones sexuales , en relación a épocas anteriores .

EVAL=0

AREA EMOCIONAL .

Actualmente se siente preocupada porque la relación de pareja no va bien y eso le angustia y se pone a pensar que todo puede quedar simplemente en el aire en lugar de consolidarse .

EVAL=3

INTEGRANTE No 5 : MARINA .

AREA FAMILIAR .

Considera que las relaciones con su esposo no han mejorado mucho que digamos , ya que aun continua el problema de lo económico , y respecto a su hijo ultimamente le han llamado porque va mal en la escuela , respecto a su hija aveces hay problemas y aveces no .

EVAL= 3

AREA SEXUAL .

Manifiesta de que a pesar de los problemas y disgustos que pudiera tener con su esposo , en el aspecto de la sexualidad las cosas van muy bien , como si ese fuera el único punto donde concordasen .

EVAL =0

AREA EMOCIONAL .

Por el momento considera sentirse un poco más tranquila aun cuando siga disgustada con su esposo . Ella se desespera de sentir que su esposo no entiende la situación , pero piensa que ha habido avances aun cuando no completa su rompecabezas .

EVAL=3

INTEGRANTE No 6 : ANDREA .

AREA FAMILIAR .

Refiere que por el momento no ha tomado aninguna desición sobre el hecho de regresar o no con su esposo y que no sabe si él ya pudo haber cambiado o no , . Ella recuerda todas los maltratos que le decía o le propinaba física y emocionalmente , pero por el momento aun se encuentra en la indecisión .

EVAL=3.

AREA LABORAL .

Relata actualmente no trabajar , sin embargo ya está buscando porque con lo que le envía su esposo ,no le alcanza para mantenerse ella y su hija .

EVAL=3

AREA SOCIAL .

Indica que casi siempre se la pasa encerrada en su casa o en la de su mamá , y no tiene amistades de su colonia , y ante las compañeras del grupo se siente aislada .

EVAL=3

AREA ESCOLAR .

Manifiesta que hay ocasiones en que se siente tonta por no ir al ritmo de sus compañeras y eso le molesta mucho, actualmente surge la idea de dejar de estudiar para ir a Guatemala con su esposo.

EVAL=3

AREA EMOCIONAL .

En ella aun estan presentes los sentimientos de devaluación ante sus compañeras y sus tristezas y al mismo tiempo los anhelos por estar con su esposo en un deseo de que ya hubiese cambiado, Sin embargo sigue con sensaciones de rabia, duda, tristeza y sensaciones de poco acoplamiento con sus compañeras y a momentos surge la desesperación por los aspectos económicos

EVAL=3

INTEGRANTE No 7: ISAURA.

AREA FAMILIAR .

Refiere que últimamente ha habido disgustos con su esposo por el mismo problema de siempre lo económico, ya que él cambió de trabajo pero ni aún así se ven progresos. Ella manifiesta que es pesado trabajar, estudiar y atender a la familia.

EVAL=3

AREA SOCIAL .

Considera que a lo largo del semestre ha sentido rechazos y aislamientos por parte de sus compañeras de grupo, sobre todo cuando a ella le toca participar en clase. Isaura siente que le es muy difícil integrarse al grupo.

EVAL=3

AREA ESCOLAR .

Expresa que ante la situación de crítica y persecución que siente por parte de sus compañeras, le es difícil saber si el siguiente

semestre continua o se sale de la facultad .

EVAL=3

AREA EMOCIONAL.

Relata que se siente a disgusto por la situación con su esposo y los problemas económicos que no los ha podido resolver , además que con su compañeras no se ha podido integrar y las siente separadas y muy distantes de ella .

EVAL=3

EVALUACION CUALITATIVA (POR INSIGHT) DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPEUTICO DIDACTICO.

INTEGRANTE :ALICIA.

Expresa que una compañera le recuerda a su mamá y como su mamá le hacía cosas ;le pegaba y la presionaba ,ahora Alicia se da cuenta de que es como su mamá , rechazante y poco flexible con las personas de su alrededor ,en específico con su esposo .

Expresa que antes de casarse su esposo le hacía reclamos sobre su virginidad , pero que ahora al considerar que su esposo no es muy fogoso ,ella se da cuenta de que se está vengando al tener relaciones sólo cuando ella lo desea.

Relata que fue crítica y severa con su compañera Isaura al comentar sobre el trabajo de una materia y por lo tanto a ella no le gustaría que la presionaran tanto como lo hizo ella con su compañera o el grupo en general .

Emocionalmente ,llora al relatar sus conflictos y observar como le está reprochando a su esposo la sensación de haber sido rechazada en un principio del matrimonio , estos aspectos le recuerdan elementos de su infancia.

INTEGRANTE :CAROLINA

Recuerda no haber sido afectuosa con su hermana menor y eso le molestaba a su papá y cuando ella deseaba algo siempre veía la forma en como obtenerlo tratando de convencer a su papá. Buscaba ser siempre la consentida y para eso empleaba la manipulación tratando de hacer a un lado a la hermana. recuerda que durante 6 años fue hija única y la consentida , pero cuando nació la hermana todo cambió , por lo tanto se molesto con su papá por haberse sentido desplazada . En la terapia ahora hace énfasis en la rivalidad y sus actitudes de manipulación .

Expresa que aveces se ha sentido diferente de sus hermanos y de los del grupo donde participa , pero lo considera que es un poco para llamar la atención por tener la sensación de que ella es diferente al comun de la gente y esto lo hace para no sentirse vacía.

Refiere que sus relaciones de pareja se vuelven rutinarias , por lo tanto siente que debe buscar alterantivas , recuerda que su anterior pareja tenia muchos problemas y ella siempre terminaba llorando y haciendole berrinche por cualquier cosa y así terminaban peleado por el dinero . después se dió cuenta de que si ella no hacia berrinche y tomaba las cosa con más tranquilidad , él ya no se desesperaba tanto y no lo lastimaba con su llanto así que decidid cambiar su comportamiento de tanta rigidez y las cosas han mejorado .

Reconsidera que el muchacho que la violó deseaba hablar con ella paraver como podía restaurar el daño . También reconoce que ella inició los juegos con él y con sus hermanos y no esperaba que eso iba a terminar en una relación sexual ,ella perdió el control y después vino la depresión . Por otra parte ella se da reconoce que cuando sucedio lo de la violación , no acepto su parte de responsabilidad , hasta últimas fechas a través de la psicoterapia y el haber platicado últimamente con su mamá . Refiere que después de la

violación volvió a tener la sensación de ser nuevamente la consentida y no cuando nació su hermana . La persona que la violó le pidió que se casaran . Ella aveces jugaba a la enfermera y al Dr. con el , y dentro del juego se acostaba encima de ella , pero cuando la iba a tocar se levantaba Ahora ella sabe que provocaba parte de las situaciones .

Manifiesta darse cuenta de que pone de pretexto que a lo mejor la pareja que tiene no es la que su papá aceptaría para ella .

INTEGRANTE: OLGA.

A lo largo de las sesiones de terapia ella reconoce que las causas de su conflicto con su ex-exposo eran que ambos realizaban faltas de atención del uno para con el otro , así ella lo insultaba y no lo quería ver y el respondía en forma similar , o bien el viajaba fuera de México y no le avisaba y Olga se da cuenta de que respondía en lo social como en lo sexual distanciándose .

Reconoce que su grado de exigencia le provoca conflictos con la gente , ya que ella le gusta que todo esté planeado y si alguien llega de imprevisto se molesta porque lasacan de sus proyectos establecidos y eso no lo puede tolerar .

Acepta que los comentarios sobre una compañera de clase fueron destructivos .Se da cuenta de tener la necesidad de que alguien la escuche y le ayude profesionalmente a resolver sus conflictos ,aun cuando en un principio devaluaba el papel del terapeuta .

INTEGRANTE : TANIA

Expresa que al tratar de hacer un pastel para sus compañeros de clase sufre quemaduras por el aceite y en esos momentos esperaba que su pareja que se encontraba ahí corriera a auxiliarla y a apapacharla

sin embargo él se molesto y la regañó , después Tania asocio como se sentía cuando era niña y que cuando cometía alguna tontería su mamá le decía que era una inútil , que no servía para nada y que lo más le duele es el haber sentido la falta de apoyo de sus padres y ahora se repitió la situación .

Reconoce de que ella promueve cosas para que su esposo se ponga molesto .

INTEGRANTE :MARINA

Indica que ante la demanda de mayores recursos económicos que hace a su esposo y este no las satisface , ella reconoce que se hubiera casado mejor con un millonario .

Reconoce que está en conflicto y confundida pero no sabe si seguir con su esposo o no por el problema económico .

Al finalizar las sesiones del semestre ,concluye en tono de broma que sabe muy poco de los hombres y de las mujeres también

INTEGRANTE :ANDREA

Recuerda que su mamá era maltratada por su padre , la golpeaba y jalaba de los cabellos, además casi no le daba el gasto para la comida y que su mamá no deseaba traer hijos al mundo porque eran un problema para su papá . Ahora andrea reconoce que desea ser diferente de su mamá, pero que a final de cuentas solo está repitiendo la misma historia .

Reconoce que ante su problemática con el marido se ha recluido en su casa y pasa los fines de semana casi sola , únicamente conoce a los vecinos de la iglesia y recuerda qu cuando estuvo en Guatemala se sintió sola y sin amistades .

Refiere que su actitud de sentirse tonta en clases es por la

sensación de que las compañeras la van a criticar por no tener conocimientos escolares , pero reconoce que esa misma sensación proviene desde la infancia

INTEGRANTE :ISAURA

Reflexiona , que el sentirse no aceptada por su grupo , es parte del conflicto de ella y no tanto de sus compañeras y que desde la infancia lo ha sentido ese rechazo ya que vivió con su abuela y no con su madre .

Cuando recibió las críticas sobre su trabajo escolar , se sintió como en la infancia regañada y reconoce que sus resistencias aumentaron

EVALUACION DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO DE ACUERDO A LA ESCALA DE AVANCE TERAPEUTICO.

USO DE LA VARIABLE "X" CON VALORES DE: 0,1,2,3,4,5 y 6

INTEGRANTE:ALICIA

SESION FAMILIAR LABORAL SEXUAL SOCIAL ESCOLAR VOCACIONAL EMOCIONAL

1	3	0	3	1	0	0	3
2	4	0	3	2	0	0	2
3	3	0	0	3	0	0	1
4	0	1	0	0	0	0	3
5	0	0	0	0	0	0	0
6	4	0	4	1	0	0	4
7	1	0	0	1	1	0	1
8	2	0	0	4	0	0	3
9	0	0	0	1	0	0	1
10	1	0	0	0	0	0	1

11	0	0	0	1	1	0	3
12	1	0	1	1	0	0	1
13	1	0	0	1	0	0	1
14	5	0	0	3	5	0	0

INTEGRANTE : CAROLINA

AREAS
SESION FAMILIAR LABORAL SEXUAL SOCIAL ESCOLAR VOCACIONAL EMOCIONAL

1	0	0	0	2	1	0	0
2	0	0	0	0	2	0	3
3	1	0	1	3	0	0	3
4	0	0	0	1	0	0	1
5	3	0	3	0	0	0	4
6	3	0	0	3	3	0	3
7	0	0	0	3	1	0	3
8	0	0	0	1	0	0	1
9	3	0	0	3	0	0	2
10	0	0	0	1	0	0	1
11	0	0	0	1	1	0	1
12	5	0	0	1	0	0	1
13	0	0	0	1	0	0	1
14	5	0	5	0	0	0	5

INTEGRANTE : OLGA

AREAS
SESION FAMILIAR LABORAL SEXUAL SOCIAL ESCOLAR VOCACIONAL EMOCIONAL

1	0	0	0	0	1	0	1
2	0	0	0	3	2	1	2
3	1	0	0	2	2	0	2

4	3	0	1	0	0	0	3
5	4	2	0	0	0	0	5
6	0	1	0	1	0	0	1
7	0	0	0	1	0	0	1
8	0	0	0	1	0	0	1
9	3	0	0	0	0	0	3
10	3	0	0	3	0	0	3
11	0	0	0	1	0	0	1
12	0	0	0	1	0	0	1
13	1	0	0	1	0	0	1
14	0	3	0	0	0	0	3

INTEGRANTE : TANIA

AREAS

SESION FAMILIAR LABORAL SEXUAL SOCIAL ESCOLAR VOCACIONAL EMOCIONAL

1	3	0	0	1	1	0	0
2	0	0	0	0	1	1	3
3	0	0	0	1	3	0	2
4	3	0	0	1	0	0	3
5	0	0	0	0	0	0	1
6	0	0	0	0	0	0	0
7	5	0	0	1	1	0	3
8	4	0	0	0	1	0	3
9	3	0	0	0	0	0	1
10	0	0	0	1	0	0	1
11	0	0	0	1	0	0	1
12	0	0	0	1	0	0	1
13	3	0	0	1	0	0	3

14 0 0 0 0 0 0 5

INTEGRANTE :MARINA

AREAS

SESION FAMILIAR LABORAL SEXUAL SOCIAL ESCOLAR VOCACIONAL EMOCIONA

1	0	0	0	3	0	0	3
2	0	0	0	0	3	0	3
3	0	0	0	2	0	0	2
4	3	3	3	0	3	0	3
5	0	0	0	0	0	0	0
6	3	0	1	1	0	0	1
7	0	0	0	1	0	0	1
8	0	0	0	1	0	0	1
9	3	0	0	0	0	0	1
10	5	0	3	0	0	0	3
11	4	3	4	0	3	0	3
12	3	0	3	0	3	0	4
13	4	0	5	0	0	0	3
14	5	0	0	0	1	0	1

INTEGRANTE :ANDREA

AREAS

SESION FAMILIAR LABORAL SEXUAL SOCIAL ESCOLAR VOCACIONA EMOCIONAL

1	3	0	0	3	3	0	3
2	0	0	0	4	3	1	2
3	3	0	3	3	0	0	3
4	0	0	0	0	0	0	0
5	5	0	3	0	0	0	4
6	3	0	0	3	3	0	3

7	0	0	0	1	0	0	1
8	0	0	0	3	1	0	3
9	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	1
14	0	0	0	0	0	0	0

INTEGRANTE : ISaura

AREAS

SESION FAMILIAR LABORAL SEXUAL SOCIAL ESCOLAR VOCACIONA EMOCIONAL

1	0	0	0	0	0	0	0
2	3	0	0	3	3	0	3
3	0	0	0	0	1	0	3
4	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	1	0	0	1
7	0	0	0	0	3	3	3
8	0	0	0	3	3	3	3
9	0	0	0	1	0	0	1
10	0	0	0	0	0	0	4
11	0	0	0	0	0	0	1
12	3	0	0	0	0	0	3
13	4	0	0	0	0	0	3
14	0	0	0	5	0	0	0

RESULTADOS DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA DEL AVANCE TERAPEUTICO DE CADA UNA DE LAS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPEUTICO-DIDACTICO .

Calculo de la CHI Cuadrada.

I.- Frecuencia de las evaluaciones de las primeras 7 sesiones.

F.- Frecuencia de las evaluaciones de las 7 sesiones restantes o finales.

BQ.-Frecuencia de las evaluaciones obtenidas del avance terapéutico que puntuaron 3 o por abajo de esta calificación.

BF.-Frecuencia de las evaluaciones esperadas de avance terapéutico que puntuarían 3 o por abajo de esta calificación .

AQ.- Frecuencia de las evaluaciones obtenidas de avance terapéutico que puntuaron 4 o por arriba de esta calificación .

AE.- Frecuencia de las evaluaciones esperadas de avance terapéutico que puntuarían 4 o por arriba de esta calificación .

Nota: se omiten las áreas donde no se presentó conflicto .

Integrante :Alicia

Area :

	Familiar			Sexual			Emocional		
	I	F	Suma	I	F	Suma	I	F	Suma
BQ	5.0	6.0	11.0	6.0	7.0	13.0	6.0	6.0	12.0
BE	5.0	5.0		6.5	6.5		6.0	6.0	
AD	2.0	1.0	3.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	2.0
AE	2.0	2.0		0.5	0.5		1.0	1.0	
Suma	7.0	7.0	14.0	7.0	7.0		7.0	7.0	14.0
CHI Cuadrada	1.40			1.08			0.0		

Integrante : Carolina

Area:

	Familiar			Sexual			Emocional		
	I	F	Suma	I	F	Suma	I	F	Suma
BO	7.0	5.0	12.0	7.0	6.0	13.0	7.0	6.0	13.0
BE	6.0	6.0		6.5	6.5		6.5	6.5	
AD	0.0	2.0	2.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0
AE	1.0	1.0		0.5	0.5		0.5	0.5	
Suma	7.0	7.0	14.0	7.0	7.0	14.0	7.0	7.0	14.0
CHI Cuadrada:	2.33			1.08			1.08		

Integrante : Olga

Area:

	Familiar			Emocional		
	I	F	Suma	I	F	Suma
BO	6.0	7.0	13.0	6.0	7.0	13.0
BE	6.5	6.5		6.5	6.5	
AD	1.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0
AE	0.5	0.5		0.5	0.5	
Suma	7.0	7.0	14.0	7.0	7.0	14.0
CHI Cuadrada	1.08			1.08		

Integrante : Tania

Area:

	Familiar			Emocional		
	I	F	Suma	I	F	Suma
BO	6.0	7.0	13.0	7.0	6.0	13.0
BE	6.5	6.5		6.5	6.5	
AD	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	1.0
AE	0.5	0.5		0.5	0.5	
Suma	7.0	7.0	14.0	7.0	7.0	14.0
CHI Cuadrada :	1.08			1.08		

Integrante : Marina

Area :

	Familiar			Sexual			Emocional		
	I	F	Suma	I	F	Suma	I	F	Suma
BD	7.0	4.0	11.0	7.0	5.0	12.0	7.0	5.0	12.0
BE	5.0	5.0		6.0	6.0		6.0	6.0	
AD	0.0	3.0	4.0	0.0	2.0	2.0	0.0	2.0	2.0
AE	1.0	2.0		1.0	7.0		1.0	1.0	
Suma	7.0	7.0	14.0	7.0	7.0	14.0	7.0	7.0	14.0
CHI Cuadrada	1.40			2.33			2.33		

Integrante : Andrea

Area :

	Familiar			Social		
	I	F	Suma	I	F	Suma
BD	6.0	7.0	13.0	6.0	7.0	13.0
BE	6.5	6.5		6.5	6.5	
AD	7.0	0.0	3.0	1.0	0.0	1.0
AE	1.5	1.5		0.5	0.5	
Suma	7.0	7.0	14.0	7.0	7.0	14.0
CHI Cuadrada	1.08			1.08		

	Escolar			Emocional		
	I	F	Suma	I	F	Suma
BD	6.0	7.0	13.0	6.0	7.0	13.0
BE	6.5	6.5		6.5	6.5	
AD	1.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0
AE	0.5	0.5		0.5	0.5	
Suma	7.0	7.0	14.0	7.0	7.0	14.0
CHI Cuadrada	1.08			1.08		

Integrante Isaura

Area :

	Social			Emocional		
	I	F	Suma	I	F	Suma
BD	6.0	7.0	13.0	7.0	6.0	13.0
BE	6.5	6.5		6.5	6.5	
AD	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	1.0
AE	0.5	0.5		0.5	0.5	
Suma	7.0	7.0	14.0			

CHI Cuadrada : 1.08

1.08

Todas las CHI CUADRADAS tienen valores menores a Alfa = 2.3 por lo tanto se aceptan las hipótesis nulas.

EVALUACIONES PRE -TEST Y POS -TEST DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO TERAPEUTICO DIDACTICO

SUJETO		AREAS						
		FAM.	LAB.	SEX.	SOC .	ESC .	VOC.	EMOC.
Alicia	Pre-test	3	0	3	0	0	0	0
	Pos-test	0	0	0	0	0	0	0
Carolina	Pre-test	3	0	0	0	0	0	3
	Pos-test	0	0	3	3	0	0	0
Olga	Pre-test	3	0	0	0	0	0	0
	Pos-test	3	0	0	0	0	0	3
Tania	Pre-test	3	0	0	0	0	0	0
	Pos-test	0	0	0	0	0	0	3

<i>Marina</i>	<i>Pre-test</i>	3	0	0	0	0	0	3
	<i>Post-test</i>	3	0	0	0	0	0	3
<i>Andrea</i>	<i>Pre-test</i>	3	0	0	0	0	0	3
	<i>Post-test</i>	3	3	3	3	0	0	3
<i>Isaura</i>	<i>Pre-test</i>	3	0	0	0	0	0	3
	<i>Post-test</i>	3	0	0	3	3	0	3

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en cuanto a la evaluación cualitativa (obtención de insight) del avance terapéutico de los integrantes del Grupo en Formación nos lleva a la conclusión de aceptar la hipótesis alterna que expresa: "Sí, se presenta avance terapéutico cualitativo en cada uno de los integrantes durante su tratamiento de psicoterapia psicoanalítica grupal."

Davanloo (1975) La solución de conflictos que aquejan a cualquier paciente es meta terapéutica. Dentro de los aspectos de insight o cambios en las integrantes del grupo terapéutico-didáctico podemos considerar las siguientes:

INTEGRANTE :ALICIA

Refiere que una compañera le recuerda a su mamá y expresa como su mamá le hacía cosas, le pegaba y la presionaba, ahora Alicia se está dando cuenta de que es como su mamá rechazante y poco flexible con las personas de su alrededor principalmente con su esposo.

Expresa, que puede pasar tiempo sin tener relaciones sexuales ya que a su esposo lo considera no fogoso y manifiesta que ella no llegó virgen al matrimonio; él, al principio no quería casarse con ella, pero ahora Alicia se da cuenta que lo rechaza sexualmente, es decir se las está cobrando y siente haberse portado mal con él últimamente. Considera que su esposo a veces tiene la idea de no tener hijos pero se da cuenta de que sí la lleva a perinatología.

Relata que fue crítica y severa con su compañera Isaura al

comentar sobre el trabajo escolar y que a ella no le gustaría que la presionaran tanto como lo hizo el grupo con su compañera.

Recuerda como en una ocasión en que le aplicaron pruebas psicológicas, obtuvo un puntaje alto en el área de agresividad y una compañera le hizo énfasis en este aspecto.

Emocionalmente llora al relatar los conflictos y como se las está cobrando a su esposo por la sensación de haber sentido el rechazo en un principio. todo eso le recuerda su infancia.

Las defensas que presenta cualquier paciente, no son al azar sino que representan la forma de como ha podido resolver la manera de relacionarse con el mundo externo e interno para mantener su integridad como individuo. Las defensas son siempre soluciones es decir formas de aliviar y protegerse de lo que se percibe como un estado agobiante o de ansiedad.

En la integrante Alicia busca defenderse de la imagen introyectada de la madre mala y tiende a emplear el mecanismo de identificación con el agresor ya sea asumiendo por su cuenta la agresión de la misma forma, ya sea imitando física o moralmente a la persona agresora, puede ser que adopte ciertos símbolos de poder. Así la agresión se dirige hacia el exterior y no se vuelve contra el sujeto en forma de autocrítica. A través del tiempo el agredido se convierte en agresor. Este mecanismo defensivo es de naturaleza sadomasoquista. Alicia se está dando cuenta de como ahora agrade a su esposo, está actuando en el presente lo que fue en el pasado.

Fenichel (1966) Siguiendo la línea de Freud considera que en el

proceso de elaboración, están los aspectos de educación en lo referente a las percepciones para tener introyecciones menos distorsionadas y más reales. Alicia al reconocer su identificación con la "madre mala" parcial busca cambiar sus actitudes con la pareja. Un cambio de que conducta repercute en diferentes aspectos de la vida cotidiana de cada sujeto.

Freud (1914) El aprendizaje de mejores patrones de relación interpersonal es resultado de la translaboración. Alicia durante su tratamiento psicoterapéutico como cualquiera de los otros integrantes al trabajar sus patrones de relaciones interpersonales buscan obtener otra forma de interaccionar con su madre y esposo. Por el momento no se puede decir que el conflicto este resuelto totalmente.

INTEGRANTE :CAROLINA

Recuerda que nunca fue afectuosa con su hermana menor y eso le molestaba a su papá, además era muy manipuladora, cuando quería algo ella veía la forma de obtenerlo tratando de convencer a su papá buscaba ser siempre la consentida, estaba en rivalidad con su hermana y para eso usaba la manipulación, recuerda que durante 6 años fue hija única, y la consentida pero cuando nació su hermana todo cambio, por lo tanto se molesto con su papá por haberse sentido desplazada ahora hace énfasis en su rivalidad y actitudes de manipulación a través de su tratamiento terapéutico.

Expresa que aveces se ha sentido diferente de hermanos y de los del grupo donde participa, considera que le gusta llamar la atención reconoce que no es común esa forma de pensar, pero eso la hace no

sentirse vacía.

Refiere, que sus relaciones de pareja se vuelven rutinarias, por lo tanto considera que debe buscar alternativas y recuerda que con su anterior pareja tenía muchos problemas donde ella siempre terminaba llorando y haciéndole berrinche por cualquier cosa y al final los mayores disgustos eran por el dinero. Después se dio cuenta de que si ella no hacía berrinche y tomaba las cosas con más tranquilas, él ya no se desesperaba tanto y no lo lastimaba con su llanto, así que decidió cambiar su comportamiento de tanta rigidez y en consecuencia las cosas han mejorado.

Reconsidera que el muchacho que la violó deseaba hablar con ella por saber como se podría restaurar el daño. También ella reconoce que inició los juegos con él y con sus hermanos, no esperaba que eso iba a terminar en una relación sexual ella asume haber perdido el control y posteriormente vino la depresión. También reconoce la parte de responsabilidad de aquella ocasión aun cuando en esos momentos lo nego, últimamente decidió platicarlo con su mamá. Refiere que después de la violación volvió a tener la sensación de ser la consentida y no cuando nació su hermana. La persona que la violó le pidió que se casara, pero ella no accedió. Ahora ella sabe que provocaba.

Manifiesta darse cuenta de que pone pretexto sobre la pareja mencionando que probablemente no es la que su papá aceptaría para ella. Freud (1914) Cada sujeto construye en sí un ideal, con el cual ampara su yo actual. A este amor ideal se consagra ese amor egolatra de la niñez. El narcisismo aparece en este nuevo yo ideal adornado como el infantil con todas sus perfecciones y como siempre en el

terreno de la libido, el ser humano no renuncia a una satisfacción obtenida alguna vez y se quiere conquistar de nuevo bajo la forma del yo ideal.

Carolina busca su omnipotencia, su ideal del yo y alimentar su narcisismo tratando de ser la hija consentida del padre, tener el poder sobre hermanos y hermana favorita para ello inconscientemente utiliza la manipulación y las ganancias secundarias de la "violación". Otro de sus aspectos narcisistas que está elaborando, es el de hablar en sentido proyectivo de que la pareja con quién se relaciona no es la que su papá aceptaría para ella.

Freud (1914) nos dice que sería amado aquello que posee la perfección que le falta al yo para llegar a un ideal.

INTEGRANTE :OLGA

Cuando escucha a su compañera de terapia hablar de pareja, ella reconoce las causas de su conflicto con su ex-esposo, dice que ambos realizaban falta de atención del uno para el otro, así ella lo insultaba y no lo quería ver y él respondía en forma similar o bien él viajaba al interior de la República y no le avisaba y Olga respondía en aspectos sociales como en sexuales distanciándose.

Reconoce que su grado de exigencia le provocó conflictos con la gente ya que a ella le gusta que todo esté planeado y si alguien rompe sus planes de imprevisto se molesta, porque la sacan de sus proyectos establecidos y eso no lo puede tolerar.

Observo que los comentarios sobre su compañera de grupo, en relación a

la clase fueron destructivos aun cuando no era esa su intención. Se da cuenta de la necesidad de que alguien la escuche y le ayude profesionalmente a resolver sus conflictos aun cuando en un principio devaluada el papel del terapeuta.

Ekstein (1965) Hace énfasis en que uno de los aspectos de la elaboración es convertir a la compulsión repetitiva en espontaneidad. A suplir el modelo primario por el secundario de pensamiento, general esa compulsión repetitiva es un medio de gobernar la vida mental más que como una expresión del conflicto interno.

Olga reconsidera aspectos de las causas de su divorcio donde la repetición de conductas agresivas constantes y faltas de atención llevaron al fracaso la relación, en forma desplazada y transferencial vuelve la compulsión al tratar de devaluar al terapeuta y agredir con sus comentarios a una compañera de grupo. Olga trata de elaborar esa rigidez para que las cosas no sean como lo establecido y dar un intento de transformación de la agresión.

INTEGRANTE : TANIA

Al tratar de hacer un pastel para los compañeros del grupo sufre quemaduras y en esos momentos esperaba que su pareja corriera a auxiliarla y a apapacharla, sin embargo, él se molestó y la regañó, después la integrante asoció como se sintió cuando era niña y que cometía algunas tonterías, su mamá le decía que era una inútil - que no servía para nada, pero lo que más le duele es el haber sentido la falta de apoyo de sus padres y ahora se repitió la situación.

Reconoce el hecho de que ella promueve actitudes para que su

esposo se ponga molesto.

Fenichel (1950) Considera el acting out como un aspecto importante del conocimiento del paciente y que con el tiempo resulta indispensable para el proceso de la elaboración. La elaboración es el componente esencial del análisis y consiste en descubrir lo que uno ha encontrado un lugar y también en muchos otros lados y circunstancias o bien se puede decir lo que uno ha vivenciado y lo repite de diversas maneras en el presente. Así Tania de manera accidental a través del acting out al quemarse y buscar cariño, sólo encontro enojo y desprecio pero fue un material importante para obtener insight obviamente nada agradable.

Fenichel(1966) Es importante que los pacientes vayan produciendo cada vez derivados menos distorcionados hasta poderse reconocer los conflictos instintivos básicos. Limentani(1966) Relaciona el acting out y la elaboración, este actuar implica reactivación de la ansiedad y culpa como parte del proceso hacia el insight. El acting out puede funcionar como una forma verbal diferente de comunicar una variedad de significados inconscientes en busca de ayuda, los esfuerzos los dirige el paciente a buscar la ayuda del analista y ocurre en ciertos momentos de todo tratamiento analítico.

INTEGRANTE:MARINA

Ante la demanda de recursos económicos que ella le hace a su esposo y este no se las satisface, ella reconoce que mejor se hubiera casado con un millonario. Considera que está en conflicto y confundida, y no sabe si seguir con su esposo o no por el problema económico.

casado con un millonario . Considera que está en conflicto y confundida , y no sabe si seguir con su esposo o no por el problema económico . Al finalizar las primeras 14 sesiones menciona en tono de broma que sabe muy poco de los hombres y de las mujeres como conclusión.

Novez(1962) Manifiesta que la translaboración es un proceso de tiempo y no un suceso que se promueve en una sesión . Freud en su trabajo de Más allá del Principio del Placer nos habla sobre la compulsión a la repetición que siempre está reforzada por principios que obedecen al principio del placer , después en 1926 en Inhibición, Síntoma y Angustia Freud ve a la compulsión a la repetición como un mismo tipo de resistencia propio del inconsciente . La represión no desaparece una vez superada la resistencia del Yo hace falta además vencer la fuerza de la compulsión y la atracción que ejerce sobre el proceso pulsional reprimido en el inconsciente . Marina , repite una y otra vez la relación de demanda con el esposo en diversas ocasiones a lo largo de su vida y se muestra en su tratamiento al comentarlo una y otra vez ,pero le es difícil obtener insight, pues su demanda se magnifica y al mismo tiempo se confunde . Sin embargo Marina realiza un esfuerzo continuo para saber que pasa con su vida .

INTEGRANTE :ANDREA

Recuerda que su mamá era maltratada por su padre y además casi no le proporcionaba el dinero suficiente para la comida . Su mamá no deseaba traer hijos al mundo porque eran un problema para el de andrea. Ahora ella reconoce que desea ser diferente a su mamá pero al final de cuentas solo está repitiendo la historia .

Manifiesta que ante su problemática con su marido se ha

recluido en su casa y pasa los fines de semana sola con su hija ,
únicamente conoce a los vecinos de la iglesia , recuerda cuando
estuvo en Guatemala con su esposo también se sintió sola y abandonada

Refiere que su actitud de sentirse tonta en clases es por la
sensación de que las compañeras la van a criticar , pero que estos
mismos elementos provienen desde la infancia .

(En sesiones intermedias del tratamiento recibe una llamada telefónica
por parte de su esposo desde Guatemala y ella acepta reunirse con él
para fin de semestre y las resistencias aumentan)

Freud.(1914) El analizado repite en lugar de recordar y la hace
bajo condiciones de resistencia . Repite todo lo que ha incorporado a
su ser partiendo de las fuentes de lo reprimido ,sus inhibiciones
,tendencias inutilizantes , sus rasgos de carácter patológico .

En Andrea el proceso de elaboración la va llevando a obtener
insigh como el ser maltratada su mamá por su papá y ella por su esposo
, sin embargo como se mencionaba antes el proceso de elaboración es
lento . Se espera en un sentido de deseo que Andrea al reunirse con
su marido en Guatemala vuelva a ser maltratada.

INTEGRANTE :ISAURA .

Reflexiona que el sentirse no aceptada por su grupo es parte del
conflicto personal y no de las compañeras y que desde la infancia lo
ha sentido ese rechazo ,ya que vivió con su abuela y no con su mamá .
Cuando recibió las criticas sobre su trabajo escolar se sintió como
en la infancia regañada y reconoce que sus resistencias aumentaron .

Freud(1940) El prolongado periodo de la infancia durante el cual
el ser humano depende de sus padres deja dentro de sí una instancia

especial , el super Yo es el que prolonga esa influencia parental . Una acción por parte del yo ordenaría satisfacer al mismo tiempo las exigencias del ello y del super Yo y de la realidad . Uno de los problemas para el super Yo es la limitación de las satisfacciones . Al crecer el individuo el super Yo cumple las funciones que hasta ese momento realizaran las personas del mundo externo . El super Yo observa al Yo y le ordena , lo juzga , lo amenaza con el castigo como conciencia moral .

Isaura elabora sus sentimientos persecutorios puestos en los compañeros de grupo donde ella se siente criticada y rechazada como lo vivió en la infancia , sin embargo , el super Yo se torna punitivo con ella misma y no le provee una autoestima adecuada , generándole sentimientos de culpa y devaluación.

ASPECTOS GENERALES SOBRE LA ELABORACION DEL GRUPO .

Las integrantes del grupo tratan de elaborar en un sentido global las agresiones dirigidas hacia las figuras parentales , pareja y compañeras de grupo , en todas ellas están las relaciones de familia como puntos de mayor elaboración . Loewald(1960) Dice que durante el tratamiento , se busca una nueva organización y se pone en palabras aquello que anteriormente no era visible ni comprensible . La transferencia se hace posible hacia el terapeuta como hacia las compañeras . Hay momentos en que por ejemplo Carolina , trata de sabotear a sus compañeras el tratamiento con sus actitudes de bostezo y preguntas técnicas o bien Olga no acepta el papel , del terapeuta y lo prefiere ver como un profesor , Isaura y Andrea se sienten tontas ante sus compañeras -hermanas . Olga y Marina a momentos buscan ser las

consentidas del Terapeuta -esposo- Esposo. El super Yo , como representante aveces lo tomaba Tania u Olga o Isaura , así como los aspectos representativos de actitudes éticas puestas en Carolina o Marina con sus actitudes impulsivas a través de sus sensaciones y pensamientos de acabar con todo lo ya formado . Los mecanismos de defensa también se hicieron presentes por ejemplo Marina a Través de la proyección deposita toda la codicia y avaricia en el esposo , la identificación con el agresor en Alicia , en Carolina la negación de los aspectos de la violación donde ella no asumía su parte de responsabilidad y las ganancias secundarias obtenidas . En fin cada integrante se encuentra tarabjando dentro de su problemática . Sin embargo Freud nos dice en su artículo de Análisis Terminable e Interminable (1937) que el análisis no siempre logra asegurar en grado suficiente los fundamentos en que se basa el control de los instintos : el resultado de un tratamiento analítico depende en escencia de la fuerza y la profundidad de esas resistencias que provocan una alteración del Yo .

El proposito del análisis es el de asegurar las mejores condiciones psicológicas posibles para la fortaleza del Yo y así dar por cumplida su tarea.

Ahora otro aspecto de la investigación que habrá que recordar es el diseño de la Escala de Evaluación de Avance Terapéutico fundamentada en los principios del proceso de elaboración de la teoría psicoanalítica . A través de la escala se evaluó el Pre-test (Historia Clínica Autoadministrada), las sesiones (grabadas en cassette) y el Post-test(Historia Clínica Autoadministrada) de cada uno de los integrantes del grupo terapéutico-didáctico . Los

resultados en cuanto a la evaluación cuantitativa no llevan a la conclusión de aceptar las hipótesis nulas que expresan : "No , se presenta avance terapéutico estadísticamente significativo en cada uno de los integrantes , respecto de la resolución de los conflictos en las diferentes áreas (familiar, laboral, sexual, social, escolar , vocacional y emocional) durante su tratamiento de psicoterapia psicoanalítica grupal) .

Las conclusiones en cuanto a los aspectos cualitativos y cuantitativos resultan contrastantes , pues por un lado se observa como los integrantes si obtienen beneficios terapéuticos lo cual nos indica que estan en proceso de resolución de sus conflictos pero por el otro lado estadísticamente no se muestra un avance significativo , en cuanto a este aspecto es importante tomar en cuenta los siguientes elementos : a).-La escala de evaluación de avance terapéutico se presenta como un instrumento poco sensible para detectar cambios del proceso de resolución del conflicto o avance terapéutico en las diferentes áreas que se evaluaron . b).-Únicamente se realizó la medición para 14 sesiones pudiera ser que si se evaluara el proceso por uno o dos años más se obtendrían mejores resultados con el instrumento utilizado , ya que los procesos psicoanalíticos siempre son lentos en y los cambios observables no se muestran en forma significativa. c).- En este último punto sólo deseo hacer notar que en todo Proceso Terapéutico se presentan fenómenos psíquicos dinámicos tan complejos , en el cual se presentan una gran cantidad de variables difíciles de controlar y por lo tanto de medir con este método cuantitativo .

B I B L I O G R A F I A

- Akerman, N (1950) Psychoanalysis and Group Psychotherapy. Group Psychotherapy. 204-215 (citado por Wolberg, 1954).
- Bergor, A (1958) Problems of initial Training for Group Psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy. 8:178-184.
- Bergor, I (1967) Group Psychotherapy Training Institutes: Group Excess or persistence to learning. International Journal of Group Psychotherapy. 17:502-512
- Berger, M (1970) Videotapes Techniques in Psychiatric Training and Treatment. New York (en Dies, 1974).
- Berman, L (1954) A Group Psychotherapy Technique for Training in Clinical Psychology. American Journal Orthopsychiatry. 23:322-327
- Beukenkamp, C (1958) Training in Group Psychotherapy. American Journal of Psychotherapy 36. (1) :33-35
- Block, M (1961) Multi-leadership as a Teaching and Therapeutic Tool in Group Psychiatry. (En Howard, 1975).
- Brenner, C (1978) Curso básico de Psicoanálisis. Ed. Horme. Buenos Aires.
- Cabeza, V., Folardi, H (1978) Grupos Psicoanalíticos Terapéutico-didácticos en la enseñanza Universitaria. Consejo Nacional para la enseñanza en Psicología. IV, 1(7) :25-33.
- Cámara, G (1980) La Alianza de trabajo en Grupos Psicoterapéuticos Analíticos. Ed. I. I. P. C. S. Alathia. I:40-49.

- Cohen , N(1960) An Introduction to Logic and Scientific Method . Ed Harcourt - New York.
- Davenloo, H (1979) Techniques of Short -term dynamic Psychotherapy. Psychiatry Clinical American .2:11-22
- Dier , R(1974) Attitudes Towards the Training of Group Therapist . (en Howard, 1975) .
- Etchegoyen , I Psicoterapia de Grupo en la enseñanza Médica. pp.234-247(en Grinberg,et al .1959)
- Fenichel ,O (1950) Problemas de Técnica Psicoanalítica . Ed Control iBuenos Aires .
- Folkes , J (1981) Psicoterapia de Grupo Analítica . Métodos y Principios .Ed. Gedisa. Barcelona.
- Frank, J (1950) Group Psychotherapy in Relation to Research. Group Psychotherapy . 3:197-200.
- Freedman. A ., Kaplan, H (1984) Compendio de Psiquiatría Ed. Salvat Barcelona .
- Freud , S (1985) Estudios sobre la Histeria . Ed. Biblioteca Nueva . Tomo I , Madrid.
- Freud, S (1904) Procedimiento Psicoanalítico de Freud Ed.Biblioteca Nueva. Tomo I ,madrid.
- Freud, S (1905) Tratamiento Psíquico Ed.Biblioteca Nueva.Tomo I Madrid.
- Freud,S (1905) Sobre Psicoterapia .Ed Biblioteca Nueva.Tomo I Madrid.
- Freud, S (1912) La dinámica de la Transferencia . Ed. Biblioteca Nueva .Tomo II , Madrid
- Freud, S (1914) Introducción al Narcisismo Ed. Biblioteca Nueva. Tomo II. Madrid.
- Freud , S (1914) Recuerdo ,Repetición y Elaboración . Ed . Biblioteca

Nueva . Tomo II .Madrid .

-Freud ,S (1920) Más allá del Principio del Placer . Ed Biblioteca Nueva Tomo III. Madrid.

-Freud (1937) Análisis Terminable e Interminable . Ed. Biblioteca Nueva .Tomo III.

-Freud, S (1940) Esquema del Psicoanálisis. Ed. Biblioteca Nueva.Tomo III. Madrid.

-Fromm Reichman, F (1970) Principios de Psicoterapia Intensiva . Ed . Paidós . Buenos Aires .

-Garfinkel, E (1978) Terminación de Análisis e Insight. Indicadores Clínicos . Psicoanálisis . 1:505-525.

-Giola, T . (1979) Consideraciones acerca de la Teoría Freudiana de la Curación - Psicoanálisis 1:133-108.

-González Núñez ,J (1986) La Contratransferencia y el Acting Out. Aletheia. 7:43-49. México.

-González Nuñez, J (1989) La Fortaleza del Psicoterapeuta:la contratransferencia. . Ed. I.I.P.C.S. México.

-Greenson ,R (1975) Técnica y Práctica del Psicoanálisis .Ed. Siglo XXI . México .

-Grinberg,L.,Langer,M.,Rodríguez ,E (1959) El Grupo Psicológico. Ed. Nova. Buenos Aires.

-Grinberg,L.,Langer.M,Rodríguez,E (1961) Psicoterapia del Grupo. Ed. Paidós . Buenos Aires.

-Hare ,A (1963) Review of Small Group Research for Group Therapist. International Journal of Group Psychotherapy. 13:476-484.

-Howard,R (1975) Group Psychotherapy Research. Comentarios and

Selected Readings .Ed Wiley Jones .New York.

- Janies , P (1968) The Alternate -Therapist observer Technique .
International Journal of Group Psychotherapy.28:95-105.
- Kemper,W (1959) Primeras Experiencias didácticas con un grupo de
Candidatos Psicoanalistas .p.p 200-218. (En Grinberg, et. al.1959)
- Kerlinger ,F(1975) Investigación del comportamiento . .Ed.
Interamericana. México.
- Kibel ,H(1986) Contributions of the Group Psychotherapist. to
education on the Psychiatric Unit: Teaching Thoug Group Dynamic.
International Journal Of Group Psychotherapy. 37(2):201-219.
- Kolb,L (1982) Psiquiatria Clínica Moderna. Ed Prensa Médica Mexicana.
México.
- Lakin,M.,Liebman,M.,Whitaker,D (1969) Issues in the training of
GroupPsychotherapist . International Journal of Psychoterapy 19:307-
325.
- Laplanche,J.,Pontalis ,J (1968) Diccionario de Psicoanálisi .Ed Labor
- Levine ,H (1980) Group Psychotherapy . International Journal of Group
Psychotherapy :30:77-93.
- Lewis , P ,Mc Cants (1973) Some Currents Issues in Group
Psychotherapy Research. Journal of Group Psychoterapy. 23:268-278.
- Limentani,D (1960) Group Leader Recorder relationship in a state
hospital:A learning tool . International Journal of Group
Psychotherapy.
- Marrow ,G (1969) The Practical Theorist: The Life and Work of Kurt
Levin. Ed Basic Book.New York.
- Melzoff,J (1970) The outcome problems in Psychoterapy Research . Ed

Athenian Press. New York.

-Palacios, A (1975) Técnica de Grupo en Psicoanálisis. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México.

-Palayo, G (1977) Pequeño Larousse Ilustrado. Ed. Larousse: Paris.

-Piper, W, Dabane, E. (1973) Group Psychotherapy Outcome Research: Problems and aspects of a First-Year American Journal of Psychiatry. 120:968-975.

-Puffer, J (1905) Boy's Gänge. Pedagogy Seminary. 12:175-212. (en Hare, 1965).

-Racker, H (1980) Estudios Sobre Técnica Psicoanalítica. Ed. Paidós. Buenos Aires.

-Rappaport, D (1959) The structure of Psychoanalytic Theory: A Systematising Attempt Psychological Issues. Universities Press. New York.

Rodríguez, B. Tabak, K. Enfoque Subjetivo de un Grupo de Experiencia (en Grinberg, et al. 1959).

-Rosenfeld, D (1971) Sartre y la Psicoterapia de Grupo. Ed. Paidós. Buenos Aires.

-Ruttan, J (1988) Undersatnding Defenses in Group Psychotherapy. International Journal of Group. 38(4):459-474.

Sandler, J (1978) El paciente y el Analista. Ed. Paidós. Buenos Aires.

-Schachet, P (1986) The concept of Group Space. International Journal of Group Psychotherapy. 36(1):33-53.

-Simmel, G (1902) The Number of members as determining the Sociological Form of the Group. American Journal of Sociology. 8:1-42 (en Hare, 1963)

-Stein, A. (1960) The Training of Group Psychotherapist. American

- Terman, L. (1904) A Preliminary Study of Psychology and Pedagogy of Leadership . Pedagogy Seminary 11:413-431- (en Hara .1963)
- Truax ,ch,,Donald ,G (1966) Effects of Groups Psychotherapy ,with high accurate Empaty up on Female Institutionalized delinquents. Journal of abnormal Psychology. 77:267-274.
- Warren, H (1974) Diccionario de Psicología . Ed Fondo de Cultura E. México
- Weiner, M (1985) Regression in Group Psychotherapy. 35(2) :209-225).
- Tuttman, S (1986) Theoretical and Technical elements wich characterize the American Approaches to Psychoanalytic Group Psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy . 36(4) 499-515.
- Witaker ,D (1987) Some connections between a Group-Analitic and Group Focal Conflict Perspective . International Journal of , Group Psychotherapy . 37(2) :201-219.
- Winder, A (1956) A Preparation Seminary in Group Psychotherapy . International Journal of Group Psychotherapy .6:410:417.
- Wolberg, L (1954) The Technique of Psychotherapy . Ed Grune Tratten NewYork.
- Wolf, A (1950) The Psychoanalysis of groups . American Journal of Psychotherapy. 4:16-50
- Zimerman, D. Aplicaciones de la Psicoterapia de Grupo a la enseñanza de la psiquiatria Dinamica .Primer congreso Latinoamericano de Psicoterapia de grupo 1957 . Acta , Buenos Aires. 494-500 (en Etcheagoyen 1959).
- Zimmerman ,D(1975) Estudios Sobre Psicoterapia Psicoanalitica . Ed. Horme .Buenos Aires.

ESCALA DE EVALUACION DE AVANCE TERAPEUTICO (E.A.T)

0.-La integrante no expresa conflicto alguno en términos verbales explícitos , no verbaliza quejas , problemas o estados displacenteros. No aborda el tema en sesión , guarda silencio o bien no asiste a su sesión.

1.- La integrante expresa haber tenido sensaciones de disgusto con alguien o por alguna situación ,pero manifiesta, que son aspectos que los puede resolver fácilmente .(Sin embargo son tomados en cuenta como un elemento que en el futuro pudiera tener alguna repercusión)

2.-la integrante refiere no tener conflicto en terminos verbales , sin embargo los síntomas que expresa a través de la palabra o la carga afectiva (de ira , enojo , angustia ,miedo agresión ,tristeza) son indicadores de que existe realmente un conflicto en la persona . La integrante está en egosintonía con el problema.

3.- La integrante reconoce la existencia del conflicto en sí misma o en relación con los demás y lo expresa en forma verbal , al mismo tiempo que afloran sensaciones de displacer (dolor , llanto sufrimiento , pena, angustia ,pesar , miedo , enojo , frustración , tristeza entre otras .) Se inicia el proceso de resolución del conflicto sin saber cuanto tiempo se tardará en resolverlo .

4.- La integrante manifiesta causas o elementos ligados al conflicto que le aqueja pero no hace insight y sigue trabajando la problemática.

5.- La integrante reconoce y detecta causas o elementos ligados al conflicto que le aqueja y presenta insight intelectual y /o emocional.

5.- La integrante reconoce y detecta causas o elementos ligados al conflicto que le aqueja y presenta insight intelectual y /o emocional.

6.- la integrante después de obtener insight sigue ahondando sobre los elementos del conflicto . Existe la presencia de actitudes reparatorias constantes hacia sí misma y hacia sus objetos . Emocionalmente se siente satisfecha , y conforme avanza el número de sesiones la integrante va dejando de hablar de dicho conflicto , pudiendo abordar otros aspectos a elaborar .

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO .

FACULTAD DE PSICOLOGIA

HISTORIA CLINICA AUTOADMINISTRADA .

Diseñada por el Dr. José de
Jesús González Núñez.

I N S T R U C C I O N E S .

A continuación encontrará Ud. una serie de preguntas acerca de su vida . Las respuestas que Ud. dé no son buenas ni malas , simplemente son la historia de su vida .

Trate de ser sincero y lo más explícito que le sea posible . La información proporcionada por Ud. será utilizada con fines de investigación científica y será custodiada según las normas de la ética profesional del psicólogo .

Si el espacio que se asigna para contestar no le es suficiente , continúe al reverso de la hoja o agregue tantas hojas como sea necesario . En ambos casos escriba el número de la pregunta que está completando .

Queremos saber si actualmente usted tiene algún problema conflicto , preocupación ,síntoma o característica de su personalidad que en forma central le preocupe . Describalo.

4.- HISTORIA DEL PROBLEMA .

¿Cuál es la historia de ese problema , conflicto , preocupación , síntoma o característica de su personalidad que en forma central atrae su atención ? Cómo empezó ? ¿Cuándo ? ¿Como ha evolucionado ?

5.- HISTORIA FAMILIAR .

5.1.- Abuelo paterno .

Nos interesa saber cómo es o fué su abuelo paterno .

5.1.1.- Edad actual o a la que falleció -----

5.1.2.- Ocupación .----- 5.1.3 Años en esa ocupación.---

5.1.4.- Tuvo alguna enfermedad crónica o de cualquier otro tipo? () sí () no . Explique -----

5.1.5.-Ultimo grado de estudios .-----

5.1.6.- Nacionalidad.----- 5.1.7.- Religión-----

5.1.8.- Mencione tres cualidades de él -----

5.1.9.- Mencione tres defectos de él .-----

5.2.- ABUELA PATERNA .

5.2.1 .- Edad actual o a la que falleció -----

5.2.2.- Ocupación .-----

5.2.3.- Años en esa ocupación .-----

5.2.4.- Tuvo alguna enfermedad crónica o de cualquier otro tipo? () Sí () No . Explique .-----

5.2.5.- Ultimo grado de estudios .-----

5.2.6.-Nacionalidad.----- 5.2.7.-Religión-----

5.2.8.-Mencione tres cualidades de ella .-----

5.2.8.- Mencione tres defectos de ella .-----

5.3 .- ABUELO MATERNO.

5.3.1. ¿Vive actualmente? () Sí () No

5.3.2.-Edad actual .-----

5.3.3.Edad a la que falleció.-----

5.3.4.- Ocupación .-----

5.3.5. Años en esa ocupación .-----

5.3.6.- ¿Tuvo alguna enfermedad crónica o de cualquier otro tipo?

() Sí () No . Explique.-----

5.3.7.-Ultimo grado de estudios .-----

5.3.8.-Nacionalidad-----5.3.9. religión-----

5.3.10.-Mencione tres cualidades de él .-----

5.3.11.- Mencione tres defectos de él .-----

5.4 ABUELA MATERNA.

5.4.1.- ¿Vive actualmente? () Sí () No

5.4.2.- Edad actual .-----

5.4.3.- Edad a la que falleció.-----

5.4.4.- Ocupación-----

5.4.5.-Años en esa ocupación .-----

5.4.6.-Tuvo alguna enfermedad crónica o de cualquier otro tipo?

() Sí () No Explique .-----

5.4.7.- Ultimo grado de estudios.-----

5.4.8.-Nacionalidad .-----5.4.9.-Religión-----

5.4.10.-Mencione tres cualidades de ella .-----

5.4.11.-Mencione tres defectos de ella.-----

5.5 PADRE.

- 5.5.1.- ¿Vive actualmente? () Sí () No .
- 5.5.2.- Motivo de fallecimiento .-----
- 5.5.3.- Edad actual .-----
- 5.5.4.- Edad a la que falleció.-----
- 5.5.5.- Ocupación .-----
- 5.5.6.- Años en esa ocupación .-----
- 5.5.7.- ¿Tuvo alguna enfermedad crónica o de cualquier otro tipo?
() Sí () no Explique .-----
- 5.5.8.- Ultimo grado de estudios .-----
- 5.5.9.- Nacionalidad.-----5.5.10.-Religión.-----
- 5.5.11.- Mencione tres cualidades de él .-----
- 5.5.12.- Mencione tres defectos de él .-----
- 5.5.13.- ¿Cómo es o fué su relación con su padre , es decir como
se llevaba o lleva con él ?-----

5.6 MADRE.

- 5.6.1. ¿Vive actualmente? () Sí () No .
- 5.6.2.- Motivo de fallecimiento .-----
- 5.6.3.- Edad actual.-----
- 5.6.4.- Edad a la que falleció.-----
- 5.6.5.- Ocupación .-----
- 5.6.6.- Años en esa ocupación .-----
- 5.6.7.- ¿Tuvo alguna enfermedad crónica o de cualquier otro tipo?
() Sí () No .- Explique .-----
- 5.6.8. Ultima grado de estudios .-----
- 5.6.9.- Nacionalidad ----- 5.6.10.-Religión .-----

5.6.11.-Mencione tres cualidades de ella.-----

5.6.12.- Mencione tres defectos de ella .-----

5.6.13.- ¿Cómo es o fué su relación con ella es decir como se
lleva o llevaba con ella ?

5.7 HERMANOS .

También nos interesa saber acerca de sus hermanos . Describalos
en orden cronológico (de mayor a menor) Señalando los siguientes
datos acerca de cada uno de ellos .

-Nombre.-

-Edad.-

-Escolaridad.-

-Ocupación.-

-Enfermedades .-

-Defectos .-

5.8.- ESPOSA (O) O COMPRERA (O) .

En caso de que ud sea casado o viva en unión libre , deseamos
saber las características de su pareja.

5.8.1.- ¿Vive Actualmente? () Sí () No .

5.8.2.- Edad.-----5.8.3.-Ocupación.-----

5.8.4.-Escolaridad .-----

5.8.5.-¿Padece alguna enfermedad crónica o de cualquier otro
tipo? () Sí () No Explique.-----

5.8.6.-Nacionalidad .-----5.8.7.-Religión .-----

5.8.8.-Tres cualidades de él (ella).-----

5.8.9.-Tres defectos de él (ella).-----

5.8.10.- Cómo es su relación con él (ella) ?-----

5.9 HIJOS.

5.9.1.-¿Tiene hijos ? () Sí () No

5.9.2.- ¿Tienen hijos que han fallecido? () Sí () No .

5.9.3.- Describa a sus hijos , de mayor a menos incluyendo los fallecidos (si es el caso) . Mencione para cada uno : Nombre , edad , sexo , escolaridad y ocupación.

6. HISTORIA DEL DESARROLLO .

A continuación le vamos a pedir información sobre su vida personal trate de comunicarnos lo que más recuerde .

6.1.- Embarazo y Amamantamiento .

¿ Le han contado algo acerca de cómo fue su nacimiento , el embarazo de su mamá , como fue su amamantamiento? Explique

¿Le han platicado algo acerca de cómo usted alrededor de la época de nacimiento y amamantamiento? Explique.-----

6.2.- ¿Recuerda Usted o le han contado algo de alrededor de la época en la que se va al Kinder? (Sociable , aislado , problemas de dentición , problemas de control de esfínteres , terrores nocturnos, sonambulismo , etc.)

6.3.- ¿ Alrededor de la época en que cursa la primaria , que recuerda ud. ? (aislamiento , sociabilidad , irritación , ansiedad , dificultades con los compañeros , problemas con los maestros reprobación , agresión etc.)

6.4.- Alrededor de la época de secundaria ¿ Qué recuerda usted? (aislamiento , sociabilidad , menstruación , rivalidad , minusvalía , apariencia física, amigos , maestros , compañeros

fumar, tomar drogas etc.)

6.5.- Alrededor de la época de preparatoria ¿Qué recuerda usted?
(además de lo mencionado en la pregunta anterior, aspectos familiares, sociales, económicos, sexuales que se hayan presentado en esta época.)

6.6.-Alrededor de la época de estudios profesionales ¿qué recuerda usted?

7. PAUTAS DE AJUSTE A LA VIDA ACTUAL.

Ahora deseamos saber cómo es su vida en la época actual.

7.1 Ajustes familiares.

¿Cómo son en la actualidad sus relaciones con sus padres?

¿Cómo son en la actualidad sus relaciones con su esposa(o)?

(si es el caso)

¿Cómo son en la actualidad sus relaciones con sus hijos?

7.2 Ajustes Vocacionales.

Describe su trayectoria académica, principales logros y fracasos y causas de los mismos.

Actitudes hacia sus compañeros y maestros en la actualidad.

Habilidades especiales que ha desarrollado o que se pudiera desarrollar

Rendimiento Académico actual.

¿Cómo decidió su profesión?

¿Su profesión es lo que esperaba?

¿Ha existido alguna dificultad en esta área?

7.3.- Ajustes de trabajo.

Señale la secuencia cronológica de sus trabajos indicando puestos y sueldos alcanzados .
Describa sus actitudes hacia sus jefes y subalternos .

Habilidades que ha desarrollado .

Puntualidad y ausentismo .

7.4 .- Ajustes sociales .

¿Cómo ha sido su vida social ?

7.4.1.- Amistades .

Describa el número , constancia , sexo que prefiere para relacionarse, profundidad de las relaciones, etc.

7.4.2.- Actividades cívicas .

Describa su participación en actividades cívicas .

7.5.- Ajustes Sexuales .

¿Podría describirnos cuál ha sido su desarrollo sexual?

¿ Ha tenido alguna dificultad en esta área?

8.0 REPERCUSIONES .

Deseamos saber ,dependiendo de la respuesta al punto No.-3 Problema actual , si el problema , es conflicto preocupación , síntoma o característica de su personalidad que ha señalado , considera ud que ha repercutido de alguna manera en las áreas de su personalidad (familiar ,laboral , sexual ,social , escolar , vocacional y emocional.)

Señale la secuencia cronológica de sus trabajos indicando puestos y sueldos alcanzados .

Describa sus actitudes hacia sus jefes y subalternos .

Habilidades que ha desarrollado .

Puntualidad y ausentismo .

7.4 .- Ajustes sociales .

¿Cómo ha sido su vida social ?

7.4.1.- Amistades .

Describa el número , constancia , sexo que prefiere para relacionarse , profundidad de las relaciones , etc.

7.4.2.- Actividades cívicas .

Describa su participación en actividades cívicas .

7.5.- Ajustes Sexuales .

¿Podría describirnos cuál ha sido su desarrollo sexual?

¿ Ha tenido alguna dificultad en esta área?

8.0 REPERCUSIONES .

Deseamos saber ,dependiendo de la respuesta al punto No.-3 Problema actual , si el problema , es conflicto preocupación , síntoma o característica de su personalidad que ha señalado , considera ud que ha repercutido de alguna manera en las áreas de su personalidad (familiar , laboral , sexual , social , escolar , vocacional y emocional.)