

11226 7
20j

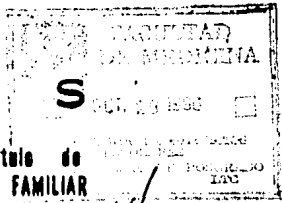


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

—
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24 "INSURGENTES"

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA ESENCIAL CON DINAMICA FAMILIAR

T E S I S



Que para obtener el título de ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Blanca Alicia Bañuelos Pimentel

p r e s e n t a

- DRA. BLANCA ALICIA BAÑUELOS PIMENTEL
- DR. JUAN MANUEL GARCIA GARCIA
- DRA. MARIA ELIZABETH GONZALEZ RAMOS
- DR. LUIS CARLOS HERNANDEZ DE LA MORA

[Handwritten signature]

GENERACION 1979 - 1981

MEXICO, D. F.

1992



TESIS CON
CALA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

- I - PROLOGO
- II - INTRODUCCION
- III - MARCO TEORICO
- IV - PROBLEMA
- V - HIPOTESIS
- VI - OBJETIVOS
- VII - MATERIAL Y METODOS
- VIII - FAMILIAS Y FAMILIOGRAMAS
- IX - RESULTADOS Y ANALISIS
- X - CONCLUSIONES
- XI - BIBLIOGRAFIA

La Familia como estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo) no puede funcionar - sino mediante las diferencias individuales que - existen entre sus miembros, las cuales les asignan los tres roles íntimamente relacionados, si estas diferencias son negadas o desatendidas, au que sea por un sólo miembro del grupo, se modifica la configuración esencial que condiciona la vida normal, creándose un estado de confusión y caos.

PICHON RIVIERE

Tu amas la Verdad y la Belleza y la Rectitud y, por ti, digo que es bueno y propio que - ames tales cosas. Pero en mi fuero interno me río de tu amor. Aun así no te permitiría ver mi risa. Reiría sólo.

Amigo mío, eres bueno y cauto y sablo: no, eres perfecto - y yo, también, hablo contigo sabiamente y con cautela, Y sin embargo es toy loco. Pero oculto mi locura. Estaré - loco a solas.

Amigo mío, tu no eres mi amigo, pero ¿ como puedo hacértelo entender ? Mi senda no es tu senda, y sin embargo caminamos juntos, cogidos de la mano.

" Kahlil Gibran : The Madman "

INTRODUCCION

Es la Medicina Familiar la respuesta más adecuada y pertinente para responder y resolver la problemática de salud social e institucional.....? si la respuesta es en sentido afirmativo es necesario hacer una serie de consideraciones en torno a dicha respuesta.

Por lo tanto el análisis de dicha respuesta debe partir desde varios niveles de reflexión, de esta manera es posible pensar en un nivel social, en un nivel institucional y en un nivel teorico-práctico que se encuentra estrechamente relacionado con el tipo de práctica médica institucional existente y el tipo de práctica emergente planteada como alternativa de respuesta contemporánea.

Es por todos conocido que la problemática de salud generada en las actuales condiciones historicosociales, momento que se caracteriza fundamentalmente por sociedades que se estructuran, organizan y se instrumentan en base a un modo de producción dominante, ideología dominante, tipo de educación dominante, que determinan de algún modo cierta patología prevalente, de acuerdo a las condiciones de desarrollo de un país o de una región, observándose de manera alarmante las grandes contradicciones que surgen en este tipo de sociedades entre la salud y la enfermedad, entre la riqueza y la pobreza, entre la nutrición y la desnutrición, entre la oportunidad para el acceso a los centros de salud y clínicas u hospitales y la no oportunidad para el mismo, etc. de los diferentes sectores de la población algunos con más facilidad que otros.

La alternativa institucional, particularmente la del Instituto Mexicano del Seguro Social, fundamentada solidamente en uno de los principios de la Seguri-

dad Social, que pretende responder y resolver no sólo la problemática de salud que demanda la población amparada bajo su régimen sino hacer extensiva una serie de prestaciones sociales a la misma, con la intención de cubrir a toda la población asalariada de el país, girando gran parte de estos servicios en torno a las prestaciones de tipo médico, esto es la relación directa entre la demanda de salud-enfermedad y la respuesta médica adecuada a cada plan teamiento y las acciones de fomento o medicopreventivas y sociales para man tener o elevar los niveles de salud de la población amparada bajo su régimen a través de esta acción mejorar las condiciones de la población en general.

La otra que se plantea como un intento serio, fundamentado en una serie de ' supuestos básicos, como respuesta a nivel de la operación, en relación con la práctica dominante o prevalente de medicina que se práctica en los diferentes niveles de atención de la Institución, la Medicina Familiar ubicada fundamen talmente en el primer nivel de atención médica toma como fundamentos teóri cos los siguientes: el concepto de hombre definido como un ser biopsicoso- cial no como una instancia abstracta sino también concreta o material con ex presión propia, el concepto de salud; definido como el completo bienestar - biopsicosocial y no sólo como la ausencia de enfermedad. el concepto de Inte gral; entendiendo por lo mismo no sólo la atención de el todo (paciente Iden tificado) a través de un equipo multidisciplinario de salud, sino desde la con cepción misma del enfoque, al considerar al enfermo como una parte de el - grupo familiar esto es como un integrante de un sistema más amplio que es la familia, sistema en el que el enfermo es un subsistema y donde la enferme dad es la expresión sintomática de una alteración del todo que afecta de dife-

rente manera o grado a cada elemento constitutivo del todo y esta condición afecta nuevamente al todo, entendiéndose este proceso como un estado dinámico en constante cambio o dialéctico.

Y por último, y no por que sea el menos importante, el que se relaciona con la familia, la que es para la medicina familiar, lo que el corazón para la cardiología, el cerebro para la neurología, o el niño para la pediatría, esta, no sólo define a la medicina familiar como una disciplina médica diferente de las otras disciplinas medicas si no que le permite a la misma a través de una praxis crítica, abierta y liberadora construir su marco teórico de esta forma es posible vincular la teoría con la práctica relacionándose directamente con la razón de ser de la disciplina. esto conlleva la finalidad de brindar una atención y cuidado a el objeto concreto, sujeto de atención de la praxis de la medicina familiar.

La familia como tal, como una estructura, como un grupo con sus características particulares que la hacen diferente a otros grupos humanos, es tomada como una unidad, una gestalt, donde necesariamente se incluye el concepto de totalidad, que comprende no sólo a los elementos del grupo, incluye a sus relaciones, a la situación, al campo, a las condiciones históricas y las ahistoricas para explicarse una serie de efectos o conductas en el aqui y ahora, posteriormente partir de este momento con el propósito y objetivo de lograr cambios en la dinámica de el grupo, considerando a la enfermedad como una parte constitutiva del grupo, donde el rol o papel que juega la enfermedad en tanto no se esclarezca se considera como un rol perturbador del proceso dinámico de la familia, manteniendo una estructura rígida, estereotipo, que a tra-

vés de un proceso dialectizador, que pasa por varios momentos iniciándose en un estado que consideramos como la estructura previa configurada en base a una serie de supuestos básicos, pretendemos desestructurar a través de un proceso de indagación y esclarecimiento, pasando de lo implícito a lo explícito, con la finalidad de que la lectura de la realidad sea más clara por el grupo venciendo los miedos básicos (angustia depresiva, angustia persecutoria) que son coexistentes e interactuantes, hasta llegar al momento de elaboración de los miedos básicos lográndose así una reestructuración de el grupo familiar.

El método utilizado para el abordaje familiar toma a todos los elementos que configuran la situación grupal, donde el médico familiar o terapeuta queda inmerso en la situación grupal vivenciado la problemática familiar desde dentro con la óptica de la familia y desde fuera con la óptica de él como un elemento catalizador, favorecedor o esclarecedor de los supuestos básicos, - abriendo desestructurando y reestructurando con el grupo y para el grupo los estereotipos familiares, mejorando la comunicación, la pertenencia, la pertinencia, el aprendizaje y el tele (sensación de lejos) escala básica de evaluación de un grupo con un esquema conceptual referencial operativo que tiene una tarea implícita o explícita, " el aprendizaje o adaptación activa a la realidad ".

Carlos L. Rodríguez de la O.

MARCO TEORICO

Los seres vivos para su supervivencia tienen la necesidad de oxígeno y otros componentes nutricionales, lugar donde el sistema cardiovascular tiene un papel crucial para la dotación de los mismos a la célula. La presión arterial debe ser mantenida en niveles adecuados para permitir la perfusión de los tejidos, a través de la red capilar, en el lecho vascular. El nivel de presión de las arterias depende, en gran medida, de dos factores: el volumen minuto sanguíneo expulsado por el ventrículo izquierdo y la resistencia al flujo que ofrecen los vasos en el lecho vascular periférico. El sistema nervioso autónomo juega un papel importante en el mantenimiento de la presión arterial, por su influencia en el volumen cardíaco y sobre el grado de constricción de las arterias y arteriolas periféricas y sobre las venas. Las sinapsis conectan no sólo a los núcleos simpático y parasimpático y a los órganos eferentes, sino también tienen conexiones a la corteza cerebral y a los núcleos hipotalámicos que controlan la secreción hormonal por medio de la hipófisis, influyendo esto de manera directa o indirecta en las secreciones de la médula adrenal y corteza. (1, 2, 3, 4)

La tensión arterial se determina clínicamente por el método auscultatorio indirecto, por los ruidos de Korockoff escuchados al vencerse la resistencia al paso de la sangre, determinándose así la presión diastólica y sistólica ; pero para poderse considerar a un paciente hipertenso, se deben hacer varias determinaciones, pues es bien sabido que la ansiedad, incomodidad y el ejercicio físico, causan elevaciones agudas y transitorias de la tensión arterial. *

Los pacientes con hipertensión sistémica verdadera, tienen aumento de la presión arterial media y elevaciones de la sistólica y/o diastólica.

* Lo subrayado es nuestro.

En aproximadamente el 90% de los pacientes hipertension, no es posible encontrar una causa etiológica específica del aumento de la resistencia periférica que sea la responsable de la elevación de la tensión arterial, adjudicándose a este grupo el calificativo de hipertensión " esencial " con lo que se denomina, según la clasificación etiológica de la misma, el hecho de no conocerse la etiología de ésta. (1, 2, 3, 4)

Después de un periodo de evolución del estado hipertensivo, aparecen los efectos o daños producidos por ese estado, siendo fundamentalmente en el árbol vascular de los territorios cardíaco, renal y nervioso central donde estos se pueden manifestar, dados en el primero fundamentalmente por insuficiencia cardíaca y angor pectoris; en el segundo por lesiones ateroscleróticas en los capilares glomerulares; y en el último una gama de síndromes que van desde el ictus cerebral hasta el padecimiento vascular cerebral; además por su importancia en la mortalidad es de mencionarse la complicación conocida como hipertensión maligna, caracterizada por una fase acelerada de la misma y cifras elevadas que producen necrosis rápidamente progresiva de las paredes de las arteriolas, con engrosamiento colágeno concéntrico endotelial, que provoca disminución u oclusión de las mismas. (1, 2, 5)

Es raro que los signos y síntomas de la hipertensión puedan atribuirse al aumento mismo de la presión arterial, puesto que muchos pacientes con hipertensión no tienen sintomatología. En fases avanzadas dependen del órgano afectado y son los mencionados en el territorio cerebral, renal, cardiovascular y ocular. Dentro de la sintomatología de la hipertensión arterial se describe a la cefalea como síntoma temprano de la misma, que puede adoptar

cualquiera de sus formas, acompañándose de náuseas, vómitos y en ocasiones de acúfenos y fosfenos, debilidad y nerviosismo, flatulencias, vértigo y palpitaciones. En ocasiones hay epistaxis, hematuria micro y macroscópica y proteinuria, por lo demás el cuadro es muy pleomórfico llegando desde el paciente asintomático, pasando por la sintomatología anteriormente mencionada hasta la agudización de los síntomas con trastornos visuales, papiledema, vómito, estupor, psicosis, convulsiones, pérdida de la conciencia, coma y muerte.

El pronóstico de la hipertensión arterial es en parte incierto, puesto que existen grandes variaciones individuales, pero generalmente éste se establece de manera aproximada con la intensidad de la elevación arterial, etiología de la misma, otras enfermedades subyacentes y la edad (1, 3).

Dentro del tratamiento se han utilizado diversas medidas como son: dieta de reducción e hiposódica, además psicoterapia de apoyo aparentemente con resultados dudosos y aún no valorados del todo y ejercicio físico (1, 2, 3, 4). En cuanto a la utilización de drogas en el tratamiento de la hipertensión, existe un arsenal de drogas con indicaciones, contraindicaciones y farmacodinamia específica para cada medicamento, dándose estos generalmente por períodos prolongados, si no es que de por vida, en forma sistematizada con efectividad amplia en la mayor parte de los casos, no por ello sin efectos colaterales y secundarios de importancia y en algunos casos, aún de tipo crucial (1, 2, 3, 4).

FAMILIA Y DINAMICA FAMILIAR

La familia ha cambiado con la evolución histórica de la humanidad, de acuer

do con el modo de producción, modo social y político. En la época del salvajismo no había propiedad privada, existía la promiscuidad sexual. Posteriormente aparece la familia consanguínea cuya función está en relación al vínculo consanguíneo. En seguida aparece la familia punalúa, que se refiere a un matrimonio común entre grupos no consanguíneos. Le sigue la familia sindiásmica o conyugal considerada como una unidad de producción y consumo, en donde el hombre y la mujer pretenden crear una continuidad sexual interviniendo también la relación madre-hijo así como la relación entre hermanos, siendo el eje central de esta relación la madre y formándose por este hecho una sociedad de tipo matriarcal (6). Este es el paso definitivo para formar la familia monogámica, en donde se derrumba el matriarcado y predomina el hombre que con fines esencialmente económicos crea y procrea hijos cuya paternidad es indiscutible ya que con ésta los hijos heredan los bienes del padre.

Actualmente el panorama de la familia en el mundo se caracteriza por formas mixtas, entre familia consanguínea y familia conyugal, predominando la familia conyugal en nuestra sociedad.

Realmente el hecho de haber exigencias básicas de nuestra naturaleza humana y que haya una oscilación vital que se presenta en forma alternada, pero en momentos un tanto ambivalentes y un tanto conflictivos, considerada como dialéctica y cíclica es lo que le dio origen y desarrollo a la familia. Estas necesidades básicas son: en primer lugar está la búsqueda de protección y seguridad; en segundo lugar el desarrollo de la familia tiende a responder ante los impulsos imitativos y asimilativos por un lado y los creativos e -

Innovadores por el otro. de ahí que sea importante comprender que la familia, por su carácter biológico y psicosocial, es el modelador profundo de la persona; en tercer lugar están los impulsos de confianza y sentimiento de seguridad afectiva y también el impulso afectivo en el que aparece lo erótico como uno de sus principales motores (7).

Tomando en cuenta todo lo que se ha mencionado anteriormente, se reconoce que la familia no depende de la relación sexual permanente, sino también de la legitimación de la relación filial, de padres-hijos en función de la unidad de grupo.

Debido a que la familia se ha visto como institución y como grupo primario a través del tiempo, se le han otorgado ciertas funciones universales que son : la socialización, que es muy importante ya que se refiere a un sentido educativo por el cual los niños y los jóvenes se adaptan a la vida social; la atención o cuidado, se refiere a cubrir las necesidades básicas de los miembros familiares; la función afectiva, de la que depende el equilibrio emocional de cada uno de los miembros aunque sea en la familia donde en ocasiones se adquieren traumas difíciles de superar; la reproductiva, que consiste en procrear a los hijos para la continuidad de la familia y proveer de nuevos miembros a la sociedad; el status y nivel socioeconómico, es la transmisión del nombre, tradiciones, costumbres y experiencias educacionales que permiten al individuo asumir un rol en la sociedad.

Refiriéndonos al proceso dinámico por el cual se desarrolla la familia encontramos que tiene un ciclo de vida y que dependiendo de la fase en que se encuentre se podrán comprender sus alteraciones. Las fases por las que en un

momento dado pasa la familia son las siguientes : fase de matrimonio, fase de expansión, fase de dispersión, fase de independencia y fase de retiro y muerte (8) .

Después de haber estudiado el origen de la familia, entraremos en detalle a los psicodinamismos de ésta. Durante el proceso de evolución de la familia vemos que ésta se amolda a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempo determinados, se adapta en una forma llamativa a la crisis social existente en la actualidad y se impone al hombre el deber de cuidar a sus hijos como retribución por los derechos que tiene sobre su mujer. Las funciones de la familia tratan de unificarse para integrar a sus miembros a la sociedad y que sus vínculos familiares se formen a través de la combinación de factores psicológicos, biológicos, sociales y económicos para que haya una continuidad entre individuo, familia y sociedad.

Debido a todo el proceso, la unidad psicológica de la familia se moldea continuamente por las condiciones externas así como por su organización interna y que en un momento dado tiende a fortalecerse o a debilitarse. Así la configuración de la familia determina las formas de conducta que se requerirán para los roles de esposo, esposa, padre, madre, hijo y hermano y son específicos para cada familia, ya que la corriente de sentimientos que se mueve entre sus miembros es diferente y dependiendo del tono e intensidad será el desarrollo propio de cada familia y de cada uno de sus miembros.

El equilibrio que existe entre el amor y el odio, se determina por las actitudes de los padres y por las de los hijos en segundo lugar. El niño al nacer es impersonal y se va moldeando a partir de la unidad primaria madre-

hijo de donde surge un estímulo de aprendizaje. El proceso que ocurre en el niño es el paso de dependencia y comodidad infantil a la autodirección del adulto, así como el paso de ser importante y omnipotente a una posición de menor importancia, de la dependencia a la independencia y del centro de la familia a la periferia. Según como se lleve este proceso será el desarrollo emocional del niño. A diferencia de los padres que se unen para completarse para interactuar y desarrollarse como individuos y realizar las metas familiares, así el actuar como padre y como madre significa adaptarse a roles recíprocos e interdependientes.

La interacción familiar puede intensificar o disminuir la ansiedad, esta estructura es el marco referencial del individuo en el que se expresan los conflictos, contribuyendo al triunfo o al fracaso en la resolución de estos conflictos (9).

De acuerdo con esto, la enfermedad de un miembro opera como "denunciante" de la situación conflictiva y del caos subyacente que este dispositivo patológico de seguridad intenta controlar. La observación e indagación de los aspectos fenoménicos de la enfermedad permiten, a partir del descubrimiento de elementos genéticos, evolutivos y estructurales, alcanzar una comprensión de la conducta humana como una totalidad en evolución dialéctica, es decir, que tras la enfermedad subyace una situación de conflicto de la cual la enfermedad surge como intento fallido de resolución. Al definir a la enfermedad como "la falta de adaptación activa o pasiva a la realidad", con el término de adaptación nos referimos a la adecuación o inadecuación de la respuesta a las exigencias del medio, a la conexión operativa o inoperante del sujeto

con la realidad y, por lo tanto, el criterio de enfermedad no es absoluto sino situacional y relativo.

La enfermedad implica una perturbación del proceso de aprendizaje de la realidad, un déficit en el circuito de la comunicación. Así, el sujeto no aprende la realidad en una perspectiva integradora y no tiene capacidad para transformarla ni para modificarse a sí mismo. El sujeto está enfermo en la medida que mantiene una relación pasiva, rígida y estereotipada y no hay enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos.

En las situaciones conflictivas entre las necesidades y las exigencias del medio, surge la angustia como señal de alarma ante el peligro de esta situación. Si el conflicto se elabora y se resuelve, no hay enfermedad; pero en caso contrario, si la angustia se controla y no se elabora y se reprime por mecanismos de defensa, el conflicto se queda en forma latente con un estancamiento en el aprendizaje y en la comunicación y por consiguiente hay producción de enfermedad (10, 11).

La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un factor sutil de equilibrio e intercambio emocional, donde cada miembro influye en la conducta de todos los demás. Las interrelaciones entre la conducta familiar e individual deben analizarse en estas dimensiones: la dinámica de grupo de la familia, los procesos dinámicos de la integración emocional del individuo en su rol familiar, la organización interna de la personalidad individual y de su desarrollo histórico (9).

LA ENTREVISTA

Es un campo de trabajo en el cual se investiga la conducta y la personalidad

de seres humanos; es un método clínico, una técnica de investigación apoyada en la metodología científica que es al mismo tiempo diagnóstica y terapéutica (12).

Kurt Lewis es sin duda uno de los psicólogos que mayor influencia ha ejercido en el desarrollo de la Dinámica de Grupos (13). La teoría de la entrevista ha sido influenciada por conocimientos derivados de varias escuelas que han aportado cada una de ellas innumerables datos, entre los cuales están: el psicoanálisis, la Gestalt, la topología y el conductismo (12).

La entrevista puede ser abierta o cerrada, en la primera se tiene amplia libertad de preguntar, es flexible; en la segunda hay un cuestionario. La entrevista es siempre un fenómeno grupal en el cual se trata de obtener datos del comportamiento en grupo del entrevistado y éstos se recogen mediante nuestra función de escuchar, vivenciar, observar e ir efectuando hipótesis y verificación de datos.

Para obtener el campo particular de la entrevista, se debe contar con un en cuadro fijo. El observador registra lo que ocurre, los fenómenos que son externos e independientes de él, con abstracción o exclusión total de sus impresiones, sensaciones, sentimientos y de todo estado subjetivo; un registro de tal tipo es lo que permite la verificación de lo observado por terceros que pueden rehacer las condiciones de la observación.

En la relación que se establece en la entrevista hay que contar con dos fenómenos altamente significativos: la contratransferencia y la transferencia negativas o positivas, siendo ambas siempre coherentes o con un predominio relativo, estable o alternante de alguna de las dos (12, 14). El tipo

de la comunicación que se establece en la entrevista es muy significativo, así mismo la ansiedad debe ser manejada en forma audaz por el entrevistador para poder instrumentarla. El instrumento del observador y del entrevistador es él mismo, su propia personalidad, con el agravante de que el objeto de estudio es otro ser humano, debiendo operar en forma disociada (funcional y dinámicamente) y no tratar de apresurar diagnósticos.

Asumir roles por parte del entrevistador significa percibir rechazo, o bien la ruptura del encuadre de la entrevista.

Para que una persona acuda a una entrevista debe haber llegado a una cierta percepción o "insight" de algo que no anda bien.

En cuanto al funcionamiento de la entrevista ésta debe de ser temporo-especial, ambigua, tratar de hacer explícito lo implícito, no pretender ningún beneficio personal ni de honorarios que no sean los necesarios, sino pretender un interés científico bajo un secreto profesional. No se debe tener actitud arrogante o agresiva, ya que no se trata ni de triunfari ni de imponerse, si no de hablar lo más sinceramente posible de sí mismo con alguien que no lo juzgue sino que lo comprenda. Al efectuar la interpretación de conductas, no se debe recurrir al abuso de ésta. *

Los silencios aportan datos de interés durante la entrevista y el lenguaje se debe manejar como un modo de información, lo mismo que si se le evita.

Del mismo modo la observación directa de la interacción familiar, se toma como un instrumento valioso para explorar problemas y conductas dentro del hogar, por lo tanto, la visita a la casa es uno de los medios de evaluación importante de la familia que se debe de integrar junto con otros hallazgos (9).

* Lo subrayado es nuestro.

Por último está el resumen que tiene como finalidad condensar o resumir conclusiones referentes al objetivo principal de estudio: la familia.

El proceso terapéutico se propone, como objetivo, lograr una disminución de las ansiedades psicóticas básicas, o sea disminución de los miedos básicos, de ansiedades de pérdida y ataque, de manera que el yo del sujeto no deba recurrir al empleo de mecanismos defensivos que estereotipándose configuren la enfermedad (14).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La HTASE definida como la exageración masiva de la fuerza que impulsa la corriente sanguínea en el proceso de perfusión hacia los tejidos, es un problema de Salud Pública a nivel nacional por su enorme frecuencia y los daños que produce. Es una enfermedad cosmopolita predominantemente de países altamente desarrollados y en medios urbanos, en una gran proporción existen antecedentes hereditarios positivos, sin respetar clase social ni raza, aunque es más frecuente en medios socioeconómicos elevados.

Aunque no existen cifras exactas a nivel nacional, se menciona un rango de 12.2 % aproximadamente, según diversos autores. En las estadísticas vitales de la S.S.A. reportan en 1974, que dentro de las diez primeras causas más frecuentes de mortalidad son las clasificadas como "enfermedades del corazón", que ocupan el 4o. lugar a nivel nacional, con una tasa de mortalidad de 73.0 por 1000 de los cuales cerca del 85.5% correspondieron a individuos comprendidos en la edad de 30 a 65 años o más. De este total las correspondientes a complicaciones localizadas a miocardio, pero secundarias a enfermedad hipertensiva, en el mismo año fueron 2,415 con una tasa de 5.7 distribuidas en proporción no especificada. En 1975 en los mismos registros encontramos las siguientes cifras: por "enfermedades del corazón" - 45,642 defunciones con una tasa de 75.9 por 100,000 habitantes. A nivel del I. M. S. S. en el registro efectuado en 1976 por el S.I.A.M. de un total de 13,398,054 consultas otorgadas en el Valle de México. 112,909 correspondieron a HTASE ocupando una proporción de 0.80% y en el grupo etario de 15-64 años hubo 25,603 casos que equivalen al 22.67% del total de hipertensos. A nivel de la Clínica No. 24 del I. M. S. S. el total de consultas otorgadas - HTASE es la abreviatura de Hipertensión Arterial Sistémica Esencial

en el Servicio de Cardiología, durante los meses de diciembre, enero y febrero de 1979 - 1980, fue de 1.073 de las cuales 376 fueron HTASE que correspondió a un 20,31% en dicha especialidad.

La etiología de la HTASE es diversa, pero para los fines del presente estudio sólo se considerará la HTASE o Primaria, cuya etiología no está aún establecida considerándose en este hecho las influencias estresantes del medio ambiente, existiendo estudios a la fecha que consideran a esta enfermedad como psicósomática. Esto es lo que la HTASE inicialmente tiene como etiología, la interacción dada por: medio ambiente estresante, el individuo con su componente genético y el individuo con su componente psicológico.

Cuando se trata de delimitar el medio ambiente y la personalidad individual es difícil su logro, puesto que el uno y el otro en el proceso surgen de la interposición de ambos, pero en estas relaciones existentes se delimitan convencionalmente por medio del concepto de rol. Se da por entendido que toda conducta humana sucede en su campo, esto es, de la interacción entre el individuo y su ambiente pero con fines operativos según la amplitud de esta interacción utilizamos el concepto de ámbito, el cual tiene la particularidad de no referirse ni abarcar todos los elementos y fenómenos, además obtiene para el estudio de esa totalidad un conjunto de elementos con una amplitud variable.

Indudablemente que el hombre por su característica y esencia misma, surge y se encuentra inmerso en un grupo, la familia, donde las relaciones son directas, frecuentes, íntimas, informales y constantes y que le proporcionan

el componente genético y parcialmente el componente social y psicológico. A medida que el ámbito se amplía, por el interjuego con otros grupos, podemos presuponer la trascendencia de este interjuego para la generación de HTASE. Psicodinámicamente se ha mencionado como hecho de observación que en el paciente hipertenso existe un conflicto no resuelto, dado por las exigencias de roles sociales antitéticos, o sea, por un lado la incapacidad de asumir un rol de dependencia y sumisión al ambiente, y por otro lado la inhabilidad para dominarlo exitosamente con poder agresivo y hostil. Se han realizado emocionalmente lábil y con tendencias fuertemente represivas, explicándolo de la siguiente manera: el individuo maneja el conflicto entre sus impulsos agresivos y su control social por medio de la represión, que le permite contener sus impulsos y proyectarlos al área 2, o sea, hacia el órgano blanco que en este caso será el aparato circulatorio constituyendo la fuente de irritación constante que pueda producir HTASE.

El tratamiento hasta la fecha está basado fundamentalmente en: dieta hiposódica y en caso necesario de reducción, minimizar los factores de riesgo, medicamentos del tipo de los diuréticos, bloqueadores ganglionares beta adrenérgicos los cuales se administran en forma combinada y continua y sólo en contados casos se dá psicoterapia de apoyo con resultados de dudosa efectividad. Nos extraña que existiendo un enfoque etiológico de la HTASE, hasta la fecha no existen intentos de tratamiento desde el punto de vista ámbito sociodinámico.

- Lo subrayado es nuestro

H I P O T E S I S

- A) El paciente hipertenso es el depositario de las proyecciones masivas del grupo familiar, juega el rol necesitado por el grupo, haciéndose cargo de la angustia del grupo y de la suya. Esta se extereoriza a través de la HTASE que surge como respuesta amortiguadora de los conflictos del grupo y de él mismo.
- B) La reelección proyectiva e introyectiva de estos conflictos por la familia y el hipertenso, a través de la dinámica familiar llevada a cabo por un terapeuta familiar, disminuye o desaparece la HTASE.

OBJETIVOS

- a - Identificar la estructura familiar.
- b - Reconocer los roles y vínculos del hipertenso con su familia.
- c - Localización del origen del conflicto o de los conflictos.
- d - Identificar el tipo y el número del o los conflictos.
- e - Distinguir el rol que juega la enfermedad en el núcleo familiar.
- f - Identificar la correlación cronológica entre el inicio de la hipertensión clínicamente y el surgimiento o exacerbación del o los conflictos.
- g - Reconocer los mecanismos de defensa utilizados por el grupo.

MATERIAL Y METODOS

En el Servicio de Cardiología de la Clínica Hospital No. 24 y en la Consulta Externa de Medicina Familiar de la Clínica No. 20 del I. M. S. S., el cardiólogo y los médicos residentes involucrados en el estudio, seleccionarán los primeros 25 pacientes hipertensos, con las siguientes características:

1. - Edad comprendida entre los 40-50 años.
2. - Que la enfermedad no haya empezado bruscamente.
3. - Que su inicio haya sido después de los 40 años de edad.
4. - Que durante su evolución no haya presentado descontrol brusco en sus cifras tensionales.

Posteriormente se someterán a diversos estudios para establecer el diagnóstico de HTASE; para este hecho se tomará el criterio diagnóstico del Servicio de Cardiología del C. M. "La Raza", con relación al 2o. nivel de atención, el cual es el siguiente:

- a) Historia clínica dirigida.
- b) Tres exámenes de orina que serán tomados en períodos de 8 días.
- c) Dos urocultivos con períodos de 15 días cada uno.
- d) Dos exámenes de química sanguínea con periodicidad de 15 días solicitan dose: glucosa, urea, creatinina, ácido úrico y colesterol.
- e) Depuración de creatinina endógena.
- f) Prueba de histamina.
- g) Rx de tórax, PA y oblicuas.
- h) Urografía excretora con técnica de Maxwell.
- i) Electrocardiograma.

Los resultados obtenidos deberán ser totalmente normales.

También se realizará estudio de fondo de ojo, para determinar actividad de la hipertensión y clasificar al paciente según el grado de la misma, tomándose para los fines del presente estudio aquellos que presenten estrechamientos o esclerosis de arterias retinianas comparadas con el calibre de las venas, además que no existan complicaciones cardíacas, renales o cerebrales. También se considerarán aquellos con esclerosis moderada, con reflejos excesivos a la luz y con comprensión venosa en los cruzamientos arteriovenosos y que no tengan complicaciones cerebrales, cardíacas o renales.

La tensión arterial será tomada por el residente de 1er. año de Medicina Familiar, adscrito al Servicio de Cardiología, a fin de evitar el mayor sesgo posible en la toma de las cifras tensionales. Con la determinación de la tensión arterial se considerará hipertenso a aquel que presente cifra sistólica mayor de 140 mmHg y diastólica mayor de 90 mmHg, persistente en 3 tomas con lapsos de cada 10 días, determinada con baumanómetro de mercurio, con brazal de 12.5 cm de ancho, tomándose como presión sistólica la aparición del primer ruido o primera fase de Korockoff en posición de decúbito dorsal, sentado y de pie, dejándose al descubierto la fosa antecubital y sin que exista sobre el brazo ninguna otra presión de ropa o accesorios y apoyándose el baumanómetro en una superficie horizontal. Las cifras tensionales elevadas y los exámenes de laboratorio anteriormente mencionados nos servirán de guía para determinar a los pacientes con HTASE. En caso de encontrarse alteraciones en los exámenes solicitados o bien en los parámetros establecidos, el paciente será excluido de la muestra.

Una vez determinado el diagnóstico de HTASE se citará en una fecha específica a los 25 pacientes seleccionados en el auditorio de la Clínica Hospital No. 24 para una plática inicial de HTASE: su importancia, su trascendencia, etiopatogenia y tratamiento. Al final de la misma se enumerarán del 1 al 2 y a los números noes por conveniencia y sentido práctico se citarán posteriormente con sus familias para realizar una primera entrevista en el consultorio de Psicología de la Clínica Hospital No. 24, por considerarlo un lugar apropiado, cómodo y silencioso. La fecha y hora serán determinadas según posibilidades de la familia y terapeuta. Tomando en cuenta que nuestro paciente hipertenso es el motivo de nuestra entrevista, el cual ha sido previamente estudiado, y considerado como el portavoz de los conflictos existentes en el grupo familiar, será el eslabón de inicio para el estudio de la familia a la cual se le investigará su evolución histórica, es decir, desde que inicia su formación como grupo familiar, concluyendo los antecedentes de la familia donde provienen los cónyuges, sus relaciones con sus diferentes subsistemas en donde se encuentran como son las relaciones entre padres, entre padres e hijos y entre hermanos. De este modo, nos daremos cuenta de las crisis anteriores y problemas actuales, así como su capacidad y forma para mantenerse en homeostasis. También se les informará en qué consiste el proceso, - haciéndose énfasis en que el paciente en caso de aceptarlo no recibirá medicamentos mientras esté en colaboración con nosotros, salvo en caso de presentarse una crisis hipertensiva.

Al terminar la entrevista y haber obtenido algunos datos generales, la familia podrá estar interesada y motivada, aceptando al médico y el estudio del paciente

te hipertenso sin medicamentos. Se realizará el contrato firmando de aceptación el paciente y su familia y al reunirse las 10 familias que acepten este proceso, quedará integrado el grupo A y se citará a cada familia con lapsos de 15 días aproximadamente para realizar las entrevistas por familia. En las entrevistas subsecuentes, las pautas para el desarrollo de la Dinámica Familiar, serán dadas por las necesidades manifiestas y no manifiestas que surjan en cada momento. Se harán explícitos los problemas detectados, se señalará la manera en que la familia se comporta ante la enfermedad, en este caso la HTASE y de esta manera sabremos el tipo de vínculos y roles que desempeña cada uno de los miembros familiares. Al inicio y al final de cada entrevista se tomará la tensión arterial con la técnica antes descrita por el residente que actuará como coterapeuta.

Como el manejo del grupo A será con la variable independiente "Dinámica Familiar", en caso de presentarse una crisis hipertensiva considerada como un aumento en la tensión arterial en forma súbita, de más de 140 mmHg de la cifra diastólica y/o sistólica de 230 mmHg o más, se procederá a internar al paciente para tratamiento medicamentoso tradicional, siempre y cuando haya manifestaciones de amenaza aguda y súbita de los sistemas cardiovascular, renal o del SNC y/o con edema papilar. Una vez egresado del hospital este paciente persistirá en el grupo al que corresponde. Si no existe amenaza a los sistemas mencionados clínicamente, sin edema papilar y sólo con cifras tensionales por arriba de 140/230 mmHg, se procederá a una Dinámica Familiar de urgencia, que consistirá en terapia de apoyo o según funcionalidad de la familia y con cita posterior a las 24 hrs. Los pacientes restantes, que co

respondieron a los números pares, integrarán el grupo B y seguirán con el manejo tradicional según el criterio del Cardiólogo con respecto a tipo y dosis de medicamentos. Estos pacientes se citarán cada 15 días para determinación de la tensión arterial con la misma técnica usada en el grupo A y se supervisará el tratamiento y la evolución de la enfermedad, además se citarán cada mes durante los 6 meses que dure el período de contrastación de la hipótesis para pláticas de orientación de la HTASE y recalcar la importancia del tratamiento.

En el proceso del estudio se realizarán reuniones periódicas y de acuerdo con las exigencias de cada caso, según conclusiones de los residentes de Medicina Familiar. Una vez concluido el proceso se recurrirá a la recolección de los resultados en los registros utilizados. Estos resultados serán sometidos a tratamiento estadístico, tomando en cuenta las siguientes variables: media aritmética, moda, varianza, desviación estándar, riesgo relativo atribuible, años-riesgo y además se efectuarán las gráficas correspondientes para la presentación de los resultados.



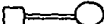







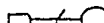
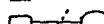

Finalmente se efectuará el análisis para la determinación del cumplimiento de los objetivos, refutación o confirmación de la hipótesis y la trascendencia de los resultados, con emisión de las conclusiones y se intentará el replanteamiento de nuevos problemas.

Es importante mencionar que el presente trabajo de investigación está apegado a las declaraciones de Helsinki y a las del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos en sus párrafos relativos a que la investigación se fundamenta en principios científicos y morales, que el paciente se enterará de benefi-




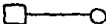

cios y riesgos del proceso y obteniéndose su aprobación por escrito, en donde el objetivo es la salud del paciente y el avance en el conocimiento científico de esta enfermedad.

SIMBOLOGIA

FAMILIOGRAMAS ESTRUCTURALES

	HOMBRE
	MUJER
	CASAMIENTO
	UNION LIBRE
	DIVORCIO - SEPARACION
	PACIENTE IDENTIFICADO
	EMBARAZO
	ABORTO
	MUERTE
	GEMELOS
	VINCULO RIGIDO
	VINCULO CLARO
	VINCULO DIFUSO

FAMILIOGRAMAS SOCIODINAMICOS

	ACEPTACION
	ACEPTACION - RECHAZO
	RECHAZO
	RELACION DOMINANTE - DOMINADO
	SOBRE PROTECCION Y-O DEPENDENCIA

FAMILIA HERNANDEZ TERCERO

Paciente Identificado .- Se detecta a la Sra. Ana Marfa de 45 años de edad, en el Club de Hipertensos de la Clínica No. 20 del I. M. S. S. Con padecimiento de 8 meses de evolución, presentando cefaleas intensa, parestias en manos, acufenos, fosfenos, lipotimia y vértigo, sus cifras tensionales han oscillado entre 140/110 y 130/100, se había controlado con metildopa 1 x 3, furose mide 1 x 1, sales de potasio 1 x 2. Se corroboró diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistemica Esencial con los diferentes estudios realizados. T.A. 140/110.

II Entrevista .- T.A. 140/110

De acuerdo a la estructura de la familia se considera extensa, urbana, obrera, tradicional, de nivel socioeconómico medio. Se encuentra en la fase dispersión e independencia, según el ciclo de vida familiar.

Los miembros de la familia son: José Carmen de 49 años, obrero. Ana Marfa de 45 años, dedicada al hogar. Blanca Estela de 23 años, secretaria, casada con Santos de 30 años, oficinista. Mario de 18 años, estudiante del 2o. año de Preparatoria. Francisco de 17 años, estudiante del 1er. año de Vocacional. José Carmen de 14 años, estudiante de 2o año de Secundaria. José Manuel de 12 años, estudia el 6o. año de Primaria.

Los padres son de Tlapuahuilla, Mich. donde se conocieron y se casaron, viniéndose a México después de seis meses. Ante la enfermedad de los hijos siempre están alertas, llevandolos al Médico. Cuando eran pequeños, los momentos más angustiantes fueron; cuando a Mario lo intervinieron quirúrgicamente de una hernia encarcelada en 1975 y al mismo tiempo el padre estaba hospitalizado en Infectología por una probable Hepatitis. Así como, cuando Estela

padeció púrpura y realizaron esplenectomía. Generalmente Ana María ha sido la más angustiada en estos casos, en ocasiones con deseos de muerte. Se termina la sesión con T.A. 140/110.

III Entrevista . - T.A. 130/90

El inicio de la sintomatología en Ana María, coincide con el casamiento de Blanca Estela hace 8 meses, con la cual tenía un vínculo difuso, considerándola como su soporte y su apoyo. José Carmen (emergente) reafirma este vínculo difuso, este no permite ser tocada y racionaliza. Estela actúa como líder en ocasiones es facilitadora y en otras bloquea. Identifico la demanda aparente de Ana María como la HTASE y la demanda real, es el miedo no supeado ante el desprendimiento de B. Estela. Se realizan una serie de señalamientos. T.A. 130/90.

IV Entrevista . - T.A. 140/95

No asiste Mario por el Fútbol, ni el padre por estar trabajando. En esta ocasión Ana María como emergente, destaca el problema conyugal con José Carmen, refiriendo que está la engaña desde hace 3 años, trabaja turnos extras y alcanza menos el dinero, busca la forma de estar más tiempo fuera de casa. Se señala que esto hay que trabajarlo cuando el esposo este presente. Negación de Ana María no desea que se hable de esto. Sus hijos están enterados? sí, considero que por eso toman los muchachos. Quienes? Mario y Francisco. (Ana María se encuentra muy angustiada). Llegan B. Estela y Santos bloqueándose Ana María. T.A. 140/95.

V Entrevista . - T.A. 140/95

No asisten B. Estela ni Santos. Se trabaja sobre el alcoholismo de Mario y

Francisco los cuales racionalizan al principio, después de algunos señalamientos se aclara que fundamentalmente es por el conflicto existente entre sus padres y como son generadores de la angustia en Ana Maria, que se considera como una persona metódica, que programa sus actividades, angustiándose demasiado si no cumple su programa en el tiempo destinado (por ejemplo si el perro no ha comido a sus horas es motivo de gran nerviosismo e inquietud). Se forman dos subsistemas Mario-Francisco y José Carmen-José Manuel. T. A. 140/95.

VI Entrevista. - T. A. 140/100

Estela siempre ha sido el apoyo de Ana Marfa sigue jugando el rol de líder aún después de casada, mantiene vínculos claros con todos sus hermanos difuso con su madre y claro con el padre. Hace dos años conocio a Santos y deciden casarse hace 8 meses, provocando una gran depresión en Ana Marfa y aparición de la sintomatología hipertensiva. Estela actualmente sigue depositando sus conflictos en su madre. Incluso los problemas conyugales, en esta ocasión el planteamiento de divorcio. Es difícil el reunir toda la familia en una sesión ya que estan faltando alternativamente los miembros. La presencia de Santos en las entrevistas bloquean el proceso ya que siempre se trata de guardar las apariencias ante él. Tomando en cuenta esto último, un planteamiento de divorcio y el vínculo difuso de Estela y la madre, se entiende la introyección del problema por parte de Ana Marfa y por consiguiente su angustia. T. A. 140/100.

VII Entrevista. - T. A. 140/95

Se plantea el hecho de trabajar con las familias por separado, ya que en es-

ta ocasión no asisten Estela y Santos. La madre angustiada y deprimida ra cionaliza negando inicialmente, pero acepta al igual que el resto del grupo. Se reafirma el señalamiento de la sesión anterior, con respecto a que tan- to los conflictos de Estela ahora ya formando parte de otra familia son depo- sitados en Ana María y para que? silencio... Ana María no deja de ser mi hija, sus problemas me preocupan. José Manuel (emergente) todo lo que le pasa a Estela nos preocupa, por eso no decimos nada cuento esta Santos pa ra que no se enoje con ella. Con la separación de las familias se espera que la sesión sea mas fluida, menos bloqueos. T.A. 140/100.

VIII Entrevista . - T.A. 140/95

La organización familiar es funciona ya que existe la división del trabajo; cada quien asea su cuarto, Ana María lava, plancha y hace la comida. Se trata de cuestionar el engaño de José Carmen, entrando Mario como bloquea dor y el grupo se aglutina como conducta defensiva. Se hace una evaluación con respecto a los cambios sentidos hasta el momento, refieren como tras- cendente la disminución del alcoholismo en Mario y que posteriormente se dará en Francisco ya que por el subsistema que forman, como que, Mario es el ejemplo de Francisco. T.A. 140/95.

IX Entrevista . - T.A. 140/90

El padre en todas las sesiones se ha referido como autoritario, juega el rol de proveedor y ejecutivo. Tiene un vínculo rígido con Ana María y Francis- co, vínculo claro con Estela, Mario y José Manuel, vínculo difuso con José Carmen. El mecanismo de defensa usado por el padre es la racionalización y la negación, no permitiendo ser tocado, con cierta resistencia al cambio.

Después de ciertos cuestionamientos y señalamientos sobre su autoridad y rigidez se noto más permisible, sin abandonar por completo sus conductas defensivas. Ana Marfa no surgió como emergente para tratar su problema conyugal, como era de suponerse cuando se toco este tema. TA 140/90.

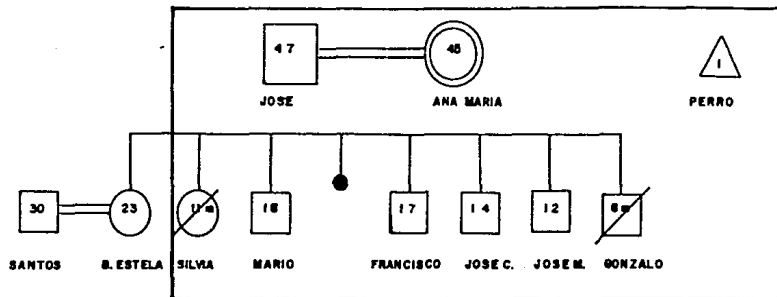
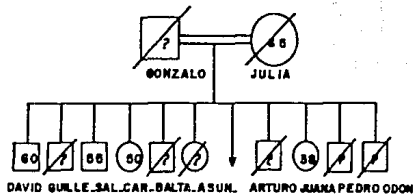
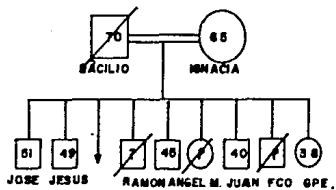
X Entrevista. - T. A. 140/90

Como se trata de la última entrevista y el cierre de este proceso se hace una evaluación para determinar el sentir del contexto. José Manuel (emergente) refiere sentirse bien, en ocasiones desplazado por J. Carmen. Ana Marfa me sirvió de mucho estas platicas, me gustarfa continuar después, me siento mucho mejor. Mario en ocasiones no entendia pero analizando la situación o con la reflexión que haciamos con usted, me sirvió de mucho para mejorar mis relaciones ya que por falta de comunicación, luego no se saben las cosas. Francisco si me sirvió. Jose Carmen (padre) fueron buenas. T. A. 140/90.

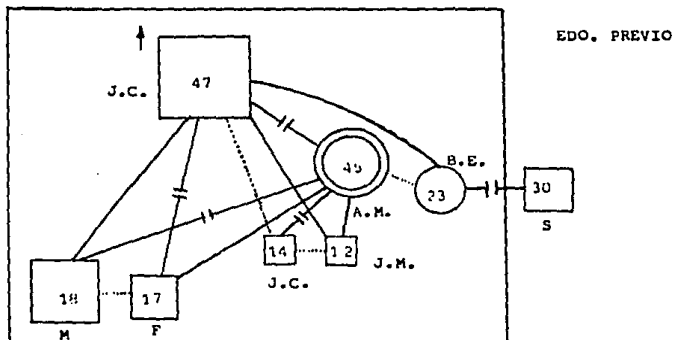
Síntesis. - El problema aparente en este caso fue la HITASE de Ana Marfa. Los problemas reales que detecte fueron: Adulterio de José Carmen que no se logro esclarecer. Alcoholismo de los hijos (Mario y Francisco) con respecto al cual existe tendencia a la disminución. Depositación del conflicto B. Estela-Santos en Ana Marfa. En este caso la madre se hace cargo de todos los conflictos familiares, introyectandolos, sin poder lograr su elaboración. Se logro delimitar las dos familias y explicitar sus vínculos. A pesar que en ocasiones la conducta defensiva de grupo fue la aglutinación la más utilizada fue la segregación ya que fueron pocas las entrevistas en que se reunio toda la familia. Durante el proceso se encontraron cifras altas en

la TA pero que en el transcurso de las sesiones hubo tendencia a la disminución.

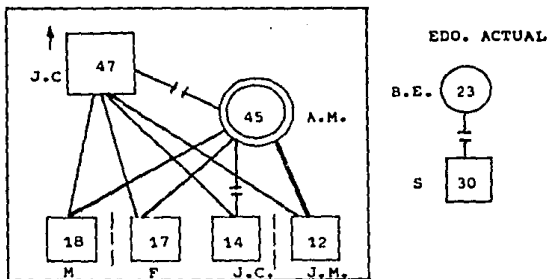
FAMILIOGRAMA
FAMILIA HERNANDEZ TECERO



FAMILIA HERNANDEZ - TERCERO
ENFOQUE SOCIODINAMICO



Observamos el rol bloqueador y dominante del padre. Ana R. es sumisa y protectora, así como la influencia de B.E. ya - casada en la familia de origen (líder formal, independiente)



El padre más flexible. Reajuste del rol esposa-hija (B.E.)
Canales de comunicación abiertos. Se esclarecen los límites en los roles del resto de los miembros de la familia.

FAMILIA REYES ALMANZA

Paciente Identificado . - Se detecta a la Sra. Alicia de 48 años de edad, en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del I.M.S.S. el 5 de septiembre del 80. Refiriendo rinorrea hialina, cefalea, disfgia, hipertermia no cuantificada, malestar general, artralgias, Durante la exploración ffsica se encuentra la T.A. de 140/100, sin antecedentes de hipertensión. Se da tratamiento para rinofaringitis y se cita en dos ocasiones en lapsos de 10 dfas para checar tensión arterial, encontrándose 140/100 y 150/100. Al realizar estudios correspondientes se concluyó en Hipertensión Arterial Esencial. No se dio tratamiento antihipersivo. T.A. 150/100,

II Entrevista . - T.A. 150/100

Se trata de familia nuclear externa, profesionista, urbana, semi-integrada de nivel socio-económico medio, tradicionalista. De acuerdo al ciclo de vida se encuentra en la fase de Independencia.

Los miembros de la familia son: Alicia de 48 años dedicada al hogar. Alfonso de 31 años de edad, administrador de una compañía. Arturo de 28 - años Ingeniero Electricista. Raymundo 26 años Ingeniero Civil. Laura 24 años Secretaria. Marfa del Rosario de 20 años Trabajadora Social. Fernando 18 años 1er semestre de Ingeniero Arquitecto. Susana de 14 años 2o. año de Secundaria. Sergio de 25 años (esposo de Laura) Contador Público. Durante esta primera entrevista se explicita el objetivo del estudio y la forma en que se trabajará, aceptando la mayorfa de los integrantes. T.A. 150/100.

III Entrevista . - 150/100 T. A.

El grupo utiliza como mecanismo de defensa la aglutinación, argumentando que es una familia muy unida, solventando los problemas económicos cuando

los hay. Arturo (emergente) si pero no hay comunicación. Alicia cada - quien tiene sus actividades, estan poco tiempo en casa. Existen tabus no se habla de sexo, no se dicen malas palabras, no nos damos a conocer. Se hace un señalamiento, que tanto estan unidos sin comunicación? (racionalizan hay contradicción, no se logra aclarar). La personalidad de la madre la refieren como: alegre, enérgica, terca, se angustia fácilmente. Sergio (emergente) se siente muy sola. Negación por parte de Alicia. Se señala la soledad sentida por Alicia conectándola con la fase de desprendimiento en que se encuentran, con miedo a la pérdida, Subistemas detectados Alicia-Rosario, Laura-Alfonso, Arturo-Raymundo-Fernando y Susana-Alicia. Se menciona la muerte del padre, no se trabaja sobre esto. Tarea (que piensa cada uno de si mismo y de los demás) se escuchan pros y contras. T.A. 150/100.

IV Entrevista. - T.A. 150/90

Persisten con la racionalización, algunos no cumplieron con la tarea. Se trabaja con Raymundo a quien se catalogo de alegre, decidido, inestable, cuando se lo propone demuestra que si puede, actualmente trabaja y estudia, lo refieren como tímido y de buenos sentimientos. Se defiende y argumenta que el primero analiza la situación y después actua. Sus relaciones con hermanos y hermanas es buena. se identifica más con Arturo. A Alicia le preocupa que Raymundo haya dejado los estudios por un tiempo, la enoja y molesta bastante pero no lo demuestra. Raymundo y todos los hermanos respetan y ven como padre a Alfonso, quien asume el rol necesitado y otorgado de padre, es proveedor y ejecutivo. T.A. 150/90.

V Entrevista. - T.A. 140/90

Laura se refiere como reservada, fuerte de carácter, voluble, sentimental, soy grosera "si no tengo ganas no hablo". Alicia con sus acciones se olvidó lo que dijo. Sergio (emergente) le gusta estar sola. Se cuestiona a Laura, quien rechaza a la gente, a la vida misma y siente una gran tristeza (emergente) destapa la muerte del padre, hace 6 años por infarto al miocardio. El vínculo de Laura con el padre era bastante difuso (miedo a la pérdida no superado). La madre racionaliza sumamente angustiada y refiere la preferencia del padre hacia Laura por el fallecimiento de la gemela de esta, por lo que hubo tendencia a protegerla. Se vivencia el momento, se siente una gran angustia y tristeza en el grupo más acentuada en Laura, Rosario y Alicia. Se cuestiona un desplazamiento en relación con los sentimientos del padre. Rosario (emergente) dice, yo lo sentí (diálogos y reclamos entre Laura y Rosario) por eso me refugié o buscaba más a mamá. Se cuestiona y analiza al grupo, que se depositó en el padre, que se llevó y como después de 6 años persiste un sentimiento de duelo. Sergio toda la sesión se notó muy angustiado. Al final disminuye bastante la angustia pero la T.A. se elevó en Alicia T.A. 150/105.

VI Entrevista . - T.A. 150/100

La situación grupal se nota con cierta tensión, aunque tratan de bromear. Al preguntar que pasa, como se sienten. Alfonso (emergente bloqueador) yo no le veo provecho a las sesiones nos están perjudicando, lo de mis hermanas ya lo sabíamos, porque decirlo y lastimarse, mejor seguir callados. Laura (insight) analicé y realmente tengo a Sergio por el tengo que vivir. Rosario alianza con Alfonso. Arturo para que nos sirva esto, para que le sir-

ve a mi madre. Alicia mi miedo es que al venir a las sesiones y hablar de lo que me pasa, se alejen de mí y no me comenten lo que les pasa, me voy a sentir mal. Reafirmo mi señalamiento sobre la comunicación y los miedos no superados y que pasa en el aquí y ahora ante el enfrentamiento a otra pérdida (prematrimonio de Rosario). Susana (emergente) esto le afecta y mucho a mi mamá por ejemplo si ellas discuten, mamá se altera con todos. Racionalizan Alicia y Rosario que mantiene un vínculo difuso. Alicia expresa su sentimiento con respecto a que va a aumentar su soledad, se nota angustiada, conforme habla va disminuyendo al final se nota muy tranquila T. A. 140/90.

VII Entrevista . - T. A. 140/90

Alfonso (emergente, con deseos de ser chivo expiatorio) yo quisiera que hablará mi madre, para saber en que tengo la culpa probablemente tenga problemas conmigo por mi forma de pensar, ya que no busco problemas, para que si los puedo evitar. Alicia sí es muy conformista, me gustaría que se casara siento que no tiene aspiraciones. Se cuestiona que tanto siente todavía la responsabilidad como madre de verlo soltero. Refiere que probablemente sí. Se señala a Alicia como el centro y que implica preocupaciones de todos. Alicia angustiada por eso no quería hablar, va a disminuir la comunicación conmigo, me voy a sentir más sola. Se siente sola? en ocasiones sí. En el transcurso de las entrevistas asistieron también el novio de Rosario y la novia de Raymundo. Considero que se trata de una familia epiléptica de ya que en el lugar donde viven, están podcados por siete familias de ellos y probablemente también influyan problemas extragrupo. Alicia se ha obser

vado más alegre y tranquila así como Laura. T.A. 140/90.

VIII Entrevista .- T.A. 140/100

La participación de Arturo y Fernando ha sido mínima. Alfonso lleva el control de las cifras tensionales de Alicia y se nota al grupo tranquila por la mejoría en Alicia. En esta sesión se tratan cosas sin mucho interés, ya que en las anteriores se ha manejado mucha angustia, además mi temor al abandono por parte de la familia del estudio. T.A.140/90.

IX Entrevista. - T.A. 130/80

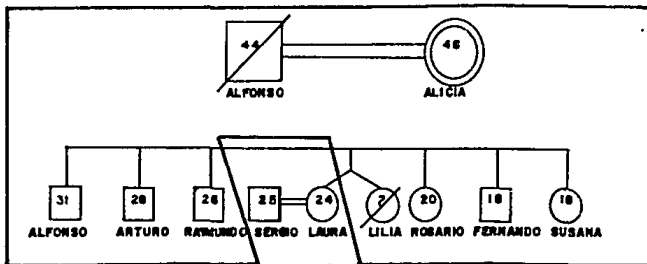
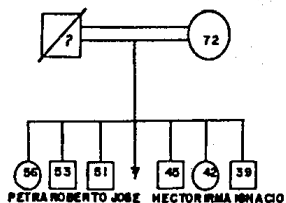
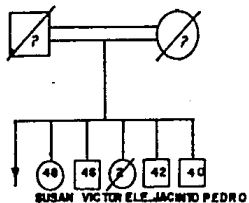
Se trabaja sobre la relación Alicia-Rosario y el rol bloqueador que ha venido jugando Alfonso.

Todos comentan su punto de vista con respecto a la relación de Rosario con su madre y la refieren como que hay cierta predilección hacia Rosario por parte de la madre. Que Rosario desplazo a Arturo y, como interpreta y en ocasiones contesta por Alicia. Mi madre no hace nada si antes no lo comunica a Rosario. Ven a Rosario como a mamá? Fernando en ocasiones sí, pues es muy mandona, y a Alfonso como a papá? bueno pues desde que murió papá sí. A tu mamá como la ves? como mamá? juega el papel de mamá? hay confusión en todos pero si coinciden en que es tan estrecha la relación que tiene con Rosario que en ocasiones parece la mamá Rosario. Alfonso no yo creo que es por comunicación nada más. A Rosario la veo como mi hermana nada más. Susana como es Trabajadora Social quiere estar en todo. Alicia que es la que más platica conmigo probablemente por eso sea con respecto a Alfonso pues se puede decir que quedo en el lugar de su padre. Alfonso es muy Autoritario? no, no porque no le gusta meterse en problemas? Raymundo probable

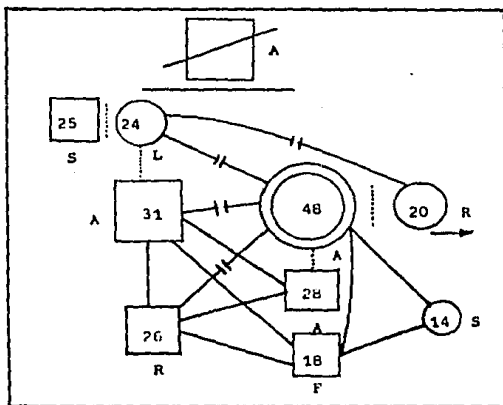
mente por eso sea. En el transcurso de las sesiones siempre el que protesta es Alfonso, porque será? Alfonso es que no me gusta que se enteren de mis cosas y pienso que con la demás gente así debe de ser, para que meterse en sus cosas, para que tener problemas. (se nota molesto y contrariado). Será que realmente se siente padre de sus hermanos y no los quiere abandonar, por lo que a usted no le interesa superarse? negación y racionalización por parte de Alfonso intervención de algunos quienes comentan que eso no es, probablemente sea la forma de ser de Alfonso. Alicia puede ser que tenga razón, siempre se preocupa por todos. Silencio. Se termina la sesión. T.:A. 130/80.

Síntesis . - El problema aparente en este caso fue la rinofaringitis de Alicia así como, el hallazgo de hipertensión arterial. En el transcurso de las entrevistas pude detectar en el grupo familiar y principalmente por la paciente identificada un miedo a la pérdida no superado, así como el enfrentamiento a un nuevo desprendimiento (prematrimonio de Rosario). Analizando la fase en que se encuentra la familia con respecto a su ciclo de vida, que es el de independencia, nos damos cuenta como se da una crisis familiar ya que aumenta la incomunicación, se dan los desprendimientos de los miembros y como la madre que no esta preparada para este periodo de vida no puede elaborar sus conflictos de soledad, miedos básicos lo que le ocasiona un gran malestar interno, manifestándose por sus elevaciones en las cifras tensionales en el transcurso del proceso el grupo se da cuenta de la interacción existente entre ellos y como todos son afectados, también por la enfermedad. Por lo que disminuyó la tensión en el grupo y en la Paciente Identificada.

FAMILIOGRAMA
FAMILIA REYES ALMANZA

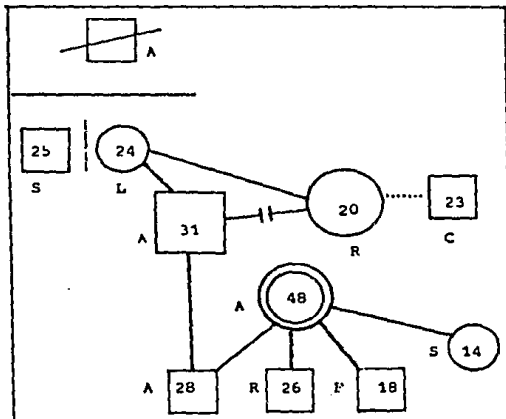


FAMILIA REYES - ALMANZA
ENFOQUE SOCIODINAMICO



EDO. PREVIO

Persistencia de la imagen del padre y sentimiento de duelo por la -
muerte de éste. A (P.I.) depositaria. A y R invaden roll padres.



EDO. ACTUAL

Superación del sentimiento de duelo. Retaleación familiar.

FAMILIA HERNANDEZ DOMINGUEZ

Paciente Identificado. - Se detecta a la Sra. Ana Rosa de 46 años de edad en la consulta de Medicina Familiar de la Clínica No. 20 del I.M.S.S. Refiriendo dolor precordial difuso, sin relación con el reposo, ni con el esfuerzo, acompañándose de nerviosismo, insomnio y cefalea intensa. Se encuentra con tendencia a la depresión. No se encuentra patología aparente en el área cardíaca, sus signos vitales FR 18 x 1 T.A. 150/110, peso de 58 kg. talla 1.60 mts se cito en lapso de 10 días en dos ocasiones para corroborar cifras tensionales encontrando T.A. 150/110 y 140/100. Se pidieron exámenes correspondientes para determinar la etiología de la hipertensión, llegando a la conclusión que se trata de una HTASE. T.A. 140/100

II Entrevista. - T.A. 140/100

Se trata de una familia nuclear, urbana, obrera, de nivel socioeconómico medio, tradicional. Se encuentra en fase de Independencia, de su ciclo de vida familiar.

Los miembros de la familia son: Andres de 48 años, hipertenso oficinista. Andres (hijo) de 23 años de edad, Contador Público. Guadalupe de 22 años, secretaria. Silvia de 20 años, secretaria. Victor Manuel de 15 años de edad estudiante de Secundaria.

Ana Rosa refiere que desde hace 5 meses, tiene problemas en su trabajo (es secretaria) por la carga de trabajo, las exigencias del jefe y las relaciones tan rígidas que tiene con algunos compañeros (demanda aparente). Andres (emergente) aparte podría deberse al problema que hay con nuestras hijas. Guadalupe se fue con el novio hace 3 años, ella lo resintió mucho y después pasó lo mismo con Silvia. Ana Rosa se observa muy tensa y nervio

sa. T.A. 140/100.

III Entrevista . - T.A. 140/100

Se trabaja sobre el problema Guadalupe-Silvia. Donde Guadalupe como -- emergente, demanda afecto por parte de los padres, habla de la rigidez con que fue tratada, el afecto que sintió por su novio, situación que la decidió a irse de casa. Posteriormente paso lo mismo con Silvia, con quien fueron to davía más rígidos. Mis relaciones con mi padre son regulares. Mantiene un vínculo rígido con su madre. Al irse las hijas Ana Rosa presenta una serie de alteraciones emocionales (sentimiento de culpa) originando una fle- xibilidad para con Victor Manuel. T.A. 140/95

IV Entrevista . - T.A. 140/95

Se observa cierta tendencia a la depresión por parte de Ana Rosa. Sus vín- culos son rígidos con Guadalupe, Silvia, Andres hijo y padre. Vínculo difu- so con V. Manuel. El rol ejecutivo es jugado por Ana Rosa. (invade el rol) Se expresa la existencia de un desplazamiento en el subsistema conyugal -- (implícitamente). Se trabajó la rigidez de las relaciones con la madre y su depresión, encontrándose como mecanismo de defensa por parte de ella la negación . T.A. 140/95.

V Entrevista . - T.A. 140/95

Se retoma el problema Guadalupe-Silvia, se vivencian los momentos de los conflictos pasados con la madre, magnificándose la angustia en esta última y dice "no entiendo porque lo hicieron" "me dolió mucho que se fueran". Silvia emergente hace alianza con Guadalupe rebelándose y enfrentándose a la madre. Al padre lo segregan. Señalamiento realizado para aclarar la

falta de afecto y comunicación en las relaciones. Todos intervienen con una serie de protestas y reclamos. Llanto por parte de Rosa que le sirve de descarga, disminuyendo su angustia al igual que en el grupo. El lenguaje preverbal de Andres expresa inquietud y confusión, negando su estado de ánimo.

T.A. 130/90

VI Entrevista. - T.A. 130/90

Problema a trabajar: desplazamiento o proyección de Ana Rosa a Andrés de sus conflictos y angustia. Como observación de importancia es el hecho que siempre la angustia de Andres es posterior a la de Ana Rosa, que actua como portavoz de los conflictos expresándolo con lenguaje verbal o preverbal, y en el momento en que se da cuenta Andres e introyecta el problema mejora Ana Rosa. Victor Manuel (emergente) hace explicita la forma en que se enferman sus padres. SEÑALAMIENTO para que le sirva Sra. Rosa que su esposo este enfermo? pienso (Rosa) que los problemas se deben compartir. Cuando le duele la cabeza piensa en su esposo? quisiera que a él le doliera como a ud? no no los problemas son de los dos. Andres se segrega esta como receptor. T.A. 140/100.

VII Entrevista .- T.A. 140/105

Andrés T.A. 140/100

Durante esta entrevista se deja entrever otro problema relacionado con la protección y flexibilidad con la que se trata a V. Manuel quien hace lo que quiere, todo el día ve T.V. provocando un sentimiento de ambivalencia por parte de Ana Rosa ya que lo trata con flexibilidad pero desea ser energica con él. El padre sobreprotege a Victor, manteniendo un vínculo difuso entre los dos. Victor bloquea la sesión. Tarea a Victor que analice las rela

clones que tiene con sus padres, que disminuya el tiempo de ver T.V. A la madre que defina los roles que juega en casa también al padre. T.A. 130/90 Andres 140/100.

VIII Entrevista. - T.A. 130/90

Se llevo a cabo la tarea tratan de mejorar las relaciones interfamiliares. Victor refiere que el abusa de la situación ya que le cumplen todo lo que quiere, no me reprenden, con mis hermanas eran muy rígidos, creo que ellos tienen la culpa. Ana Rosa fuimos tan exigentes con las mayores, la forma en que nos dejaron y nuestra enfermedad haya hecho que cambiáramos Andres lo que pasa que por ser hombre me dio gusto cuando nacio, siempre e sido así con él. Silvia - tanto que ahora no los obedece. Se señala la fase del ciclo de vida de su familia, por la que están pasando y que tanto es el miedo a quedarse solos, para seguir dependiendo de sus hijos y viceversa.

T.A. 130/90

IX Entrevista . - T.A. 130/90

En esta entrevista se aclara y reafirman como la enfermedad sirve para algo, regreso de Guadalupe a casa, se comparte con el esposo, se pretesta para tener problemas de trabajo, para que se les escuche, para reunirse. Con la tarea dejada en la sesión anterior se reacomodan los roles conyugales y se percibe una mejoría en las relaciones interfamiliares. T.A. 130/90.

X Entrevista . - T.A. 130/90

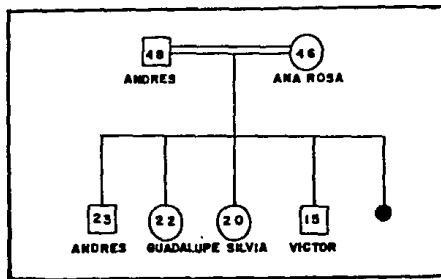
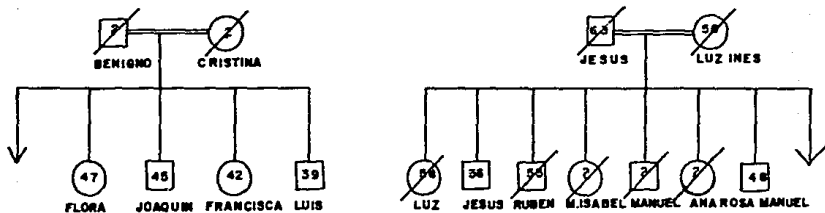
Se presenta Ana Rosa muy angustiada porque su esposo habia presentado Salmonellosis mal tratada por lo que se prolongo el periodo de la enfermedad, perjudicandolo en su trabajo. Se corrobora Diagnóstico con Reaccio-

nes Febriles instalando tratamiento médico. La entrevista familiar fue cor
ta, únicamente se reforzó el señalamiento sobre la succión de roles.

T. A. 130/90.

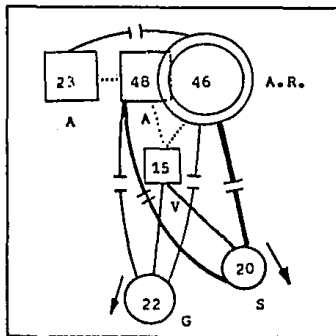
Síntesis . - El problema principal de esta familia es la falta de afecto y co-
municación, dándose como fondo para la separación de las hijas. Que se ma
nifiesta posteriormente con un miedo a la pérdida y sentimiento de culpa ya
que cambian su trato completamente hacia Victor M. Presentándose un senti-
miento de ambivalencia que en un momento dado es el generador de la angus-
tia exacerbando los síntomas y signos hipertensivos. En el transcurso de ,
las entrevistas se explicitaron las relaciones existentes, se ubicaron los ro
les y se vio el porque de ciertas conductas. La T. A. con tendencia a dismi-
nuir.

FAMILIOGRAMA
FAMILIA HERNANDEZ DOMINGUEZ



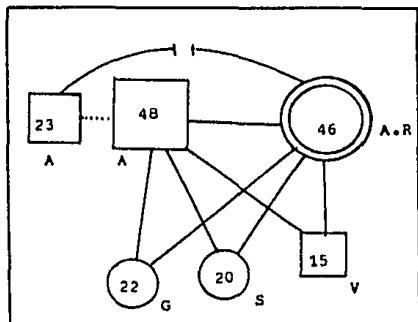
FAMILIA HERNANDEZ - DOMINGUEZ

ENFOQUE SOCIODINAMICO



EDO. PREVIO

A.R. (dominante, autocrática) invade el rol de padre (sumiso). Marcada rigidez hacia G. y S. Conducta ambivalente de los padres hacia V.



EDO. ACTUAL

Reajuste en los roles padre y madre, mayor comunicación con las hijas. Esclarecimiento de la conducta - hacia V.

FAMILIA SANCHEZ FRANCO

Se trata de la Sra. Concepción Sánchez Franco, paciente identificada de 42 años de edad.

Proviene de un medio rural de Morelia, Mich., se viene a radicar al D. F., por motivos de trabajo, al fallecer el padre; -- el esposo proviene del Estado de Hidalgo, familia campesina y se viene a radicar a la capital en busca de trabajo.

Ambos se conocen en la fábrica donde trabajan, después de un año de noviazgo deciden casarse bajo una boda sencilla. Durante el matrimonio comparten metas y objetivos, ella se dedica al hogar, él al trabajo.

Así se iniciaron las primeras funciones familiares -- con ciertas limitaciones económicas y las primeras etapas del ciclo de vida familiar en forma complementaria.

La conflictiva principal de esta familia, se remonta a hace 5 años, posterior a histerectomía, en la cual se encuentra franca oposición del esposo ya que según éste, desea tener más familia. Posterior a esto la paciente identificada viene presentando, trastornos de carácter, nerviosismo, cefaleas las cuales son desplazadas hacia conflictiva extrafamiliar; madre y hermanos de Pl, de tal manera que padre e hijos en alianza le hacen una demanda de cuidado y afecto, diciéndole que se preocupe por ellos, lo que pasa en casa y no por los conflictos de fuera, que por eso se en -

cuentra enferma. Posterior a ésto, Pl decide trabajar, aún en desacuerdo del esposo, haciéndose la conflictiva más aparente y predominando la sintomatología-neurovegetativa.

Hace dos años se le detecta H. A. por su médico familiar.

Al margen de lo anterior, es como se inician las entrevistas familiares. Durante el desarrollo de la primera entrevista, -- nos pudimos percatar que se trata de una familia, aglutinada, angustiada, con ocultamiento de conflictos, donde la paciente juega el rol de portavoz grupal, y depositaria de la angustia y utilizando como mecanismos defensivos grupales, la aglutinación y la segregación; con una demanda de ayuda de Pl.

La segunda entrevista se hace más aparente el rol de portavoz grupal de Pl, al describirnos en detalle la sintomatología de angustia, cefaleas, nerviosismo, cambios de conducta relacionados y desplazados hacia la conflictiva extrafamiliar, para lo cual se le hacen algunos señalamientos, y se maneja transferencia positiva y negativa, mecanismos defensivos relacionados con hechos pasados y actualizados en forma vivencial, captados en cierta manera por el grupo y Pl.

La tercera entrevista sale el esposo de emergente, haciendo alianza con los hijos y cuestionando una demanda hacia la esposa, al referir que ésta se encuentra así, por la conflictiva extrafamiliar, diciéndo

le que se preocupe por ellos; se aglutina el grupo y el esposo termina diciendo que todos quieren ayudarla (conducta ambivalente). Se les hace el señalamiento de quién necesita ayuda, y se elabora ésta como tarea -- grupal.

La cuarta entrevista se cuestiona dentro del grupo, el rol que representa la enfermedad dentro de éste, a lo cual sale de emergente la paciente y se destaca al decir que los conflictos que se han venido sucediendo a nivel interfamiliar, han sido posterior a la histerectomía que ante su esposo, encontró oposición absoluta, afectándose de manera implícita el rol esposa. Se le hacen los siguientes señalamientos a la PI: por ejemplo la independencia que hizo aún en desacuerdo del esposo al trabajar, jugar varios roles - esposa, madre, hija, dándose una invasión de roles y límites, cubriendo el hueco faltante la hija mayor, en este momento se detecta angustia y confusión grupal. Al final de la entrevista disminuye la angustia grupal, al darse cuenta de la conflictiva real, dándose -- cierta capacidad de insight grupal.

La quinta entrevista, se nota un grupo menos aglutinado, menos angustiado iniciando por el grupo y analizando por el grupo, la sesión anterior.

A través de ésta, el grupo estuvo participando en forma activa, haciéndose comentarios de la conducta de cada uno de ellos, -- que en forma conciente e inconciente, llevaban a cabo; sus roles asumidos y asignados, sus mecanismos defensivos estereotipados.

Al final de la entrevista se detecta un grupo más comunicativo, seguro, reforzándose la capacidad de insight grupal; se deja como tarea, la Familia.

La sexta entrevista, se deja ver la importancia que tiene el nombre Familia y las características de sus funciones, dentro del grupo, por las aportaciones que se dieron, sobre todo actuando como emergentes Arturo y Adriana, y como de manera explícita se hace una demanda de afecto en forma conjunta y solidaridad grupal.

Son notorios los cambios del grupo, menos angustiando en comparación con las primeras entrevistas.

Durante la séptima entrevista sale de emergente la madre al hacer hincapié sobre la demanda de afecto por sus hijos, al empezar a preocuparse por su familia, al cuestionarse que la conflictiva extrafamiliar persiste y que tal vez no cambie, pero que lo importante es que ya se detectan cambios en su hogar; los roles familiares son más complementarios, asimismo, refiere que sus cefaleas, ya no son tan intensas, y frecuentes, se halla menos nerviosa y su carácter es menos hostil.

Se le hace el señalamiento que de manera consciente e inconsciente se segrega a Blanca por su obesidad, ante la conflictiva familiar existente ésta se angustia ante dicho señalamiento, al final de la entrevista su angustia baja, al notar que ya es tomada en cuenta por el grupo.

Expresado como tal, el grupo trabaja en forma opera-

tiva.

La octava entrevista se sirve de catalizador, para continuar centrando la tarea, al abrir el subsistema ejecutivo y comentar sobre los cambios en el grupo y ratificar que la conducta del padre, por ejemplo de rol dominante, se va desapareciendo, el vínculo con su esposa se hace claro, se pierde esa alianza con los hijos, el rol esposa es recuperado poco a poco, deja de existir esa invasión de roles: dándose dentro del grupo, el reajuste de roles. Cabe hacer mención, que la forma de amortiguación de dicho proceso, se da algunas veces en forma conciente e inconciente, y en otras explicitado por el mismo proceso.

La novena entrevista, es corta sale como emerge Blanca al cuestionar el próximo enlace matrimonial de su hermano Miguel, para lo cual el grupo se encuentra feliz, se nota buena comunicación interfamiliar con roles complementarios.

La décima entrevista el grupo se encuentra más seguro, sin aglutinación han logrado, abrir esa comunicación, que al encontrarse bloqueada anteriormente, les impedía actuar de manera operativa, también nos damos cuenta que a través de este proceso dialéctico, la PI, con gran capacidad de insight, a través de sus fantasmas individuales elaborada y cuestionadas por ella supera sus conflictos, aprendiendo a cargar con lo bueno y malo y permitir que el grupo crezca de manera que al hacerlo en forma armónica le dan al grupo productividad.

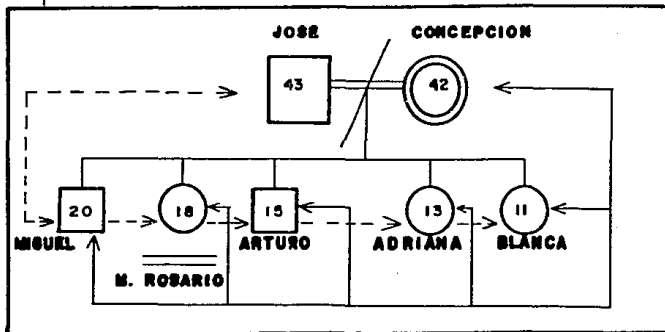
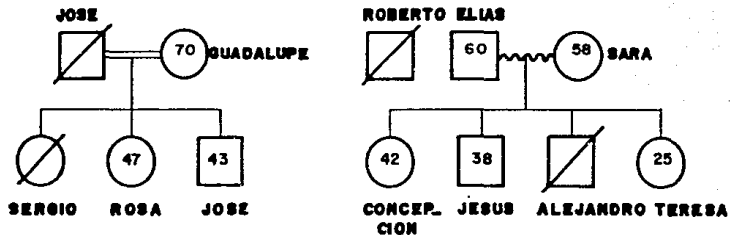
CONCLUSIONES:

Es evidente el conflicto desencadenante y el que viene a causar ese desequilibrio en la homeostasis Familiar de nuestra familia. Como viene a repercutir la conflictiva Familiar en PI, haciéndose depositaria de la angustia grupal y portavoz, representada orgánicamente por elevación de la tensión arterial; como juega su rol la enfermedad y como dentro de un proceso terapéutico, Dinámica Familiar, el grupo Primario con capacidad de insight, aprende a elaborar y cuestionar su problemática, con soluciones favorables a ellos, abriendo los canales de la comunicación, disminuyendo su angustia y como de alguna manera vuelve a reestablecerse el equilibrio familiar, repercutiendo en el control de la T.A. de nuestra PI a cifras dentro de la normalidad.

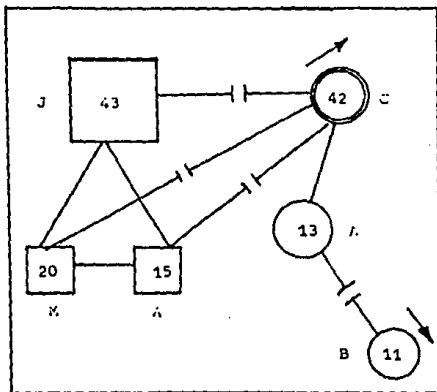
Se checó la tensión arterial durante todo el proceso, antes y después de cada entrevista, no encontrando variantes en este parámetro.

Como siguiente punto, de entrada al proceso encontramos T.A. alta y de salida reportamos T.A. Normal.

FAMILIOGRAMA
FAMILIA SANCHEZ FRANCO

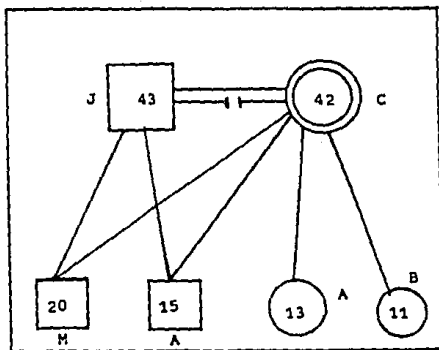


FAMILIA SANCHEZ - FRANCO
ENFOQUE SOCIODINAMICO



ESTADO PREVIO

Grupo tipo epileptoide con una estructura del padre dominante, dándose una segregación grupal hacia la madre.



ESTADO ACTUAL

Reajuste grupal, mejorando las relaciones interpersonales, - con crecimiento de la madre a expensas de la estructura dominante del padre.

FAMILIA SANCHEZ CAMPOS

Se trata de la Sra. Enedina Sánchez Campos, paciente identificada de 47 años de edad.

El origen de la familia es el siguiente: por parte del Pl, vive en el D.F., pertenece a una familia numerosa, clase obrera, donde ocasionalmente se visitan. Por parte del esposo, proviene del estado de México, es huérfano y desde joven se vino a radicar a la capital en busca de trabajo. Se conocen ya que viven cerca y deciden casarse, posterior a corto noviazgo.

Desde entonces vienen compartiendo metas y objetivos, iniciando funciones familiares, con muchas limitaciones, sobre todo en las esferas, económicas y afectivas, ella se dedica al hogar, él al trabajo, es mecánico.

Durante las fases de expansión y dispersión se vienen sucediendo acontecimientos importantes ya que se deja ver una falta de complementaridad de roles para la educación de los hijos. El comportamiento del padre para con los hijos es de una conducta rígida y estricta de los cuales Juan y José fueron los sometidos, ya que los demás no acataron las disposiciones del padre, tomando conductas rebeldes, de tal manera que estos sobreprotegidos por la madre, dándose un círculo vicioso; él a ejecutar órdenes rígidas, ellos a no respetarlas solapados por la madre.

Hechos que a través del tiempo han dejado en nuestra familia de estudio una gran problemática; Una falta de comunicación - Interfamiliar; Complementaridad de roles alterada; Alcoholismo, Drogadicción e hipertensión arterial de PI de 7 años de evolución, bajo control médico desde entonces.

Actualmente es una familia compuesta, obrera, profesionalista, tradicional en fase de expansión y retiro; los hijos viven con sus esposas, todos comparten la misma casa.

De tal manera que lo dicho anteriormente, se inician las entrevistas familiares.

Durante el desarrollo de la primera entrevista es notoria la importancia del rol enfermedad dentro del grupo, ya que paciente identificada era la depositaria de la angustia grupal y portavoz, pero en esta ocasión sale como emergente y líder el hijo mayor y comentar; que pasa con su madre, como se encuentra, es grave su enfermedad? hay angustia y confusión grupal, se les cuestiona la relación conflictos familiares e hipertensión y las implicaciones de la Dinámica familiar, disminuyendo la angustia grupal, al término de la entrevista se demanda una ayuda grupal conjunta.

La segunda entrevista acude toda la familia, se ven a glutinados, confusos durante ésta se manejan datos de tipo exploratorio, edades, empleos, escolaridad, sobre todo relaciones familiares. Se hace no

tar una posición geográfica importante; Juan y esposa adelante, atrás José y esposa, a los lados el subsistema ejecutivo, junto con Pablo, y a -
trás Guillermo y Alfredo.

La tercera entrevista se inicia con un grupo menos -
tenso, más participador se cuestiona el rol asumido y asignado de Juan --
dentro del grupo, dándose a la vez una invasión de roles y de límites y -
ursupación de funciones por éste, de tal manera que en forma conciente e
inconciente, éste rol es aceptado por el grupo.

La cuarta entrevista se cuestiona la problemática fa-
miliar, que pasa con la Familia. En forma activa se aprovechan los emer-
gentes, todos dan sus puntos de vista, pero nos damos cuenta de los do --
bles mensajes, con ocultamiento de los problemas, de nadie querer involu-
crarse, de responsabilizarse, por medios de, mecanismos defensivos este-
reotipados, conductas ambivalentes fantasmas grupales y una segregación ha-
cia Guillermo y Alfredo (drogadicción y alcoholismo), se detecta angustia
grupal y confusión, se les hacen los señalamientos al respecto, poniendo -
las cartas sobre la mesa y se sirve de catalizador para tratar de centrar -
la tarea, el grupo se cierra posteriormente se destapa la conflictiva por --
Juan, aceptando el grupo los señalamientos al respecto, baja su angustia, -
detectándose cierta capacidad de insight grupal, por sus comentarios, se --
termina la sesión dejando como tarea análisis de ésta.

La quinta entrevista se inicia con un grupo menos ten-

so, menos aglutinado saliendo como emergentes, subsistema ejecutivo, Juan y esposa y José, analizando las funciones sociales perturbadas, los secretos familiares, donde todos los conocen pero nadie habla de ellos. De tal manera que son dadas y planteadas, pautas a resolver por el grupo, y se les hace el señalamiento que a pesar de su capacidad de insight, aún notamos un aislamiento emocional y falta de seguridad grupal.

La Sexta entrevista sale como emergente Alfredo al hacer una demanda de afecto grupal y de manera explícita la falta de comunicación que existe mediante el proceso terapéutico se trata de centrar la tarea, a través de los esclarecimientos de pautas estereotipadas (rompimiento de miedos básicos) que dificultan el aprendizaje y la comunicación significando un obstáculo frente a toda situación de proceso de cambio; al final de la entrevista se deja ver un sentido de cooperación grupal.

La séptima entrevista sale como emergente PI refiriendo menos angustia, menos nerviosismo, que han mejorado las relaciones interfamiliares, sobre todo la comunicación, punto tan deteriorado anteriormente que ahora está resurgiendo en el grupo; sobre todo se les toma más en cuenta su participación y menos segregación hacia Alfredo y Guillermo.

La octava entrevista, al salir de emergente PI, mediante el proceso, se deja ver el rol enfermedad dentro del grupo, y se hace hincapié durante la entrevista activa y vivencial de PI, sus fantasmas individuales inconcientes, como su conducta comprometerá siempre aun -

que en grados diferentes, sus tres áreas; lográndose con dicho proceso - despertar cierto grado de insight en PI.

La novena entrevista se hace un abordaje al grupo, - como a través de todo un proceso largo, sobre todo un trabajo compartido de esclarecimiento grupal, se da un paso importante, el grupo empieza a - aprender a pasar sobre el aquí y el ahora de su conflictiva.

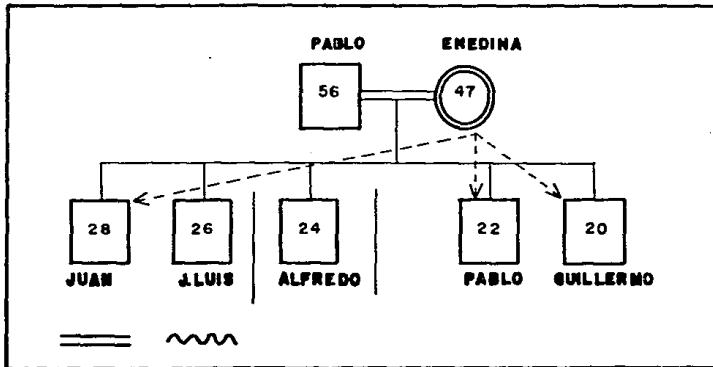
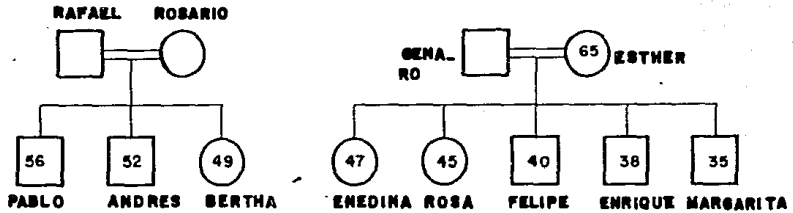
La décima entrevista el grupo se ve angustiado, ten - so, pero principalmente PI, al cuestionarnos la conflictiva de que Alfredo - faltó a su casa una semana; se elabora esta situación ante el grupo, ha - ciendo un análisis retrospectivo de las ideologías del grupo, en cuanto a - su comportamiento a través de todo el proceso y darse paso a nuevas ex - pectativas mediante las explicitaciones reforzadas de sus señalamientos.

CONCLUSIONES:

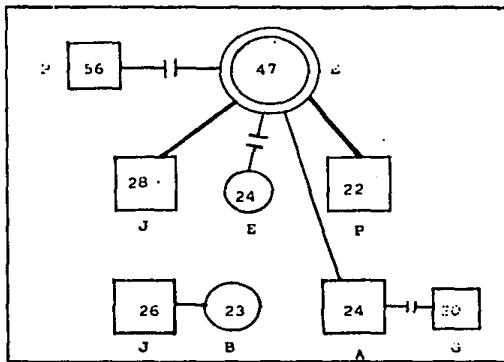
Es de hacer notar la gran problemática existente en - esta familia, que viene desde tiempo atrás, y que al cabo del tiempo han - de resaltar, dándose: Una gran falta de comunicación interfamiliar, roles - complementarios, sobre todo en el subsistema ejecutivo, alcoholismo, dro - gadicción e hipertensión arterial de PI, que a través de todo un proceso dia - léctico Dinámica Familiar, se trató de facilitar la comunicación disminuir - la angustia, capacidad de insight grupal, rompimiento de conducta estereotí - padas, miedos básicos no superados. Lográndose al final del proceso; ini - ciar mediante insight grupal, una mejor comunicación interfamiliar y dar --

margen a una segregación menos marcada hacia Guillermo y Alfredo.

FAMILIOGRAMA
FAMILIA SANCHEZ CAMPOS



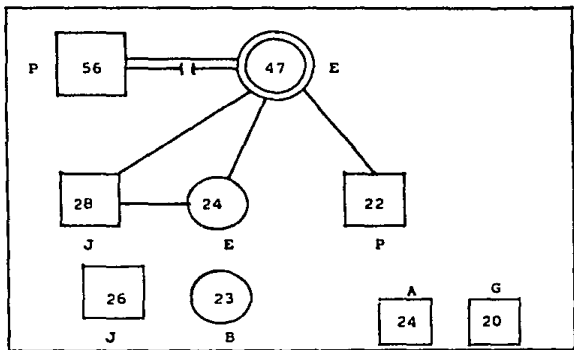
FAMILIA SANCHEZ - CAMPOS
ENFOQUE SOCIODINAMICO



EDO.
PREVIO

Grupo tipo epileptoide, con una estructura rígida, rol dominante de la madre (P.I.) con relaciones de intensa dependencia y de rechazo entre los subsistemas y P.I.

EDO.
ACTUAL



Mejoría de la comunicación grupal y cambios relativos en la estructura familiar con persistencia de estereotipias.

FAMILIA MARTINEZ VELEZ

La familia Martínez Velez es captada en la consulta externa de Medicina Familiar de la Clínica 20, a través de la madre Ma. de Jesús, que ocurre a consulta con la presentación de cefalea, mareos, palpitaciones e inquietud, esto aparentemente exacerbado desde hace 6 meses; encontrándose a la exploración T.A. de 160/130, por lo que se le invita a las entrevistas de dinámica familiar, ocurriendo a ella por primera ocasión el día 8 de junio 1980.

I Entrevista . - T.A. 160/130

La familia es de tipo nuclear, obrera, tradicional, integrada, con ambos conyuges originarios y residentes del Oro Mich. y D.F. respectivamente, donde existe el antecedente de hace 9 años aproximadamente el padre estuvo internado en un hospital psiquiátrico, con Dx no especificado, posterior a un "coraje en el trabajo", actualmente aparentemente recuperado, escolaridad analfabeta de ambos conyuges y con primaria terminada de Imelda, y en curso aparente del resto de los hijos nucleal que se cuestiona de que si existe algun problema familiar, a lo que se cuestiona que independientemente del económico no hay ningún otro, situación en la que todos están de acuerdo, a excepción de Ma. de Jesús quien explicita que ella tiene un problema de salud "que ultimamente se ha sentido muy mal", se efectua bajo esta situación el contrato con la familia. T.A. 160/130.

II Entrevista . - T.A. 160/120

Se explora posteriormente los vínculos existentes entre los hermanos siendo estos aparentemente claros entre los hermanos pasando satisfactoriamente la comunicación con determinación clara de cada uno de los miembros, e incluso entre cada uno de los hijos en relación a los padres, señalándose

unicamente por parte de la familia la existencia de una inquietud marcada de parte de Armando, con quien la madre en forma ocasional tiene mayor comunicaci3n y aparente preferencia; al dar por terminada la sesi3n la madre manifiesta si el esp3ritu de igualdad reinante entre los hijos deber3 ser el mismo entre los esposos a lo que se le cuestiona a la familia que piense sobre el hecho a manera de tarea. T. A. 160/120.

III Entrevista . - T. A. 160/120.

Se inicia la sesi3n con el se1alamiento de que "penso la familia acerca del cuestionamiento anterior a lo que el Padre y los hijos est3n de acuerdo en el hecho de que entre el subsistema ejecutivo debe tener igualda de mando en relaci3n a los hijos, manifestando la madre, Ma. de Jes3s de que si esto ser3a factible incluso a nivel del subsistema ejecutivo, esto es entre padre-madre a lo que nuevamente se da el cuestionamiento a la familia, a lo que todos est3n de acuerdo, permaneciendo callada Ma. de Jes3s, increment3ndose notoriamente su angustia reflejada en lenguaje preverbal, manifestando la presencia de un dolor en parte baja del vientre relacionado aparentemente con las relaciones sexuales, por lo que solicita una entrevista de esposo-esposa, lo que familia, terapeuta y subsistema est3n de acuerdo. T. A. 160/120.

IV Entrevista . - T. A. 150/120.

Manifiesta Ma. de Jes3s ante Ellseo en forma directa y sin introducci3n de parte del terapeuta de que su cefalea se presenta unicamente posterior a relaciones sexuales, en aquellos d3as, en aquellos d3as en que ella siente que ha tomado una determinaci3n, trascendente o no, sin que se le haya tomado en cuenta, o bien, cuando siente que por parte de el toma decisiones con res

pecto a ella de una manera arbitraria e incluso absurda, a lo que Eliseo le cuestiona (apertura) que porque no le comunica este hecho, manifestando Ma. de Jesús que por miedo. Siguiéndose posteriormente la crítica de lo real y fantástico de este hecho a lo que se concluye la participación de ambos en la realidad de esto y aceptando cada uno su participación en el hecho. T. A. 150/120.

V Entrevista, - T. A. 150/110

Ocurre nuevamente la familia completa, manifestando que Ma. de Jesús la madre se nota más alegre y contenta con cada uno de los miembros que an que anteriormente no se calificaba de triste, ahora es más alegre y abierta, Eliseo explicita que en la sesión anterior se platicó sobre relaciones de mando de parte de ambos llegándose a la conclusión de que sobre el hecho debería ser más compartido a lo que todos están de acuerdo; se concluye la sesión dejándose como tarea la observación por parte de cada miembro familiar el hecho de observar la relación de mando de ambos conyuges y el supuesto cambio en la comunicación de cada uno. T. A. 150/110.

VI Entrevista . - T. A. 140/110

Ocurre la familia con los resultados de laboratorio solicitados que son reportados como normales. (situación descuidada hasta el momento). La atmosfera familiar es más fluida con determinación clara fijada hacia la madre. Ma. de Jesús no manifiesta sintomatología alguna.

Lo unico expresado por parte de la familia es un cambio aparente en la madre en relación a la vinculación con cada uno de los hijos y con Eliseo, Ma. de Jesús expresa sentirse más agusto y contenta, que experimenta una sen-

sación de bienestar en relación con su familia, que la ve como que se le com
prende más. T. A. 140/110.

VII Entrevista . - T. A. 130/95

La familia manifiesta experimentar una relación más gratificante entre cada uno de los miembros, aparentemente no explicable, a lo que Eliseo adjudica de que probablemente este cambio es debido al cambio de relaciones existentes entre ambos conyuges. T. A. 130/95.

VIII Entrevista . - T. A. 120/90

La familia manifiesta que es lo que Ma. de Jesús como enfermedad tenía, cual era su origen y significado, a lo que la sesión transcurre en torno a una platica breve sobre hipertensión arterial en general, etiología, definición, complicaciones y tratamiento. La familia atenta y expectante. T. A. 120/90.

IX Entrevista . - T. A. 120/95

Se realiza una encuesta entre cada miembro de lo entendido sobre la platica anterior, sus repercusiones y su etiología por lo que es manifestado que ha quedado claro, que muy probablemente el malestar de Ma. de Jesús era debido a la situación de mando entre ambos conyuges; se cuestiona sobre - otro problema aparente existente entre la familia, la cual manifiesta, la deficiencia económica de la misma, por lo que encontrándose en época de gastos escolares, porque no la creación de una industria familiar, como tarea la creación familiar de una industria. T. A. 110/90.

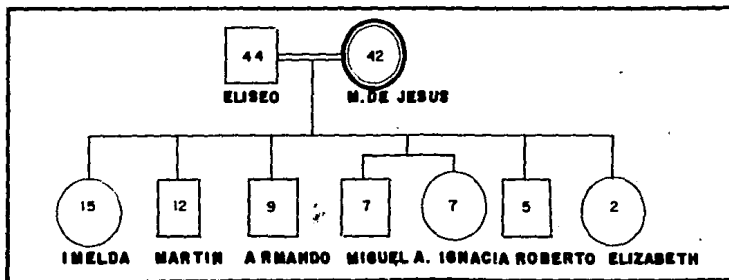
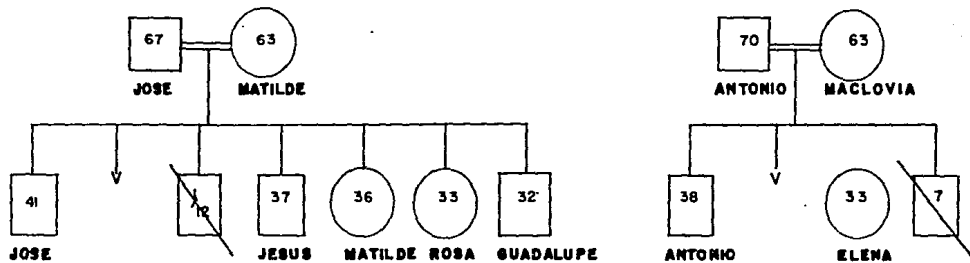
X Entrevista . - T. A. 110/90.

Sobre la tarea última, la familia propone y ha realizado de que Armando (dos sesiones anteriores ha desaparecido su inquietud), Marrín y Miguel A.

ocurran por la mañana a la venta de gelatinas para la solventación provisional de los gastos escolares. Se propone a la familia el rompimiento de la relación terapeutica la cual se sucede por una fase de duelo manifiesta en la solicitud del domicilio particular del terapeuta y cooperapeuta.

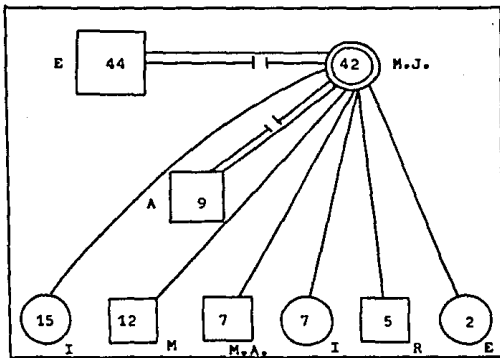
T. A. 110/90

FAMILIOGRAMA
FAMILIA MARTINEZ VELEZ



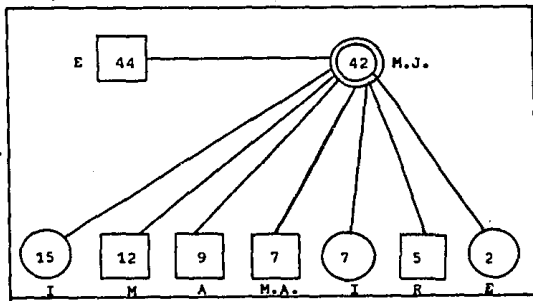
FAMILIA MARTINEZ - VELEZ

ENFOQUE SOCIODINAMICO



EDO.
PREVIO

Familia esquizoide, con estilo de mando autocrático y dominante de Eliseo (padre) hacia Ma. de Jesús (madre, sumisa) con leve invasión de Armando (hijo) hacia el subsistema ejecutivo, esto fomentado por Eliseo.



EDO.
ACTUAL

Cambio en el estilo de mando de Eliseo compartiendo con Ma. de Jesús las decisiones; además reubicación de Armando en su roll y sus límites

FAMILIA MOYA PRIETO

La familia Moya Prieto, es captada por medio de platica impartida en la Cirnica 20 a través del club de hipertensos, en donde posterior al planteamiento de toda la familia, y en primera entrevista familiar se efectua el contato, a lo que la paciente Ma. Luisa y la familia aceptan por relato de la paciente identificada quien manifiesta que con los medicamentos hasta el momento administrados "no le sirven de nada", convencimiento dado por el hecho de la existencia desde hace 11 meses de cefalea, polaquiuria, malestar general, cefalea de moderada intensidad y visión borrosa con irritabilidad.

T. A. 120/110.

II Entrevista .- T. A. 120/110

La familia de tipo nuclear, profesionista, de nivel socio económico alto, tradicional, urbana, integrada, con conyuges originarios del Edo. de Mich. y residentes en esta ciudad desde hace 30 años, en fase de independencia encontrándose que uno de los hijos, R-3 G-0, Antonio, Elena y Sandra maestras con Dorelena en la Universidad con problemas aparentes posteriores al matrimonio de Elena y pendiente el de Antonio; se efectua el contrato con el nucleo familiar, con el planteamiento de la suspensión necesaria de el nucleo familiar, con el planteamiento de la suspensión necesaria de los medicamentos de la madre, Ma. Luisa que es aceptado por el nucleo familiar, no sin cierto recelo de Antonio, quien finalmente acepta.

III Entrevista .- T.A. 120/110

Se inicia la sesión con la indagación en forma explicita hacia la familia "de que si existen problemas" a lo que todos argumentan que no", observandose que al dirigirse uno a otro miembro de la familia generalmente lo hacen en

diminutivo y que todos los miembros lamentan, la ausencia de Elena; se inicia el cuestionamiento del comienzo de la hipertensión de la madre y la boda de Elena, a lo que la familia responde en forma afirmativa y agregando se la emergencia de Antonio quien afirma que posterior a este hecho nota a su familia más deprimida. T. A. 120/110.

IV Entrevista. - T. A. 120/110

Se replantea en la sesión por parte de Antonio la utilidad del proceso como terapéutico, que si se tiene en cuenta las implicaciones y riesgos de su madre por el hecho de no tomar medicamentos, a lo que toda la familia se alla expresando que sería mejor darlo por terminado e iniciar medicación a su madre; oponiéndose únicamente como única emergencia la madre Ma. Luisa, planteando que a final de cuentas ella "siente" que los medicamentos no le sirven de nada. A pesar del planteamiento la familia en general se muestra resistente y aplanada, indecisa al proceso, por lo que se concluye dejar dejar como tarea de que la familia decida si le continua o no. T. A. 120/110.

V Entrevista. - T. A. 120/110

Regresa la familia afirmando que continúan con las sesiones, pero que les gustaría que este se acelerara, que están dispuestos a la colaboración. (Ocurre a la vez Antonio con resultados de laboratorio, Urograffas realizadas en CMR reportadas como normales) dándose a continuación el planteamiento de que porque la familia como tal no quiere y no acepta crecer, de como se tratan en diminutivo, a lo que la familia se asombra con este hecho, surgiendo inicialmente el padre Antonio afirmando que esto no es cierto, Dorelena le recalca lo contrario de que como a ella, con la edad que tiene aun se le

trata como la chiquita y la consentida, que todo le dan, posteriormente el padre acepta al igual que toda la familia el temor de que todos los hijos los abandonarán, que se quedarán solos que antes juntos y unidos eran felices pero que ahora inician a quedarse solos. Se concluye la sesión.

T.A. 120/110.

VI Entrevista .- T.A. 120/110

Se continua mencionándose que como se han sentido a lo que Ma. Luisa manifiesta la existencia de una atmosfera de miedo e inquietud en toda la famlilia aunado ello a un aplanamiento importante en todos los miembros a lo que se plantea que si ello no se deberá al hecho de que han iniciado el darse cuenta de lo amenazante que puede ser el separarse un miembro de la familia y los padres inician nuevamente una etapa de soledad a lo que Ma. Luisa inicia a explicarle a Antonio que esto es un proceso normal, que la vida es un ciclo, y que su temor fundamental es por el hecho de que el se vaya a enfermar Entramos a una mesa de discusión sobre el hecho de que si es normal o no el retiro de los hijos, que tan cierto es que los padres nuevamente se quedan solos y que tan solos se quedan posterior al matrimonio de los hijos. Sin conclusiones finales y con el analisis del hecho se concluye la sesión con un ambiente diferente al del inicio. T.A. 120/110.

VIII Entrevista .- T.A. 120/90

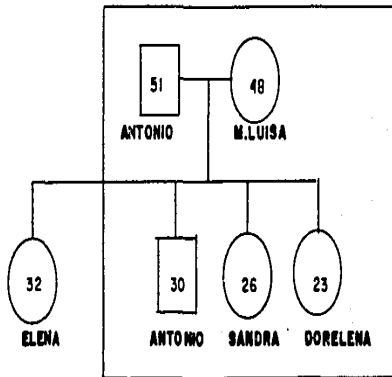
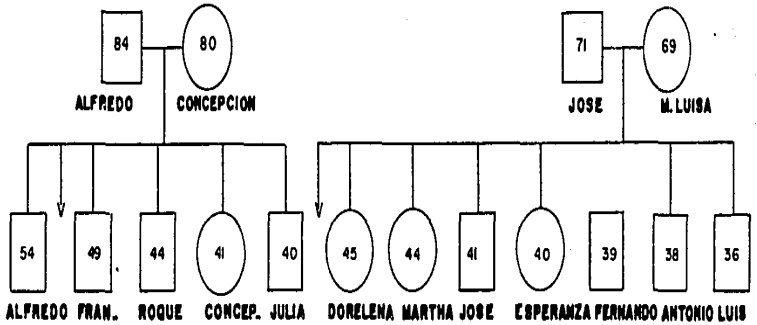
Ocurren nuevamente mostrándose una disposición muy grande para la introducción a la crítica y de que como la familia ha impedido el crecimiento de cada miembro, Dorelena se siente mejor con su nombre y ya no con ell, encontrando el padre Antonio una nueva satisfacción no conocida hasta el mo-

mento consistente en dejar y facilitar que cada miembro consiga lo que el mismo persigue desde el hecho de conseguir dinero para sus diversiones, "después de todo no son tan inútiles mis hijos doctor, y yo pensaba que si lo eran" los dejaba ud? claro que no... pero ahora sí. T.A. 120/90.

IX Entrevista .- T. A. 120/90

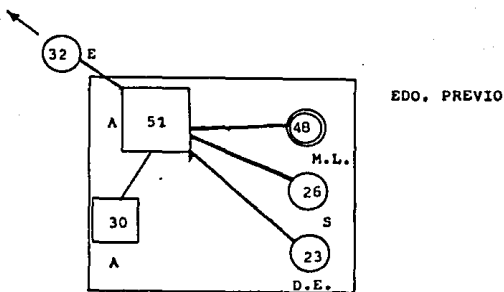
Ya no hay sintomatología, el ambiente familiar es más alegre y fluido en noviembre próximo Antonio hijo se casa... la familia cuestiona que si aun creo pertinente que continuen las sesiones a lo que se da por terminado las entrevistas.

FAMILIOGRAMA
FAMILIA MOYA PRIETO

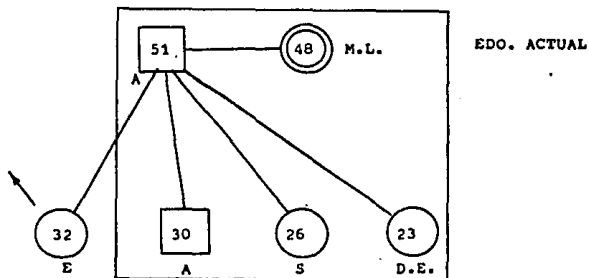


FAMILIA MOYA - PRIETO

ENFOQUE SOCIODINAMICO



Familia epileptoide, sometida y sobreprotegida por Antonio (padre), lo cual es secundado por Antonio (hijo), sin permitir ésto adaptación activa a la realidad en el crecimiento familiar.



Establecimiento de límites en los roles, con canales de comunicación abiertos y explícitos para la actuación familiar en la realidad, ésto dado por actitud permisiva de Antonio (padre) e hijo.

FAMILIA RAMIREZ - RAMIREZ

PRIMERA ENTREVISTA. (140/95)

Rosa acude a la entrevista, acompañada de Lila, Isabel, Jaime y Manuel. Se presentan en orden cronológico y describen sus actividades. Rosa angustiada disculpa a su esposo Manuel diciendo que no pudo asistir por compromisos con su trabajo. Manuel (hijo) emerge preguntando acerca del pronóstico de la enfermedad de Rosa. Se aprovecha esta emergencia para que cada uno exponga lo que piensa acerca de la enfermedad de su madre. Manuel (Hijo) dice que se debe a que Rosa se preocupa demasiado por todo. Lila opina que es por tanta preocupación ... Jaime piensa que se debe a la edad y a su obesidad. Isabel cree que se debe también a sus preocupaciones y hace alianza con Lila. Lila amplía su comentario diciendo que quizá el carácter de su padre -- haya influido, ya que éste es muy enojón. Rosa está muy angustiada. (140/95).

SEGUNDA ENTREVISTA. (150/100)

Acuden todos menos Manuel (padre). Se trabaja sobre el vínculo entre cada uno de ellos y su padre. Lila dice que su padre es bueno pero que se enoja mucho cuando no se hacen las cosas como él quiere. Jaime prefiere estar fuera de su casa porque cuando su padre se enoja se desquita con todos. Isabel dice que su padre es muy exagerado y que no piensa que los demás también sienten. Manuel dice que su padre es muy estricto y que se debe a que toma muy en serio -

su papel de jefe de la familia. Rosa estalla diciendo que una de las cosas que más le molestan es que se preocupe primero de él y después - por los demás y que sea muy violento. (150/100).

TERCERA ENTREVISTA. (160/100)

Acuden todos menos Manuel (padre). Se interroga a Rosa acerca del inicio de su enfermedad y refiere que desde hace 3 años inició con cefalea, sensación de falta de aire y fatiga. Menciona que en aquella época estaba preocupada por la escuela de Jaime y Lila y por la situación económica de la familia. Isabel emerge diciendo que hace 3 - años se embarazó sin estar casada y que eso coincidió con la enfermedad de su madre. Rosa trata de negarlo. Se le pregunta a Rosa porqué - trata de ocultar el embarazo de Isabel y empezando a llorar refiere que se siente fracasada como madre y relata su noviazgo con Manuel y su - embarazo antes de casarse. Isabel también llora. Por último refiere Isabel que a los 8 días de nacido falleció su bebé de una infección grave - siendo prematuro, acentuándose la enfermedad en su madre. (160/100).

CUARTA ENTREVISTA. (160/100)

Acuden todos los demás menos Jaime y Manuel (padre). Rosa justifica la ausencia de Jaime por un examen que tiene que - presentar. Se habla sobre el vínculo rígido que hay entre Lila y Manuel (hijo) mencionándoles que se les ha notado muy distanciados. Lila refiere que siente celos de la hija de su hermano llamada Rosa María que - tiene un año, ya que es la consentida de sus padres. Rosa le explica que

es natural que la quieran mucho pues es la única nieta. Manuel afirma que él también ha notado muy cortante a su hermana sobre todo despues de su matrimonio. Lila acepta y dice que ha sido porque siente que su presencia en la casaroba la atención de sus padres hacia los demás hermanos. Manuel (hijo) menciona la posibilidad de independizarse pronto. (160/100).

QUINTA ENTREVISTA. (150/95).

Acude toda la familia. (Manuel por primera vez). Se trabaja sobre la relación de Manuel con todos los hijos. Centrándose la discusión con Jaime. Manuel acepta que ha sido duro con Jaime porque ha sido el que más se ha alejado de la familia y que por ésto, le ha tenido que llamar más la atención. Rosa le hace ver que ella ha tenido -- que ser siempre intermediaria entre él y sus hijos, ya que no se atreven a pedirle nada por su carácter. Manuel la culpa de darles permisos sin su consentimiento y de solaparlos. (150/95).

SEXTA ENTREVISTA. (140/95).

Acude nuevamente toda la familia. Isabel manifiesta que han mejorado las relaciones entre ella y su madre. Jaime en cambio le reclama a Rosa su atención ya que ni siquiera le lava su ropa y él se siente relegado. Rosa acepta que lo ha desatendido y se disculpa diciendo que se dedica a cosas de la casa que la hacen olvidarse de lo demás. Sale a relucir la personalidad obsesiva de Rosa, mencionando -- que se angustia demasiado cuando no ha hecho lo que tiene planeado ese

dfa. (140/95) .

SEPTIMA ENTREVISTA. (140/95).

Acude toda la familia a la entrevista. Rosa manifiesta que han mejorado las relaciones entre Manuel y Lila y entre ella y Jaime. Manuel (padre) se pregunta porqué ha habido esos distanciamientos y recrimina a los participantes y vuelve a culpar a Rosa de so lapar eso en la casa. Rosa se enfrenta a Manuel y le hace ver su falta de interés por los problemas de sus hijos. Manuel (padre) se defiende y los culpa de falta de confianza en él, racionaliza diciendo que su carácter no lo puede cambiar pero que sí los quiere y los comprende. (140/95).

OCTAVA ENTREVISTA. (160/90).

Acuden todos a la entrevista. Manuel (padre) menciona que ha estado pensando en cada uno de sus hijos y acepta que ha sido muy duro y estricto con ellos, excepto con Lila a la cual considera que han consentido más. Racionaliza el distanciamiento que existe con sus hijos y lo atribuye a su responsabilidad de jefe de la familia. Todos le hacen ver que lo comprenden y le piden que comprenda. Rosa le pide su ayuda para que todo marche mejor. (160/90).

NOVENA ENTREVISTA (160/90).

Falta a la entrevista Manuel (padre). Rosa emerge manifestando que teme que al terminarse las entrevistas Manuel guarde represalias contra ella y todo vuelva a ser igual Manuel (hijo) opina que

su padre ha cambiado un poco en su manera de ser; Jaime reafirma lo anterior. Isabel y Lila tratan de calmar a Rosa. (160/90).

DECIMA ENTREVISTA. (160/90).

Acude toda la familia a la entrevista. Rosa expresa que ha habido muchos cambios en la familia y que esto ha servido para conocerse mejor, pero está preocupada porque teme que no sean definitivos. Manuel y Jaime se sienten tranquilos y optimistas. Lila se siente -- más responsable y ha crecido en el grupo. Isabel se siente menos rechazada por todos. Manuel (padre) menciona que tratará de cambiar más. (160/90).

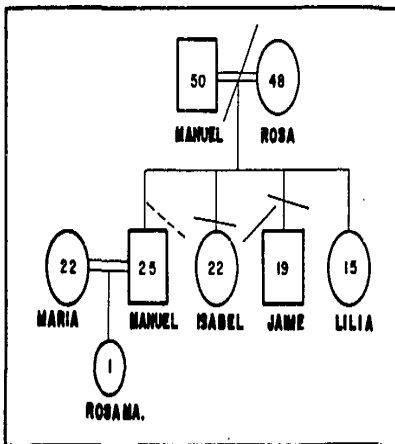
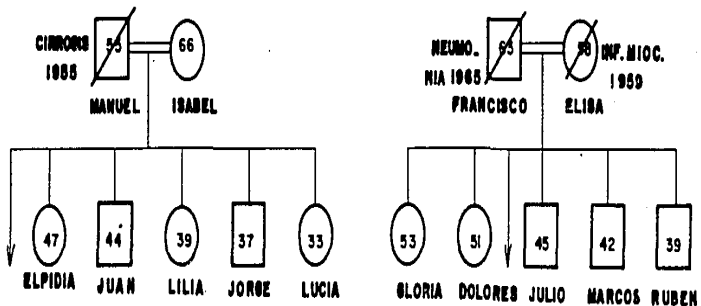
SINTESIS:

Se trata de una familia nuclear, urbana, obrera, -- integrada originaria del Estado de Querétaro, que fue captada en la Consulta Externa de la Clínica 20 a través de Rosa (que es la paciente identificada) y que aceptó entrar al proceso.

Es una familia a la cual le costó trabajo manifestar abiertamente sus conflictos, pero que finalmente lo logró. Fue bloqueada por la resistencia de Manuel (padre) que angustió demasiado a Rosa. Pienso que en esta familia eran necesarias más entrevistas, por lo que la -- retaleación de los conflictos fue incompleta.

FAMILIOGRAMA

FAMILIA RAMIREZ RAMIREZ



FAMILIA INFANTE - RODRIGUEZ

PRIMERA ENTREVISTA. (140/95)

Acude a la entrevista Doña María (hipertensa) con sus dos hijos: Maricela de 21 años que trabaja como obrera en la fábrica de Sabritas y Armando de 13 años que estudia el 3er. año de secundaria. Se realiza el familiograma y se especifica edad, ocupación, AHF y APP de cada uno. Se dá a conocer la intensionalidad e las entrevistas y el sentido de cooperación que se requerirá. (140/95)

SEGUNDA ENTREVISTA.(150/90)

Acude a la entrevista la familia completa. Se nota a Dona María angustiada y poco comunicativa, Maricela y Armando se no tan preocupados y a mitad de la entrevista emerge Maricela interrogando sobre el pronóstico de Doña María. Se alfa Armando y rompen con el curso de la entrevista. Doña María se angustia más y tiene ganas de llorar. Se aprovecha el momento para concientizarlos de la importancia que cada uno guarda en la génesis del padecimiento. Se les pide su opinión - al respecto notando la completa aceptación en cada uno de ellos. Maricela es la más flexible y analiza su rol de proveedora y no de hija. Ar--mando se muestra resistente al principio . Doña María afirma tener últimamente "muchos problemas" y desplaza su angustia en ellos. (150/90).

TERCERA ENTREVISTA. (150/90).

Acude a la entrevista Doña María y Maricela. Ar--mando no quiso ir. Se analizan los problemas que dice tener Doña María

Menciona en primer lugar la falta de compañero (esposo) argumentando la necesidad de un hombre que las cuide y vea por ellas, niega la necesidad de relaciones sexuales argumentando que ella ya vivió su vida y que ahora le preocupa sentirse sola. Como siguiente problema menciona el factor económico, se siente mal por no ayudar a aumentar los ingresos familiares y ser una carga para su hija. Por último menciona los pleitos entre Maricela y Armando y su posición como madre aunque sean hijos de diferentes padres. Maricela emerge en el aspecto económico y refiere que ella se siente contenta con su rol de proveedora pero le propone a su madre que realice alguna actividad que ella quiera para que no se aburra en la casa. Se les deja la tarea de traer las posibles soluciones a estos problemas para analizarlos en la próxima entrevista. (150/90).

CUARTA ENTREVISTA. (145/90).

Acude toda la familia a la entrevista. Maricela funge como líder del grupo y expone las soluciones a las que llegaron ellas dos. Se remontan a las crisis por las que ha pasado la familia. Doña -- María relata su vida desde los 19 años, cuando se encontraba con las -- obligaciones de 2a. ama de casa, ayudando a su madre (es la 2a. hija), su noviazgo con Felipe durante 6 meses, en el cual casi no se conocieron y como llegaron a tener relaciones sexuales en una de las cuales resultó embarazada de Maricela, hace hincapié en la edad que tenían; ella 20 años y el 17 años. Continúa en casa de sus abuelos maternos y después de 8 años de esperar a Felipe, tiene relaciones sexuales con un -- viudo de su pueblo, Alfonso, mucho mayor de edad que ella, argumentan

do que lo aceptó por que le ofrecía protección y matrimonio, lo cual - - no cumplió, saliendo embarazada de Armando. Concluye diciendo y aceptando que sus deseos sexuales los ha reprimido porque nunca ha dejado de querer a Felipe y no espera encontrar nada en otro hombre. (para -- este problema no encontraron solución). Para el problema económico Doña María emerge diciendo que va a tomar clases de corte y confección - que les imparten gratuitamente en el trabajo de Maricela y que piensan ahorrar para comprar una máquina de coser y hacer costuras en su domicilio (se muestra entusiasmada). Para el problema de las relaciones - entre Maricela y Armando, Maricela, le pide a Armando que olviden sus diferencias y se unan para ayudar a la mejoría de la enfermedad de su - madre. Armando emerge manifestando la preferencia que tiene su madre por Maricela y lo ejemplifica en la toma de esas decisiones y soluciones que han llevado sin tomarlo en cuenta. (se revela ante las dos). Maricela racionaliza su rol de líder y justifica su actitud mencionando que Armando es un niño que no se preocupa por los demás. Doña María, aclara la situación y se da cuenta que han desplazado a Armando, siempre - hasta el momento actual. (145/90).

QUINTA ENTREVISTA. 160/90).

Acude toda la familia a la entrevista. Se trabaja sobre el conflicto entre Maricela y Armando. Maricela piensa que su hermano está muy chico todavía para opinar y dar soluciones y además convive poco con ellas ya que cuando no está en la escuela, sale a jugar -- con sus amigos. Armando siente que lo hacen a un lado, que lo ven co-

mo un niño y lo tratan así; le molesta que su madre haga todo lo que dice Maricela aunque esté bien o mal. Doña María acepta lo anterior pero racionaliza diciendo que Maricela es la mayor y sobre todo que es la que los sostiene económicamente. Armando reclama cariño y atención a su madre lo cual es negado por ésta, diciendo que los quiere igual y que nada tiene que ver la diferencia entre los padres. Maricela interroga a su madre acerca de lo que sintió por ambos y sale a relucir el gran amor que sintió por Felipe y el deseosexual por Alfonso. Se analiza la relación que tiene con sus 2 hijos y se siente culpable de segregar a Armando. Armando manifiesta que después él fue el que se segregó y se refugió con sus amigos. (160/90).

SEXTA ENTREVISTA. (160/90)

Acude toda la familia a la entrevista. Se manifiesta los cambios que ha habido entre los dos hijos; Doña María sale a pasear los fines de semana con los dos, ha notado mayor comunicación entre ella y Armando, entre Maricela y Armando. Se aborda el noviazgo de Maricela con Joaquín que es compañero de trabajo y tiene 26 años. Doña María opina que es buen muchacho y que está de acuerdo con sus relaciones, pero se angustia al hacerla reflexionar sobre el matrimonio de ambos y la partida de Maricela del hogar. Maricela la tranquiliza diciéndole que nunca la desamparará económicamente y que esa va a ser la condición para casarse con Joaquín. Armando piensa que su hermana tiene derecho a ser feliz y a formar su propio hogar, toma la responsabilidad de su madre. (160/90).

SEPTIMA ENTREVISTA. (140/100)

Acude toda la familia a la entrevista. Ayer acudió Doña Marfa a su primera clase de corte y se le nota contenta y satisfecha. No ha habido disgustos, ni reclamos en toda la semana. Armando llega temprano a su casa. Se empiezan a tomar decisiones cuando están todos reunidos. Armando comenta que tiene problemas en la materia de Inglés y Maricela le ofrece pagarle un curso de Inglés, para que se regularice y pase año. Doña Marfa se siente mal por no haber hecho ninguna carrera y poder ayudar como en este momento a su hijo. Maricela también se siente mal por no haber podido estudiar y racionaliza diciéndole que no escatimará en nada para que salga su hermano adelante. Armando se siente comprometido pero asegura responder bien. (140/100).

OCTAVA ENTREVISTA. (140/80).

Acuden a la entrevista Maricela y Doña Marfa. Armando fue inscribirse a su clase de Inglés. Doña Marfa manifiesta sentirse muy bien, ha dejado de tener cefaleas y fatiga, ha bajado 4 kg. desde que se iniciaron las entrevistas. Maricela estuvo de acuerdo en salir a pasear el domingo con su novio mientras que su madre y Armando fueron a visitar a sus tños. Armando piensa estudiar Arquitectura y ha estado haciendo planes con su madre. Doña Marfa plantea el problema de la enfermedad de su madre que vive en Acámbaro, Gto., tiene deseos de estar a su lado y cuidarla en sus últimos días de vida, pero al mismo tiempo quiere estar con sus hijos y atenderlos y se encuentra en un dilema. Maricela le recuerda la forma como procedió su familia cuando su-

plieron que estaba embarazada de ella. Doña María llora y perdona a sus padres. Necesita ir a ver a su madre y sentir su cariño. Maricela quiere que vayan los 3 este fin de semana a Guanajuato, y así se lo plantearán a Armando. (140/80).

NOVENA ENTREVISTA. (130/80).

Acude toda la familia a la entrevista. Fueron los 3 a Guanajuato y visitaron a su abuela materna, la encontraron muy acabada y no tan grave como la había descrito su tío Fernando. Doña María -regresa tranquilizada y muy agradecida con sus hijos por la compañía, -manifiesta el sentido de cooperación y cercanía que se ha fomentado en los 3. Armando no conocía a su abuela ni el hogar de su madre y refiere que se sintió aceptado y bien tratado por toda la familia de su madre. Doña María notó a Maricela resentida con su abuela. Maricela afirma que sí está resentida y que por el momento no la puede perdonar. (130/80).

DECIMA ENTREVISTA. (120/80)

Acuden todos. Hay relajamiento en todos. Armando comienza a hablar del paseo del fin de semana; fueron a las pirámides -todo su grupo con el maestro de Historia y regresó contento y cansado. Maricela fue con su madre a ver las máquinas de coser y sacaron una en abonos. El domingo todos ayudaron a la limpieza del hogar y por la tarde fueron al cine. Doña María ha estado muy ocupada en las clases de -corte porque no le salen los trazos a la primera. Después de este ambiente de emergencia abierta, se inicia una leve depresión manifestada -

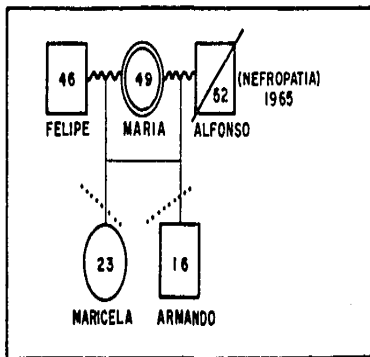
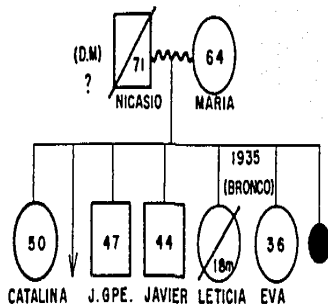
por el entrevistador. Todos sienten lo mismo y lo manifiestan en forma velada. Doña María está muy agradecida por lo que cambió y les pide a sus hijos continuar así. (120/80).

SINTEISIS:

Se trata de una familia obrera, urbana, semi-fnte - grada, tradicionalista, originaria del Estado de Guanajuato, que es captada en la consulta externa de la Clínica 20 por problema de HTASE. María se encontraba muy angustiada por sentirse sola y dependiente económicamente de su hija Maricela, imperaba en ella la ambivalencia en la toma de sus decisiones y la tendencia hacia la depresión. Maricela tomaba el rol de líder y ocupaba ocasionalmente el rol del padre ausente en cuanto a la dirección y educación de Armando. Armando había sido segregado por ambas y tenía vínculo rígido con Maricela. La familia expuso sus conflictos, los aceptó y los elaboró y terminó reestructurándose.

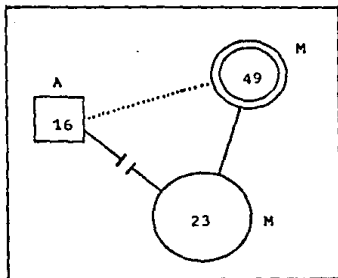
FAMILIOGRAMA
 FAMILIA INFANTE RODRIGUEZ

?



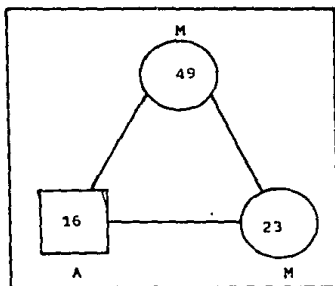
FAMILIA INFANTE - RODRIGUEZ

ENFOQUE SOCIODINAMICO



ESTADO PREVIO

Familia epileptoide, semiintegrada (ausencia del padre), con vínculo rígido en el subsistema fraterno por adopción del rol de líder y de proveedor por Maricela.



ESTADO ACTUAL

Flexibilidad familiar y aceptación de Armando por Maricela.

FAMILIA CHACON - CASTRO

PRIMERA ENTREVISTA: (170/100)

Lucfa en compaⁿfa de toda la familia expresa su deseo de platicar con sus hijos acerca de los problemas familiares que hay. Lizbeth (emergente) opina brevemente sobre las malas relaciones que -- hay entre todos. Julio manifiesta su preocupaci3n por la salud y el -- mal estado de Lucfa. Lucfa (portavoz) hace menci3n de dos problemas graves: el vnculo rfgido de ambos padres hacia Lizbeth y la inci-- piente drogadicci3n de Jos3 Julio. (170/100)

SEGUNDA ENTREVISTA: (160/100)

Lizbeth acusa a su padre de autoritario e incomprensivo hacia ^{4.} sus hijos. Relata algunos incidentes que demuestran la actitud autori-- taria de su padre durante su noviazgo con Jos3 que concluye, des -- pu3s de 2 aⁿos, con su matrimonio sin el consentimiento de su pa-- dre. Julio expresa preconceptos raciales para justificar su rechazo ha-- cia Jos3. Lucfa se alfa con Lizbeth y recalca la incomprensi3n de - Julio hacia ella tambi3n. Julio se defiende desde la posici3n de padre tradicional. (160/100)

TERCERA ENTREVISTA: (160/100)

Acude a la entrevista Jos3 (esposo de Lizbeth) y manifiesta el franco rechazo que ha sentido de parte de Julio desde su noviazgo - con Lizbeth. Julio cuestiona el motivo por el cual se casaron, a lo que Jos3 y Lizbeth se^ñalan como causa principal el amor que sentfan mutuamente..... Lizbeth acaba aceptando tambi3n que se sinti3 mo-

vida también por un sentimiento de rebeldía ante la manera de ser -
de su padre. (160/100)

CUARTA ENTREVISTA: (140/100)

Se aborda el problema de la drogadicción de José Julio. Julio -
hace incapié en la iniciación de fumar marihuana desde hace 6 meses
por José Julio y lo atribuye a las malas amistades que ha elegido és
te. José Julio hace alianza con Lizbeth y recalca la autoridad de su
padre " hasta para elegir a sus amigos" lo cual le molesta demasia-
do. Lucía defendiendo a José Julio menciona que desde hace 2 sema-
nas éste le ha prometido no fumar marihuana y que lo ha cumplido -
puesto que permanece en casa acompañándola y atendiéndola. Se le -
cuestiona a José Julio el motivo por el cual fuma marihuana y respon-
de que lo hacía para "revelarse ante la actitud de su padre". (140/100)

QUINTA ENTREVISTA: (140/95)

Karina y Marisol dan a conocer el vínculo claro que hay en-
tre la primera y sus padres y el vínculo difuso que hay entre la se-
gunda y sus padres. Se hace alusión por parte de Marisol de las au-
sencias de Lucía del hogar por largas temporadas al ir a visitar a
su familia al Edo. de México. Lucía explica que lo hace en aquellos
momentos en los cuales se acentúa el vínculo rígido entre ella y Ju-
lio y acepta que es un mecanismo de defensa adoptado por ella. Se
trabaja sobre el vínculo rígido entre Julio y Lucía, encontrando su o-
rígen desde hace 20 años cuando el padre de Lucía (Genaro) le pide
dinero prestado a Julio y éste hipotecó su casa para prestárselo, y
cómo termina perdiéndola por no pagarle a tiempo. Lucía defiende a -

su padre relatando que en aquella época su familia pasaba por una situación económica difícil. Julio menciona que a partir de entonces empezó a existir un vínculo rígido entre Lucía y él. (140/95)

SEXTA ENTREVISTA: (140/90)

Se sigue trabajando sobre el vínculo rígido entre Julio y Lucía y se expresan otros detalles que lo han reforzado como: los viajes de Lucía para ir a pasar días con su familia, la mala administración que hace Lucía del dinero, el consentimiento de Lucía hacia el matrimonio de Lizbeth, todo lo cual desagrada a Julio. (140/90)

SEPTIMA ENTREVISTA: (140/80)

Julio habla acerca de su sentimiento de autoridad atribuyéndolo a su vida pasada. Relata que durante su infancia y adolescencia casi no convivió con su familia ya que estudiaba en colegios religiosos en calidad de interno. A los 20 años inicia la carrera eclesiástica y es becado para continuar sus estudios en Italia, donde permanece 2 meses al cabo de los cuales regresa definitivamente a su hogar y abandona los estudios. Consigue trabajo en una compañía de materiales de construcción y 2 años después se casa con Lucía. (140/80)

OCTAVA ENTREVISTA: (140/80)

Lucía analiza su vínculo rígido con Lizbeth, posterior a su matrimonio, porque Lizbeth no acepta vivir cerca de sus padres y decide independizarse. Lizbeth racionaliza, la necesidad de su decisión y concluye que ha sido mejor así. (140/80)

NOVENA ENTREVISTA: (130/80)

Lucía manifiesta mejoría en su sintomatología ya que han de--

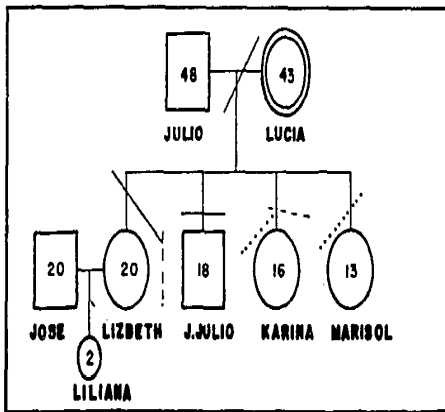
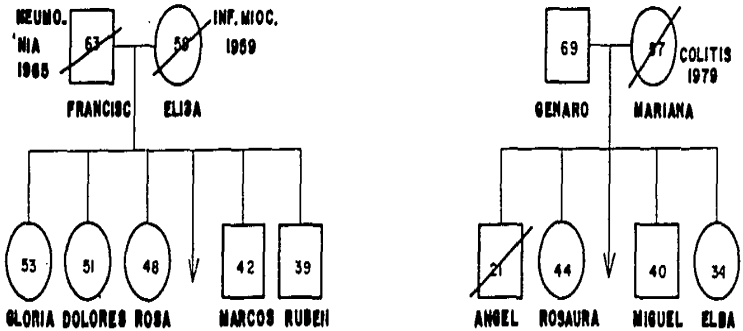
saparecido el insomnio y la ansiedad y se han espaciado las cefalcas y hace alusión a la forma en que ha ido retirando el uso del diazepam. Karina hace referencia de la preferencia de sus padres por Marisol y de cómo afecta ésto a José Julio, el cual reclama esta atención. (130/80)

DECIMA ENTREVISTA: (120/80)

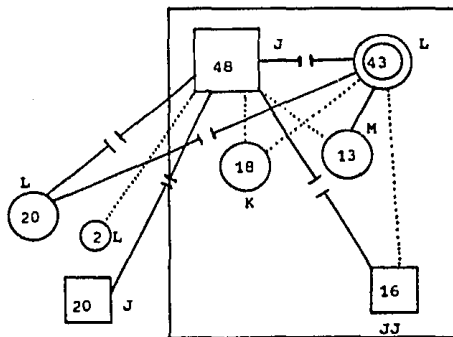
Lizbeth ha restablecido la comunicación con sus padres y José ha aceptado visitarlos con frecuencia y permitir que Liliana (su hija de 2 años) pase fines de semana con sus abuelos maternos. José Julio no siente deseos de volver a fumar marihuana y reafirma que lo hizo por rebelión. Julio se ha mostrado más flexible con todos. Lucía se siente tranquila y segura. (120/80)

SINTESIS: Se trata de una familia urbana, obrera, tradicional, que fué captada en crisis lo cual permitió que afloraran en las primeras entrevistas los conflictos. Hubo flexibilidad en los roles y disposición al cambio en todos sus integrantes. Se dió la proyección - in-troyección fácilmente y permitió una buena elaboración grupal que se tradujo por descenso progresivo de las cifras de tensión arterial y finalmente por armonía familiar'.

FAMILIOGRAMA
FAMILIA CHACON CASTRO

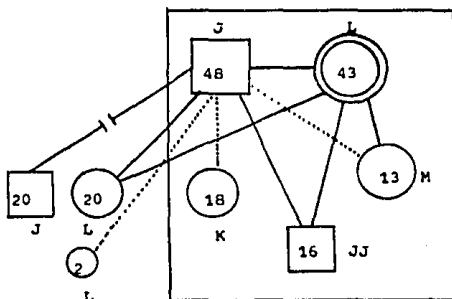


FAMILIA CHACON - CASTRO
 ENFOQUE SOCIODINAMICO



EDO. PREVIO

Familia esquizoide con vínculos rígidos en el sistema conyugal y del subsistema fraterno hacia el ejecutivo.



EDO. ACTUAL

Desaparición de los vínculos rígidos a excepción de la persistencia del vínculo rígido con José. Persisten -- los vínculos difusos con el subsistema fraterno femenino.

RESULTADOS Y ANALISIS

CLASIFICACION DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

VARIANTES	TIPOS Y FRECUENCIA		TOTALES
Ocupación	Obrera 8	Profesional 2	10
Desarrollo	Tradicional 9	Moderna 1	10
Integración	Integrada 8	Semi-int 2	10
Orígen	Urbana 7	Suburbana 3	10
Estructura	Nuclear 9	Compuesta 1	10

Cuadro No. 1

De acuerdo con los resultados obtenidos en relación al objetivo No. 1, encontramos que 8 familias fueron obreras y 2 profesionistas, - lo cual es explicado por el universo de trabajo que escogimos (familias derechohabientes). En cuanto al grado de desarrollo encontramos predominio de las familias tradicionalistas caracterizadas por la conser vación en gran medida de sus hábitos alimenticios, en reconocimiento de la autoridad formal hacia el padre, así como sus ideas morales y religiosas; dado que la familia obrera del D. F. generalmente inmigra de las diversas zonas del país, en fase posterior a la de matrimonio y a la de expansión. Esto en relación también con el origen de las familias donde predominaron las urbanas dado que pertenecieron a ese rango en el momento en que la familia fué sometida a estudio.

Por último relacionando la integración con la estructura familiar propiamente dicha, encontramos predominio de las integradas y de las nucleares, los cuales son datos que en nuestro estudio rompen con el preconcepto social de que la familia integrada y nuclear supuestamente es menos vulnerable a los conflictos.

ROLES JUGADOS POR EL PACIENTE IDENTIFICADO EN RELACION A SU GRUPO FAMILIAR.

ROLES	No. de P. I.
Padre	3
Madre	10
Depositario	9
Depositante	2
Dominado	7
Dominante	3
Emergente	2
Portavoz	10

Cuadro No. 2

En cuanto a los roles jugados por el paciente identificado en relación a su grupo, encontramos que todos fueron del sexo femenino y que asumieron su rol de madre, notándose que 2 pacientes de las familias desintegradas se encontraron con la necesidad de asumir el rol padre y en un caso hubo invasión del rol padre.

De acuerdo con Pichón-Riviere, el paciente identificado jugó el rol de depositario y sólo en un caso encontramos un rol refractario donde el paciente era al mismo tiempo depositario y depositante. En relación al rol de dominado que fué el que predominó hay concordancia con lo establecido por Ackerman en cuanto a la personalidad del paciente hipertenso y su relación antitética que mantiene con su am---

biente.

Muy relacionado con lo anterior estuvo el rol de portavoz que fué jugado por todos los pacientes identificados y sólo en 2 casos se jugó el rol de emergente.

TIPO Y FRECUENCIA DE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE
 LA PACIENTE IDENTIFICADA Y SU NUCLEO FAMILIAR.

P. I.	TIPO DE VINCULO		
	CLARO	DIFUSO	RIGIDO
Ana Marfa	2	2	2
Ana Rosa	0	0	4
Alicia	3	2	2
Concepción	0	5	1
Enedina	5	0	1
Ma. de Jesús	7	0	1
Ma. Luisa	0	5	0
Rosa	1	2	2
Marfa	0	2	0
Lucfa	2	1	2

Cuadro No. 2 Bis

De acuerdo con el objetivo No. 3, referente a roles y vincu-
 los, encontramos que en la totalidad de las 10 familias estudiadas, to-
 mando como eje al paciente identificado con el resto de sus familia--
 res, encontramos la existencia de 20 vínculos claros, 19 vínculos di-
 fusos y 15 vínculos rígidos; ésto en el interjuego de la totalidad de -
 los componentes de las 10 familias en relación a los 10 pacientes es-
 tudiados; pero en cuanto a la observación de la familia como grupo, -
 recalcamos que en 8 familias sí existió vínculo rígido, en 7 familias
 vínculo difuso y en 6 familias vínculo claro.

Convencionalmente es de esperarse que la existencia del vínculo rígido o del vínculo difuso pueden ser predominantemente patógenos, los cuales encontramos en todas las familias. En contraposición también registramos que en todas las familias se dan los vínculos claros, lo cual es concordante con el hecho de observación de que en las familias estudiadas se dan la formación de subgrupos con interposición entre ellos de un vínculo patógeno, pero en el centro de cada subgrupo, se puede dar la variedad de vínculos claros.

TIPO, NUMERO Y ORIGEN DEL O LOS CONFLICTOS DE LAS FAMILIAS SOMETIDAS A TRATAMIENTO CON DINAMICA FAM.

FAMILIA	NUM. Y ORIGEN DE CONFLICTOS	TIPO
HDEZ/ TERCERO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Miedo a la pérdida no superado, originado al casarse Blanca Estela hace 8 meses. 2) Adulterio de José Carmen desde hace 3 años. 3) Planteamiento de divorcio de Blanca Estela y Santos desde hace 3 meses. 4) Alcoholismo de Mario y Francisco desde hace 1 año. 	<p>Relación madre hija.</p> <p>Social.</p> <p>Relación madre hija.</p> <p>Social.</p>
HDEZ/ DGUEZ	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ante el vínculo rígido e insuficiente cariño entre los subsistemas ejecutivo y operativo, Gpe. y Silvia huyen del hogar. 2) Indiferenciación de los elementos en el -- subsistema ejecutivo, manifestado por --- HTASE en Andrés también. 	<p>Relación padres hijos.</p> <p>Sobrepotección de uno a otro cónyuge.</p>
REYES/ ALMANZA	<ol style="list-style-type: none"> 1) Deficiente comunicación interfamiliar desde la fase familiar de independencia. 2) Muerte súbita de Alfonso hace 6 años. 3) Prematrimonio de Rosario. 	<p>Relaciones familiares.</p> <p>Miedo a la pérdida.</p>
SANCHEZ/ FRANCO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Posterior a la histerectomía de Concepción ésta asume el rol de depositaria de los tabús sexuales de José. 2) Introyección de los problemas de la familia de origen de Concepción bloqueando la comunicación en su grupo familiar. 	<p>Cultural.</p> <p>Inadecuación de los roles interfamiliares del P.I.</p>
SANCHEZ/ CAMPOS	<ol style="list-style-type: none"> 1) Inexistencia de los límites en los roles familiares. 2) Alcoholismo de Alfredo. 3) Drogadicción de Guillermo. 	<p>Relaciones familiares.</p> <p>Social.</p>
MTZ/ VELEZ	<ol style="list-style-type: none"> 1) Escasa importancia en el subsistema ejecutivo hacia Ma. de Jesús. 2) Escaso aporte económico. 	<p>Inter-relaciones conyugales.</p> <p>Económico.</p>
MOYA/ PRIETO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Deficiente crecimiento familiar dado por una marcada sobreprotección entre todos. 2) Gran angustia ante el prematrimonio de Antonio. 	<p>Inter-relación grupal.</p> <p>Miedo a la pérdida.</p>

* Los conflictos se consignaron en orden cronológico de acuerdo con la historia de cada familia.

FAMILIA	NUM. Y ORIGEN DE CONFLICTOS	TIPO
RAMIREZ/ RAMIREZ	<ol style="list-style-type: none"> 1) Regresión y proyección de las fantasmas - pasadas de Rosa hacia Isabel, posteriores al embarazo de esta última. 2) Autoestima baja escudada con la economía familiar deficiente, posterior a su matrimonio. 	Transferencia negativa en la relación M-H Autoestima baja.
INFANTE/ RGUEZ	<ol style="list-style-type: none"> 1) Esquema conceptual referencial operativo rígido de Marfa a través del cual se escuda ante su conducta ambivalente, provocando una dependencia económica y un vínculo rígido entre Armando y Maricela. 	Cultural y de inter-relaciones familiares.
CHACON/ CASTRO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Deficiente comunicación entre Lucía y Julio posterior a problemas económicos con la familia de origen de Lucía. 2) Posterior al noviazgo y matrimonio de Elizabeth hay ruptura en la comunicación grupal y establecimiento de subgrupos familiares. 3) Drogadicción de José Julio. 	Inter-relaciones sociales, Inter-relaciones sociales, Social.

Cuadro No. 3 y 4

Es de hacerse notar que de acuerdo con el fin perseguido en nuestros objetivos 3 y 4 consistentes en determinar el número, origen y tipo de los conflictos en las familias estudiadas, encontramos que el número y origen de los conflictos fueron expresados por los grupos en los diferentes momentos del proceso y que generalmente fueron dados en forma explícita, esto es, la "demanda aparente". En momentos posteriores de una manera implícita las familias presentaron el fondo de los problemas, esto es, la "demanda real".

También hay que mencionar que el encuadre sobre el tipo de conflictos que le dimos a cada uno de los problemas familiares, se dio en relación con el predominio del enfoque familiar; situación que

reconocemos no fué del todo absoluta, sino que esto va vinculado en el aspecto social, psicológico y biológico.

Encontramos que en las 10 familias uno era el problema principal y desencadenante de otros subsecuentes relatados en el cuadro, - esto relacionado con el estilo particular de percepción familiar, umbral para su detección, capacidad de "insight", situación y campo de cada familia.

ROLL DE LA ENFERMEDAD EN EL NUCLEO FAMILIAR.

FAMILIA	ROLL DE LA ENFERMEDAD
Hdez/Tercero	Instrumento para aislar y mostrar indiferencia de parte del grupo hacia la P. I.
Hdez/Dguez	Hecho por el cual es alejada la P. I. del núcleo familiar.
Reyes/Almanza	Mecanismo de unión y comunicación entre la P. I. y su familia.
Sánchez/Franco	Generadora de sentimientos de ambivalencia manifestados por aceptación - rechazo del grupo hacia la P. I.
Sánchez/Campos	Vía para manipular al grupo familiar.
Mtz/Velez	Proceso para la búsqueda de ayuda hacia el grupo y posibilidad de expresión de los conflictos - hacia el cónyuge.
Moya/Prieto	Factor inquietante para la sobreatención de la <u>fa</u> milia hacia la P. I.
Ramfrez/Ramfrez	Medio amortiguador y facilitador de la comunicación familiar.
Infante/Rguez	Como defensa ante el ataque exacerbado ante <u>pro</u> blemas familiares.
Chacón/Castro	Mecanismo de evitación de la problemática familiar y formación de subgrupos familiares.

Cuadro No. 5

Podemos observar en este cuadro como la enfermedad sirve - de instrumento al grupo para en un momento dado expresar, equilibrar o demandar, ante una situación determinada.

Es indudable que este roll jugado de la enfermedad es muy - significativo, ya que viene a movilizar y modificar la estructura fa--

miliar.

Ya que en las 10 familias estudiadas el paciente identificado surge como portavoz de las ansiedades y temores del grupo, de tal manera que en un momento determinado pasa a ser el elemento más fuerte del grupo y de alguna forma para pedir ayuda, en un intento de resolver los conflictos, manifestando una sintomatología que en este caso es la HTASE, explicado como una señal de alarma ante la imposibilidad de poder continuar manteniendo el equilibrio grupal.

CORRELACION CRONOLOGICA ENTRE SINTOMATOLOGIA DE HTASE Y SURGIMIENTO O EXACERBACION DE LOS CONFLICTOS.

FAMILIA	SIMULTANEAMENTE	CONFLICTO Y POST. HTASE	NO SE ENCONTRO
Hdez/ Tercero	X		
Hdez/ Dguez			X
Reyes/ Almanza		X	
Sánchez/ Franco		X	
Sánchez/ Campos			X
Mtz/ Velez		X	
Moya/ Prieto		X	
Ramfrez/ Ramfrez	X		
Infante/ Rguez	X		
Chacón/ Castro		X	

Cuadro No. 6

Analizando el cuadro anterior podemos observar, que sí existe estrecha relación entre un conflicto existente en el núcleo familiar y la aparición o exacerbación de la sintomatología de HTASE. En el

80% de las familias se presentó elevación en sus cifras tensionales al surgir un conflicto que permanecía latente, sin que haya sido elaborado por el grupo.

Por otro lado, en el 20% restante, no encontramos dicha relación en estos grupos familiares, observamos que existían otros depositarios grupales, lo que equivale a la depositación en el portavoz y -- después un desplazamiento (descarga) de éste hacia otros miembros familiares.

MECANISMOS DE DEFENSA UTILIZADOS SEGUN
FRECUENCIA POR LAS FAMILIAS EN ESTUDIO.

FAMILIA	SEGREGACION	AGLUTINACION
HERNANDEZ/ TERCERO.	1	
HERNANDEZ/ DOMINGUEZ.	1	
REYES/ ALMANZA.		1
SANCHEZ/ FRANCO.	1	
SANCHEZ/ CAMPOS.		1
MARTINEZ/ VELEZ.	1	
MOYA/ PRIETO.		1
RAMIREZ/ RAMIREZ.		1
INFANTE/ RODRIGUEZ.		1
CHACÓN/ CASTRO.	1	

Cuadro No. 7

De acuerdo con el último objetivo trazado en este estudio, encontramos que las familias como grupo, utilizan en la práctica - ambos mecanismos de defensa, pero cómo que sí existe un predominio marcado por la utilización preferente de uno de ellos según el estilo y tipo de familia.

Así observamos en el cuadro anterior que cinco familias - de las estudiadas tenían preferencia por la segregación y las cinco restantes por la aglutinación.

TIPO Y CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGUN

M. MIKOVSKA.

MECANISMOS DE DEFENSA TIPO DE FAMILIA	AGLUTINACION	SEGREGACION	Total
EZQUIZOIDE	0	5	5
EPILEPTOIDE	5	0	5
Total	5	5	10

Cuadro No. 7 Bis.

De acuerdo a la clasificación de M. Mikovska, podemos demostrar que los mecanismos de defensa más utilizados por el grupo, corresponde al tipo y estilo de familia, según la terminología de Ezquizoide y Epileptoide, respectivamente.

RESULTADOS DE PACIENTES CON HTASE Y DINAMICA FAMILIAR

ANTES Y DESPUES DE LA TERAPIA

Cuadro 8

PACIENTE IDENTIFICADA		TOMA I	TOMA II	TOMA III	TOMA IV	TOMA V	TOMA VI	TOMA VII	TOMA VIII	TOMA IX	TOMA X
ANA MA.	A	140/100	130/90	140/95	140/95	140/95	140/100	140/95	140/95	140/90	140/90
(1)	D	140/110	130/90	140/100	140/95	140/95	140/100	140/100	140/95	140/90	140/90
ALICIA	A	150/100	150/100	150/100	150/90	140/90	150/100	140/90	140/100	130/90	130/80
(2)	D	150/100	150/100	150/100	150/90	150/105	140/90	140/90	130/90	130/90	130/80
ANA ROSA	A	150/110	140/100	140/100	140/95	140/95	130/90	140/105	130/90	130/90	130/90
(3)	D	140/100	140/100	140/95	140/95	130/90	140/100	130/90	130/90	130/90	130/90
CONCEPCION	A	140/100	140/100	130/90	130/90	130/90	130/90	130/90	130/90	130/90	130/90
(4)	D	140/100	140/100	130/90	130/90	130/90	130/90	130/90	130/90	130/90	130/90
ENEDINA	A	140/110	150/100	140/100	150/100	140/110	150/110	140/110	150/100	140/110	140/110
(5)	D	140/110	150/100	140/100	150/100	140/110	150/110	140/110	150/100	140/110	140/110
MA. JESUS	A	160/130	160/120	160/120	150/120	150/110	140/110	130/95	120/90	120/95	110/90
(6)	D	160/130	160/120	160/120	150/120	150/110	140/110	130/95	120/90	120/95	110/90
MA. LUISA	A	120/110	120/110	120/110	120/110	120/110	120/110	120/95	120/90	120/90	120/90
(7)	D	120/110	120/110	120/110	120/110	120/110	120/110	120/95	120/90	120/90	120/90
ROSA	A	140/95	150/100	160/100	160/100	150/95	140/95	140/95	160/90	160/90	160/90
(8)	D	140/95	150/100	160/100	160/100	150/95	140/95	140/95	160/90	160/90	160/90
MARIA	A	140/95	150/90	150/90	145/90	160/90	160/90	140/90	140/80	130/80	130/80
(9)	D	140/95	150/90	150/90	145/90	160/90	160/90	140/90	140/80	130/80	130/80
LUCIA	A	170/100	160/100	160/100	140/100	140/95	140/90	130/90	140/80	130/80	130/80
(10)	D	170/100	160/100	160/100	140/100	140/95	140/90	130/90	140/80	130/80	130/80
PROMEDIO		144/105	145/101	145/100	142/94	137/94	140/98	134/95	136/89	133/90	132/89

- 1'- En la familia Hernández Tercero, las cifras tensionales de Ana María en el inicio del estudio fueron altas, bajando en la segunda entrevista, para volver aumentar al final de la tercer entrevista donde se explicita el adulterio de José Carmen, y el alcoholismo de Mario y Francisco, posteriormente se mantiene constante con tendencia a elevarse sobre todo en la VII entrevista cuando se plantea el hecho de trabajar por separado con la familia en estudio y la de B. Estela. Manifestandose una gran angustia por parte de la Sra. Ana María (explicado por el miedo no superado originado al desprendimiento de B. Estela de la familia). Con tendencia posterior a mejorar las relaciones interfamiliares, disminución del alcoholismo y mejoría en la sintomatología hipertensiva, expresado en parte por las cifras tensionales bajas.
2. - En la familia Reyes Almanza el paciente identificado es la Sra. Alicia que permanece con sus cifras tensionales elevadas en las 3 primeras entrevistas en las que se hace una interpretación de la sintomatología hipertensiva en la cuarta disminuya para elevarse en la quinta entrevista donde se trabaja la muerte del padre hace 6 años, hecho que provoca angustia en el grupo, sobre todo en Alicia, que persiste hasta la fecha con un sentimiento de duelo, miedo no superado a la perdida no superado. En la sexta entrevista Alicia se presenta muy inquieta, con cefalea intensa y en el transcurso del proceso surgieron varios emergentes logrando la elaboración del conflicto anterior y la retaliación de los miembros, disminuyendo así la Tensión Arterial.
- En la octava entrevista se dejó al grupo trabajar con cierta libertad ya

que anteriormente se habla manejado mucha angustia, por lo que en esta ocasion la T.A. disminuy6, para permanecer dentro de los lfmities normales.

3. - En esta familia Hernandez Dominguez, Ana Rosa persiste con cifras tensionales altas mäs o menos estables hasta la V-VI y VII entrevistas en las que se nota respectivamente una fluctuaci6n en las cifras, correspondiendo a los momentos en que se trabaja con el problema Guadalupe - Silvia con sus padres. El desplazamiento de la sintomatologia y angustia de Ana Rosa a su esposo (Andres) Y el sentimiento ambivalente de Ana Rosa hacia Victor M. al querer rectificar su conducta anterior para con sus hijas. Al explicitarse dichos problemas con su respectiva elaboraci6n la Tensi6n Arterial disminuye a partir de la s6ptima entrevista, y cada quien acepta su parte del conflicto.
4. - Cabe hacer menci6n que durante las dos primeras entrevistas, habfa cifras altas y que en las ocho restantes, cifras dentro de lfmities normales. No encontramos relaci6n entre T. A. y entrevista, a pesar de que durante todo el proceso hubo cambios importantes sobre todo en la cuarta entrevista. Sin embargo como ya sealamos anteriormente, por una parte se repercuti6 en forma favorable las cifras tensionales en PI y de manera explicita con cambios significativos en el grupo, forma estructurada y dinämica al final del proceso.
5. - Podemos sealar que la T.A. tomada a Enequina Campos de entrada y salida fue la misma. Mäs sin embargo, encontramos de alguna forma, muy relacionada, la T.A. y los conflictos, de tal manera que en esta familia

y a través de las entrevistas la P. I. elevó su presión arterial, ante eventos importantes que se desarrollaron, sobre todo en 4 entrevistas, lo que explica que si hay relación entre conflicto, ansiedad y aumento de la T. A. en P. I.

6. - Concerniente a la Tensión Arterial de Ma. de Jesús Velez, vemos un claro desenso desde la primera sesión hasta la sexta, simultáneamente con el hecho de que durante estas entrevistas, la paciente identificada realizó una serie de señalamientos hacia el grupo, mismos que fueron introyectados, provocando cambios en la relación, persistentes hasta el final de las entrevistas.

En la octava y novena entrevistas, observamos una elevación de la tensión arterial diastólica, leve, posterior a un toque familiar de la problemática simbólica de la demanda aparente (HTASE) y desenso posterior con elaboración grupal de la misma manifestando en la última entrevista.

7. - En relación a las cifras tensionales de Ma. Luisa Prieto, obtenidas durante el proceso terapéutico, señalamos que la Tensión Arterial hasta la sexta entrevista estuvo estabilizada, y no es sino hasta la 7, 8 y 9 en que sufren un desenso significativo, lo que es concordante con lo descrito en cada entrevista, donde, de la primera a la sexta, vemos una serie de bloqueos, miedo al toque de la problemática, etc y no es sino hasta las subsiguientes (7, 8 y 9) donde se tocan los problemas y se inicia la retaleación y a la vez detectamos los desensos de la T. A.

8. - En la familia Ramírez Ramírez se inició la primera entrevista con una

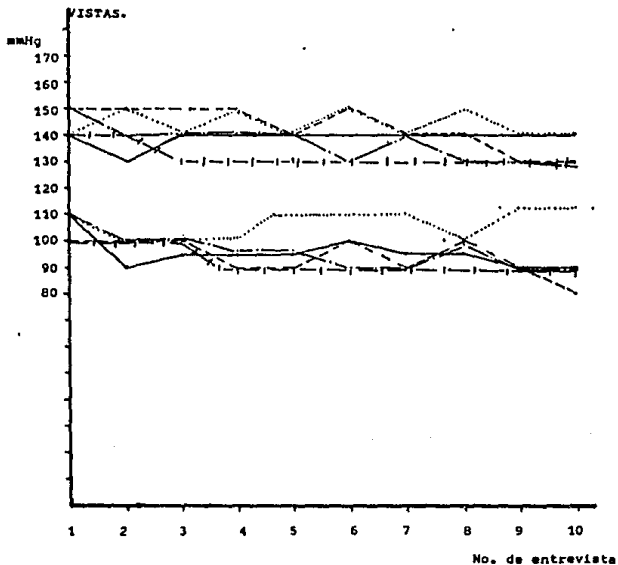
T.A. de 140/95, durante la 2, 3 y 4 entrevistas se elevó hasta 160/100 debido al abordaje de los conflictos más importantes para la familia: vínculo rígido entre padres e hijos, vínculo rígido entre los conyuges, embarazo de la hija; posteriormente en la 5, 6 y 7 entrevistas desciende hasta la cifra inicial (140/95) coincidiendo con cambios en la familia; por último en la 8, 9 y 10 entrevistas vuelve a elevarse la T.A. porque persiste la resistencia al cambio de Manuel y la PI revela el medo que siente hacia las posibles represalias de su esposo.

9. - En la familia Infante Rodríguez se inicia la primera entrevista con una T.A. de 140/95, después en la 2 y 3 entrevistas se elevan las cifras ya que es cuando se explicitan los conflictos familiares hasta 150/90 y en la 4 entrevista desciende a la cifra inicial coincidiendo con las soluciones que la misma familia buscó, en la 5 y 6 entrevistas vuelve a elevarse porque persiste el vínculo rígido entre ambos hermanos y se sigue analizando el conflicto; a partir de la 7 entrevista hasta la 10 descendió progresivamente hasta llegar a una T.A. de 120/80 explicando esto porque la paciente inició sus clases de corte, fue a su pueblo de origen y hubo más distracción y paseos en la familia.
10. - En la familia Chacón Chaves se inició la primera entrevista con una T.A. de 170/100 ya que la familia se encontraba en crisis pero a partir de la 2 entrevista hasta la 10 entrevista se registró un descenso progresivo que terminó en una T.A. de 120/80. No hubo exacerbaciones porque se explicitaron los conflictos desde la entrevista y la familia mostró flexibilidad en sus roles y disposición al cambio que lograron finalmente.

GRUPO B. PACIENTES CON HTASE. MEDICAMENTOS, CIFRAS TENSIONALES (DECUBITO) Y EFECTOS COLATERALES

PACIENTE CONTROL.	TOMA I	TOMA II	TOMA III	TOMA IV	TOMA V	TOMA VI	TOMA VII	TOMA VIII	TOMA IX	TOMA X	MEDICAMENTOS	EFECTO COLATERAL.
C.F.	170/100	170/110	160/100	170/110	140/90	150/90	140/80	150/95	130/90	130/90	ALFA M. DOPA y FUROSEM.	----
T.L.	140/100	130/90	140/120	160/120	150/100	140/90	140/90	130/90	130/90	130/90	ALFA M. DOPA y TIAZIDA	----
B.H.	150/100	140/95	140/90	140/90	150/100	150/100	150/100	140/95	140/95	140/95	ALFA M. TIAZIDA	----
H.M.	170/105	150/100	170/110	140/90	140/90	140/90	180/120	180/120	180/120	180/120	ALFA M. FUROSEM.	LIPOTIMIA.
V.L.	130/90	140/95	130/90	130/90	130/90	140/95	140/90	130/90	130/90	130/90	ALFA M. DOPA	----
G.B.	130/90	130/90	140/100	150/100	150/110	140/100	140/100	130/90	140/100	130/90	ALFA M. FUROSEM.	NAUSEA
M.E.	150/100	150/100	160/110	160/110	140/100	140/95	130/90	140/100	130/90	140/90	ALFA M. TIAZIDA	SOMNOLENCIA.
M.G.	140/100	130/90	130/90	140/100	150/110	150/110	140/100	140/95	140/95	140/100	ALFA M. FUROSEM.	LIPOTIMIA.
A.S.	160/110	160/100	150/100	150/100	140/90	140/90	120/80	120/80	120/80	130/90	ALFA M. DIAZEP.	----
F.E.	140/100	130/90	140/100	140/100	140/100	160/120	150/110	140/100	130/90	140/90	ALFA M. DOPA	----
PROMEDIO.	148/99	143/96	146/100	148/102	143/98	145/97	136/96	140/95	137/90	139/94		

GRAFICA 1.- TENSION ARTERIAL DE PACIENTES EN DECUBITO CON HTASE, TRATADOS CON DINAMICA FAMILIAR ANTES DE LAS ENTREVISTAS.

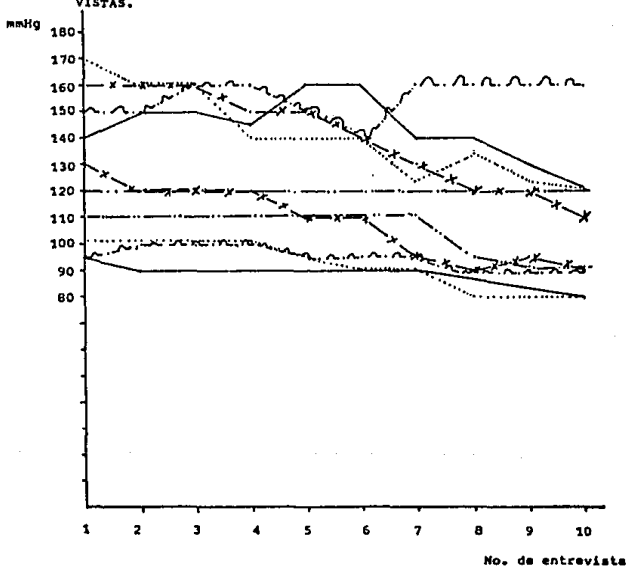


SIMBOLOGIA

- Ana María Tercero ———
- Alicia Almanza - - - - -
- Ana Rosa Domínguez - · - · -
- Concepción Franco - - - - -
- Enedina Campos ·····

Escala: 10 mmHg = 8 mm

CONT. GRAFICA 1.- TENSION ARTERIAL DE PACIENTES EN DECUBITO
 CON HTASE, TRATADOS CON DINAMICA FAMILIAR ANTES DE LAS ENTREVISTAS.

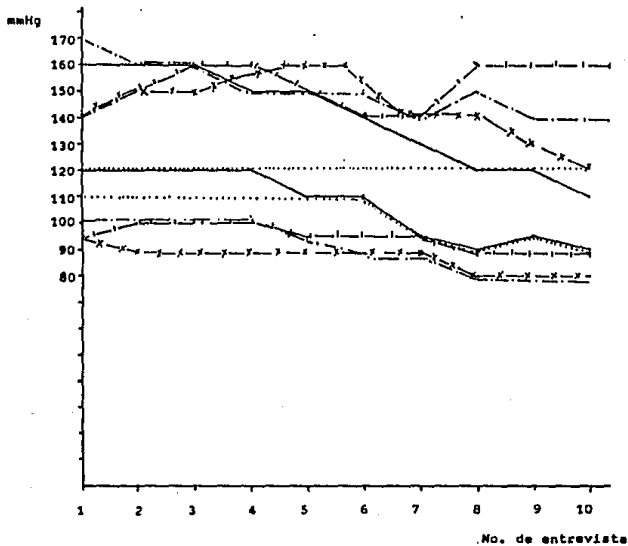


SIMBOLOGIA

Ma. de Jesús Velez -x-x-
 Ma. Luisa Prieto ———
 Rosa Ramírez
 Ma. Rodríguez ———
 Lucía Chacón

Escala: 10 mmHg = 8 mm

GRAFICA 2.- CIFRAS TENSIONALES DE PACIENTES EN DECUBITO CON HTASE, TRATADOS CON DINAMICA FAMILIAR DESPUES DE LAS ENTREVISTAS.



SIMBOLOGIA

Ana María Tercero ———

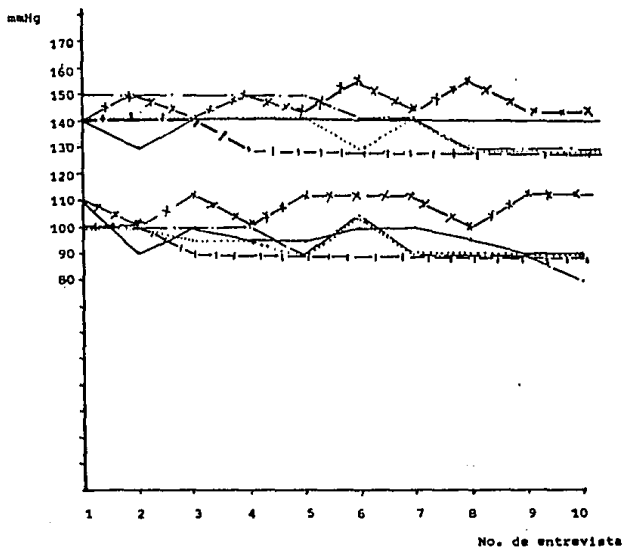
Alicia Alenza - - - - -

Ana Rosa Domínguez
 Concepción Franco - / - / -

Enedina Campos —X—X

Escala: 10 mmHg = 8 mm

CONT. GRAFICA 2.- CIFRAS TENSIONALES DE PACIENTES EN DECUBITO CON HTASE, TRATADOS CON DINAMICA FAMILIAR DESPUES DE LAS ENTREVISTAS.

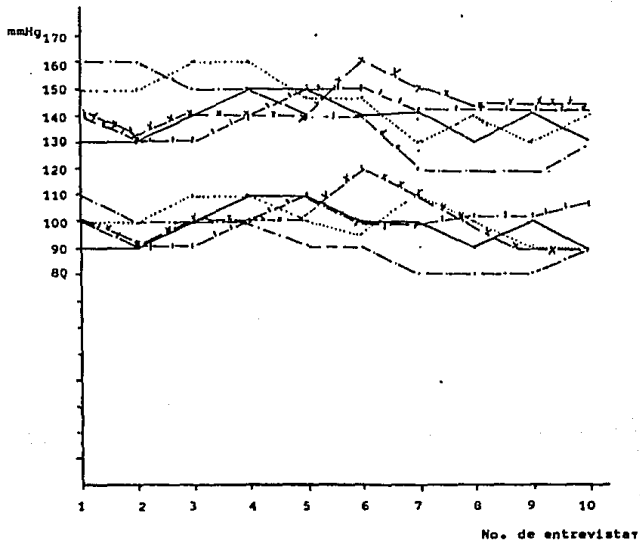


SIMBOLOGIA

Ma. de Jesús Velez ———
 Ma. Luisa Prieto
 Rosa Ramírez -|-|-
 Ma. Rodríguez -x-x-
 Lucía Chacón -.-.-

Escala: 10 mmHg = 8 mm

GRAFICA 3.- CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES EN DECUBITO CON HTASE, TRATADOS CON MEDICAMENTOS.



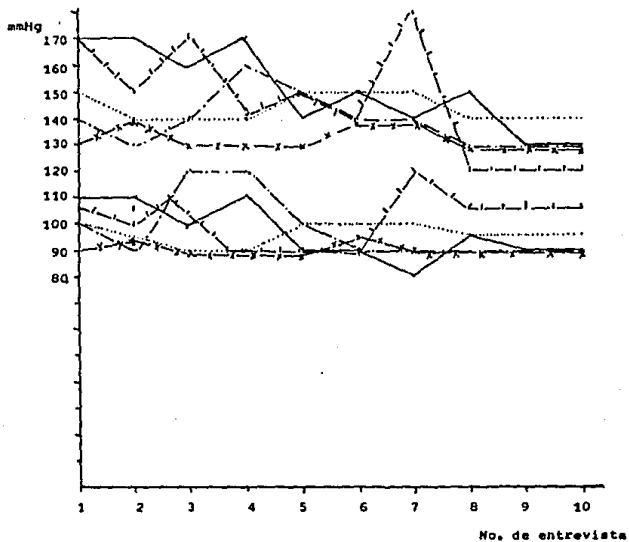
SIMBOLOGIA

Felisa Cruz	—
Leobarda Trujillo	- - - -
Herminia Bautista
Margarita Hernández	- -
Luisa Vázquez	- x - x -

Escala: 10 mmHg = 8 mm

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONT. GRAFICA 3.- CIFRAS TENSIONALES DE PACIENTES EN DECUBITO
CON HTASE, TRATADOS CON MEDICAMENTOS.

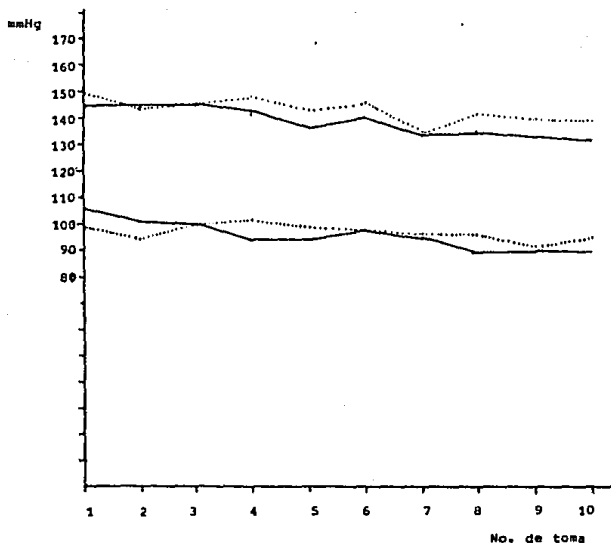


SIMBOLOGIA

Bertha Gutiérrez ———
Elsa Morales ······
Guadalupe Méndez - / - /
Silvia Alcántara - - - -
Eugenia Fonseca - x - x

Escala: 10 mmHg = 8 mm

GRAFICA 4.- CIFRAS TENSIONALES PROMEDIO DE PACIENTES EN DE-
CUBITO CON HTASE, TRATADOS CON DINAMICA FAMILIAR (GRUPO A)
Y TRATADOS CON MEDICAMENTOS (GRUPO B).



SIMBOLOGIA

GRUPO A ———

GRUPO B

Escala: 10 mmHg = 8 mm

CONCLUSIONES

Una vez presentados y analizados, en cierto modo los datos obtenidos según los objetivos trazados, lo procedente es ver en que medida estos últimos apoyan o refutan el planteamiento de nuestras hipótesis:

La primera afirmación dada como supuesto verdadero en donde asentamos que el paciente hipertenso es el depositario de las proyecciones masivas de su grupo familiar es apoyado por lo especificado en el cuadro núm. 2, en donde encontramos que este rol fue jugado por 9 de los 10 pacientes estudiados. Entendiendo que este rol implica el hacerse cargo de las proyecciones masivas (angustia) del grupo y de él mismo.

En la subsecuente afirmación relativa a que el paciente hipertenso, juega un rol necesitado por el grupo, se relaciona con lo arriba mencionado, además de los datos referidos en el mismo cuadro núm. 2, en donde asentamos que el portavoz de las angustias grupales fue el paciente hipertenso en los 10 casos estudiados. Corroboramos esto con el análisis en el cuadro núm. 6 en el que encontramos que en 8 de las diez familias el único enfermo era el paciente hipertenso, ya que en las dos familias restantes (Hernández Domínguez y Sánchez Campos), por el hecho que existían otros miembros que surgían como depositarios permitían amortiguar la sintomatología de nuestro paciente hipertenso.

En lo relativo, a que la angustia, se exterioriza a través de la HTASE encontramos apoyo en el mismo cuadro núm. 6, en donde tomando como sistema a la familia, inmersa en un proceso de interrelaciones, encontramos que en 3 familias surge simultáneamente el conflicto con la sintomatología, en 5 primero el conflicto y como suceso inmediato la sintomatología y en 2 más, no se encontró esta correlación, explicado por los motivos expuestos en el párrafo anterior.

En seguida, planteamos que la HTASE surge como respuesta amortiguadora de los conflictos intergrupales y del paciente mismo. Correlacionando esto con los datos encontrados en los cuadros número 5 y 6 respectivamente, en donde vemos que la HTASE juega un rol específico dentro del grupo, produciendo una conducta defensiva grupal, caracterizada por un rechazo o sobreprotección del paciente identificado, como respuesta estereotipada, estabilizadora ante lo amenazante o peligroso, produciendo una disociación más acentuada de la realidad.

En la segunda hipótesis, en que planteamos la reataleación proyectiva e introyectiva de los conflictos por los miembros familiares y el paciente identificado, podemos referirnos al cuadro 3-4 en donde exponemos una serie de conflictos familiares, los cuales pudieron ser elaborados mediante la dinámica familiar, mostrando claramente en el análisis del cuadro núm. 8, la relación de las cifras tensionales elevadas durante el proceso de las entrevistas y la explicitación de los conflictos.

Basados en los cuadros anteriormente citados concluimos que en 8 familias, descendieron las cifras tensionales de las pacientes identificadas con las 10 entrevistas de Dinámica Familiar que se realizaron. Una familia (Sánchez/Campos) permaneció sin cambios y en otra (Ramírez/Ramírez) la T. A. se disparó en forma importante.

Por todo lo señalado anteriormente, además de las cifras promedio de la T. A. obtenidas al inicio y al final del proceso, señaladas en el cuadro 8, según número de toma, afirmamos que esta segunda parte de nuestra hipótesis se ha comprobado.

En lo relativo al Grupo "B" de control, manejado a base medicamentos, encontramos también una franca disminución en las cifras tensionales más o menos persistentes en casi todas las pacientes, excepto en 3 en que las cifras permanecieron ligeramente elevadas a pesar de haber aumentado la dosis en los medicamentos con que fueron manejados, 2 de estas pacientes presentaron efectos colaterales de mediana intensidad. En relación con la cifra promedio de la T. A. (cuadro núm. 9) encontramos también una disminución desde el inicio al final del control.

En síntesis, podemos concluir que en el presente estudio hemos realizado la aplicación de una técnica parcialmente conocida en nuestro medio, como proceso diagnóstico-terapéutico con la HTASE obteniéndose resultados satisfactorios en las condiciones en que fue realizado, esto es, con todas las limitantes inherentes a una planeación, co

mo son: limitantes institucionales, de medición, de cálculo y personales; aún así creemos que el presente estudio y la técnica están sujetos al análisis y crítica para una mayor apertura del conocimiento sobre estos hechos, mencionándose por lo pronto como replanteamiento de problemas la observación de las familias en un plazo posterior, de su dinamismo, persistencia de cambios y repercusiones de este proceso en relación con las cifras tensionales presentadas por los diferentes protagonistas en un futuro; por otro lado creemos conveniente la repetición de este estudio con una muestra más amplia, con el mismo control de variables aquí contemplados y por períodos de observación más prolongados.

Una situación que no fue contemplada en nuestra hipótesis, ni objetivos, pero implícita dentro de la metodología, es lo concerniente a la relación Médico-Familia, que a consenso de todos los involucrados en el proceso podemos afirmar que fue una experiencia gratificante, tanto para la familia como para el terapeuta, interrelación cargada de humanismo, reencuentro del hombre como ser total en sus 3 áreas de expresión, estos es, un individuo que piensa, siente y vive en interrelación con otros de su misma escala en un tiempo y espacio dados, en busca de la concordancia de las mismas.

BIBLIOGRAFIA BASICA.

- 1.- CECIL LOEB, Tratado de Medicina Interna, Editorial Interamericana, 14a. ed., 1977.
- 2.- COMITE DE EXPERTOS DE LA O.M.S., Hipertensión Arterial, Informe 628, págs. 3-61, Suiza 1978.
- 3.- HARRISON B., Medicina Interna, Editorial Prensa -- Médica Mexicana, 4a. ed. México 1977.
- 4.- VILLARREAL H.G., Hipertensión Arterial, Revista de la Facultad de Medicina Méx. XIX (19) No. 3, págs,6-32, 1976.
- 5.- ESPINO VELA J., Tratado de Cardiología, Editorial- Interamericana, 7a. ed. México 1979.
- 6.- ENGELS F., El Orígen de la familia, la Propiedad -- Privada y el Estado, Editorial Progreso, 4 ed. 1978.
- 7.- LEVI-STRAUSS C., La Familia, Editorial Fondo de Cultura Económica, págs 363 - 387, México 1975.
- 8.- LEÑERO, L., La Familia, Editorial ANUIES, 1a. ed. - México 1976.

- 9.- ACKERMAN W.N., Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares, Vol. 2, Editorial Paidós, 6 ed. - 1978.
- 10.- BLEGER J., Psicología de la Conducta, Editorial - Paidós, 7a. ed, 1977.
- 11.- BLEGER J., Temas de Psicología (Entrevista y Grupos), Editorial Nueva Visión, 8a. ed. Buenos Aires - 1978.
- 12.- MINUCHIN, S., Familia y Terapia Familiar, Editoria Granica 1978.
- 13.- BERNARD MALHIOT, Dinámica y Génesis de Grupo, Editorial Biblioteca Marova del Estudio del Hombre, 3a. - ed. 1975.
- 14.- PICHON RIVIERE E., El Proceso Grupal " Del Psicoanálisis a la Psicología Grupal " (1), Editorial Nueva - Visión, 4a. ed., 1978.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- 1.- ACKERMAN, N.W., "Grupoterapia de la Familia ", Ediciones Hormé, 1976.
- 2.- BAUMGARDNER/PERLS, " Terapia Gestalf ", Editorial Concepto, 1a. ed. 1978
- 3.- BECKER, CH.; BENOWITZ, N., " Urgencias Hipertensivas ", clínicas Médicas de Norteamérica Vol. I, Editorial Interamericana, págs, 125-136, 1979.
- 4.- BOEDECKER, E.; DAUBER, J.; " Manuel of Medical Therapeutics ", Departament of Medicine Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, 21a. ed., 1976.
- 5.- CAÑEDO/GARCIA, " Principios de Investigación Científica", Ed. Vida y Movimiento, 1977.
- 6.- DARWIN, C., " El Orígen del Hombre ", Editores Mexicanos Unidos, S.A. 1a. ed., 1976.
- 7.- FRIEDBERG, CH.,; " Enfermedades del Corazón ", Editorial Interamericana, 3a. ed., 1969.

- 8.- HARRIS, R.; SINGER, M.; " Interaction of Personality and stress in the Pathogenesis of Essential Hypertension", DOC VEAR, Vol. 43, 1969.
- 9.- KATZENSTEIN, A.; KRIEGEL, E., " Erfolgsuntersuchung bei einer Komplexen Psychotherapie essentieller Hypertoner", Psychiatr. Neurol. med. Psychol., Leipzig 26 -- (1974) Dezember, 12, S.732-737
- 10.- KEITH, J.A., " Hypertension Crisis ", J.A.M.A. 237 1570, 1977.
- 11.- LARAGH, J. " Hypertension Mechanisms", Yorke Medical Books, 1a. ed., 1975.
- 12.- LIFSHITS, G., " Avances en Terapéutica", Colegio de Médicos Postgraduados, Hosp, Gral. C.M.N., 1980.
- 13.- MAISONNEUVE, J.; " Dinámica de Grupos", Ediciones Nueva Visión Buenos Aires, 1980.
- 14.- Mc. GINN, N., HARBURG, E.; " Psychological Correlates of Blood Pressure ", Psychological Bulletin, Vol. 61, No. 3, págs, 209-219, 1964.

15.-MOSER,W.J.; " When hypertension is an emergency",
Drug ther, 6:6, 1976.

16.- PICHON-RIVIERE,E.; "Teoría del Vínculo", Ediciones
Nueva Visión, Buenos Aires, 1979.

17.- PFLANZ, M.; " Psychologische und sozial medizinische