

878525

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PERCEPCION DEL PACIENTE  
ESQUIZOFRENICO ACERCA DE SU FAMILIA"



TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTAN:

CERVANTES BARRAGAN MARCELA  
RAZON RAFAEL JAIME

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARCELA OLIVA.

MEXICO, D.F.

FALLA DE ORIGEN

1995



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



## **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.

*"¿Quién puede tener sueños, quién es un sueño en sí mismo? ¿Quién es, quiere ser y debe ser el sueño encarnado de su objeto, a la vez desreal y desmaterializado?*

*Así van los esquizofrénicos, más bien soñados que soñadores;*

*De ahí la apariencia que tienen los esquizofrénicos de ser fragmentos oníricos, fantasmas ambulantes, apariciones.*

*Es tarea dura el ser continuamente el sueño de otro".*

**P. C. RACAMIER.**

## AGRADECIMIENTOS

Dios:

Gracias por todo.

Miriam:

Gracias por toda la ayuda que nos brindaste durante todo éste proceso de investigación, desarrollo y crecimiento denominado "tesis"; en el que sólo alguien tan especial como tú pudo dar tanto conocimiento y sobre todo, tanto de sí misma, nuevamente mil gracias.

*Marcala.*

Jaime:

Te agradezco el que me hallas invitado a elaborar éste trabajo, que finalmente, por haberlo hecho contigo, no fué solamente una investigación sino toda una experiencia, en la que por supuesto hubo de todo, mal humor, presión, diversión, pleitos, etc. Aprendí muchas cosas, pero lo más valioso fué aprender de tí, de tu paciencia y de tu particular forma de entender y llevar a cabo la amistad. Gracias amigo mío.

*La Narda.*

**A todos mis amigos:**

**Gracias por formar parte de la complicidad que sólo entre amigos puede existir. Gracias Gaby, Diana, Blanca, Adriana, Noema, Lizbeth T., Marimar, Rocío, Lucia, Mario, Lizbeth C., Armando, Edmundo, Lucila, Titi, Orlando, Alberto, Daniel y Jaime, por todas esas veces que incondicionalmente me brindaron todo aquello que en algún momento de mi vida necesité, y que sin duda en su tiempo fué, y por eso aún es, muy importante.**

*Marcela.*

**A mis maestros:**

**Gracias porque desde que comencé, cada uno con su empeño y dedicación lograron que aprendiera de sus conocimientos y de sus personas.**

*Marcela.*

**Así mismo agradezco a toda la gente e instituciones que de una u otra manera facilitaron la elaboración de éste trabajo tan importante en el desarrollo de mi persona y profesión.**

*Marcela.*

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Les agradezco el apoyo y confianza que siempre me han tenido ya que sin ello no podría haber llegado al final de éste capítulo de mi vida, permitiéndome así el inicio de otra una nueva historia. Y gracias porque por lo que hemos compartido y vivido ahora estoy donde estoy.

*Los quiere Jaima*

A mis hermanos:

Por la cercanía, comprensión y paciencia que me tuvieron durante éste período y en general durante todo el transcurso de mi vida.

*Los ama su hermano*

A mi familia:

Porque aunque a veces surjan dificultades, siempre encontraremos soluciones basadas en el respeto, confianza, y lo más importante, en el amor.

*Jaima*

A ti Miriam:

Por habernos dedicado todo el tiempo que necesitábamos y por el gran amor y aprecio que te tengo, por ser una gran amiga.

*Tu cuñada Jaima*

**A ti Nerda:**

**Mi gran amiga desde el inicio de la carrera, mi apoyo en muchas de las veces en que sentía caer, mi estímulo para no rezagarme y salir adelante, mi parte fuerte que no dejaba que me desvaneciera. A ti porque hemos crecido juntos. A ti Marcela (la Nerda) te lo agradezco infinitamente.**

*El Nerda*

**Y doy las gracias también a todos aquellos que participaron indirectamente: Salomón Pustilnik, Mónica Cohen, Guillermo Hernández, Mónica Ornelas, Teresa Peralta, Jaime Goldchain, Miguel Zylbersztein, Marcela Oliva y Gaby Cardós.**

*Jaime*

## DEDICATORIAS

A Manuel y Marcela, que no sólo son mis padres, sino también son dos personas que a partir de ellos mismos, de su fuerza interna y del amor que se tienen y los une tanto, me han enseñado lo que para mí son dos de las más importantes cualidades en el ser humano; la constancia y la disciplina. Con amor para ustedes, mamá y papá.

*Marcela.*

A Karla, Greta, Manuel y Alexandra, porque los amo y porque dedicaries éste trabajo no es significativo si se compara con lo que ustedes han dado a mi vida. Tachita, Gret, Hermano y Nena, les dedico mi tesis por ser cuatro de los motivos más importantes en mi vida.

*Marcela.*

A mí misma, porque sólo con iniciativa pude comenzar; porque sólo con perseverancia y paciencia pude continuar; porque sólo con constancia y esfuerzo pude hacerlo y porque sólo con amor se puede estar satisfecha. Y porque ésto así es, ésto es parte de mí.



## DEDICATORIAS

Dedico ésta tesis a mis terapeutas. A ti Salomón, porque aunque llevo poco tiempo contigo sé que desde que iniciamos han cambiado muchas cosas en mí y por el apoyo que siempre me has dado. A ti Mónica porque fuiste un sostén muy importante, porque siempre me has apoyado y estimulado para llegar a hasta donde estoy ahora y seguir adelante con mis proyectos, porque realmente te quiero.

*Con cariño, Jaime*

# INDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	10
2. ANTECEDENTES.....	15
2.01. Historia de la psiquiatría.	
2.02. Definición de esquizofrenia.	
3. MARCO TEÓRICO.....	31
3.01. Teoría general de los sistemas.	
3.02. Conceptos de sistemas en psicopatología.	
3.03. Concepto de sistema en el estudio de la familia.	
3.04. Historia de la psicoterapia familiar.	
3.05. Definiciones de familia y sus funciones.	
3.06. La esquizofrenia bajo la óptica de la terapia familiar.	
3.07. Cuestionarios y técnicas proyectivas.	
4. METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO.....	59
4.01. Hipótesis conceptual.	
4.02. Objetivo de la investigación.	
4.03. Delimitación temporal.	
4.04. Delimitación espacial.	
4.05. Población.	
4.06. Tipo de estudio.	
4.07. Muestra.	
4.08. Sujetos.	
4.09. Escenario.	
4.10. Material.	
4.11. Instrumentos.	
4.12. Procedimiento.	
5. RESULTADOS.....	73
5.01. Resultados de las pruebas.	
5.02. Discusión y análisis de resultados.	
6. CONCLUSIONES.....	105
6.01. Limitaciones.	
6.02. Sugerencias.	
GLOSARIO.....	114
BIBLIOGRAFIA.....	119
ANEXO.....	125

## CAPITULO 1

### INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

*"Aquellos que, sin haberse metido un segundo en la piel de un esquizofrénico, charlan sobre la esquizofrenia, ¿qué pueden rascar que no sean sus propias costras?" (44).*

La esquizofrenia ha existido a lo largo de la historia de la humanidad. Es un padecimiento complejo y multicausal que incapacita de manera importante a las personas que lo padecen; porque desintegra la personalidad y sus funciones.

Por ello la esquizofrenia es un problema de salud que se ha tratado de abordar y solucionar desde siempre, sin embargo, aún existe gran controversia respecto a su etiología y al tratamiento que debe seguirse para controlarla por lo menos y no permitir que sus estragos se hagan cada vez más presentes en el individuo desintegrándolo.

Por otro lado, la esquizofrenia no es una enfermedad que afecte únicamente a quien la padece, sino que se vuelve un verdadero problema (carga) para la familia y la sociedad; ya que al paso del tiempo el trastorno esquizofrénico se torna crónico en la mayoría de los casos y los tratamientos psiquiátricos van perdiendo eficacia a medida que el individuo se va deteriorando. Así mismo, ésto significa para el paciente una pobre expectativa de vida, limitada a medicamentos que funcionarán parcialmente (y cada vez menos) y a un confinamiento en clínicas, granjas o deambulando por las calles, de las cuales no serán rescatados jamás.

Como vemos la esquizofrenia es un trastorno de la personalidad muy grave al cual debemos prestar toda nuestra atención y procurar, a través de la investigación del fenómeno, encontrar soluciones. Hasta el día de hoy existen gran cantidad de tendencias que procuran hacerlo, desgraciadamente aún no hay soluciones absolutas, lo cual nos crea la necesidad de mantenernos abiertos ante cualquier teoría o técnica que posibilite el abordaje de ésta enfermedad, debemos comprometernos en la búsqueda de soluciones más que con las teorías o tendencias que las proponen.

La teoría general de los sistemas considera que la esquizofrenia tiene una etiología multifactorial en la que inciden aspectos de predisposición genética, bioquímicos, ambientales y familiares; éste enfoque brinda la posibilidad de que al contemplar la diversidad de factores que la producen, precipitan y mantienen, se abran las perspectivas hacia una mayor comprensión, y por ende amplía la perspectiva de solución.

De acuerdo a ésta teoría la esquizofrenia es una desdiferenciación que constituye la desintegración de la personalidad del individuo y su falta de funcionalidad, pero esto es sólo un factor de la enfermedad, ya que entendiendo al paciente como parte de un sistema (el sistema familiar), entenderemos también que ésta pérdida de diferenciación afectará a todo el grupo de diversas y patológicas maneras, siendo entonces el individuo esquizofrénico visto como un síntoma que emerge ante cierta estructura y dinámica familiar.

Esto implica, según la teoría general de sistemas, que la enfermedad no está en el paciente esquizofrénico, sino en todo su sistema familiar. Se ha trabajado y hablado mucho sobre las familias esquizofrenizantes, de hecho los inicios y fundamentos de la terapia familiar se gestaron a partir de trabajos e

investigaciones con familias de éste tipo, donde el objetivo central es trabajar con todo el sistema familiar y su dinámica y no con el paciente individualmente.

Dada la importancia que tiene el desempeño familiar en la aparición del miembro esquizofrénico en su seno, se despertó en nosotros la inquietud de trabajar y explorar cuál es la percepción de éste respecto a su familia.

Ackerman describe a la familia como: "la unidad básica del desarrollo y experiencia, de relaciones y fracaso, es la unidad de la enfermedad y la salud" (8).

La propuesta del Dr. Nathan Ackerman corrobora claramente lo anteriormente expuesto, y ratifica que la vida familiar, las experiencias personales y muchos otros factores integran áreas de totalidad, por lo tanto, enfocarse en una sólo línea parcializa al individuo y sus opciones.

Para llegar a éstas conclusiones hubo que pensar distinto, y ello comenzó con el trabajo a través del espejo unidireccional; al observar el fenómeno de diferente manera, se conceptualizó también de distinta forma y condujo a la terapia familiar y a sus precursores a dar más y mejores expectativas respecto a la esquizofrenia y su tratamiento. Estas mejoras en cuanto a pronóstico beneficiarían tanto al paciente que padece esquizofrenia, como a la familia enferma de la que proviene y subsecuentemente a la sociedad.

Ahora bien, los resultados aún no son la panacea que tal vez deseáramos para erradicar éste padecimiento de tan graves proporciones por su poca expectativa de mejora o cura; por ello se debe trabajar arduamente en la investigación de éste trastorno de la personalidad y en los factores que interactúan con él, en éste caso nos referimos al aspecto familiar; a ello se debe el que hallamos decidido elaborar la presente tesis titulada "ESTUDIO

DESCRIPTIVO DE LA PERCEPCION DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO RESPECTO A SU FAMILIA", donde se pretende hacer un abordaje, siguiendo una línea teórica, respecto al tema, y establecer contacto directo con el paciente esquizofrénico y comprobar en nuestra propia experiencia el sentir del individuo con respecto a su familia y compararlo y/o contrastarlo con nuestro marco teórico.

Así mismo se puso de manifiesto nuestro interés en corroborar lo que tantos libros y autores refieren respecto al esquizofrénico y su dinámica en familia; donde por ejemplo, el Dr. Nathan Ackerman propone que el clima afectivo de las familias esquizofrénicas está impregnado de ansiedad y pánico a la destrucción, que resulta en crear mecanismos de defensa como la negación y la robotización de las relaciones, que posteriormente se vuelven las formas características de ir .acción y comunicación de éstas familias.

Ackerman describe a las familias de éste tipo, como familias en las que en lugar de prevalecer sentimientos de confianza, crecimiento, espontaneidad, movimiento y vida, abundan las sensaciones de miedo, rigidez, estancamiento y muerte; donde como consecuencia la vida propia y el desarrollo personal no existen.

Por su parte, Slipp menciona que en las familias esquizofrénicas los individuos no se relacionan a través de vínculos de amor y confianza, sino por medio de mecanismos como la identificación proyectiva donde por ejemplo, la madre y su hijo parecen estar relacionados por un vínculo que retroalimenta y estimula a ambos, sin embargo, es un vínculo de características primitivas que le permite a la madre depositar en su hijo sus propios conflictos no resueltos para así obtener y mantener su equilibrio narcicístico (precario, por su baja auto-estima), la madre vive a su hijo como parte de ella misma, mientras que el hijo

subordina sus necesidades personales para preservar a su madre y el vínculo que le une a ella, ya que de lo contrario, ha aprendido que si se separa o rompe ésta relación, su persona interna quedará totalmente destruida.

Dice Slipp, retomando a Sullivan en su descripción de la separación-individuación, que las familias esquizofrénicas viven éste proceso como una amenaza a la integración total del Yo, que resulta en la perpetuación de vínculos primitivos que se tornan patológicos como la relación diádica madre-hijo antes descrita.

Diferentes autores en diferentes partes del mundo, incluidos estudios hechos en México, han encontrado, con algunas alteraciones culturales, que éste funcionamiento familiar es básicamente similar a través del tiempo y del espacio en las familias de éste tipo (21).

De éste modo creemos que es de suma importancia comprender profundamente el papel, contundente, que juega la familia en la problemática de la esquizofrenia.

También creemos que ésta investigación y todas las que se encaminen al mismo fin, adquieren gran relevancia porque son el preámbulo de programas de prevención, educación en la salud y rehabilitación, únicos caminos para llegar a las verdades y soluciones tan necesarias para éste grave problema de salud.

## CAPITULO 2

### A N T E C E D E N T E S

*"Cada cual escribe interlormente su vida, sin cesar; el neurótico lo hace en jeroglíficos y el psicótico sobre una pantalla que no absorbe la tinta" (44)*

#### 2.01. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA.

A través del desarrollo de la humanidad y presente en todas las culturas, por medio de las fuentes bibliográficas podemos rastrear la existencia de las enfermedades mentales desde tiempos inmemorables.

##### -CULTURAS PRIMITIVAS.

El hombre primitivo al carecer de elementos racionales acerca de los fenómenos que aparecen en su entorno, habrá de explicárselos como dotados de vida propia, de fuerza anímica o como fenómenos sobrenaturales. "Las enfermedades mentales representan una crisis en el sistema mágico-religioso y son atribuidas principalmente a la violación de un tabú u omisión de las obligaciones y posesiones demoníacas" (27).

Los tratamientos utilizados se basaban en la hechicería, herbolaria, chamanismo, etc.

##### -LA ANTIGUEDAD.

A) Civilización Hebrea Antigua.- El Talmud define al enfermo de locura como: "él que sale sólo de noche, él que se acuesta en los cementerios, arroja



pedras, desgarras sus vestiduras y pierde lo que se le da" (43). Por otro lado la Biblia cita, en el libro del Deuteronomio, que Dios castigará a quien violase sus mandamientos, con furia, ofuscación y confusión del corazón, que actualmente se interpretarían como manía, demencia y estupor (43).

Las enfermedades mentales eran tratadas por los sacerdotes y los profetas, utilizando como cura las plegarias, encantamientos y exorcismos.

B) Cultura Griega.- La cultura Griega denominaba como furia, a lo que popularmente hoy conocemos como locura y ésta era descrita a partir de tres fuentes principales:

1. Opinión popular. Se pensaba que las enfermedades mentales tenían un origen sobrenatural (posesiones espirituales). Los pacientes violentos eran encadenados en sus casa creyendo que si los dioses los enfermaron, ellos mismos los curarían. Los casos menos graves eran objeto de burlas y ridiculizaciones a causa de ser considerados enfermos criminales.

2. Conocimientos médicos. Hipócrates habló de cuatro humores corporales (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema) que estaban relacionados con las cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad) y por ello la gente era clasificada como sanguínea, colérica, melancólica o flemática, indicándose así su emoción predominante; cuando éstas fuerzas entraban en conflicto había entonces un exceso de humor llamado discasia, el cual se extraía por medio de purgas, en general con eloboro negro (género de plantas de raíces fétidas y amargas, que suelen usarse como purgante). A partir de conocimientos como éstos, el concepto de locura comenzaba a cambiar; Hipócrates describió en su trabajo sobre la epilepsia "No creo que la enfermedad sea más divina o sagrada que cualquier otra enfermedad, sino que por el contrario, tiene unas características específicas y unas causas determinadas" (34).

3. Trabajos literarios y filosóficos. Estos comenzaron a demostrar que los principios morales eran internalizados. Para Platón el "demonio" ya no es considerado como un impersonal, es ya una especie de super ego. Había una mayor aceptación de las emociones como una manifestación de la personalidad, esto se evidencia de forma clara a través de las producciones literarias de la época. Platón mencionó cuatro tipos de locuras; Profética, Telésquica, Poética y Erótica; y dividió al alma en tres partes; Racional, Libidinal y Espiritual. Él se esforzó por explicar los fenómenos y las conductas irracionales, como partes inevitables de toda vida humana, más que como el resultado de influencias nocivas (Dios, dioses o demonios). Aristóteles por otro lado estudió los mismos fenómenos, pero desde un punto de vista empírico que concuerda más con la psicología actual; él "consideraba los misterios como fenómenos rituales en el curso de los cuales podía aliviarse la enfermedad mental" y "creía que el movimiento desordenado de los misterios conducía finalmente al orden" (27). La Psicología empírica de Aristóteles no fué seguida por sus discípulos, éstos se tornaron más racionalistas.

C) Cultura Romana.- Roma adoptó el modelo médico de Grecia sin que existieran grandes aportaciones dentro de ésta región.

D) Escuela Metodista.- Los seguidores de ésta escuela mencionan que: "El cuerpo es un conjunto de partículas que se hallan perpetuamente en movimiento y recorren conductos por los que pasan, el pneuma o espíritu -un aire elaborado- y los fluidos del cuerpo" (27). Las enfermedades mentales van a depender del movimiento, cantidad, magnitud, forma, etc. de las partículas del cuerpo.

#### -EDAD MEDIA.

El hombre medieval tenía la creencia general de que los pacientes mentales se curaban por fuerzas sobrenaturales; por la intercesión de los santos, ésta intercesión se producía en su mayor parte cuando los pacientes estaban dormidos. Cuando los santos no intervenían se utilizaban métodos físicos: catárticos, hemáticos y sangrías.

Mientras que en Occidente los tratos a los enfermos mentales, era aún más atrasados (eran encadenados); en Oriente tenían ideas más evolucionadas, contaban con gente que los cuidaba. Se decía que no eran responsables de sus actos, ésta idea se daba principalmente en la cultura árabe, donde el paciente contaba con un régimen terapéutico que comprendía: dietas especiales, baños, drogas, etc. Este trato se debía a la creencia musulmana de que "la persona enferma es querida por Dios y escogida particularmente por El para explicar la verdad" (27).

En la época de la inquisición (S.XV) los enfermos mentales eran encarcelados, quemados, torturados, etc. Ya que había que extraerles a través de éstos métodos el demonio del cuerpo; sin embargo, clandestinamente se llegaban a usar la herbolaria y las drogas como tratamientos.

Hay delirios colectivos con sustrato religioso importante, principalmente se consideran a los conventos y monasterios como lugares donde frecuentemente se estructuraban delirios de pseudo-embarazos en las monjas, y los clérigos que creían tener la verdad dictaminaban lo que era bueno y malo, siendo éste poder legado por el pueblo. Posteriormente el pensamiento medieval evolucionó al sumarse la Teología y la Filosofía, comenzándose a dar un nuevo tipo de filósofos.

Se empiezan a dar clasificaciones más específicas de las enfermedades mentales, se crea el primer hospital de enfermos mentales (Valencia, España 1409) utilizando como métodos terapéuticos la relajación y la música (29).

#### -RENACIMIENTO.

Se toma al hombre como el centro del universo por lo tanto hay que educarlo, ya que así se aumenta la cantidad y calidad de vida.

En el siglo XVI "aún cuando las atrocidades continuaban (1547), abrió sus puertas un asilo llamado St. Marry of Bethlehem en Londres y a quien los habitantes del lugar llamaban Bedlam (manicomio)" (13). Los administradores de éste hospital compartían la opinión popular sobre la enfermedad mental, pues hasta el siglo XIX los enfermos mentales de éste lugar eran exhibidos periódicamente, el público pagaba unos cuantos peniques por verlos. Londres no guardaba exclusividad con respecto a lugares de éste tipo y de éstas condiciones; en Francia un asilo de similares características fué la "Bicetre" donde las condiciones de vida, al igual que en el "St. Marry of Bethlehem", eran inhumanas.

Simultáneamente médicos como Johann Weyer (1515-1588) rompen con la concepción de que las enfermedades mentales proceden de causas demoníacas, condenando a quienes creían en tales explicaciones. Su principal aportación al bagaje psiquiátrico se basa en el reconocimiento de la importancia de la relación terapéutica, de la atención y de la comprensión que el terapeuta debe de dar al paciente.

"En la época de la colonia en México (1521-1821) los enfermos mentales eran considerados como sujetos indeseables, no merecedores de cuidado alguno. Existían varios hospitales donde eran atendidos todo tipo de enfermos,

pero no dedicados exclusivamente a tales psicopatologías, por lo que era típico encontrarse al 'loco del barrio', blanco de burlas y centro de diversión de otros" (6). Dado ésto y bajo el deseo filantrópico para con los dementes, hombres con poder adquisitivo apoyaron económicamente la fundación de lo que fueron los primeros hospitales psiquiátricos. Uno de ellos, el primero de Latinoamérica (S.XVI) fundado por Bernardino Alvarez, donde los enfermos mentales eran hospitalizados y atendidos.

Durante el siglo XVII, aún cuando ya se tenían avances clínicos y mayor conocimiento sobre los enfermos mentales, se continúa pensando popularmente que los locos son, poseídos y/o brujos y brujas, quienes morfan en la hoguera o encadenados, desterrados de cualquier dignidad humana; pareciera que los avances científicos no hacían mella alguna en la concepción que todo el mundo guardaba con respecto a la demencia. Posiblemente ésto sea justificable si se toma en cuenta la gran influencia de la iglesia sobre la sociedad y la cultura en general, sobre todo en éstas épocas, sumándose a la falta de teorizaciones que permitieran al hombre, conceptualizar a la locura como parte de la humanidad y no de lo sobrenatural (43).

El salto de "endemoniado" a "enfermo mental" se da en el siglo XVII. Hay eventos en el mundo que respaldan ésto, por ejemplo, en Francia durante la revolución, un hombre llamado Philipe Pinel, encargado de la 'Bisetre', mando quitar las cadenas y grilletes a los enfermos mentales bajo la enmienda humanitaria y revolucionaria: "libertad e igualdad para todos" (29).

También durante éste período la investigación y documentación, así como toda la ilustración italiana, se matizó de un carácter práctico, bajo el gobierno del Gran Duque Pedro Leopoldo (1747-1792), quien hizo gran cantidad de reformas a Italia (económicas, financieras, judiciales, educativas y religiosas). En 1875 el

Gran Duque Pedro Leopoldo comenzó la construcción del Hospital Bonifacio, tres años más tarde fué inaugurado y puesto a cargo de un joven médico llamado Vincenzo Chiarugi, cuya acción más notable dentro de éste hospital fué poner en marcha el reglamento que dictaminaba: "es un deber moral supremo respetar como persona al individuo loco" (34), por lo tanto en éste hospital quedaba estrictamente prohibido el uso de la fuerza física o métodos crueles en el trato o control de los pacientes psiquiátricos. Así mismo se establecieron medidas higiénicas y de seguridad inexistentes hasta el momento.

#### -EPOCA MODERNA.

Wilhelm Griesinger (1817-1868) hizo afirmaciones tales como que las enfermedades mentales sólo podían ser resultados de cambios físicos en el sistema nervioso. Hizo también contribuciones a la entonces reciente psicología del ego. Sus contribuciones orgánicas fueron de gran peso e influencia sobre los psiquiatras y psiquiatría de Alemania en general.

En ésta época los enfermos mentales se separaban de sus familias y eran hospitalizados en cuanto se les detectaba. El trato que recibían era impersonal (no contacto) y prevalecían las teorías orgánicas, es decir, se consideraba a la locura como un mal físico exento de relación alguna con factores personales y sociales (43).

Emil Krapelin hizo grandes contribuciones a la psiquiatría y tratamientos orgánicos modernos, comenzando por haber sido el primero en dar nombre a la esquizofrenia como entidad patológica, en 1896, él la llamó **demencia precoz**: diversidad de síntomas psicóticos, anteriormente considerados enfermedades cada uno de ellos por separado. Posteriormente Krapelin hace una importante diferencia entre su demencia precoz y un nuevo y diferente trastorno antes no descrito: Psicosis maniaco depresiva (23).

Todos éstos avances teóricos y médicos daban mayor esperanza en el pronóstico del diagnosticado como esquizofrénico.

A fines del siglo XIX los científicos hacen cuantiosos esfuerzos para comprender las enfermedades mentales partiendo de conocer y entender bien sus etiologías (29).

También a fines de éste siglo se comienzan a construir nuevos hospitales, por ejemplo en nuestro país se edifican dos en Guadalajara (uno de hombres y uno de mujeres) y en Monterrey se funda el Hospital Civil que contaba con un pabellón psiquiátrico atendido por mujeres religiosas (43).

#### -EPOCA CONTEMPORÁNEA.

Eugen Bleuler, en 1911, introduce por primera vez el término de "esquizofrenia" refiriéndose a la demencia precoz de Krapelin y añade a su clasificación la esquizofrenia simple (lo cual ha sido muy discutido hasta el momento). Bleuler llamó esquizofrenia a la locura o demencia precoz porque consideraba que era causada por la escisión de la personalidad; originando un sistema de funciones independientes que comprometen la unidad de la personalidad (27).

Bleuler consideraba también que la esquizofrenia era una identidad y una reacción psicopatológica; a raíz de ésta consideración, él llegó a lo que ahora es la más grande de las contribuciones hechas a la psiquiatría: JERARQUIAS DE SÍNTOMAS, es decir, lo que conocemos como criterios diagnósticos, por lo tanto la psiquiatría y los psiquiatras dejaron de conformarse con las descripciones simples que hasta el momento practicaban.

Bleuler sostenía que: "Las esquizofrenias no pueden conducir a una verdadera demencia, análoga a la de la parálisis general, sino a unos trastornos de la personalidad mucho más finos y sutiles que conciernen a la afectividad, los intereses y la espontaneidad y no a la inteligencia" (5).

K. Schneider (1942) establece la ordenación sintomatológica de la esquizofrenia en síntomas de primer y segundo rango, en los de primer rango encontramos: Las vivencias de influencia o intervención ajena, sea en el sentido de producción o sustracción, sobre las esferas de la corporalidad, el pensamiento, los sentimientos o la acción voluntaria; la sonoridad del pensamiento y fenómenos afines como el eco del pensamiento, la divulgación de las ideas y el robo de pensamiento; las percepciones delirantes, y la audición de voces dialogadas y de voces comentadoras de la actividad del propio sujeto. Los síntomas de segundo rango son los siguientes: Las inspiraciones u ocurrencias delirantes, las pseudoalucinaciones auditivas restantes, la perplejidad, las distimias depresivas y eufóricas, el empobrecimiento de la vida afectiva y algunos otros (6).

López Ibor (1953), menciona que la relativa independencia existente normalmente entre las distintas especies de funciones psicológicas como, por ejemplo la percepción, el pensamiento y la afectividad, están muy perturbadas en los esquizofrénicos, lo que constituye una contaminación funcional, que interrumpe y desorganiza la funcionalidad implicada en las vivencias, ésto patentiza el establecimiento de un estado de ruina en la ordenación psíquica, que concierne especialmente al aspecto funcional y operativo de las vivencias. En 1958 y 1959, éste autor define el rango común de todos los síntomas de primer orden como un trastorno de la actividad del yo (6).



Como hemos revisado a través de la historia el trato y abordaje de la esquizofrenia ha ido involucrando, empezando por exorcismos y explicaciones dogmáticas, pasando por la hechicería y llegando al punto de crear instituciones psiquiátricas, y no es sino hasta los años 40 y 50, que a lo largo de décadas de investigaciones se llega a los psicofármacos, a través de estudios donde se descubre la coexistencia de alteraciones bioquímicas paralelas a las alteraciones psíquicas ya descritas por Bleuler, Krapelin y otros.

Dado lo anterior, la psiquiatría, la medicina y el hombre en general avanzaron en gran medida al modernizarse las conceptualizaciones y definiciones sobre la esquizofrenia; a continuación revisaremos algunas de ellas.

## **2.02. DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA.**

Algunas de las definiciones de esquizofrenia serán expuestas a continuación:

En el libro "Terminología Psiquiátrica y de la Clínica Psicopatológica", los autores definen a la esquizofrenia como: "Amplio grupo de trastornos, por lo general de proporciones psicóticas, manifestado por desórdenes característicos del pensamiento, del afecto y la conducta. Los trastornos del pensamiento están marcados por alteraciones de la formación de conceptos que pueden llevar a la mala interpretación de la realidad y algunas veces, a los delirios y alucinaciones. Los cambios afectivos incluyen ambivalencia, constricción, falta de adecuación y pérdida de la empatía con el otro. La conducta puede ser de retirada, regresiva y extravagante" (23).

Wilhelm Arnold, Hans Jurgen Eysenck y Richard Melli describen a la esquizofrenia en su diccionario de psicología como un: "Término que abarca un grupo de enfermedades mentales graves muy difundidas y que a menudo requieren hospitalización. Esta se manifiesta por una serie de síntomas psicológicos y de formas de comportamiento anormales, que presenta suficientes caracteres comunes como para poder reunirlos en un grupo" (56).

Howard Warren define a la esquizofrenia como una disociación mental, algo más amplio que la demencia precoz, que se caracteriza fundamentalmente por fenómenos disociativos (53).

En su diccionario de psicoanálisis, Laplanche y Pontalis (31) retoman las ideas de Krapelin (demencia precoz), Bleuler (quien sustituye el término demencia precoz por esquizofrenia) y Freud. Describiendo del lado de la psiquiatría, a la esquizofrenia como, un síndrome que afecta, de manera sistemática en algunos casos y arbitraria en otros, procesos del pensamiento que llevan al individuo a actuar en la forma estereotipada en que se conoce la conducta de los esquizofrénicos; en quienes se observa un discurso formado y reforzado por ideas nexadas (e invadidas) más bien por afectos que por una relación lógica; de éste modo el esquizofrénico está incapacitado para pensar lógicamente, porque se ha roto la cadena asociativa, ya que las ideaciones creadas están impregnadas de afecto y no se puede ir en contra de ello, así cada vez se alejan más y más de las asociaciones adecuadas alcanzando una escisión cada vez mayor; así es como se entiende el inicio de una idea delirante, que en tanto más se aleje de la realidad, más puede convertirse en un delirio estructurado propiamente dicho.

A ésto mismo es a lo que Freud se refería al descubrir lo propio del inconsciente: coexistencia de representaciones aisladas entre sí (24). Freud

también hizo algunas clarificaciones respecto al término esquizofrenia y su uso, desarrollando diferentes descripciones de síndromes que en éste caso no nos conciernen, siendo la tarea de definir a la esquizofrenia, como entidad nosológica y patológica, un trabajo legado a sus seguidores.

Los fenómenos esquizofrénicos plantean una gama interminable de discusiones y discrepancias en la comprensión de éste tipo de trastorno mental; de hecho, en muchas ocasiones se ha puesto en duda que los diversos y muy distintos fenómenos dentro de la esquizofrenia misma, tengan algo en común, planteándose entonces la interrogante ¿será realmente posible dar una orientación comprensiva a la esquizofrenia y a sus diversificaciones y fenómenos?; ante esto Otto Fenichel dice: "El membrete de ESQUIZOFRENIA, se aplica a cosas tan dispares que termina por carecer de valor aún para aspectos del pronóstico" (41).

Por su parte el DSM III R define a la esquizofrenia como un trastorno que deteriora la personalidad afectando el comportamiento, haciéndose evidente a través de ideas delirantes, alucinaciones o ciertas alteraciones características del contenido y curso del pensamiento. Para el DSM III R sólo y exclusivamente se puede diagnosticar ESQUIZOFRENIA cuando la expresión de ésta, es decir, la crisis, cumple con la duración y criterios diagnósticos establecidos, mismos que a continuación enunciaremos:

"A. Presencia de los síntomas psicótico característicos en la fase activa: o 1), 2), o 3) durante una semana como mínimo (a menos que los síntomas hayan sido tratados satisfactoriamente):

1) dos de los siguientes:

- a) alucinaciones predominantes (a lo largo de todo el día, durante muchos días o varias veces a la semana durante muchas sema-

- nas, no estando limitada cada experiencia alucinatoria a algunos breves momentos);
- b) incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa;
  - c) conducta catatónica;
  - d) afectividad embotada o claramente inapropiada;
- 2) ideas delirantes extrañas (por ejemplos que serían considerados inverosímiles por cualquier individuo de su medio cultural; por ejemplo, disfunción del pensamiento, estar controlado por una persona muerta);
- 3) alucinaciones predominantes (tal como se especifican en 1, b) con una voz con un contenido que aparentemente no tiene relación con la depresión o la euforia, o de una voz que comenta los pensamientos o la conducta del sujeto, dos o más voces conversando entre sí).

B. Durante el curso de la alteración, la vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están notablemente por debajo del nivel previo al inicio de la alteración (o, cuando el inicio se presenta en la infancia o en la adolescencia, el sujeto no ha alcanzado el nivel de desarrollo social que cabía esperar).

C. Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo como síntomas psicóticos; por ejemplo, comprobando si a lo largo de la fase afectiva de la alteración ha habido un síndrome depresivo mayor, un síndrome maniaco, o si la duración global de todos los episodios del síndrome del estado de ánimo han sido breves en comparación total de la fase activa y de la fase residual de la alteración.

D. Signos continuos de la alteración durante seis meses como mínimo. El período de seis meses debe incluir una fase activa (de una semana como mínimo,

o menos si los síntomas han sido tratados satisfactoriamente) durante la cual se han presentado síntomas psicóticos característicos de la esquizofrenia (síntomas del criterio A), con o sin fase prodrómica o residual, tal como se especifica más adelante.

**Fase prodrómica.** Claro deterioro de la actividad antes de la fase activa, no debida a una alteración del estado de ánimo ni a un trastorno por uso de sustancias psicoactivas y que, como mínimo, comprende dos de los síntomas señalados más abajo.

**Fase residual.** A continuación de la fase activa persisten, como mínimo, dos de los síntomas señalados más abajo, no debidos a alteraciones del estado de ánimo o a un trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

Síntomas prodrómicos o residuales:

- 1) aislamiento o retraimiento social;
- 2) notable deterioro en actividades del asalariado, estudiante o ama de casa.
- 3) conducta peculiar llamativa (por ejemplo, coleccionar basura, hablar sólo en público, o acumular comida);
- 4) notable deterioro en el aseo e higiene personal;
- 5) afectividad embotada o inapropiada;
- 6) lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado, detallado o pobreza en el lenguaje;
- 7) ideación extraña o pensamiento mágico, no consistente con las normas de su medio cultural; por ejemplo, superstición, clarividencia, telepatía, "sexto sentido", otros pueden sentir sus propios sentimientos, ideas sobrevaloradas autorreferenciales.

- 8) experiencias perceptivas inusuales; por ejemplo, ilusiones repetidas, sentir la presencia de una fuerza o persona ausente;
- 9) notable falta de iniciativa, interés o energía.

E. No puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración.

F. Si hay una historia de trastorno autista, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se aplica si hay ideas delirantes o alucinaciones." (19).

Así mismo el CIE 10 menciona que "los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por las distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, éstas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado." (17).

El CIE 10 menciona también que "el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia, los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertenecientes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido

de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos. El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de conductas extrañas. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante." (17).

Por nuestra parte, decidimos quedarnos con la definición que propone el DSM III R, por la cantidad de factores que contempla y por la claridad con la que los describe. Así mismo su constante revisión y actualización, provee al investigador de la información más reciente a nivel de diagnóstico psiquiátrico.

La problemática para definir a la esquizofrenia también se ha manifestado en la dificultad para determinar su etiología, a partir de ello se han creado varias teorías y técnicas, una de ellas es el enfoque de la terapia familiar, mismo que guarda sus propios principios teóricos y técnicos para trabajar, los cuales serán desplegados en forma amplia en el siguiente capítulo.

## C A P I T U L O 3

### M A R C O T E O R I C O

*"Un suicidio: puesto que al suprimir mi existencia dispongo de ella, y así afirmo qué es, y que es mía. Al suprimirla, satisfago a quien me la discute, y me vengo de él" (44).*

#### 3.01. TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS.

Esta teoría se inicia en la tercera década del presente siglo, siendo L. Bertalanffy uno de sus máximos exponentes. Utiliza modelos matemáticos y conceptos biológicos, que posteriormente se han aplicado a otras ciencias, desarrollando un nuevo modelo conceptual (14).

Sistema es un conjunto de elementos de interacción, por lo que para entender las características que constituyen un complejo hay que conocer no sólo sus partes, sino sus relaciones "El todo es más que la suma de sus partes". Así la investigación se hace en totalidades, su organización y las variables mutuamente dependientes.

Dentro de ésta teoría se considera al organismo básicamente activo, como un sistema abierto que intercambia materia con el medio ambiente, exhibiendo a la vez importación y exportación, permaneciendo sin embargo constante en su composición (14).

Todo organismo viviente es un sistema abierto que se mantiene en constante interacción, incorporando y eliminando con el medio ambiente y no en un estado uniforme. Esto comprende dos cuestiones: la estática, que consiste en



el mantenimiento del sistema en un estado independientemente del tiempo, y la dinámica, en la que existen cambios con el tiempo.

La doctrina del organismo como sistema abierto considera que la vida no es mantenimiento o restauración de equilibrio, sino más bien mantenimiento de desequilibrio, ya que el equilibrio total sería sinónimo de muerte. El comportamiento tiende tanto a establecer como a aflojar tensiones, el stress puede crear vida superior -evolución y crecimiento de la familia-(8).

Según ésta teoría se puede alcanzar el mismo estado final, partiendo de diferentes condiciones iniciales y por distintos caminos.

La cibernética tiene amplia aplicación dentro de la teoría general de los sistemas, y está basada en la comunicación (transferencia de información) entre sistemas, medio circundante y dentro del mismo sistema, y el control (retroalimentación) de su funcionamiento en relación al medio. La cibernética ofrece una explicación para fenómenos concretos, pero se obtiene una visión de la totalidad. Está basada en el principio de retroalimentación o de líneas causales circulares, que proporciona mecanismos para la persecución de metas o comportamiento autocontrolado, por lo que las relaciones son circulares y no causales o lineales (14).

### **3.02. CONCEPTOS DE SISTEMAS EN PSICOPATOLOGÍA.**

Algunos conceptos, modelos y principios de la teoría general de los sistemas como el orden jerárquico y la diferenciación progresiva, son aplicables a grandes rasgos a sistemas psicológicos (14).

Se considera la disfunción mental como una perturbación de un sistema. Un estímulo no causa un proceso, únicamente modifica un sistema activo. Todo sistema debe tener límites espaciales o dinámicos. La regresión es esencialmente desintegración de la personalidad, o sea, desdiferenciación o descentralización.

La diferenciación es la transformación de una condición más general y homogénea, a otra más especial y heterogénea, y viceversa, en la desorganización existe una pérdida de diferenciación. El desarrollo se da de un estado de menor a mayor diferenciación, articulación y orden jerárquico; éste y la centralización se alcanzan por estratificación.

La teoría general de los sistemas implica la existencia de información entre uno y otro de sus componentes (subsistemas), proporcionando cierta estructura. Si ésta se fragmenta, el sistema se desorganiza; pudiendo en ocasiones reorganizarse de diferente manera, aunque ocasionalmente puede sufrir deformaciones crónicas, como por ejemplo, ante una crisis.

La homeostásis no es aplicable como principio explicativo de las actividades humanas fuera de las de conservación y supervivencia, por lo que se encuentra en pacientes mentales, dado que decaen las otras funciones (14).

### **3.03. EL CONCEPTO DE SISTEMA EN EL ESTUDIO DE LA FAMILIA.**

La teoría de los sistemas considera a la familia como un sistema abierto que funciona en relación a su contexto sociocultural evolucionado a través de su

ciclo vital y opera de acuerdo a las reglas y principios que se aplican a todos los sistemas (14). Estos principios generales son:

-Un sistema familiar se puede definir como un grupo de individuos que se interrelacionan de tal forma que un cambio en cualquiera de sus miembros, afecta a otros individuos y al grupo como totalidad.

-La familia como un todo es más que la suma de sus partes y no puede ser descrita por la suma de las características de sus miembros individuales.

-El mismo origen puede llevar a diferentes conclusiones y la misma conclusión puede resultar de diferentes orígenes. Así una familia puede alterarse y otra salir adelante como respuesta a la misma crisis, o dos familias que funcionan bien pueden haber evolucionado en circunstancias completamente diferentes.

-Toda conducta es considerada como comunicación o transmisión de mensajes interpersonales.

-Las reglas de relación, explícitas e implícitas, organizan la interacción familiar y su función es mantener estable el sistema. Una familia tiende a actuar en secuencias reiterativas y se constituye en el patrón limitado y predecible de normas. Al mismo tiempo se requiere flexibilidad para que la familia se adapte a cambios internos y externos.

-Desde un punto de vista sistémico una disfunción en el individuo es vista como síntoma de una disfunción familiar, por lo que la psicopatología se define como un problema de relación. Los síntomas pueden cambiar de un sujeto a otro si el patrón de relación disfuncional no se modifica.

-Desde éste enfoque la familia es vista como un sistema intermedio, en el cual se considera a los individuos como parte integrante del mismo, a la vez que inmersos en un sistema social más amplio. Se toma en consideración tanto el desarrollo personal, como el social y económico (14).

### 3.04. HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR.

El movimiento familiar en psiquiatría se inició a finales de los años cuarenta y a principio de los cincuenta, saliendo repentinamente a la luz en los años 1955-56.

A partir del surgimiento de la teoría general de los sistemas y de los trabajos de Gregory Bateson, empieza de manera más formal la Terapia Familiar, y aún cuando la gran mayoría de los pioneros tenían un sustrato psicoanalítico en su formación, se da un marcado rechazo a los procesos psicodinámicos individuales, por considerar que no constituyen un marco teórico adecuado para el entendimiento de los procesos que se dan en el sistema familiar (26).

Bajo ésta óptica se buscaba comprender los patrones del grupo familiar, estudiando sus transacciones y formas de comunicación en el aquí y el ahora.

La mayor parte de las pruebas están a favor de la tesis de que el movimiento familiar se desarrolló dentro de la psiquiatría, y que la teoría psicoanalítica había crecido mucho, y que ésto representaba parte de la secuencia de los acontecimientos posteriores a la Segunda Guerra Mundial. El psicoanálisis se había convertido por fin en la más aceptada de las teorías psicológicas. Disponía de postulados teóricos que abarcaban toda la gama de problemas emocionales, ahora bien, el tratamiento psicoanalítico, no estaba definido con claridad en lo que respecta a los problemas emocionales más severos (28).

Después de la Segunda Guerra Mundial la psiquiatría se hizo popular como especialidad médica y cientos de jóvenes psiquiatras empezaron a experimentar en el esfuerzo de extender el tratamiento psicoanalítico a toda la

gama de problemas emocionales. Esto incluye a aquellos que comenzaban a experimentar con familias (26).

Un principio psicoanalítico puede explicar por qué el movimiento familiar permaneció enterrado durante varios años. Existen normas que salvaguardan la intimidad personal de la relación paciente-terapeuta y que previenen de la contaminación de la transferencia por el contacto de los familiares del paciente.

Algunos hospitales tenían un terapeuta para tratar los procesos intapsíquicos cuidadosamente protegidos, otro para manejar los asuntos prácticos y los procedimientos administrativos, y un asistente social que hablaba con los familiares. En aquellos años éste principio constituyó la piedra angular de la psicoterapia adecuada. Se consideraba que dejar de observar el principio conducía a una psicoterapia inepta (28).

Por último, se admitió ver a las familias juntas en el contexto de la investigación. La terapia familiar se inicia cuando los pacientes que presentan síntomas, se empiezan a observar en hábitat natural comenzando a investigar sus características, como un sistema cuyas partes se interrelacionan unas con otras (26).

En un principio (1950) la investigación se hace con familias de esquizofénicos y posteriormente (1960) se estudian otros tipos, observando que algunas formas de estructura familiar se pueden correlacionar con algunos problemas.

Los científicos que iniciaron la investigación familiar con la esquizofrenia destacaron como precursores del movimiento familiar. Entre ellos figuran Lidz en Baltimore y New Haven (Lidz, Fleck y Cornelison 1965), Jackson en Palo Alto (Bateson 1956), y Bowen (1960) en Topeka y Bethesda. La terapia familiar se hallaba tan asociada a la esquizofrenia en los primeros años, que algunos autores

no la entendieron separada de éste trastorno hasta los primeros años sesenta (16).

Ackerman (1958) elaboró sus primeras ideas sobre la familia trabajando con asistentes sociales psiquiátricos. Satir (1964), una asistente social psiquiátrica, había desarrollado su perspectiva familiar trabajando con psiquiatras en un hospital estatal. Bel (1961) y Middlefort (1957) eran ejemplos de personas que empezaron su trabajo muy temprano y no escribieron sobre él hasta que el movimiento familiar estaba claramente en camino (16).

La pauta hace suponer que hubo otros individuos que jamás comunicaron sus investigaciones y que no fueron reconocidos en el movimiento familiar. La formación del Comité sobre la Familia, grupo para el avance de la psiquiatría añade más evidencia (1970) acerca de los primeros años del movimiento familiar. El comité se formó en 1950 por sugerencia de William V. Menninger que opinaba que la familia era un tema importante para el estudio psiquiátrico. El comité fue incapaz de encontrar psiquiatras que trabajaran en el campo, hasta que los investigadores familiares empezaron a oírse unos a otros en los años 1955-56.

Spiegel, presidente del Comité sobre la Familia promovió la organización del primer congreso nacional para psiquiatras que hacían investigación familiar. Constituyó un congreso sectorial dentro del congreso anual de la Asociación Ortopsiquiátrica Americana celebrado en marzo de 1957. Algunos investigadores llevaban varios años buscando métodos de terapia familiar, pero creemos que ésta fué la primera vez que se habló de ella como un método definitivo en un congreso nacional; eso significó el principio de la terapia familiar a nivel nacional (28).

### 3.06. DEFINICIONES DE FAMILIA Y SUS FUNCIONES.

Pichon Riviere define a la familia como "la estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados padre-madre-hijo" (8). Kurt Lewin la denomina como "un modelo natural de interacción grupal que se estructura y funciona en múltiples direcciones" (8).

Por su parte, Ackerman propone que la familia es, "la unidad básica del desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, es la unidad de la enfermedad y la salud" (8).

Como anteriormente se mencionó la familia involucra más allá de los procesos intrapsíquicos de cada miembro de la misma, de éste modo la familia como un todo es más que la suma de sus partes y no puede ser descrita por la suma de las características de sus miembros individuales. Siguiendo la línea anterior y desde el punto de vista de la psicoterapia familiar, una disfunción en el individuo es vista, únicamente, como un síntoma de una disfunción familiar, por lo que la psicopatología se define como un problema de relación(es); a esto se refiere Bateson cuando afirma que una de las funciones básicas de la familia es el poder mantenerse a través de preservar su homeostásis, que implica un balance de sus relaciones tanto interiores como exteriores (14).

Al mencionar no sólo las relaciones interiores de la familia, sino imprescindiblemente las exteriores, reconocemos y consideramos entonces a la familia, también como una unidad bio-psico-social que debe estudiarse y analizarse en cada una de éstas instancias (8).

La familia es el contexto natural que en el transcurso del tiempo elabora pautas de interacción, éstas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el

funcionamiento de sus miembros, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

Necesita una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales: apoyar la individuación, propiciando el desarrollo personal de cada uno de los miembros, al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia, dentro de sus relaciones recíprocas (28).

No es una entidad estática, está en continuo proceso de cambio al igual que sus contextos sociales. Como todos los organismos vivos, tiende a la conservación y a la evolución; posee una asombrosa capacidad para adaptarse y cambiar manteniendo sin embargo su continuidad.

Como sistema vivo pasa por periodos de desequilibrio que se alternan con otros de equilibrio (homeostásis) manteniendo siempre una fluctuación.

Tienen configuraciones y estructuras diferentes, y su forma influye sobre la manera como desempeña su función. Las familias funcionales son sistemas complejos que están constituidos por un gran número de partes que interactúan de manera complicada. Existe cierto grado de flexibilidad pero también una enorme cuota de repetición; una acción que se repite con frecuencia forma una pauta (8).

Los cambios en el funcionamiento familiar modifican su visión y viceversa. Cuando las familias se enfrentan a un conflicto que no pueden resolver, tienden a estereotipar sus interacciones interpersonales en errores repetitivos, con la consecuencia de que sus miembros reducen la visión que tienen unos de otros y enfocan las diferencias; alterando la habilidad de balancear la cercanía y distancia entre ellos y el clima emocional de la familia, impidiendo enfrentar las crisis adecuadamente (16).



### 3.06. LA ESQUIZOFRENIA BAJO LA ÓPTICA DE LA TERAPIA FAMILIAR.

El advenimiento de las observaciones en un sólo sentido, es decir, a través del cuarto con espejos (mejor conocido como Cámara de Gessell) en vivo, provocó que al ver de una manera distinta, se pudiera entonces pensar también de una manera diferente, tal vez un poco conservadora, pero que al fin y al cabo promovió una revolución epistemológica que tocó a todas las ciencias, echando por tierra las teorías o dogmas de la causalidad lineal inalterable (26).

En fechas recientes, aparecen una serie de autores que consideran que tanto la vida familiar, las experiencias personales, así como otros varios aspectos, constituyen áreas de la totalidad y el enfocar una sólo dimensión resulta incompleto y por lo tanto no circular.

Tenemos así por ejemplo a Samuel Slipp (49) quien debido a sus conocimientos de la teoría general de los sistemas, cibernética y comunicación, que adquirió al trabajar en California con Bateson, Haley y Weakland, empieza a buscar isomorfismos entre lo individual y lo sistémico. Se basa en la teoría de relaciones objetales, utiliza conceptos de Melanie Klein haciendo énfasis en establecer un marco teórico coherente, desarrollando una tipología familiar específica en la cual ciertos roles e interacciones se asocian a cierto tipo de patología en el paciente identificado.

Todos los aspectos y experiencias de vida se van a rejugarse en la familia actual. Para mantener su estima y cohesión se van a escindir en dos o más fragmentos representaciones de sus objetos o de sí mismos y a través de mecanismos de proyección se van a inducir en un otro significativo, el cual por sus propias necesidades, se va a coludir con los aspectos proyectados a través

de respuestas, actitudes o conductas (a éste proceso se le denomina: Identificación Proyectiva).

Slipp considera que debido a la necesidad de preservar la autoestima y la integridad intrapsíquica se utilizan defensas como la escisión y la identificación proyectiva que se juegan en la esfera interpersonal para, por un lado influenciar relaciones y por el otro producir respuestas en los otros, mismas que posteriormente son reinternalizadas; de éstas defensas primitivas, como el vínculo entre lo intrapsíquico y la dinámica familiar, resultan consecuencias como un sistema colusivo familiar inconsciente que propicia ciertas conductas, creándose así un círculo retroalimentador que perpetúa la patología (50).

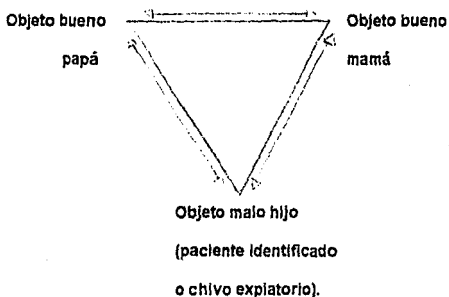
Aunque Slipp describe cuatro tipos de tipologías (esquizofrenia, borderline, depresiva y neurótica) en la presente investigación sólo se ha tomado lo concerniente al apartado de esquizofrenia.

En su descripción del proceso de separación-individuación Slipp retoma a Sullivan y dice que en éstas familias se vive como una amenaza a la integración total del Yo, y produce a su vez, una relación diádica madre-hijo, donde éste último percibe la gran ansiedad y sentimientos de baja autoestima de su madre, subordinando sus necesidades personales para mantener el equilibrio narcisístico precario de ella. Por otro lado la madre, percibe a su hijo como parte de ella (indiferenciación entre sí mismo y objeto) por lo tanto, si ella posee una baja autoestima, entonces el niño personificará parte de ello (50).

Lo anteriormente expuesto explica el por qué las interacciones familiares están basadas en proyecciones e introyecciones. Estas formas de comunicación no permiten abandonar, ni el pensamiento mágico, ni la relación simbiótica madre-hijo, ni en general el núcleo familiar.

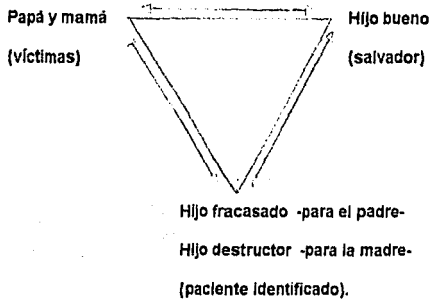
El padre demanda que el hijo piense, sienta y se comporte como él necesita, para que su autoestima y cohesión interna permanezcan intactas. Como los padres no han podido integrar sus propias ambivalencias y escisiones, no pueden tampoco individualizarse y se usan mutuamente como apoyos narcisistas surgiendo entonces la necesidad de una tercera persona quien resulta ser el paciente identificado, depositario de las proyecciones de los objetos escindidos buenos o malos, y los introyectos del sí mismo y de los objetos (de manera indiferenciada), Slipp lo esquematizó de la siguiente manera:

#### -RESPECTO A LOS OBJETOS.



Así mismo, en términos de self (sí mismo), el padre y la madre aparecen como víctimas del hijo después de haber proyectado sus aspectos malos y escindidos en él.

**-RESPECTO AL SELF (sí mismo).**



En el momento en el que se rompiera la simbiosis con el paciente identificado o chivo expiatorio, los padres tendrían que asumir sus propios aspectos malos, su locura. Para protegerse de esto, uno y otro proyectan lo malo en el afuera, entonces la identificación proyectiva se usa tanto como una defensa intrapsíquica, como defensa interpersonal, es un intento de manipular al otro para que se coluda con los aspectos proyectados. La respuesta del otro es internalizada mediante la identificación, sirviendo como un lazo de retroalimentación y así la realidad pareciera reforzar las imágenes internas del proyectador. Esto requiere de límites permeables, negación de la separación y falta de empatía hacia las necesidades y motivaciones del otro, y en lugar de intimidad y un compartir, existe una falta de diferenciación y una explotación del otro, visto como un objeto necesario para satisfacer las necesidades propias y para complementar el sí mismo (50).

Los individuos que no son capaces de diferenciarse y autorregularse, permanecen mucho más dependientes de las respuestas de otros, lo que es muy significativo para mantener el equilibrio interno, ya que sienten que su sobrevivencia está basada en un funcionamiento simbiótico, no diferenciado, en el cual la familia funciona como si cada uno fuera parte de un todo, del que no se puede separar, no abandonar la función asignada, sin que el resto se destruya.

Así cada uno es a su vez responsable de la sobrevivencia de los demás. Esto constituye lo que Slipp denomina patrón simbiótico de sobrevivencia (49).

Desde éste punto de vista podemos entender que el rol del paciente identificado es prevenir una herida narcisista, el conflicto o destrucción de otros.

Un funcionamiento familiar de éste tipo va a propiciar que el pensamiento mágico del niño se perpetúe, al reforzar el concepto de la participación mágica en la existencia de los objetos internos y se fija por la falta de diferenciación entre la fantasía y la realidad, dándose un círculo de retroalimentación positiva. Posteriormente como adulto, tratará de moldear a otros a través de los mecanismos de identificación proyectiva para que se conformen congruentemente con su creencia interna (32).

El proceso circular de la internalización se da a través de la experiencia subjetiva de una interacción interpersonal, que se internaliza en la esfera intapsíquica, ésta representación internalizada es proyectada al exterior en la esfera interpersonal para determinar la percepción del niño y finalmente la interacción interpersonal es reinternalizada sustentando la integridad de la personalidad interior del individuo. En las familias esquizofrénicas éstas relaciones de objeto, internalizadas de manera inconsciente, que son compartidas por la familia, forman un sistema colusivo que influye en la personalidad de cada individuo y también puede crear patología en los miembros de ésta.

La separación-individuación es inadmisibles, porque implicaría: ser destruido, no sobrevivir por sí mismo, perder el control y destruir a los padres. Esto significa que las necesidades de adaptación del paciente identificado no han sido separadas del sistema familiar, cuando algo precipita lo contrario, por ejemplo, stress que proviene del exterior, se provoca entonces en el individuo una esquizofrenia abierta. Slipp menciona que éste patrón simbiótico de sobrevivencia parece estar basado en la falta de internalización en los propios padres de sus madres, para regular su equilibrio narcisista; y entonces fallan en lograr una diferenciación del sí mismo y del objeto (49), que sin duda alguna, siguiendo a Ackerman, transmitirán y seguirán transmitiendo durante tres o más generaciones (1).

El doctor Nathan Ackerman en su artículo "El clima afectivo en las familias con psicosis" (3), relata su experiencia al trabajar con familias por periodos de 10 a 30 años, señalando que al entrar en contacto con el paciente esquizofrénico y su familia, de manera simultánea se percibe un clima afectivo muy particular, en el cual existe una dramática discrepancia entre lo que sucede a nivel superficial y lo que se da en la profundidad.

Aparentemente éstas familias mantienen una atmósfera silenciosa y tranquila, todo está como siempre, nada cambia, es decir, es estable. Pero lo que se mira como estabilidad puede ser una de las principales características de éstas familias, que viven una rigidez afectiva, donde las relaciones interpersonales son robotizadas y ritualizadas.

Al estar en contacto con éstas familias esquizofrénicas se vive una atmósfera, en general, hermética y helada, habiendo un mínimo de espontaneidad y libertad para actuar; pero cuando surge algo inesperado, ésta postura es abortada, descubriéndose un volcán haciendo erupción de ansiedad y

destruictividad; ésto subsecuentemente encadena un círculo vicioso: calma aparente ⇒ rutina ⇒ un disparador (externo o interno) ⇒ explosión ⇒ contagio en toda la familia de rabia y pánico ⇒ finalmente se vuelve a la calma y rutina (3).

"Compartir" y "bromear" dentro de éstas familias, son actividades falsas, actuadas y estereotipadas. Esta simulación de relaciones humanas, no es más que la negación de la situación en la que se vive, donde la premisa es hacer creer que hay genuinos vínculos afectivos, lealtad y cariño entre todos; a pesar de éstos intentos por aparentar lo que no se es, las relaciones intrafamiliares son fantasmagóricas y sombrías. Los integrantes de éstas familias han aprendido a modular las palabras y las ideas "correctas", pero nunca ligadas a los afectos y sentimientos, de éste modo las relaciones llegan a ser deshumanizadas (1).

Dada la total rigidización por falta de espontaneidad y por la carencia de afectos en las relaciones, éstas familias esquizofrénicas están incapacitadas para adaptarse a nuevas experiencias, aprender y crecer, es decir para vivir, porque vivir se traduce en movimiento, experiencia corporal, ésto es, acción y libertad para actuar, lo cual está vedado; ningún movimiento vital es permitido, quedando sólo una alternativa, que Ackerman describe de manera singular como, "la triste puerta al vuelo dentro de un mágico mundo de fantasías" (los delirios). Todo ésto se condensa en disfrazados perjuicios que tarde o temprano se comparten por todos en la familia y que no permiten para nadie NUEVA VIDA (3).

En éstas familias hay una obsesión por aparentar cuidado, sacrificio y devoción por los demás, internamente algo en realidad muy distinto; hay angustia desbordada a pesar de la lucha por contenerla y al no lograrlo hay un masivo contagio de ansiedad y rabia.

Es característica ésta "bruma de ansiedad", que les da a los integrantes de la familia un constante sentimiento de inseguridad, como si todo el tiempo

hubiese una amenaza inminente de catástrofe destructiva acechándoles. Pareciera como si las únicas cosas reales en las familias esquizofrénicas, señala Ackerman, fueran la muerte y la destrucción y no el crecimiento, el placer espontáneo y la vida (1).

Por más que nieguen, cubran o de cualquier manera defensiva pretendan anular el contagio de ansiedad, ésta recurrentemente aparece y se transmite como tinta en el agua con un efecto destrozador. Por ello en éste medio la vida es extirpada, una parte de la familia muere, así tal vez la otra parte sobreviva. A otro nivel permanece también latente el pavor de la destrucción y es vivida a través de aquel cuya mente se está fracturando (fragmentando) y el contagio de ansiedad destructiva y el pánico a perder la razón, corren paralelamente.

"Cuando se está a punto de vivir una nueva erupción, el temor a ella es tal que toda la energía se utiliza en mantener el control para preservar la sobrevivencia y se logra a través de la rigidización, que permite un control que llega a ser mágico, así mismo se mantiene siempre presente un deseo por omnisciente conocimiento, poder omnipotente, predicciones absolutamente certeras y demandas insaciables de mágico reaseguramiento, no importa cuál sea el costo, el temor a la destrucción está por encima de todo, hay que contener la ansiedad" (3). La rigidez es el producto del mecanismo defensivo prioritario de éstas familias: "la negación", mismo que es quebradizo y su funcionalidad no es segura, en ocasiones trabaja y en otras no; intermitentemente se viene abajo y se reinstaura, pero de manera cada vez más rígida.

Ackerman también nos habla de la culpa en la dinámica afectiva de éstas familias, donde ésta es utilizada como mecanismo de persuasión para evitar la destrucción. Ackerman señala que la violencia y la destrucción son proyectadas, generalmente, hacia los miembros masculinos de la familia, por ejemplo, la madre



proyecta constantemente toda su hostilidad hacia su pareja para así culparlo, de este modo no sólo la madre afirma y confirma su rol de bondad, sino que también así se encadenan sexo y violencia. El sexo queda contagiado del peligro que acompaña siempre a la violencia, a la destrucción, entonces será limitado. No se permite una libertad de expresión respecto a la sexualidad, así queda relegada y se le da una importancia periférica, del mismo modo los hombres no son permitidos, acaso llegan a ser tolerados como una presencia, igualmente periférica (4). En estas familias, dice Ackerman, "la vida no es vivida, es sufrida". Y según él, el contagio de pánico y de rabia necesitan ser entendidos desde las dos siguientes condiciones:

1. La depresión psicótica como fenómeno familiar, cruza tres o más generaciones. Este clima familiar y la simbiosis patológica son transmitidos de abuela a madre y de madre a niño y menos frecuentemente, de abuelo a padre y de padre a hijo.
2. Los mecanismos que someten al amalgamamiento de estas familias, están basados en los principios de mutua lealtad y dependencia que son creencias que sostienen pensamientos como: "sin la nutrición y protección de mi familia, me moriría".

Ackerman hipotetiza que estas profundas corrientes emocionales y las asociadas formaciones de fantasías o delirios, son una pauta en los roles interpersonales esquizoides o esquizofrénicos (2).

La relación madre-hijo (con el hijo esquizofrénico o potencialmente esquizofrénico) es una fusión, no una unión. En esta enfermedad simbiótica hay una masiva identificación que resulta engolfante, viven uno dentro del otro. Existe una constante inversión de roles entre ellos dos; todos los intentos de separación

producen una instantánea señal que aborta o paraliza dicho impulso. "La madre es personificación del martirio, es infinitamente hábil usando la autocompasión como una arma inductora de culpabilidad" (3). Por un lado la madre sofoca e invade, y por otro, borra, elimina, arrasa, mata; así antagonicamente ofrece cuidado físico y se pone al servicio de los demás, pero en función de ella misma y pone entre ella y su hijo el abastecimiento, entonces el niño se vincula con los servicios, no con la madre como persona (1).

Pareciera que en la relación madre-hijo, sólo uno de los dos tuviera la posibilidad de vivir. Dicha relación se funda sobre "el todo o nada", la madre es "el todo", por lo tanto demanda todo, el niño, es decir, "nada", pide nada, porque cómo podría "nada" pedir algo.

Ante éste vínculo patológico puede haber necesidad de antídoto por parte del padre, aunque éste generalmente falla sus intentos por rescatar a su hijo; en ocasiones el detonante de éstos intentos de rescate, son los celos que el padre siente por su hijo, pero cuando los expresa y pretende promover una separación entre la madre y el hijo y así hacerse un espacio, la madre lo ataca, siempre de forma camuflageada, y él queda excluido por su propia actitud. El padre, en éste tipo de familias, se mantiene aislado, ausente, desvinculado, porque después de todo, lo primordial es preservarse a sí mismo; por eso pareciera que no sólo acepta, sino que aprueba la forma en que la madre consume al hijo (4).

Esta ausencia del padre, generalmente, provoca una paradoja en el hijo, en donde por un lado lo siente ausente y distante, y por el otro lo vive grandioso y poderoso, es decir, lo idealiza; y que en resumen se traduce en una figura-objeto poco consistente.

Con respecto al hijo o hijos que no forman parte de la diada simbiótica, sienten que la madre prefiere a aquel con quien comparte ese vínculo (relación

patológica). En éstas familias podemos encontrar al paciente identificado (esquizofrénico) señalado como lo central para la madre, pero eso no significa que ella o la familia lo señalen como un hijo bueno, más bien figura como un hijo malo, problemático, el dolor de cabeza de todos, mientras que antagónicamente existe otro muy bueno, quien es depositario del rol de salvador. La madre constantemente intenta engolfar al hijo bueno o salvador, quien a pesar de sentirse relegado o celoso porque pareciera que ella prefiere al hijo simbiotizado, elige una postura de alejamiento de su madre, "del peligro", como hace el padre; para lograr ésto, el debe nivelar por sí mismo, éstos sentimientos de exclusión o delegación, para que sobreponiéndose a ellos logre mantener lejos la trampa mortal materna. Si el hijo simbiotizado (paciente identificado), por ejemplo, es hospitalizado o por alguna otra razón es alejado del seno familiar, la madre volcará su engolfante clutch sobre el hijo bueno, que luchara para no caer en él (51).

Ackerman retoma la teoría del doble vínculo de Bateson y reconoce los seis elementos que él señala para explicar y entender los eventos emocionales en las familias esquizofrénicas.

Exponemos a continuación dicha teoría, con la ayuda de un trabajo elaborado por Paul Watzlawick que facilita y simplifica su comprensión (54).

Hay elementos necesarios para crear un doble vínculo:

1. Dos o más personas. Quien emite el doble mensaje y quien(es) lo recibe(n); no siendo el emisor únicamente la madre, también puede ser el padre o los hermanos.

2. Una experiencia repetida. La experiencia del doble vínculo es tan repetida que se torna habitual.

3. Una orden negativa primaria. Que puede ser de dos formas: a) no hagas ésto o te castigo; y b) si haces ésto te castigo (evitación de castigo).

4. Una orden secundaria que choca con la primaria en un plano más abstracto y es puesta en vigor por castigo o señales que ponen en peligro la sobrevivencia. Se comunica generalmente por medios no verbales; éste mensaje más abstracto se transmite a través del mensaje verbal tácitamente, por medio de posturas, gestos, tono de voz, acción significativa, y ejemplo de ello es lo siguiente: "no veas ésto como un castigo" (aunque en realidad lo es), "no te sometas a mis prohibiciones o ideas si éstas son erróneas" (aunque como yo soy el padre, yo nunca me equivoco), o que el otro padre contradiga las órdenes de su conyuge.

5. Una orden negativa terciaria que prohíbe al receptor escapar del campo. Es un reforzamiento de los dos planos anteriores y es una amenaza para la sobrevivencia, y ya que son vividos e impuestos gradualmente durante la infancia, es imposible escapar de ellos; se perpetúan, como las caprichosas y eternas promesas de amor filial.

6. Aprendizaje. Esto es cuando el receptor ya no requiere de las condiciones anteriores para vivir y percibir en un universo de dobles vínculos, ya lo ha aprendido. Por ejemplo, los dobles mensajes, una vez a cargo de la madre, ahora están a cargo de las voces alucinatorias.

Ackerman señala, "en mi punto de vista el quinto elemento debería ser el primero. El poder de la orden de prohibición de escapar del campo familiar coacciona con el no escapar de la estrangulación simbiótica madre-hijo que está en primer lugar, ésto imposibilita al hijo o madre para escapar y vivir en un espacio afuera, lo que es una amenaza mortal; así mismo sugiero que ésto obliga al esquizofrénico a mantenerse alejado de la metacomunicación" (1).

Como vemos el doble vínculo es una situación en la cual no importa lo que una persona haga, no puede ganar. Este concepto es parte de una aproximación comunicacional, en la cual el que recibe un mensaje debe ser capaz de discriminar entre distintos niveles y modos de comunicación (57).

El doble vínculo es un lenguaje que obliga al interlocutor a elegir entre varios posibles significados que no sólo son distintos, sino que incluso pueden resultar incompatibles entre sí; por lo que no es sorprendente que el esquizofrénico se sienta obligado a comunicarse, pero atrapado, porque al mismo tiempo desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación (54).

En los casos de trastornos esquizofrénicos, el hijo se vincula a nivel cognitivo, afectivo y de lealtad. En el cognitivo es en el que aparece el doble vínculo; a través de éste se dan una serie de mecanismos y estrategias que transmiten la irracionalidad (51), y que crean un mecanismo de retroalimentación o proceso circular que está basado en una ambivalencia confusa y muy complicada (escisión), no en una indecisión entre alternativas posibles.

Ackerman considera que el doble vínculo es más un mecanismo que un disfraz que cubre el núcleo de ansiedad. Este vínculo es mantenido por la madre ante el horror que le causa su propia capacidad de aniquilar, entonces la sofocante simbiosis funciona como un mecanismo de defensa, negando, por medio de las apariencias y disfraces que ella y la familia adoptan, tal peligro de aniquilamiento. De aquí proviene la sensación de destrucción ante la separación, es decir, si el hijo se mueve hacia el padre o hacia cualquier otra persona que no sea la madre, en cierta medida sería tanto como dejar a la madre en manos de su propia destructividad, imposibilitándola para proyectarla y por lo tanto tendría que asumirla, en otras palabras, autodestruirse. Por ello la madre esquizofrenizante sataniza a los demás a los ojos de su hijo, para que él se convierta en un

desconfiado total y jamás se aleje del único vínculo seguro, el que tiene con su madre; ésto por otro lado mantiene al niño inmerso y engolfado colusivamente y sólo le queda la opción de crear su propio mundo, un mundo interno poblado de fantasías psicóticas (1).

En el presente trabajo presentamos las hipotetizadas tendencias patológicas que Ackerman desarrolló acerca de las familias esquizoides: "1. El estado de ánimo de la familia está protegido por la ansiedad que abarca la destrucción total. 2. La interacción de la amenaza catastrófica requiere de un poder mágico de control, la preocupación principal es la sobrevivencia. 3. Los roles familiares son integrados sobre la base del todo o nada (como: perseguidor mágico, víctima salvadora, protector mágico, etc.). 4. La urgencia vital del niño de respirar, moverse, sentir y actuar por su propia iniciativa, antagoniza con la curación potencial y el dar vida, que son vividos como amenazas destructoras o malévolas. 5. El profundo temor de su violencia potencial implica el peligro de usurpación de control, volviendo a los padres locos y robándoles el derecho a vivir. 6. Poderes omnipotentes son movilizados para contrarrestar la amenaza percibida, el niño es inmovilizado y congelado en una simbiósis absorbente por medio de los mecanismos del doble vínculo y lo convierten en el chivo expiatorio." (3).

Ackerman dice que el chivo expiatorio no es identificado como el hijo bueno, sino el malo. En éste niño y en toda la familia en general, existe la fantasía de que la agresión es destructiva, lo que refuerza la propia omnipotencia del niño, sobre sus fantasías destructivas. Esto último, sumado al pensamiento mágico, interfiere en el desarrollo de la separación-individuación y por lo tanto en el logro de la constancia objetal, y como consecuencia el niño se siente no valioso, incapaz, temeroso de que su propia agresión (omnipotente) destruya al

objeto y a sí mismo -que están fusionados internamente y que fomentan en él un egocentrismo en las áreas de relación, no pudiendo comprender que los objetos externos y el sí mismo tienen una identidad estable a través del tiempo y de los cambios contextuales- el niño puede vivirse malo, demandante, responsable y en control de los objetos y del abandono, o culpable de que su enojo pueda dañar a los padres (2).

Podemos concluir que en las familias en general y en especial en aquellas en las que surge un miembro con trastornos esquizofrénicos, las relaciones de objeto son internalizadas de manera inconsciente y son compartidas por la familia, creando un sistema colusivo de creencias en las que partes inaceptables de cada uno son atribuidas al otro y se actúan entre ellos.

Otro aspecto importante es el de la comunicación, ya que vemos los procesos del doble vínculo, en los cuales el paciente identificado debe engañarse a sí mismo, no discriminando sus propios mensajes internos y para sobrevivir tampoco debe discriminar los de los demás.

Todo esto propiciando un tipo de interacción rígida, estereotipada, en la que no existe espacio para la individuación y la propia existencia.

Como podemos observar en éste abordaje, lo dinámico y lo sistémico, se manejan como dos niveles del mismo tema, y lo importante es la ubicación y la comprensión que el terapeuta puede lograr de éstos aspectos y de como se juegan en la familia.

### 3.07. CUESTIONARIOS Y TÉCNICAS PROYECTIVAS.

Las pruebas psicométricas y cuestionarios son utilizados como instrumentos de medida precisa. Dichas medidas son auténticas aunque no directas, es decir, son estadísticas, donde los datos se ordenan en escalas y se expresan numéricamente.

Ya que se expresan por medio de números, los resultados son aptos para ser manipulados estadísticamente y así se puede comprobar su consistencia interna y la distribución normal de sus resultados (en poblaciones normalizadas) a través del tiempo.

Las pruebas psicométricas y cuestionarios trabajan con escalas y análisis factoriales, esto se debe a que son instrumentos normalizados y ponderados; donde la expresión numérica, sobre todo, permite validar el test psicométrico o cuestionario a través de comparar sus resultados con los criterios de validación (también traducidos en términos numéricos). Así mismo permiten, esta clase de instrumentos, hacer correlaciones con otros tests o cuestionarios formando baterías, lo cual aumenta la validez de los mismos (7).

Un aspecto más en el que podemos apreciar la objetividad de éstos instrumentos (pruebas psicométricas y cuestionarios) es que en los resultados y valoraciones de los mismos, sólo intervienen en forma automática los criterios de las pruebas (escalas de puntuación). De igual modo la relación entre el examinador y el examinado -durante la administración de la prueba o cuestionario- es neutra y no influye en los resultados.

Por otro lado, hablando de tests proyectivos, parte de la problemática desde el punto de vista científico, es que no existe una validación, ya que las interpretaciones se basan en cualidades subjetivas.



En 1936 Castell en Inglaterra y en 1937 Searls y Murray en EUA, publican por primera vez tests utilizando a la proyección de manera deliberada y explícita.

El término "proyección" adquiere gran importancia para los pioneros de éstas técnicas, quienes se interesaron en el hecho como S. Freud, quien la definió (y más tarde Anna Freud y otros autores retomándolo, hicieron intentos por añadir aspectos al concepto) como un mecanismo de defensa del Yo, posibilitándose así, a través de ella, la exploración interna de la personalidad (7).

Otto Fenichel explica a la proyección (retomando a Freud) diciendo que el Yo por primera vez establece un juicio al intentar diferenciar entre objetos comestibles y no comestibles; donde la primera forma de aceptar y rechazar son tragar y escupir respectivamente; aquí es donde la proyección adquiere su primer contenido "quiero escupirlo". Partiendo del primer estadio del Yo, que Freud denominó el "Yo de placer puro" en donde lo placentero se vive como perteneciente al Yo (algo para tragar) y lo desagradable o doloroso es vivido como "no Yo", por lo tanto, algo para escupir (41).

De éste modo se dice que alguien está proyectando cuando atribuye a una tercera persona un rasgo o deseo propio. En sí, proyectar es un mecanismo de defensa, por lo tanto es de índole inconsciente, es decir, la propia persona no se percató de su proyección (24). Siguiendo la lógica de éstas implicaciones, entonces, los deseos o rasgos expresados a través de la proyección continúan, para quien los expresa, todavía inconscientes.

Basándonos en los citados principios teóricos, las técnicas proyectivas son utilizadas para estimular imaginación, para suscitar y poner de manifiesto imágenes, fantasías e improvisaciones de gran importancia y relevancia en la vida del individuo.

Dichas fantasías junto con las formaciones reactivas, fueron mecanismos que pronto hubo que reconocer con luz propia; en el sentido de que a través de éstos procesos (también defensivos porque logran un puente de conciliación entre las instancias intrapsíquicas y la realidad) igualmente se podían apreciar hechos importantes del Yo y de la dinámica de la personalidad global, por que así como la proyección, son del mismo modo, mecanismos capaces de filtrar con la barrera de la represión impuesta por la realidad, o por la conciencia del sí mismo o por ambas.

El test proyectivo da al clínico la posibilidad de encontrar plasmado en él partes vivas de la personalidad del paciente, como si se imprimiera a sí mismo en los resultados. Esto es algo que Rapaport denomina la hipótesis proyectiva: "la estructura del individuo se proyecta en cada uno de sus actos" (7); ésto por supuesto incluye, la actuación del sujeto frente a la prueba proyectiva y lo que en ella plasme.

Los críticos de los tests proyectivos afirman que éstos son poco científicos ya que de por medio hay una interpretación, misma que requiere de operaciones subjetivas y no explícitas.

Dicen Jean Walker McFarlane y Read D. Tuddenham (en la compilación que hacen Anderson & Anderson: "Técnicas proyectivas de diagnóstico psicológico") que "Para el clínico el hecho de que un test sea útil desde el punto de vista clínico, basta para justificar su empleo, si le proporciona nuevas pistas respecto a las preocupaciones, ansiedades, fuentes de tensión y métodos de defensa del paciente, puede, e incluso debe emplearlo" (7). Así mismo, en forma reiterativa, un clínico PUEDE Y DEBE usar tests proyectivos cuando éstos le proporcionen además, una mayor información en un menor tiempo, también cuando le facilitan el encontrar el tipo de problema que afecta a su paciente y por

Último, si el test ayuda a elaborar el diagnóstico diferencial y de éste modo sea más sencillo elaborar un tratamiento.

Finalmente, si ésto no fuera suficiente para justificar el uso de técnicas proyectivas, cabría señalar que los datos obtenidos a través de los tests de ésta índole, sólo son datos que el psicólogo integra a otros datos obtenidos por vías alternas (historia familiar y escolar, entrevistas, exámenes médicos, etc.) para así obtener un conglomerado de flechas que apuntan a un diagnóstico, el cual no se dictaminaría sin antes sumar dos elementos más de gran importancia para el terapeuta, la situación personal y social del paciente (7).

## CAPITULO 4

### METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO

*"Por mucha omnipotencia que demuestre un delirio, sin embargo señala el límite que el pensamiento le impone a la omnipotencia" (44).*

#### 4.01. HIPÓTESIS CONCEPTUAL.

En vista de que la esquizofrenia es un trastorno altamente complejo que se ha abordado desde distintas perspectivas para su mejor comprensión, nos hemos inclinado hacia el enfoque familiar, que en las últimas décadas ha sido ampliamente utilizado.

En base a la revisión teórica realizada y con el objeto de conocer cuál es la percepción de un paciente esquizofrénico acerca de su familia nos planteamos la siguiente hipótesis conceptual:

"La percepción del paciente esquizofrénico acerca de su familia presenta alteraciones acordes con el funcionamiento familiar que prevalece en dicho sistema, de manera inconsciente, de acuerdo al marco teórico de la investigación".

#### **4.02. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.**

Para confirmar tal planteamiento se utilizó un estudio de campo de tipo descriptivo más que un experimento controlado, con el fin de obtener información que permita ubicar y conocer la problemática que afecta a la población estudiada y cómo repercute en ello la familia.

#### **4.03. DELIMITACIÓN TEMPORAL.**

La investigación de campo se llevó a cabo durante el lapso comprendido entre los meses de Septiembre y Diciembre de 1993.

#### **4.04. DELIMITACIÓN ESPACIAL.**

La investigación se realizó en la "Clínica Psicoterapéutica Xochicalco" ubicada en Xochicalco No. 512, Col. Vertiz Narvarte, en la Ciudad de México.

#### **4.05. TIPO DE ESTUDIO.**

Según las necesidades de nuestra investigación y la ciencia a la que corresponde (42) se decidió por llevar a cabo un estudio de tipo descriptivo que "posibilita captar las características más sobresalientes del problema a investigar,

así como las circunstancias en las que ocurre, por lo tanto se considera preliminar de un proceso continuo de investigación" (9).

Nuestra investigación corresponde a una exploración de tipo **prospectivo, transversal, descriptivo y observacional**; según describen Méndez y colaboradores en su protocolo de investigación:

**"Prospectivo.** Estudio en el que toda la información se recogerá, de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de ésta" (35).

**"Transversal.** Estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables; se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades" (35).

**"Descriptivo.** Estudio que sólo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto de la cual no existen hipótesis centrales. Quizá se tiene un grupo de hipótesis que se refieran a la búsqueda sistemática de asociaciones entre varias variables dentro de la misma población" (35).

**"Observacional.** Estudio en el cual el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por tanto, no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso" (35).

#### **4.06. POBLACIÓN.**

La población total en el momento de iniciar la investigación era de 13 pacientes (residentes) diagnosticados como esquizofrénicos (según el DSM III R);

ingresando posteriormente 8 más con igual diagnóstico, durante el lapso del estudio.

#### **4.07. MUESTRA.**

La muestra fué de tipo intencional, fijándose una muestra de 20 pacientes elegidos dentro de la Clínica Psicoterapéutica Xochicalco.

#### **4.08. SUJETOS.**

Para la presente investigación se tomaron como sujetos aquellos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

##### **Inclusión:**

- Que fueran residentes de la Clínica Psicoterapéutica Xochicalco.
- Que cumplieran con los requisitos diagnósticos establecidos por los criterios DSM III R para diagnosticar esquizofrenia.
- Que aceptaran cooperar.
- Que estuvieran dispuestos a conceder dos entrevistas de aproximadamente una hora de duración cada una.
- Que las edades oscilaran en el rango de los 26 a los 50 años.
- Que hubiesen presentado el primer brote entre los 15 y 30 años de edad.

##### **Exclusión:**

- Que se encontraran en fase aguda y en estado delirante.

- Aquellos pacientes que en un principio fueron incluidos y posteriormente se observó que su padecimiento había deteriorado sus capacidades cognitivas, casi en su totalidad.

#### 4.09. ESCENARIO.

La Clínica Xochicalco es una casa adaptada a las necesidades de una entidad psicoterapéutica donde encontramos, en la planta baja áreas de estancia común, como son la sala, cuarto de televisión, comedor, cocina, enfermería, sala de terapia y baño, y en la parte posterior de la casa, se ubican el patio y algunas habitaciones con baño, para pacientes mujeres y de cuidados especiales, así como las áreas de lavado, secado y planchado de ropa. En la planta alta se encuentran el resto de las habitaciones con baño destinadas a los pacientes varones.

#### 4.10. MATERIAL.

1. Libreta de anotaciones.

3. Para el Test del Dibujo de

Una Familia:

\*hojas blancas;

\*lápiz y

\*goma.

2. Para el cuestionario de Clima Social:

\*hoja de preguntas;

\*hojas blancas y

\*lápiz.



#### 4.11. INSTRUMENTOS.

##### -ESCALAS DE CLIMA SOCIAL.

a) **Características generales.** "The Social Climate Scales: Family, Work, Correctional, Institutions and Class Room Environment Scales" es el nombre original de éste instrumento cuyos autores son: R. H. Moss, B. S. Moss y E. J. Trickett. La adaptación española fué realizada por la Sección de Estudios de TEA Ediciones S.A. CES: Fernández-Ballesteros, R. y conjunción Cierra, B., de la Universidad Autónoma de Madrid en 1984. "A ello esperamos que contribuyan las experiencias y comentarios de los futuros usuarios a quienes agradecemos, de ante mano, su cooperación. Como agradecemos, muy especialmente, las ayudas recibidas en ésta primera etapa: Rocío Fernández-Ballesteros y Benjamín Cierra de la Universidad Autónoma de Madrid, llevaron a cabo la primera versión del Cuestionario y Manual de la Escala CES (Clase), además de aportar gran número de datos y elaboraciones estadísticas sobre ella; los alumnos del tercer curso de Psicología de la Universidad Complutense realizaron durante el curso de 1982-83 la mayor parte de las aplicaciones que sirvieron de base para la tipificación, bajo la dirección de sus profesores: Pilar Baena, Soledad Ballesteros, Ana Calles, Agustín Cordero y Ana Vera; María del Carmen Mazaira y María Isabel Pardo hicieron posible disponer de una muestra, en que los mismos alumnos de EGB cumplimentaron los cuestionarios de la Escala de Familia (FES) y Clase (CES); María Rosa Félix aportó datos obtenidos en Centros de Trabajo (WES); finalmente, Pedro Romero, Severino Préstamo y Atonio Cano llevaron a cabo aplicaciones en Instituciones Penitenciarias (CIES)" (37).

Las Escalas de Clima Social fueron diseñadas en el Laboratorio de Ecología Social de la Universidad de Stanford (California). Existen tres formas de

aplicación para las cuales se emplea el mismo material, aunque se pide que se den las respuestas desde enfoques diferentes:

La forma R (Real) aprecia lo que perciben las personas respecto al ambiente que evalúa la escala (familiar, laboral, escolar, etc.).

La forma I (Ideal) aprecia el concepto que tienen las personas de un ambiente ideal en la familia, en el trabajo, etc.

La forma E (Expectativa) aprecia las expectativas de las personas respecto al ambiente que les gustaría encontrar en el grupo familiar, de trabajo, de estudio, etc., al que se van a integrar.

En la versión española, se ha considerado, por el momento sólo la forma R., ya que las investigaciones hechas hasta el momento así lo han requerido.

Con respecto a la presente investigación únicamente se utilizó la escala de Clima Social en la familia; por ello a lo largo de la descripción del instrumento sólo ésta se tomó en cuenta (37).

**b) Escala de Clima Social en la Familia (FES).** Esta escala aprecia las características socioambientales de todo tipo de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y en su estructura básica. En su construcción se emplearon diversos métodos para obtener un conocimiento y una comprensión adecuados del ambiente social de la familia y se construyeron una serie de elementos que, unidos a otros de clima social formaron la primera versión de la escala. Esta primera versión fué aplicada a una muestra de familias de diversos tipos y ambientes y se realizaron análisis de los resultados para asegurar que la escala resultante fuese aplicable a la amplia variedad de familias. Los resultados obtenidos constituyeron la base sobre la que se construyó una

nueva versión de la escala cuya adaptación presentamos; está formada por 90 elementos agrupados en 10 subescalas que describen 3 dimensiones fundamentales:

1. **Relaciones:** Es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Esta integrada por tres subescalas: Cohesión, Expresividad y conflicto.

2. **Desarrollo:** Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida común. Esta dimensión comprende las subescalas de: Autonomía, Actuación, Intelectual-Cultural, Social-Recreativa y Moralidad-Religiosidad.

3. **Estabilidad:** Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. La forman dos subescalas: Organización y Control (37).

**c) Normas de aplicación.** La administración puede ser individual o colectiva, donde la duración es variable, aproximadamente de 20 minutos para cada escala. Indicándose como candidatos idóneos para la aplicación adolescentes y adultos.

**d) Normas de corrección.** Para calcular la puntuación directa se cuentan las marcas que aparecen a través de los recuadros de la plantilla, en cada una de las columnas en que ésta se divide, y se anota el total en la casilla de la puntuación directa en el lugar correspondiente a la subescala que se está valorando.

Las puntuaciones obtenidas de éste modo se pueden transformar en típicas y a partir de ello se elabora el perfil. La puntuación máxima en la escala FES es de 9 puntos en cada una de las 10 subescalas (37).

- EL TEST DEL DIBUJO DE UNA FAMILIA.

a) **El dibujo como test de personalidad.** En general el dibujo nos revela aspectos de la personalidad del individuo, así como de su vida afectiva. Juliette Boutonier afirma que el dibujo es una forma de proyección de sí mismo y del mundo, o dicho de otro modo, de la forma en que el individuo se vive a sí mismo y al mundo que lo rodea. La interpretación de los dibujos nos lleva al problema central del sujeto donde se incluye su historia y las situaciones que vive (18).

b) **Proyección y Simbolismo.** Como dice J. Boutonier, el dibujo es una proyección, es decir, la personalidad total procura expresarse en él y en particular en los elementos inconscientes a través de símbolos. Como en todo campo habrá que delimitar aquello que pretendemos encontrar del inconsciente por medio de nuestro instrumento, por ello en éste caso y para los fines de nuestra investigación, hemos decidido utilizar El Test del Dibujo de una Familia y no, por ejemplo el TAT (18).

c) **La interpretación:**

Plano gráfico; la forma en la que un individuo utiliza un lápiz y traza puntos, rectas y curvas, es reveladora de su psicomotricidad y, por lo tanto de sus disposiciones afectivas (18).

Plano de las estructuras formales; hablar de éstas es hablar del esquema corporal del sujeto, pero ésta visión interior del propio cuerpo, no se constituye sino poco a poco, paralelamente con el progreso de la edad y del desarrollo. A ello se debe que la perfección del dibujo sea testigo de la madurez de quien lo hizo. Mencionando globalmente las estructuras formales en el test de la familia, habremos de tomar en cuenta lo anterior, así como el marco inmóvil o animado en el que actúan los personajes y simbolismos de las interacciones recíprocas.

Plano del contenido; el contenido de elementos a interpretar en éste test proyectivo resultan fácilmente identificados, ya que éste instrumento cuenta con órdenes e instrucciones precisas. Con la instrucción: "dibuja una familia" y no "dibuja tu familia", se deja libre el campo de la imaginación del sujeto sin invadir el mecanismo proyectivo a través del cual se expresa lo que será interpretado posteriormente (18).

Interpretación psicoanalítica (psicodinámica); inicialmente pareciera que, en un test como el test de la familia, el sujeto, invitado a dibujar personajes que existen o pueden existir, lo haría con plena conciencia de lo que valoriza o niega y de las relaciones personales recíprocas que establece entre los miembros de la familia imaginada por él, pero como ya se mencionó en el marco teórico, al hablar acerca de las técnicas proyectivas que son utilizadas para estimular la imaginación, la fantasía y las improvisaciones de gran relevancia en la vida del individuo esquizofrénico, el proceso por medio del cual se expresa todo ello es la proyección y es de carácter inconsciente. Cabe señalar que ésta prueba proyectiva se ha utilizado ampliamente en investigaciones con poblaciones similares a la nuestra.

·Para confirmar y aumentar la confiabilidad de la interpretación clínica del test del dibujo de una familia, se llevó a cabo (descrito detalladamente en el procedimiento) un jueceo (ver glosario) de la misma.

d) **Técnica del test.** Son necesarios papel blanco, un lápiz y una goma. La indicación es: "dibujame una familia" ó "imagina una familia que tu inventes y dibújala". La forma en que el individuo va construyendo el dibujo de la familia, el lugar de la página por donde comenzó, con qué personaje inició, a qué personaje borró, en qué personaje invirtió más tiempo, el tiempo que tardó, en general, para elaborar el dibujo, etc., son datos casi tan importantes como el resultado final; entonces se requiere también de una libreta para tales anotaciones. El realizar una entrevista posterior a la elaboración del dibujo, tiene que ver con la necesidad de saber que pretendía expresar el sujeto en el dibujo. Así mismo se deben registrar las reacciones afectivas que provocan las escenas que se están dibujando (proyectando) (18).

#### 4.12. PROCEDIMIENTO.

Se decidió elaborar la tesis "ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO ACERCA DE SU FAMILIA" dado que laborábamos en la Clínica Psicoterapéutica Xochicalco y ello nos facilitaba en gran medida el trabajo de campo, ya que la población de ésta institución está integrada, en su mayoría, por pacientes diagnosticados como esquizofrénicos.

Fué fácil obtener la cooperación por parte de los pacientes gracias a nuestra posición en la clínica; en la cual teníamos un trato amable y cotidiano con los residentes, médicos y directivos de la institución.

El anteproyecto se presentó en la Clínica en hora y fecha determinadas por ellos (Junio de 1993) siendo aprobado de inmediato y fijado un período de trabajo de campo de cuatro meses (Septiembre a Diciembre de 1993), estableciéndose como única condición el no presionar u obligar a ninguno de los pacientes residentes a elaborar las pruebas ya citadas y/o las entrevistas.

Las entrevistas se llevaron a cabo en la sala de psicoterapia, siendo ésta un lugar aislado y silencioso, propicio para realizar las entrevistas y aplicar las pruebas. El lugar cuenta con las siguientes dimensiones: 3 metros de ancho por 8 metros de largo. En la sala de terapia se encuentran, dos pequeños sofás, un escritorio, tres sillas, y un archivero, con una acogedora decoración; realizándose las entrevistas en los sillones y la aplicación de las pruebas en el escritorio.

Los roles que jugábamos durante el trabajo de campo, anteriormente mencionado, eran alternados, primero se realizaron las dos entrevistas, donde en una, uno de nosotros permanecía pasivo y el otro activo, y en la segunda se cambiaban los roles. Esto produjo dos reacciones en el paciente; a partir de ello se determinó cual sería el rol a seguir de cada uno de nosotros durante la aplicación de las pruebas, tomando en cuenta para ésta determinación lo que denominamos actitud facilitadora (con actitud facilitadora nos referimos a observar frente de quien de nosotros en el rol activo o pasivo, según el caso, el paciente se mostró, más concentrado, más participativo, menos inquieto, más coherente en sus respuestas y argumentos). Según el rol determinado a jugar por parte de cada uno de nosotros en la aplicación de las pruebas, quien desempeñaba el rol

activo se dedicó a proporcionar la prueba e indicaciones al paciente, así como a solucionar sus dudas y/o preguntas, mientras que quien actuaba el rol pasivo se encargaba de observar y anotar las reacciones del paciente ante las pruebas. Esto se realizó igualmente en las entrevistas realizadas con anterioridad.

Durante las entrevistas se trataba de captar la mayor cantidad posible de datos que el paciente estuviera dispuesto a proporcionar, partiendo de un formato de entrevista clínica establecido (ver anexo).

Cabe señalar que el nivel social y económico que fué incluido en cada entrevista clínica, se obtuvo por medio de los expedientes (información confidencial) que la Clínica Psicoterapéutica Xochicalco posee de cada paciente.

En algunas ocasiones los pacientes no estaban disponibles por encontrarse en fase aguda, disparada por diversas causas, y siempre bajo esas circunstancias había que esperar hasta que la medicación surtiera efecto; mientras tanto procurábamos establecer algún tipo de contacto por medio de charlas improvisadas, aguardando el momento idóneo (crisis controlada y desaparición total o casi total de los efectos colaterales) para realizar las entrevistas clínicas correspondientes a la investigación, así como las pruebas.

Una vez realizadas las entrevistas y la aplicación de las pruebas, pasamos a la calificación e interpretación de éstas. Por un lado contamos con la prueba FES, misma que no requiere más que la aplicación de una plantilla para obtener los puntajes brutos, y posteriormente, la utilización de una tabla para transformarlos en las calificaciones finales. Por otro lado, El Test del Dibujo de Una Familia es una prueba de tipo proyectivo y por ello se requirió de llevar a cabo un jueceo (ver glosario), es decir, cinco psicólogos (familiarizados con la aplicación e interpretación de éste tipo de pruebas proyectivas) además de



nosotros dos, calificaron e interpretaron, cada uno por separado, los 20 dibujos de los 20 sujetos y posteriormente se integró la información obtenida, tomándose únicamente en cuenta los datos que resultaron consistentes, ésto es, que coincidieron en cinco de las siete interpretaciones como mínimo.

## CAPITULO 5

## RESULTADOS

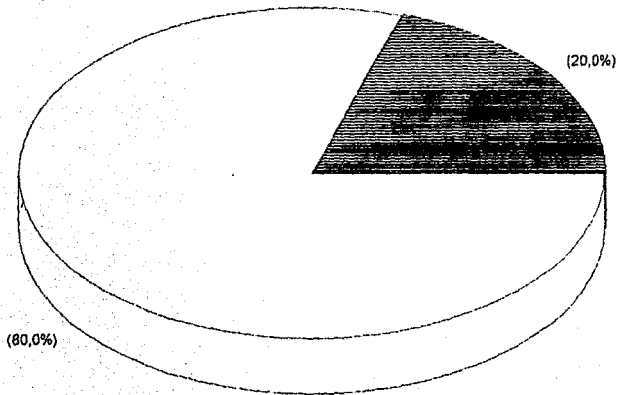
*"Yo, uno mismo: tan difícil de encontrar para un psicótico, como un pene para una mujer. Y no menos ilusorio" (44).*

## 5.01. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS.

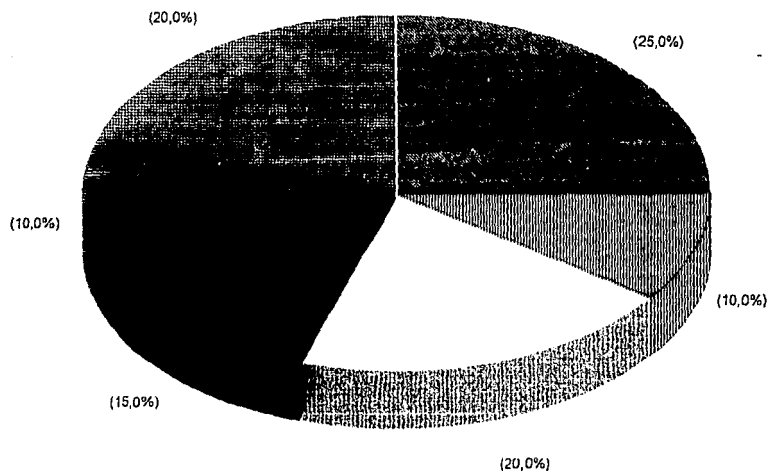
A. A través de las dos entrevistas llevadas a cabo con cada sujeto durante el trabajo de campo de la presente investigación, se obtuvieron los siguientes datos:

SUJETO	EDAD EN AÑOS	SEXO	ESCOLARIDAD	NIVEL SOCIAL Y ECONÓMICO
01	26	MASC.	UNIVERSIDAD	ALTO-ALTO
02	38	MASC.	SECUNDARIA	MEDIO-MEDIO
03	32	MASC.	MAESTRIA	ALTO-ALTO
04	39	FEM.	PREPARATORIA	ALTO-ALTO
05	44	FEM.	MAESTRIA	ALTO-ALTO
06	25	MASC.	PRIMARIA	MEDIO-ALTO
07	42	MASC.	3o. PRIMARIA	BAJO-MEDIO
08	50	MASC.	3o. PRIMARIA	BAJO-MEDIO
09	50	MASC.	3o. PRIMARIA	BAJO-BAJO
10	48	MASC.	UNIVERSIDAD	MEDIO-ALTO
11	43	MASC.	2o. PRIMARIA	BAJO-MEDIO
12	49	MASC.	4o. PRIMARIA	BAJO-MEDIO
13	43	MASC.	PRIMARIA	BAJO-MEDIO
14	42	MASC.	SECUNDARIA	MEDIO-MEDIO
15	39	MASC.	PRIMARIA	MADIO-MEDIO
16	26	MASC.	PREPARATORIA	ALTO-ALTO
17	29	MASC.	PRIMARIA	MEDIO-MEDIO
18	26	FEM.	UNIVERSIDAD	ALTO-ALTO
19	28	MASC.	UNIVERSIDAD	ALTO-ALTO
20	27	FEM.	PREPARATORIA	MEDIO-ALTO

**DISTRIBUCION POR SEXO**

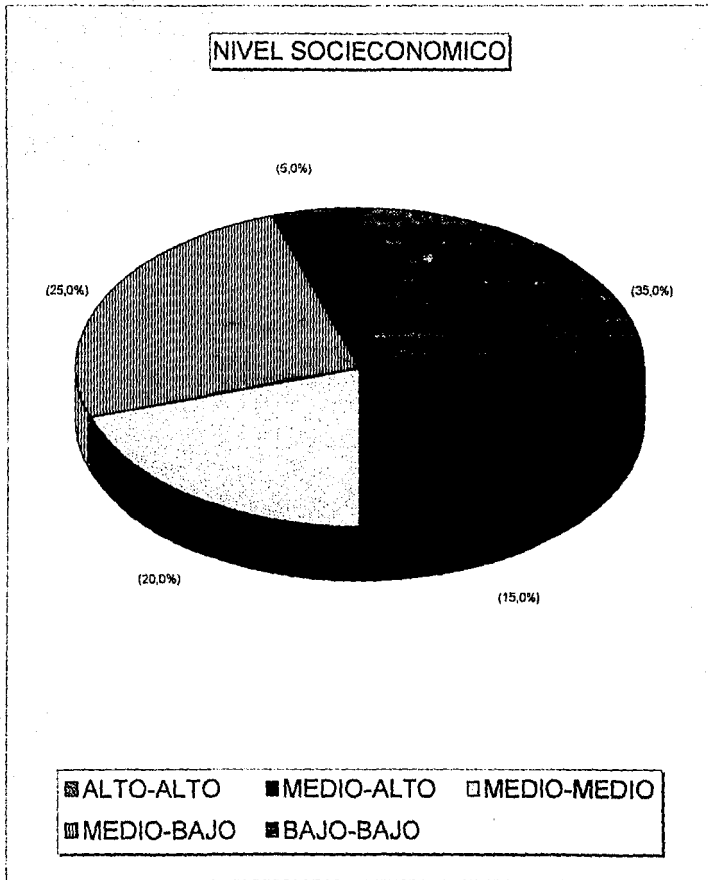


**■ MUJERES   □ HOMBRES**

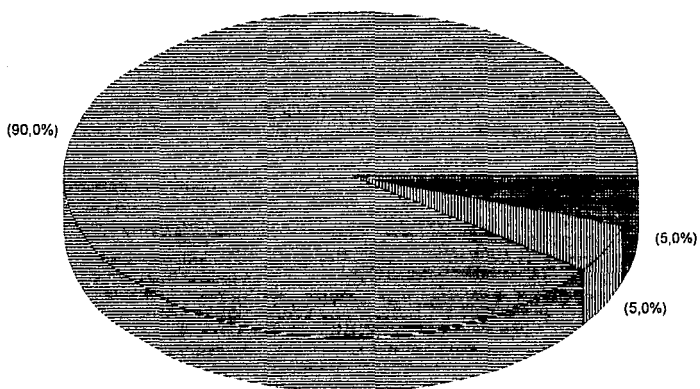
**ESCOLARIDAD**

■ MENOS DE PRIM.   ■ PRIMARIA TERMIN.   ■ SECUNDARIA  
■ PREPARATORIA   □ UNIVERSIDAD   ■ MAESTRIA

SUJETO	ESTADO CIVIL	LUGAR QUE OCUPA EN LA FAM.	FAMILIARES MUERTOS	CONDICIÓN MARITAL DE LOS PADRES
01	SOLTERO	MENOR	NINGUNO	DIVORCIADOS
02	SOLTERO	MAYOR	PADRE Y MADRE	VIUDO
03	SOLTERO	MEDIO	PADRE	VIUDA
04	SOLTERA	QUIINTA	PADRE	VIUDA
05	SOLTERA	MAYOR	NINGUNO	CASADOS
06	SOLTERO	MENOR	PADRE	DIVORCIADOS
07	SOLTERO	MAYOR	NINGUNO	CASADOS
08	SOLTERO	MAYOR	PADRE	VIUDA
09	SOLTERO	MAYOR	PADRE	DIVORCIADOS
10	DIVORCIADO	MAYOR	PADRE, MADRE Y HNOS.	MURIERON CASADOS
11	CASADO	MENOR	PADRE	VIUDA
12	SOLTERO	MAYOR	PADRE Y MADRE	MURIERON CASADOS
13	SOLTERO	MAYOR	PADRE, MADRE Y 1 HNO.	DIVORCIADOS
14	SOLTERO	MENOR	NINGUNO	DIVORCIADOS
15	SOLTERO	MENOR	PADRE	VIUDA
16	SOLTERO	MEDIO	NINGUNO	CASADOS
17	SOLTERO	MENOR	PADRE	VIUDA
18	SOLTERA	MAYOR	NINGUNO	CASADOS
19	SOLTERO	MAYOR	NINGUNO	CASADOS
20	SOLTERA	MAYOR	PADRE	VIUDA

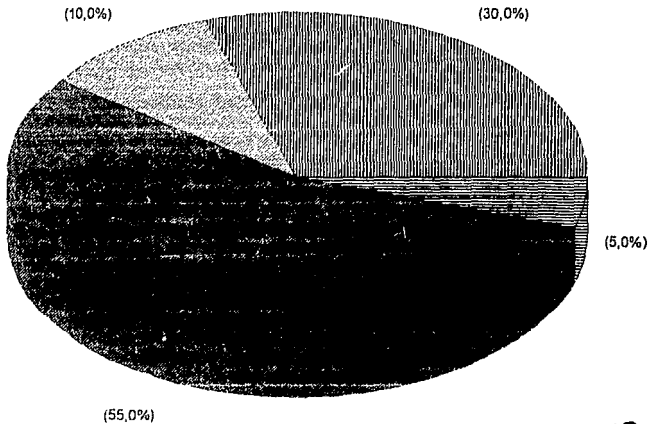


## ESTADO CIVIL



■ SOLTERO    ■ CASADO  
■ DIVORCIADO

## LUGAR OCUPADO EN LA FAMILIA



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

■ MENOR ■ MEDIO  
■ MAYOR ■ OTROS



### CON FAMILIARES MUERTOS

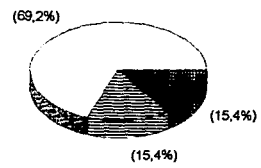


□ MUERTOS    ■ VIVOS

MUERTOS  
VIVOS

65,00%  
35,00%

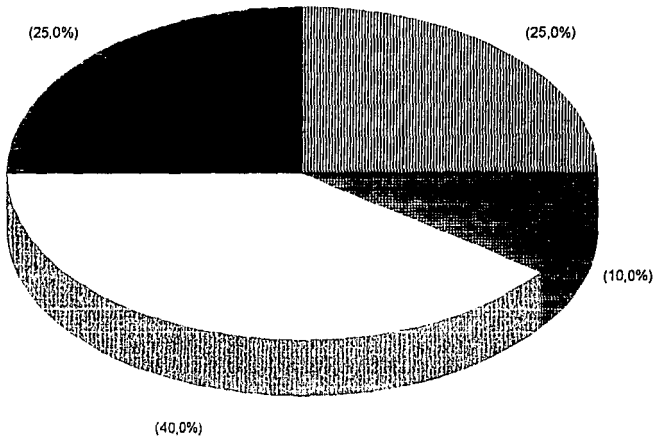
### PARENTESCO DEL FAMILIAR MUERTO



□ PADRE MUERTO    ▨ AMBOS PADRES MUERTOS    ▩ AMBOS PADRES MUERTOS Y HERMANO(S)

PADRE MUERTO  
AMBOS PADRES MUERTOS  
AMBOS PADRES MUERTOS Y HERMANO(S)

69,24%  
15,38%  
15,38%  
100,00%

**CONDICION MARITAL DE LOS PADRES**

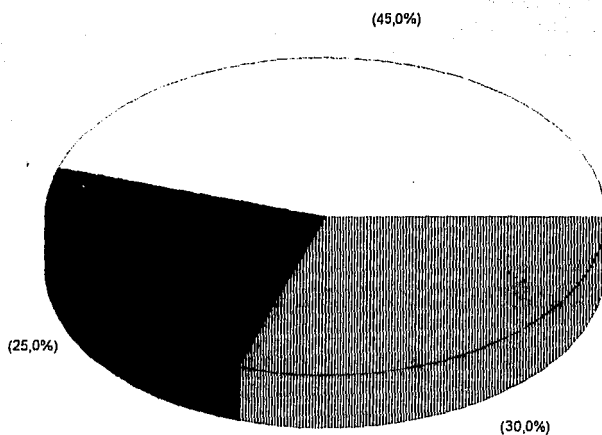
■ CASADOS

■ DIVORCIADOS

□ VIUDOS

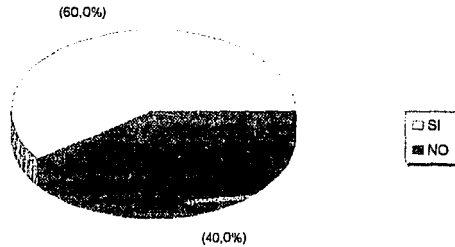
■ MURIERON CASADOS

SUJETO	EDAD DEL 1er. BROTE EN AÑOS	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	ADICION(ES) ASOCIADA(S)
01	20	6	DROGAS
02	18	20	DROGAS Y ALCOHOL
03	29	3	DROGAS Y ALCOHOL
04	17	22	NINGUNA
05	29	15	NINGUNA
06	17	8	DROGAS Y ALCOHOL
07	21	21	NINGUNA
08	17	33	NINGUNA
09	20	30	NINGUNA
10	29	19	ALCOHOL
11	22	21	ALCOHOL
12	28	21	NINGUNA
13	29	14	ALCOHOL
14	19	23	DROGAS
15	30	9	DROGAS
16	16	10	NINGUNA
17	20	9	DROGAS
18	22	4	NINGUNA
19	22	6	ALCOHOL
20	24	3	DROGAS

**EDAD DEL PRIMER BROTE**

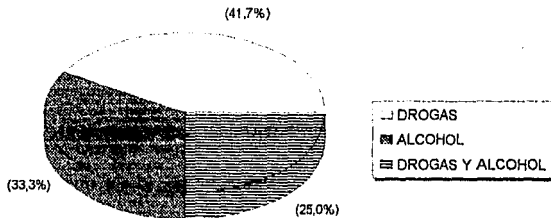
□ 15 - 20 AÑOS ■ 21 - 25 AÑOS  
▨ 26 - 30 AÑOS

### ADICCIONES ASOCIADAS



SI	60,00%
NO	40,00%

### TIPOS DE ADICCION



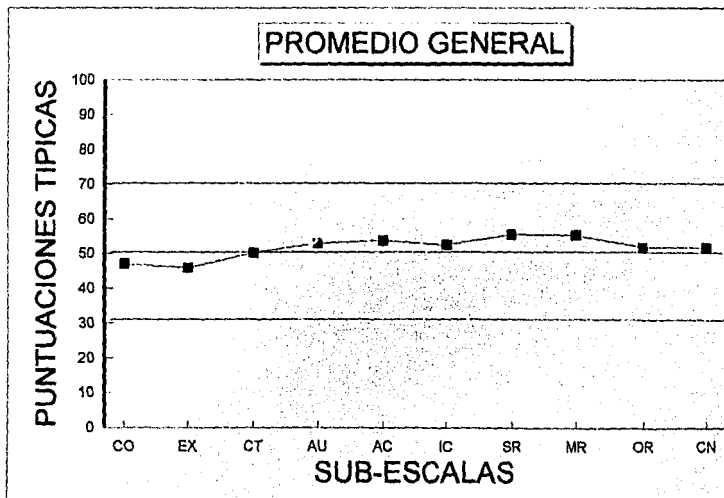
DROGAS	41,66%
ALCOHOL	33,34%
DROGAS Y ALCOHOL	25,00%
	100,00%

B. Los resultados cuantitativos, obtenidos a través de la calificación de la prueba de la Escala de Clima Social en la Familia (FES); sólo pueden ser comprendidos a través de ser observados en su expresión gráfica, es decir, cada prueba de cada sujeto arrojó 10 puntuaciones directas, transformadas a tipificadas, las cuales unicamente adquieren sentido al ser comparadas y observadas desde la média que la gáfica de la prueba indica (ver anexo).

Por ello, para presentar un material representativo de éstos resultados, se realizó el promedio de las puntuaciones tipificadas de cada sujeto, obteniéndose así una gráfica promedio de la prueba FES de toda la población:

SUJETOS	PROMEDIO																				
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	PROMEDIO
COHESIÓN (CO)	58	39	80	23	43	43	58	43	58	52	52	43	52	53	43	27	52	43	52	47	
EXPRESIVIDAD (EX)	42	31	53	47	37	53	47	53	47	42	53	37	53	37	53	42	53	42	53	42	45.85
CONFLICTO (CT)	58	45	49	82	49	82	49	82	49	54	49	40	54	49	36	49	49	49	54	36	50.2
AUTOHOMÍA (AU)	57	51	89	82	82	57	82	57	40	40	57	57	46	51	46	40	40	82	46	52.9	
ACTUACIÓN (AC)	52	52	57	47	82	52	52	57	42	82	52	47	52	52	52	82	57	82	52	52	53.75
INTELLECTUAL-CULTURAL(IC)	65	80	56	42	80	47	80	58	58	65	80	56	42	42	47	51	37	47	80	42	52.55
SOCIAL-RECREATIVA (SR)	82	82	72	58	87	62	72	44	44	82	44	44	44	58	53	53	44	82	44	58	55.45
MORALID.-RELIGIOSIDAD(MR)	44	54	59	54	59	44	54	59	59	64	59	59	49	59	80	49	49	44	89	49	55.25
ORGANIZACIÓN (OR)	54	44	44	34	49	58	83	58	54	49	54	54	83	54	54	48	49	34	44	49	51
CONTROL (CN)	45	83	54	49	35	49	49	54	49	83	54	54	58	54	49	49	54	83	45	54	51.8

GRÁFICA:

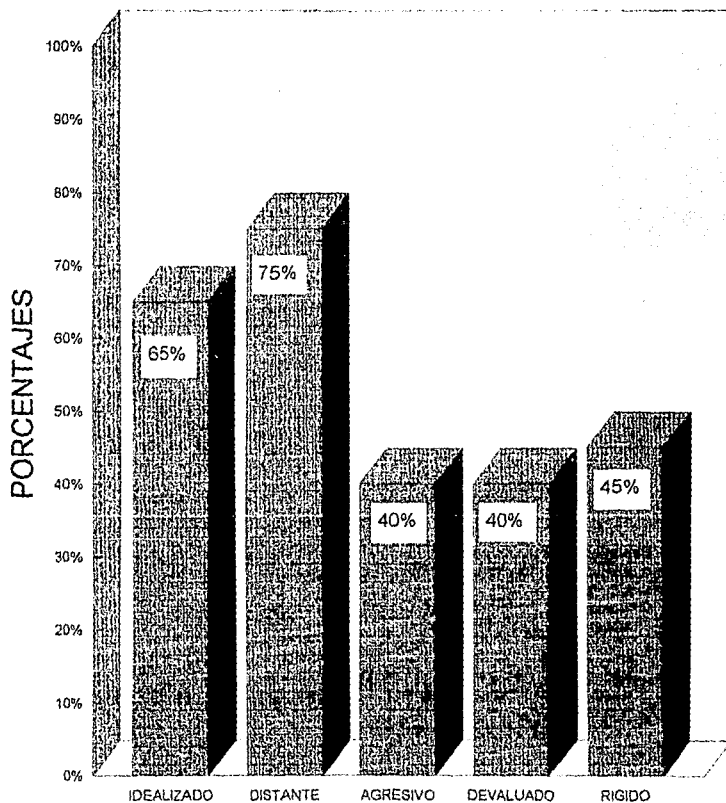


**C. Resultados obtenidos a partir de la interpretación de la prueba proyectiva "El Test del Dibujo de Una Familia":**

**SUJETO ¿COMO PERCIBE AL PADRE?**

- 01 Idealizado y distante.
- 02 Idealizado, distante, agresivo y rígido.
- 03 Idealizado y distante.
- 04 Idealizado y distante.
- 05 Idealizado, agresivo y devaluado.
- 06 Idealizado, agresivo y rígido.
- 07 Distante.
- 08 Idealizado, distante y rígido.
- 09 Idealizado y distante.
- 10 Distante y agresivo.
- 11 Distante.
- 12 Distante, Agresivo y devaluado.
- 13 Idealizado, distante, devaluado y rígido.
- 14 Idealizado, distante y devaluado.
- 15 Idealizado y distante.
- 16 Distante, devaluado y rígido.
- 17 Idealizado, devaluado y rígido.
- 18 Agresivo, devaluado y rígido.
- 19 Idealizado, Agresivo y rígido.
- 20 Distante, agresivo, devaluado y rígido.

## ¿COMO PERCIBE AL PADRE?

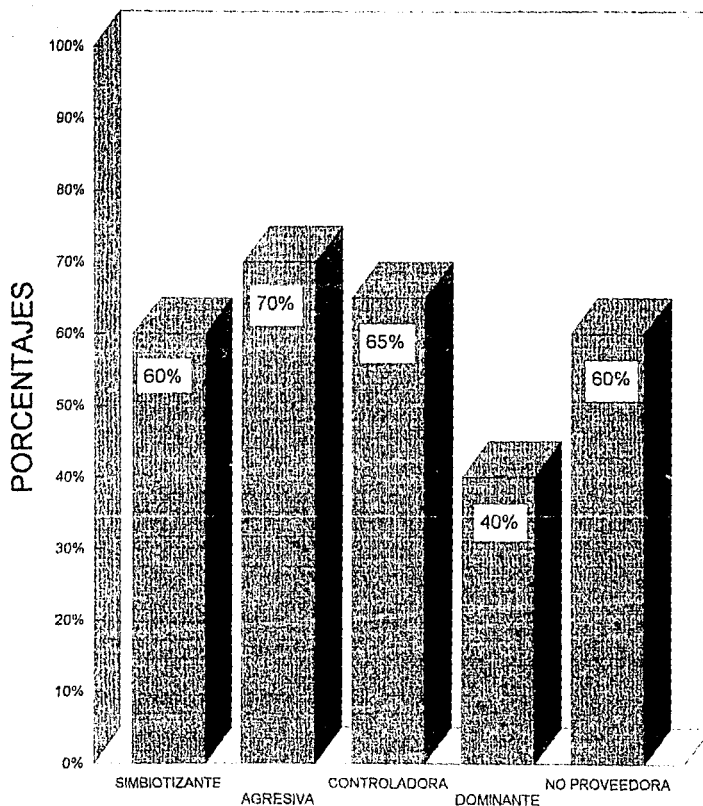




**SUJETO ¿COMO PERCIBE A LA MADRE?**

- 01 Agresiva, controladora y dominante.
- 02 No proveedora.
- 03 Simbiotizante, agresiva, controladora y no proveedora.
- 04 Agresiva, controladora y no proveedora.
- 05 Agresiva y no proveedora.
- 06 Simbiotizante, agresiva y controladora.
- 07 Simbiotizante, agresiva y controladora.
- 08 Simbiotizante, controladora, dominante y no proveedora.
- 09 Agresiva, controladora y dominante.
- 10 Simbiotizante, agresiva, controladora y dominante.
- 11 No proveedora.
- 12 Agresiva y no proveedora.
- 13 Simbiotizante, agresiva, controladora y no proveedora.
- 14 Simbiotizante, agresiva, controladora y proveedora.
- 15 Simbiotizante, controladora y dominante.
- 16 Agresiva, dominante y no proveedora.
- 17 Simbiotizante, agresiva, dominante y no proveedora.
- 18 Simbiotizante, agresiva y controladora.
- 19 Simbiotizante, controladora y dominante.
- 20 Simbiotizante y no proveedora.

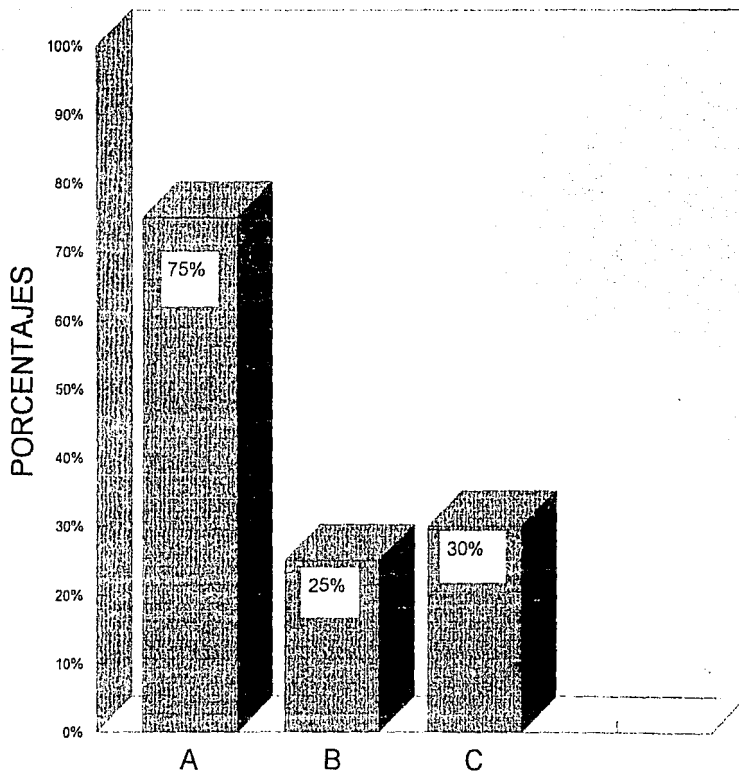
## ¿COMO PERCIBE A LA MADRE?



**SUJETO ¿COMO PERCIBE A LOS PADRES COMO PAREJA?**

- 01 Pseudorelación de pareja y relación de pareja en la que la madre tiene todo el poder.
- 02 Pseudorelación de pareja.
- 03 Pseudorelación de pareja.
- 04 Pseudorelación de pareja y relación de pareja en la que la madre tiene todo el poder.
- 05 Pseudorelación de pareja y relación de pareja en la que la madre tiene todo el poder.
- 06 Pseudorelación de pareja.
- 07 Inexistencia de la pareja.
- 08 Pseudorelación de pareja.
- 09 Pseudorelación de pareja.
- 10 Pseudorelación de pareja y relación de pareja en la que la madre tiene todo el poder.
- 11 Inexistencia de la pareja.
- 12 Pseudorelación de pareja.
- 13 Pseudorelación de pareja y relación de pareja en la que la madre tiene todo el poder.
- 14 Pseudorelación de pareja.
- 15 Inexistencia de la pareja.
- 16 Pseudorelación de pareja.
- 17 Pseudorelación de pareja.
- 18 Inexistencia de la pareja.
- 19 Inexistencia de la pareja.
- 20 Pseudorelación de pareja y relación de pareja en la que la madre tiene todo el poder.

¿ COMO PERCIBE A LOS PADRES  
COMO PAREJA ?



A= PSEUDO RELACION DE PAREJA

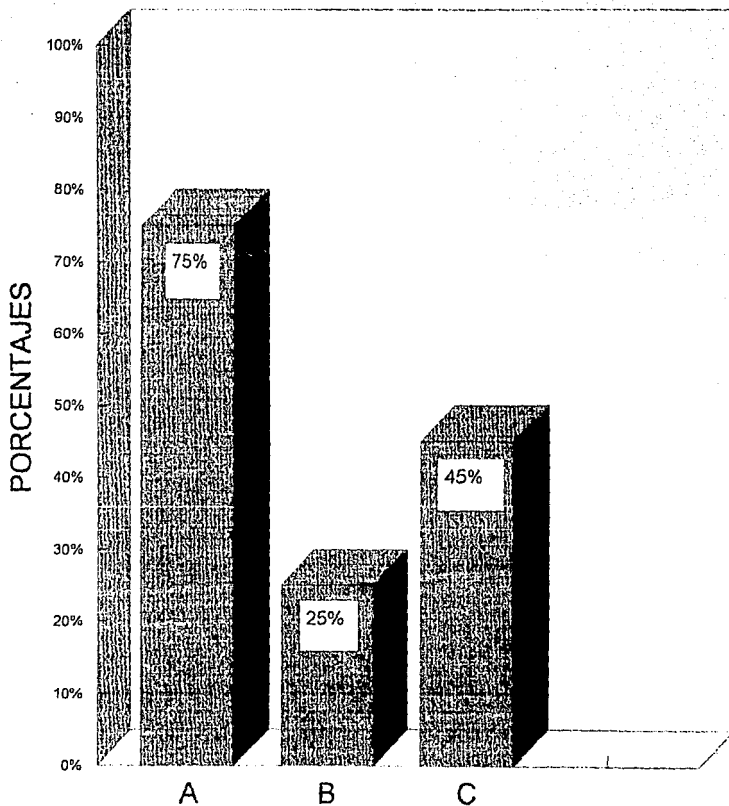
B= INEXISTENCIA DE LA PAREJA

C= RELACION DE PAREJA EN LA QUE LA MADRE  
TIENE TODO EL PODER

## SUJETO ¿COMO PERCIBE A LOS HERMANOS?

- 01 Con conflictos de rivalidad fraterna.
- 02 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar y con conflictos de rivalidad fraterna.
- 03 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar y amalgamados.
- 04 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar.
- 05 Amalgamados y con conflictos de rivalidad fraterna.
- 06 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar.
- 07 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar y con conflictos de rivalidad fraterna.
- 08 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar.
- 09 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar y con conflictos de rivalidad fraterna.
- 10 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar.
- 11 Amalgamados.
- 12 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar.
- 13 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar y con conflictos de rivalidad fraterna.
- 14 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar.
- 15 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar.
- 16 Fuera de la órbita s' r biótica, por lo tanto no se les da un lugar.
- 17 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar.
- 18 Fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar y con conflictos de rivalidad fraterna.
- 19 Amalgamados y con conflictos de rivalidad fraterna.
- 20 Amalgamados y con conflictos de rivalidad fraterna.

### ¿COMO PERCIBE A LOS HERMANOS?



A= FUERA DE LA ORBITA SIMBIOTICA, POR LO TANTO NO SE LES DA UN LUGAR

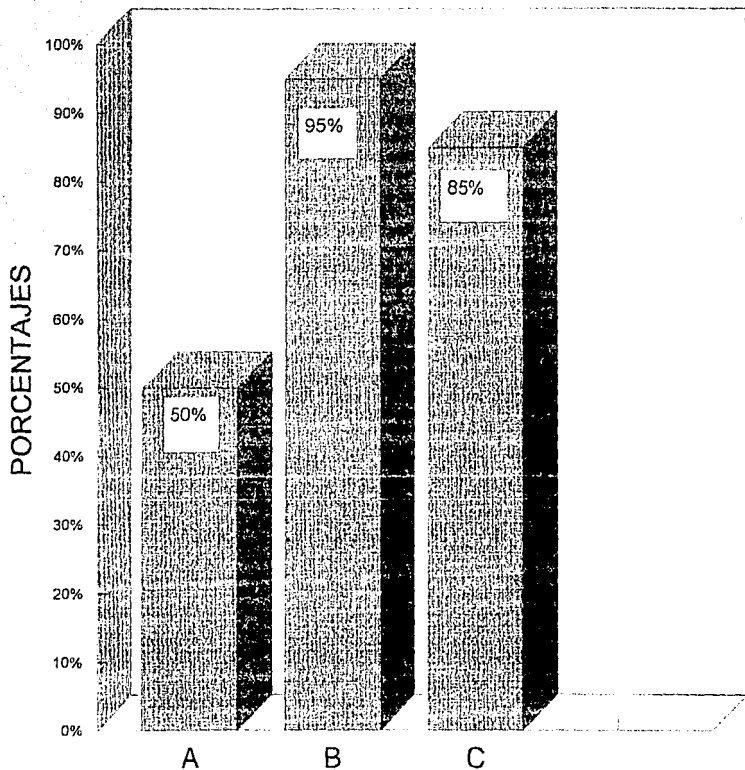
B= TAMBIEN AMALGAMADOS

C= CON CONFLICTOS DE RIVALIDAD FRATERNA

**SUJETO ¿COMO SE PERCIBE A SI MISMO EN LA FAMILIA?**

- 01 Central (depositario), atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 02 Central (depositario), atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 03 Atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 04 Atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 05 Central (depositario) y atrapado (por un rol).
- 06 Central (depositario), atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 07 Central (depositario), atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 08 Central (depositario), atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 09 Atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 10 Atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 11 Atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 12 Atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 13 Atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 14 Atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 15 Incapacitado.
- 16 Central (depositario), atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 17 Atrapado (por un rol) e incapacitado.
- 18 Central (depositario) y atrapado (por un rol).
- 19 Central (depositario) y atrapado (por un rol).
- 20 Central (depositario), atrapado (por un rol) e incapacitado.

¿COMO SE PERCIBE A SI MISMO  
EN LA FAMILIA?



A= CENTRAL (DEPOSITARIO DE UN ROL NO PROPIO)

B= ATRAPADO (POR EL ROL)

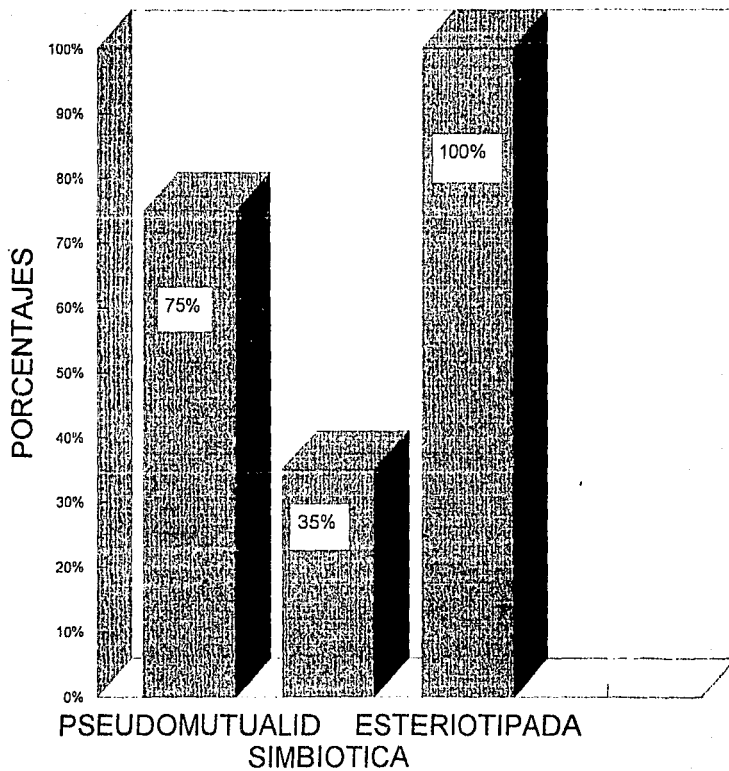
C= INCAPACITADO



**SUJETO ¿COMO PERCIBE LA CALIDAD AFECTIVA FAMILIAR?**

- 01 Estereotipada y pseudomutual.
- 02 Estereotipada, pseudomutual y simbiótica.
- 03 Estereotipada y simbiótica
- 04 Estereotipada y pseudomutual.
- 05 Estereotipada y simbiótica.
- 06 Estereotipada y pseudomutual.
- 07 Estereotipada y simbiótica.
- 08 Estereotipada y pseudomutual.
- 09 Estereotipada y pseudomutual.
- 10 Estereotipada y simbiótica.
- 11 Estereotipada y pseudomutual.
- 12 Estereotipada y pseudomutual.
- 13 Estereotipada y pseudomutual.
- 14 Estereotipada y pseudomutual.
- 15 Estereotipada y pseudomutual.
- 16 Estereotipada y pseudomutual.
- 17 Estereotipada y pseudomutual.
- 18 Estereotipada y simbiótica.
- 19 Estereotipada, simbiótica y pseudomutual.
- 20 Estereotipada y pseudomutual.

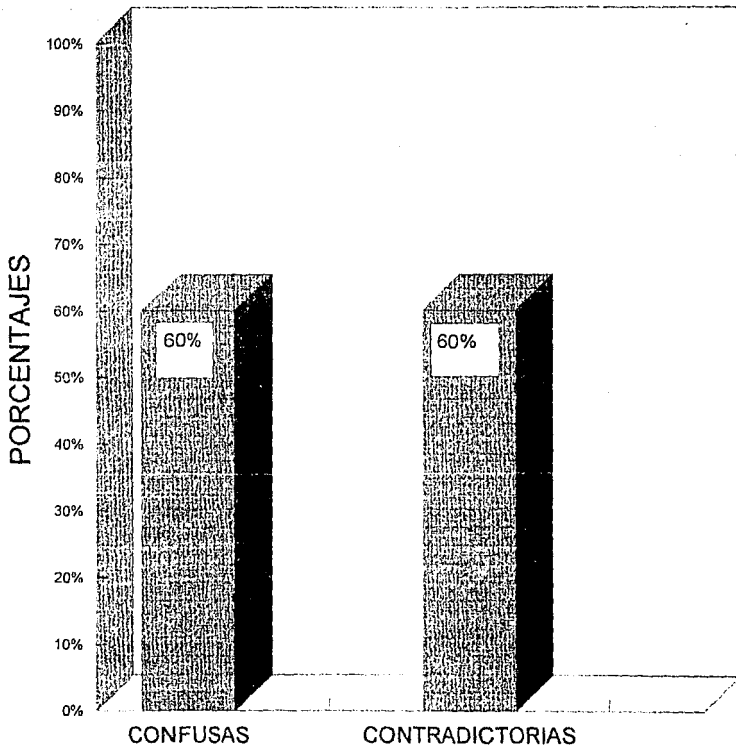
¿COMO PERCIBE LA CALIDAD AFECTIVA FAMILIAR?



**SUJETO ¿COMO PERCIBE LAS REGLAS Y NORMAS FAMILIARES?**

- 01 Confusas.
- 02 Contradictorias.
- 03 Confusas.
- 04 Contradictorias.
- 05 Contradictorias.
- 06 Contradictorias.
- 07 Confusas.
- 08 Contradictorias.
- 09 Confusas.
- 10 Confusas.
- 11 Contradictorias.
- 12 Contradictorias.
- 13 Contradictorias.
- 14 Confusas y contradictorias.
- 15 Confusas y contradictorias.
- 16 Confusas.
- 17 Confusas.
- 18 Confusas y contradictorias
- 19 Confusas.
- 20 Confusas y contradictorias.

## ¿COMO PERCIBE LAS REGLAS Y NORMAS FAMILIARES?



## 5.02. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

### A. DATOS GENERALES.

En resumen hemos encontrado que nuestra población presenta en forma general los siguientes rasgos:

-EL 80% de nuestra población son hombres y el 20% restante representa la población de mujeres.

-En cuanto a escolaridad encontramos que el 25% de la población no alcanzó el nivel de educación elemental primaria, el 20% cursó la educación primaria completa, el 10% la educación secundaria, el 15% la preparatoria o equivalente, el 20% llevó a cabo una licenciatura y sólo el 10% logró realizar una especialidad (maestría).

-El nivel social-económico resultó ser en el 35% de los casos alto-alto, en el 25% bajo-medio, en el 20% medio-medio, en el 15% medio-alto y en el 5% bajo-bajo.

-El 90% de los sujetos, hasta el momento de la investigación, permanecían solteros, el 5% divorciados y solamente el 5% casados.

-Encontramos que el 55% de nuestra población resultó ser el(la) hermano(a) mayor de su familia y el 30% el(la) hermano(a) menor; los restantes 10% y 5% fueron respectivamente el(la) hermano(a) medio(a) y el(la) hermano(a) de cualquier lugar no mayor, no medio o no menor.

-Se observó que el 65% de los casos presentan familiares muertos dentro de la familia nuclear. El 69.24% (de éste 65%) perdieron al padre o padrastro(s), el 15% al padre o padrastro(s) y madre o madrastra(s) y el 15% restante, perdieron al padre o padrastro(s), madre o madrastra(s) y hermano(s).

-En el 60% de los casos se encontraron adicciones asociadas (drogadicción y/o alcoholismo), de éste 60%, el 41.67% son drogadictos, el 33.33% son alcohólicos y el restante 25% corresponde a sujetos drogadictos y alcohólicos.

-En cuanto a la condición marital de los padres (de los sujetos) se encontró que el 40% son viudos(as), 25% casados, 25% divorciados y el 10% representa parejas que murieron casados.

-Respecto a la edad en que cada sujeto presentó su primer brote, hallamos que el 45% presentaron la primera crisis psicótica entre los 15 y 20 años, el 30% entre los 26 y 30 años y el 25% entre los 21 y 25 años.

#### B. ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES).

Como podemos observar en la gráfica promedio de la prueba FES, toda nuestra población recae en la media (indicada por la gráfica que la prueba FES incluye). Lo que es totalmente absurdo si tomamos en cuenta que nuestra población está integrada por individuos esquizofrénicos y que la media nos indica lo que se considera un perfil "normal", "sano" o "idóneo".

Escudriñando cada dimensión de la prueba y posteriormente cada subescala, descubrimos que ello se debe a que nuestros sujetos (esquizofrénicos) responden -y en general se comunican- a un doble nivel, es decir, por un lado responden, lo esperado, lo que "debe de ser", mientras que por otro, tal vez sin quererlo, dejan ver lo que en realidad sucede en su vida en familia y así lo plasman al resolver los reactivos de la prueba que sólo contemplan la posibilidad de respuestas bivalentes (falso o verdadero); sumatoriamente, siguiendo las leyes de la matemática, positivo y negativo se nulifican, ésto se traduce en quedar en la media y que lamentablemente nos lleva a observar que la

prueba FES a partir de sus propios criterios de calificación e interpretación no nos dice nada, de hecho, nos miente; ya que una población constituida en su totalidad por individuos esquizofrénicos, no puede ser, de ninguna manera, representativa de lo que es considerado como "normal" o "sano".

Dado que no pudimos encontrar nada realmente significativo en la prueba FES, a partir del propio análisis "cuantitativo" que ésta plantea en los criterios teóricos y técnicos de su protocolo, decidimos tomar en cuenta los datos que la prueba arrojó por sí misma (literalmente), es decir, repasando las respuestas del cuestionario y analizándolas *cuantitativamente* una por una, para evitar así, la anulación de la prueba.

Encontramos que la prueba FES (cuantitativamente hablando) describe las características del clima familiar de los sujetos de nuestra población de la siguiente manera:

-La dimensión de **relaciones** demostró que los sujetos dentro de su familia no se comunican y cuando lo hacen, lo hacen a un nivel superficial y a un nivel doble, es decir, se comunican a través de mensajes confusos y contradictorios, bloqueando la posibilidad de libre expresión estereotipando la comunicación, rigidizándose en una interacción conflictiva que caracteriza a las familias esquizofrénicas.

-La dimensión de **desarrollo** marcó que algunos procesos de desarrollo personal como el desempeño en actividades intelectuales, sociales y recreativas son importantes para las familias de nuestra población, sin embargo a pesar de ello, la familia no fomenta, ni alienta a una constancia en dichas actividades; esto fue fácilmente observado a través de respuestas contradictorias.

-La dimensión de **estabilidad** proporcionó información sobre el control que es absoluto y la estructura que es rígida, pero con una organización,

antagónicamente, confusa, es decir, aunque viven de forma estereotipada no hay un orden claro en cuanto a las funciones en el sistema familiar (roles) y límites entre sistema fraterno y paterno.

### C. EL TEST DEL DIBUJO DE UNA FAMILIA.

Para poder generalizar, es decir, atribuir y asegurar validamente que una característica era propiamente percibida por la población, determinamos que era necesario que dicha característica se presentase por lo menos en el 50% de los casos, a partir de esto se encontraron las siguientes, respecto a como percibe el sujeto a su familia (para comprender mejor el sentido de los conceptos que a continuación describen la percepción del sujeto, ver glosario):

**-La figura paterna se percibe distante e idealizada.**

- a) distante, en el 75% de los casos.
- b) idealizada, en el 65% de los casos.
- c) rígida, en el 45% de los casos.
- d) agresiva, en el 40% de los casos.
- e) devaluada, en el 40% de los casos.

**-La figura materna se percibe agresiva, controladora, simbiotizante y no proveedora.**

- a) agresiva, en el 70% de los casos.
- b) controladora, en el 65% de los casos.
- c) simbiotizante, en el 60% de los casos.
- d) no proveedora, en el 60% de los casos.
- e) dominante, en el 40% de los casos.



**-La pareja de padres se percibe como una pseudorelación de pareja.**

- a) pseudorelación de pareja, en el 75% de los casos.
- b) relación de pareja en la que la madre tiene todo el poder, en el 30% de los casos.
- c) inexistencia de la pareja, en el 25% de los casos.

**-El sujeto se percibe a sí mismo atrapado (por un rol), incapacitado y central (depositario).**

- a) atrapado (por un rol no propio), en el 95% de los casos.
- b) incapacitado, en el 85% de los casos.
- c) central (depositario), en el 50% de los casos.

**-Los hermanos son percibidos fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar.**

- a) fuera de la órbita simbiótica, por lo tanto no se les da un lugar, en el 75% de los casos.
- b) con conflictos de rivalidad fraterna, en el 45% de los casos.
- c) también amalgamados, en el 25% de los casos.

**-La calidad afectiva familiar se percibe estereotipada y pseudomutual.**

- a) estereotipada, en el 100% de los casos.
- b) pseudomutual, en el 75% de los casos.
- d) simbiótica, en el 35% de los casos.

**-Las reglas y normas familiares se perciben confusas y contradictorias.**

- a) confusas, en el 60% de los casos.
- b) contradictorias, en el 60% de los casos.

## C A P I T U L O 6

### C O N C L U S I O N E S

*"Protéjense de los esquizofrénicos si no soportan la violación mental y psíquica. Pero si les gusta demasiado, protéjanles a ellos de ustedes" (44).*

A lo largo de éste trabajo hicimos una revisión acerca de las definiciones de la esquizofrenia, de la evolución histórica de su manejo y de su abordaje desde el marco de la teoría general de los sistemas y la terapia familiar, tratando de establecer un sustento que nos permitiera comprender cuál pudiera ser la percepción del paciente esquizofrénico respecto a su familia.

Al inicio de nuestro trabajo nos planteamos la siguiente hipótesis conceptual: ***"La percepción del paciente esquizofrénico acerca de su familia presenta alteraciones acordes con el funcionamiento familiar que prevalece en dicho sistema, de manera inconsciente, de acuerdo al marco teórico de la investigación"*** y el siguiente objetivo: ***"Para confirmar tal planteamiento, se utilizó un estudio de campo de tipo descriptivo más que un experimento controlado, con el fin de obtener información que permita ubicar y conocer la problemática que afecta a la población estudiada y cómo repercute en ello la familia."***

De acuerdo a lo esperado encontramos en los resultados de las pruebas utilizadas, como un elemento muy importante, que la percepción de nuestros sujetos acerca de sus familias de origen, es de poseer una estructura rígida, estereotipada y con roles asignados, lo que limita la calidad afectiva familiar; ésto se corrobora por la información proporcionada por la dimensión de estabilidad

(Escala de Clima Social en la Familia: FES), que indica que en estas familias prevalece la necesidad de un control absoluto y una estructura rigidizada, donde paradójicamente las reglas son contradictorias y confusas.

El rol que el paciente identificado juega dentro de este sistema familiar es percibido como un papel designado, en el cual se encuentra atrapado sin posibilidad de movimiento por el temor a ser destruido o a destruir a los demás, esta terrible amenaza lo paraliza y convierte en depositario de aspectos negativos y que asume ante la creencia de estar incapacitado para adoptar otra postura.

También encontramos que las reglas y normas familiares son percibidas en forma confusa y contradictoria, lo cual corresponde a lo revisado en el marco teórico respecto al doble vínculo, en el que se proporcionan dos mensajes a dos niveles diferentes e incompatibles, y que debido a todo el marco de las relaciones familiares, imposibilitan la discriminación, llevando al individuo a una situación de atrapamiento de la que no puede huir, acertar o diferenciar. Estos dobles mensajes y la confusión que acarrea forman parte importante del surgimiento, mantenimiento y perpetuación del padecimiento, pues esta forma de comunicarse, y a la que el paciente es constantemente expuesto, puede resultar enloquecedora.

La figura materna es percibida como una madre controladora y agresiva, proveedora de servicios, más no de atención y afectos, que se relaciona por medio de un fuerte vínculo patológico, que simbiotiza, atrapa y excluye tanto al padre como al resto de los hermanos.

La figura paterna se percibe distante y ausente, lo que propicia mecanismos de idealización, acompañados de fantasías de ser rescatado a través de él o por él.

Los hermanos generalmente no ocupan un lugar significativo en la percepción del paciente esquizofrénico, ya que se encuentran fuera de la órbita simbiótica.

En cuanto a la pareja parental, ésta es percibida como irreal, ya que tras una fachada de armonía, tranquilidad y satisfacción, existe una sensación de vacío en el que el "deber ser" ocupa el lugar de la espontaneidad y la afectividad, ésto corresponde a la pseudomutualidad en la que la apariencia de paz, de vínculos y de afecto, encubren sentimientos de ansiedad, destrucción y muerte.

Subyacente a éste mecanismo, se encuentran la negación y la robotización de las relaciones interpersonales, hecho que se comprueba de manera contundente, porque la gran mayoría de nuestra población manifiesta que ésta es la calidad afectiva que predomina en sus familias.

Otro factor que comprobó la existencia de la pseudomutualidad y sus implicaciones, es lo que sucedió en el análisis de resultados de la prueba FES. Encontramos que todos los sujetos habían obtenido puntajes pertenecientes a la media, lo que es imposible si tomamos en cuenta que nuestra población está integrada en su totalidad por esquizofrénicos. Atribuimos lo sucedido en la Escalas de Clima Social en la Familia al fenómeno *COMO SI*, donde por un lado, los sujetos responden lo que "debe de ser" (fachada) y por otro, lo que en realidad es, plasmando tasitamente en la prueba, un lenguaje a dos niveles.

Entendemos entonces que de acuerdo a la percepción de nuestros pacientes, sus familias de procedencia poseen una estructura estereotipada, con dificultades en la comunicación, misma que se da a través de dobles mensajes, en los que el vínculo madre-hijo está rigidamente establecido, ésto excluye al padre y demás hermanos; la relación marital es aparente, así mismo, existen una serie de temores, ansiedades y angustias, que aunque se niegan, se juegan de

manera rígida y estereotipada por medio de mecanismos de identificación proyectiva.

Todo lo anterior nos lleva a corroborar la hipótesis conceptual y a lograr el objetivo, planteados al inicio de éste trabajo.

Aunado a lo anterior, que ya de por sí repercute en una desintegración de la personalidad y desempeño del esquizofrénico, existen otra serie de factores consecuentes a dicho deterioro. Tenemos por ejemplo, que es un trastorno que despoja al sujeto de la capacidad de alcanzar el nivel medio superior (pereparatoria o equivalente), en nuestra muestra, más del 50% se encuentran en ésta condición, no obstante provienen de un estrato socio-económico medio o superior; en tanto que aquellos que si tienen estudios superiores, se encuentran igualmente incapacitados para ser autosuficientes desde un punto de vista económico, por lo que se perpetúa su dependencia a la familia. Respecto a ello la Escala de Climas Social en la Familia demostró en la dimensión de desarrollo, que algunos procesos de desarrollo personal como el desempeño de actividades intelectuales (escolares), sociales, recreativas y otras, son "aparentemente" importantes para la familia (*como debe de ser*), pero en realidad no son fomentadas, ni alientan los éxitos y la constancia en ellas, porque ésto podría traducirse en un importante elemento promotor de separación, ya que implica capacidad en distintas áreas, independencia, autonomía y seguridad en sí mismo por los logros que con ello podría obtener el paciente identificado.

El estado civil de nuestros sujetos, donde el 90% de ellos, hasta el momento de la investigación, permanecían solteros, nos indica, por un lado la incapacidad del sujeto para hacer pareja y todo lo que ello implica -problemas para hacer una elección de objeto que no sea la madre, salir del núcleo familiar, anteponer sus necesidades personales a las de la familia o a las de la madre, no

temer el destruir o ser destruido si ésto sucede, etc-, por otro lado significa que siempre se mantendrá así, amalgamado y atrapado en la diada madre-hijo dentro de su familia.

En pocos casos encontramos pacientes esquizofrénicos casados, en nuestra población solamente el 5%, hasta el momento de la investigación, permanecían casados. En éstos pocos casos se entiende la condición marital, no como la resolución del conflicto simbiótico, sino como el traslado de él, donde se establece, ésta vez, la relación diádica madre-hijo(a) con la esposa(o) y con seguridad posteriormente con algún(os) hijo(s). Ackerman habla de las dos condiciones necesarias para comprender el clima afectivo de las familias esquizofrénicas; la primera explica como la depresión psicótica se transmite de generación en generación, donde el clima familiar psicótico y la simbiosis patológica se transmitían de abuela a madre y de madre a hijo y menos frecuentemente, de abuelo a padre y de padre a hijo.

A partir de la segunda condición, podemos justificar también por qué las parejas de padres de nuestra población en un 75% están casados o murieron casados o enviudaron en condiciones maritales, a pesar de las malas condiciones familiares, tan malas que gestaron en su seno individuos psicóticos. Según Ackerman, ésto sucede porque los mecanismos que someten al amalgamamiento de éstas familias, están basados en los principios de mutua lealtad y dependencia, que son creencias que sostienen falsas ideas como "sin la nutrición y protección de la familia, me moriría".

Encontramos que las referencias bibliográficas y los autores señalan que, hablando de esquizofrenia la prognosis siempre es poco alentadora, donde la edad a la que se presenta el primer brote psicótico es muy importante en el curso y desarrollo de la patología, ya que las condiciones anteriormente descritas se

fijan con mucha más facilidad en edades tempranas, provocando así que el individuo cuente con muchos menos mecanismos yoicos; permitiendo que la enfermedad deteriore progresivamente la vida del esquizofrénico. En nuestra investigación, el 45% de los casos presentaron la primera crisis psicótica (habiendo tres rangos de edades: 15 a 20; 21 a 25 y 26 a 30 años) entre los 15 y los 20 años, es decir, en la adolescencia, lo que nos indica, en éste caso, que el pronóstico para el 45% de nuestra población es desfavorable, como generalmente se espera en la esquizofrenia.

Por otro lado, observamos que la esquizofrenia no es una enfermedad excluyente de otras, es decir, con frecuencia podemos encontrar individuos que la padecen y además han adquirido algunos otros trastornos multifactoriales (biopsico-sociales) como las adicciones. Nuestra muestra mostró que en el 60% de los casos se presentaron drogadicción y/o alcoholismo, asociadas con las claras deficiencias personales de los sujetos esquizofrénicos (genéticas, bioquímicas, ambientales, familiares y psíquicas). Esto empeora significativamente el pronóstico para los pacientes esquizofrénicos, ya que las adicciones disminuyen, en gran medida, no sólo la integridad psíquica del sujeto, sino su salud física también.

En resumen, ratificamos que la etiología de la esquizofrenia es multicausal, dentro de éstos el elemento "familia" tiene gran peso e importancia. Así mismo comprobamos que el paciente esquizofrénico percibe a su familia a través de una gama de infinitos *como si*, y los lazos que unen a sus integrantes están compuestos en gran medida por miedo, rigidez y muerte, donde el paciente identificado juega un papel central al servicio de las necesidades de los demás, ese es su rol, al que está encadenado y del cual no puede huir, lo que lo

condiciona a vivir encerrado en su mundo de fantasmas psicóticas; todo esto es reforzado a través del tipo de comunicación, confusa y de dobles mensajes.

### **6.01 . LIMITACIONES.**

Durante el trabajo de análisis de resultados se descubrió la gran consistencia y significación que adquirió el dato de FAMILIARES MUERTOS EN LA FAMILIA, donde se encontró que en el 65% de los casos había por lo menos un familiar fallecido, siendo en el 69.24% (de éste 65%) de los casos, el padre; y que hubiera sido de gran valor para nuestra investigación haber contemplado la edad a la que los sujetos perdieron a esa figura paterna por fallecimiento.

Otra importante limitación es el tamaño de nuestra muestra, que a nuestra consideración, es demasiado pequeña como para hacer generalizaciones importantes; para ello haría falta un mayor número de sujetos.

Encontramos también algunas fallas en nuestro estudio, como lo sucedió con la prueba FES (Escala de Clima Social en la Familia), donde los resultados de cada prueba eran pertenecientes a la media que ésta indicaba (ver anexo) y que desgraciadamente esto resultaba obsoleto, siendo nuestra muestra una población constituida por individuos esquizofrénicos, ello nos obligó a utilizar e interpretar la información proporcionada por el instrumento de una manera diferente a lo determinado por el protocolo de la misma. Estudiar profundamente el uso, utilidad y validez de ésta prueba puede ser de gran importancia, por lo que se recomienda seguimiento en su investigación.



Respecto al nivel social y económico, encontramos la mayor incidencia en el nivel alto-alto, lo que finalmente carece de importancia, si tomamos en cuenta que nuestra población fué sustraída de una clínica psiquiátrica (casa de medio camino Xochicalco) privada, donde la mayoría de los internos pertenecen a niveles socioculturales y económicos altos.

Finalmente, algunas variables que no se previeron como por ejemplo el haber trabajado unicamente con el paciente identificado y no con la familia, resultan ser también limitantes. Hubiese sido de gran importancia y valor para la investigación, indagar la percepción de otros integrantes de la familia respecto al mismo problema o situación, y tal vez comparar ambas versiones.

Así mismo ésto hubiera implicado haber elaborado una investigación de tipo comparativo y no una de tipo descriptivo, como lo es la nuestra, que no permite comparar resultados. No se contempla la re-aplicación de pruebas, lo que impide medir la constancia y/o evolución de las respuestas de los individuos (muestra) a través del tiempo, tampoco permite que el investigador modifique a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso, y lo obliga a trabajar como observador, unicamente explorando.

## **6.02. SUGERENCIAS.**

A partir de los resultados obtenidos de éste estudio de tipo descriptivo, sugerimos más trabajo e investigación con familias, tomando en cuenta la mayor cantidad de factores concomitantes a la problemática central (mencionados en el marco teórico), esperando que al no dejarlos relegados, tampoco se ignoren

posibles soluciones adyacentes para el paciente esquizofrénico e indirectamente para la familia y la sociedad.

Es importante que estudios como éste resulten en la implementación de programas de prevención primaria y secundaria y de educación para la salud:

1. Hacer del conocimiento de padres de familia, maestros y responsables del niño y su educación en general, lo que puede estar significando un niño problema (respecto al aprendizaje y/o a su carácter y comportamiento). Generalmente las personas que padecen esquizofrenia han presentado a lo largo de su vida una personalidad promórbida o prepsicótica (ver glosario), que normalmente es percibida por los demás como una personalidad "rara" o "problemática" y que requiere de un tratamiento y manejo especializado, y no de castigos, reprimendas o rechazos, como usualmente sucede.

2. Facilitar la detección de familias con alto riesgo, así por ejemplo, el efecto incapacitante de la expresión máxima de éste tipo de problemas "el brote o crisis psicótica", se contiene, y si es posible se evita, es más difícil y más costoso, curar que prevenir.

3. Aumentar, en general, el conocimiento respecto a padecimientos como éste, esperando que los prejuicios y mitos que desde siempre le han acompañado y dificultado su detección y tratamiento, desaparezcan poco a poco.

## GLOSARIO

**Amalgamados.** Al utilizar el término amalgamados para describir la forma en que un sujeto percibe a sus hermanos, nos referimos a que los percibe en forma indiferenciada dentro del esquema familiar, ésto es, que no existen límites claros entre los subsistemas fraternos.

**Agresivo.** Al hablar de una figura paterna o materna agresiva, nos referimos a que el sujeto la percibe demasiado destructiva, y por tanto peligrosa como para acercarse a ella y establecer algún tipo de contacto.

**Central (depositario).** Se refiere a que el individuo se percibe a sí mismo en su familia, en éste caso, como el responsable de asumir el rol de enfermo (esquizofrénico), carga, etc., en general, lo negativo de la familia, para así librar a ésta de ello.

**Colusivo. Colusión.** Pacto entre dos o más personas con el objetivo de perjudicar a un tercero.

**Confusas.** Al describir las reglas familiares percibidas por el sujeto con éste término, queremos decir que no las entiende ya sea porque no son claras o constantes, y más bien se tornan difusas e intermitentes.

**Contradictorias.** Al describir las reglas familiares percibidas por el sujeto con éste término, queremos decir que son inconsistentes, es decir, se contaponen unas con otras y ésto da como resultado que el individuo no sabe,

nunca, como actuar y que independientemente de como lo haga, nunca será retroalimentado positivamente, o sea, jamás aprenderá a ser acertivo porque nunca acertará.

**Controladora.** Con éste término nos referimos a una figura materna percibida como persecutoria, siempre con deseos de estar en y saber todo, lo cual priva al individuo de intimidad y control sobre su propia vida; así mismo le hará dudar de su propia capacidad de valerse por sí mismo.

**Desvinculado.** Un padre percibido de ésta forma, es un padre simplemente percibido, es decir, no hay entre él y su hijo ningún tipo de vínculo, comunicación o relación (especialmente afectiva).

**Devaluado.** Cuando hablamos de figura paterna devaluada nos referimos a un padre que es percibido empobrecidamente, que no cumple sus funciones por que no tiene la capacidad para ello, no puede.

**Dominante.** Nos referimos a la capacidad de una persona (en éste caso la madre del sujeto) para hacer valer su voluntad sin importar la voluntad de los demás.

**Engolfante.** Ver simbiótico(a).

**Estereotipada.** Se entiende por familia estereotipada a una familia con una estructura rígida, con una configuración de roles asignados y cualquier desviación en ello provocará una ansiedad no manejable, como resultado, la

espontaneidad, el humor y el convivir en general son amenazantes, por lo tanto, son extinguidos, expulsados.

**Fuera de la órbita simbiótica.** La relación madre-hijo (esquizofrénico) es la órbita simbiótica y cuando decimos que un sujeto percibe a sus hermanos fuera de ésta, nos referimos a que el individuo está totalmente incapacitado para percibir a sus hermanos y a todo aquello que se encuentre fuera del circuito que los encierra a él y a su madre.

**Idealizado.** Al hablar de padre idealizado entendemos que hay una respuesta de sobrevaloración (paradójica) que da un individuo ante una figura ausente, es decir, la sobrevalora porque no la tiene.

**Inexistencia de la pareja de padres.** Describe que en la configuración psíquica que el individuo posee de su estructura familiar, no hay un lugar ocupado por la pareja de padres, no como tal, no como pareja, aunque ésta exista en la realidad material.

**Jueceo.** Se refiere a la acción de revisar y discutir el mismo objeto (en éste caso prueba o test proyectivo) por diferentes personas capacitadas para ello, con el fin de objetivizar el proceso de análisis.

**No proveedora.** Con madre no proveedora nos referimos a una madre que tal vez provee en un sentido práctico, pero no en el emocional, ésto es que, muy posiblemente dota de servicios a sus hijos y es a través de los servicios como contacta con ellos y no a través de afectos y emociones, es decir, la

privación a la que nos referimos tiene que ver con la falta de contacto, de vínculos y de comunicación.

**Personalidad premórbida o prepsicótica.** "La historia típica, pero no invariable, es la de una personalidad esquizoide: tranquilo, pasivo, con muy pocos amigos en la infancia; soñador, introvertido, cerrado en la adolescencia y la edad adulta. El típico adolescente preesquizofrénico tiene pocos compañeros, no aprende a bailar y, por regal general, no tiene amigos o amigas íntimos. No está interesado en el besuqueo o en otras actividades heterosexuales, pero amenudo se preocupa por la masturbación. Evita todos los deportes competitivos, pero le gusta ir al cine, mirar la televisión o escuchar música estereofónica. Puede ser un ávido lector de libros sobre filosofía y psicología." (27).

**Pseudomutual (familia pseudomutual).** La pseudomutualidad es un concepto que describe los intentos fallidos para solucionar problemas de relación e identidad y está sustentada por patrones de conducta establecidos y rigidizados y la desviación de éstos es peligrosa. El temor compartido y la evitación del conflicto familiar y/o de separación es lo que provoca la pseudomutualidad, que se traduce en una fachada de armonía, paz, tranquilidad y satisfacción, algo en realidad muy distinto, o sea, la familia pseudomutual es aparentemente una familia, hacen y son un COMO SI.

**Pseudorelación de pareja.** Se refiere a una relación de pareja que aparenta serlo, pero que en realidad no lo es, es decir, se percibe una pareja, pero no cumple las funciones que ésta requiere (a nivel afectivo) para serlo. Este tipo de parejas se sustenta a través de la rigidización de los roles entre las dos

personas que la conforman, o que más bien, la actúan, y no a través de vínculos de cuidado, afecto y comunicación como realmente debe suceder en una relación de pareja.

**Rígido.** Se refiere a lo inflexible. Con figura paterna o materna rígida o familia rigidizada, se entiende que predominan posturas de ser y estar establecidas, incambiables e inflexibles, lo que provoca que el contacto (sobre todo afectivo), la espontaneidad, el humor y el convivir cotidiano se extingan.

**Rivalidad fraterna.** Los conflictos de rivalidad fraterna se refieren a las desavenencias que pueden existir (con diferentes niveles de gravedad) dentro de un sistema familiar, y que generalmente son y están motivadas por sentimientos de celos y envidia que no lograron ser conciliados o descargados por posibles vías alternas, como por ejemplo el diálogo.

**Simbiótico.** Este concepto tiene dos perspectivas, una que corresponde a una fase normal de desarrollo, y se refiere a un vínculo de características primitivas entre la madre y su hijo pequeño, la cual tiene fin con la siguiente fase de desarrollo que es la separación-individuación; y dos, una perspectiva psicopatológica (que es a la que nos referimos en éste trabajo) que consiste precisamente en la imposibilidad de lograr la separación-individuación y por lo tanto el individuo no puede desarrollarse (psíquica y emocionalmente) quedándose atrapado en una relación diádica madre-hijo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 ACKERMAN, Nathan W.; "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares."; Ed. Paidós; Buenos Aires, 1980.
- 2 ACKERMAN, Nathan W.; "Grupo terapia de la Familia."; Ed. Paidós; Buenos Aires, 1981.
- 3 ACKERMAN, Nathan W.; "The affective climate in families with psychosis"; Artículo extraído del Medical International Congress.; Nueva York, 1980.
- 4 ACKERMAN, Nathan W.; "The strength of family therapy."; Ed. Brunner Mazel; Nueva York, 1982.
- 5 ALONSO, Francisco F.; "Fundamentos de la psiquiatría actual."; Tomo II; Ed. Paz Montalvo; Buenos Aires, 1989.
- 6 ALVAREZ Carmen, Molina Isabel y Vergara Carolina; Tesis: "La imagen que se tiene del psicólogo clínico y del psiquiatra."; Universidad Autónoma de Guadalajara, 1981.
- 7 ANDERSON & Anderson; "Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico."; Ediciones Rialp, S.A.; Madrid, 1978.
- 8 AURÓN Zaltzman Flora; Tesis: "Técnicas en terapia familiar."; Universidad Iberoamericana, Méx., D.F., 1978.
- 9 BARRERA y Rodríguez; Tesis de la UNAM, Méx., D.F. 1986.; Citando a Bustos de Ruiz.
- 10 BATESON, G., et als.; "Toward a theory of schizophrenia."; Artículo del Behavioral Science, 1968.



- 11 BENOIT, J. C.: "El doble vínculo."; Ed. Fondo de Cultura Económica; México, D.F., 1986.
- 12 BERENSTEIN, Isidoro; "Psicoanalizar una familia."; Ed. Paidós; Buenos Aires, 1990.
- 13 BERENSTEIN & Nietzel; "Introducción a la psicología clínica."; Ed. Paidós; Buenos Aires, 1989.
- 14 BERTALANFFY, L. Vón; "Teoría general de los sistemas."; Ed. Fondo de Cultura Económica; México, D.F., 1989.
- 15 BLEICHMAR, M. Norberto y Leiberman Celia; "Psicoanálisis después de Freud."; Eleja ediciones; México, D.F., 1989.
- 16 BOWEN, Murray, M.D.; "La terapia familiar en la práctica clínica."; Ed. Biblioteca de Psicología; Biblba, 1978.
- 17 "CIE 10"; Clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento.; Organización Mundial de la Salud; Ed. Meditor; Ginebra 1992.
- 18 CORMAN, Luis; "El Test del Dibujo de Una Familia."; Ed. Kapeluz; Buenos Aires, 1984.
- 19 "DSM II R"; Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales.; Ed. Masson, S.A.; México, D.F., 1991.
- 20 EY, Henry; "Tratado de psiquiatría."; Ed. Masson, S. A.; Barcelona España, 1978.
- 21 FERDER, Andreu, et als; "The book of family therapy."; Ed. Jason Aronson, Inc.; Nueva York, 1988.

- 22 FOLEY, Vincen D., Ph.D.; "An introduction to Family therapy."; Ed. Grune & Straton; Nueva York, 1974.
- 23 FRAZIER, Sherwert H., et als; "Terminología psiquiátrica y de la clínica psicológica."; Ed. Trillas; México, D.F., 1976.
- 24 FREUD, Sigmund; "El Yo y el Ello."; Obras Completas; Amorrortu editores; Buenos Aires, 1903.
- 25 FRITZ, B. Simon, et als; "The language of family therapy."; Ed. Family Process Press; Nueva York, 1985.
- 26 HOFFMAN, Lynn; "Fundamentos de la terapia familiar."; Ed. Fondo de Cultura Económica; México, D.F., 1987.
- 27 KAPLAN, Harold I.; "Compendio de psiquiatría."; Ed. Salvat, 1a. edición; Barcelona, 1975.
- 28 KASLOW, W. Florence; "The international book of family therapy."; Ed. Brunner Mazel; Nueva York, 1990.
- 29 KOLB, C.; "Psiquiatría clínica moderna."; Ed. Interamericana; México, D.F., 1987.
- 30 LAING, R. D.; "El cuestionamiento de la familia."; Ed. Paidós; México, D.F., 1988.
- 31 LAPLANCHE, J. & Pontalis, J. ; "Diccionario de psicoanálisis."; Ed. Labor, 3a. edición; Barcelona, 1983.
- 32 LIDZ, T., et als; "Schizophrenia and the family."; Ed. International Universities Press; Nueva York, 1973.

- 33 MARZ, M. H. & Hillix, W. A.; "Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos."; Ed. Paidós; México, D.F., 1989.
- 34 MÉNDEZ, B. Leticia y Galván, R. Ruth; "La Fase del desprendimiento de la pareja y su relación con la funcionalidad familiar."; Universidad del Noreste; Tampico, Tam., 1992.
- 35 MÉNDEZ, Ramirez Ignacio, et als; "El protocolo de investigación."; Ed. Trillas; México, D.F., 1990.
- 36 MILLON, Theodore, et als; "Psicopatología moderna."; Ed. Salvat; España, 1990.
- 37 MOOS, Rudolf H., et als; "Escalas de clima social." (manual); TEA Ediciones; Madrid, 1989.
- 38 MORRIS, Charles; "Psicología, un nuevo enfoque."; Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.; México, D.F., 1987.
- 39 NORIEGA, Jesus Alfonso; Tesis: "Algunas aproximaciones del abordaje estratégico en terapia familiar."; Universidad Iberoamericana; México, D.F.; 1989.
- 40 ONGAY, Rodolfo y Salinas, José; "El espectro simbiótico familiar y su relación con la psicosis."; Artículo presentado por el IFAC (Instituto de la Familia A.C.) en el congreso nacional de la APM (Asociación Psicoanalítica Mexicana); México, D.F., Mayo 1983.
- 41 OTTO, Fenichel; "Teoría psicoanalítica de las neurosis."; Ed. Paidós; México, D.F., 1991.
- 42 PARDINAS, F.; "Metodología y técnicas de la investigación en ciencias sociales."; Ed. Siglo XX, 5ta. edición; México, D.F., 1990.

- 43 POSTEL, Jaques y Quétel, Claude; "Historia de la psiquiatría."; Ed. Fondo de Cultura Económica; México, D.F., 1987.
- 44 RACAMIER, P. C.; "Los esquizofrénicos."; Ed. Biblioteca Nueva; España, 1987.
- 45 ROSENFELD, A. Herbert; "Estados psicóticos."; Ed. Paidós; Buenos Aires, 1998.
- 46 ROSENFELD, David; "The psychotic."; Ed. Karnac Book; Nueva York, 1992.
- 47 SCHARFF, David E. y Scharff, Jill S.; "Object relations family therapy."; Ed. Jason Aronson, Inc.; Nueva York, 1991.
- 48 SELVINI, Palazolí M.; "Paradoja y contraparadoja."; Ed. Paidós; Madrid, 1988.
- 49 SLIPP, Samuel; "The object relation."; Ed. Jason Aronson, Inc.; Nueva York, 1984.
- 50 SLIPP, Samuel; "The technique and practice of object relations family therapy."; Ed. Jason Aronson, Inc.; Nueva York, 1988.
- 51 STERLIN, Helm; "Psicoanálisis y terapia familiar."; Ed. ICARIA, Barcelona, 1979.
- 52 TECLA, J. y García, A.; "Teoría, métodos y técnicas de la investigación."; Ed. Cultura Popular; México, D.F., 1979.
- 53 WARREN, Howard C.; "Diccionario de psicología."; Ed. Fondo de Cultura Económica; México, D.F., 1948.

- 54 WATZLAWICK, Paul, et als; "Teoría de la comunicación humana."; Ed. Herder; Barcelona, 1986.
- 55 WHITTAKER, J. O. & Whittaker, S. J.; "Psicología."; Ed. Mc. Graw-Hill; México, D.F., 1989.
- 56 WILHELM, Arnold, et als; "Diccionario de psicología."; Ed. Rodriguez; Madrid, 1979.
- 57 WYNNE, L. C., et als; "Pseudomutualidad en las relaciones familiares de los esquizofrénicos."; Ed. Fondo de Cultura Económica; México, D.F., 1982.
- 58 ZUK, Gerald H.; "Psicoterapia familiar, un enfoque triádico."; Ed. Fondo de Cultura Económica; México, D.F., 1982.

# ANEXO

A continuación se muestran partes representativas del trabajo de campo y de la investigación en general, información que corrobora el material presentado en los capítulos 5 y 6.

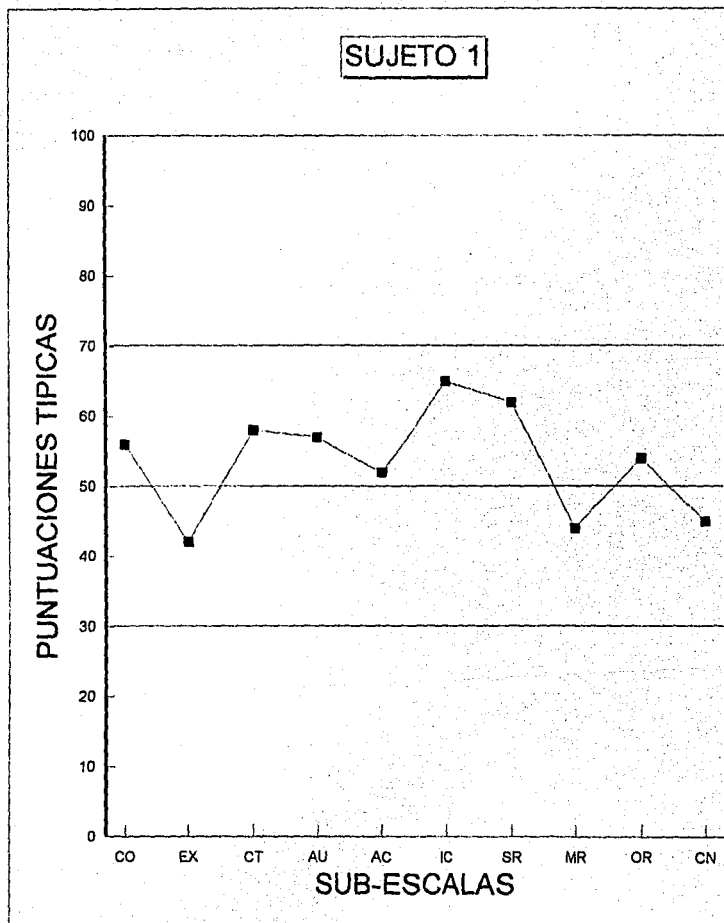
El Anexo consta de:

**1. 20 Gráficas.** Son los perfiles gráficos arrojados a partir de la Escala de Clima Social en la Familia (FES) y que comprueban las observaciones hechas en el capítulo 5 acerca de la media que la gráfica indica según el protocolo de la prueba FES.

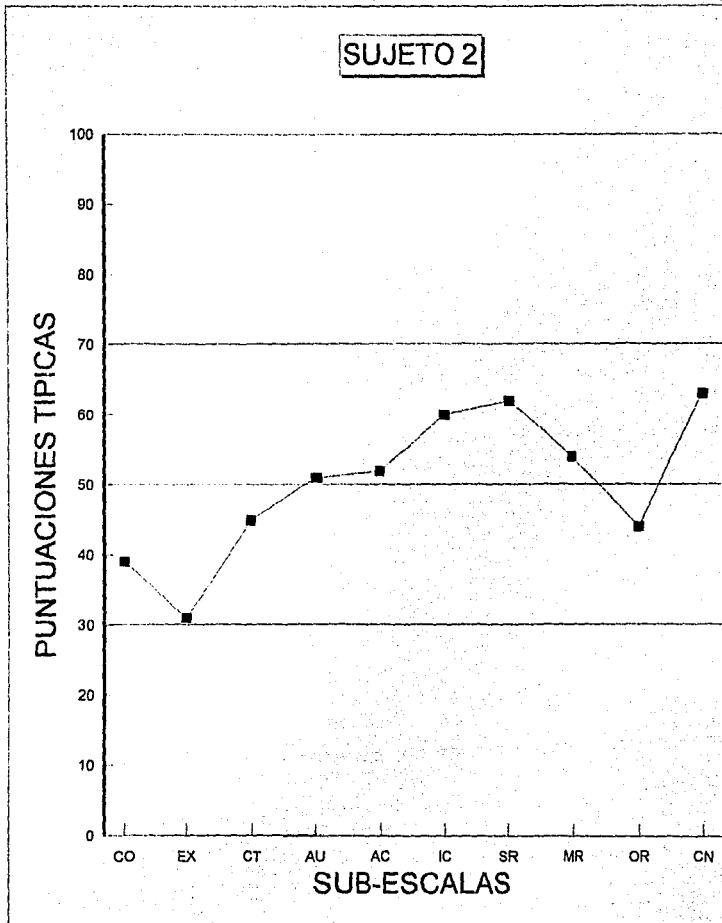
**2.** Se presenta un caso original de los 20 que integran la población de la investigación. Contiene el siguiente material:

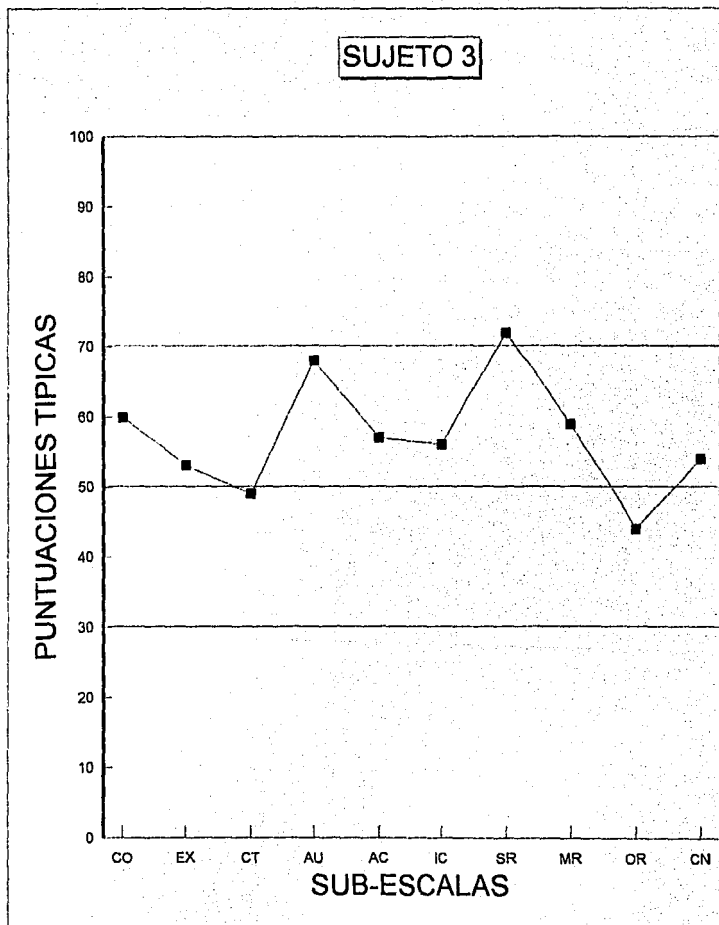
- a) Información recabada a través de las dos entrevistas realizadas con cada sujeto y un familiograma.
- b) Escala de Clima Social en la Familia (FES): hoja del cuestionario, hoja de respuestas, calificación cuantitativa (que el protocolo indica), gráfica, interpretación(\*) cualitativa y observaciones durante la aplicación de la prueba.
- c) El Dibujo de Una Familia.

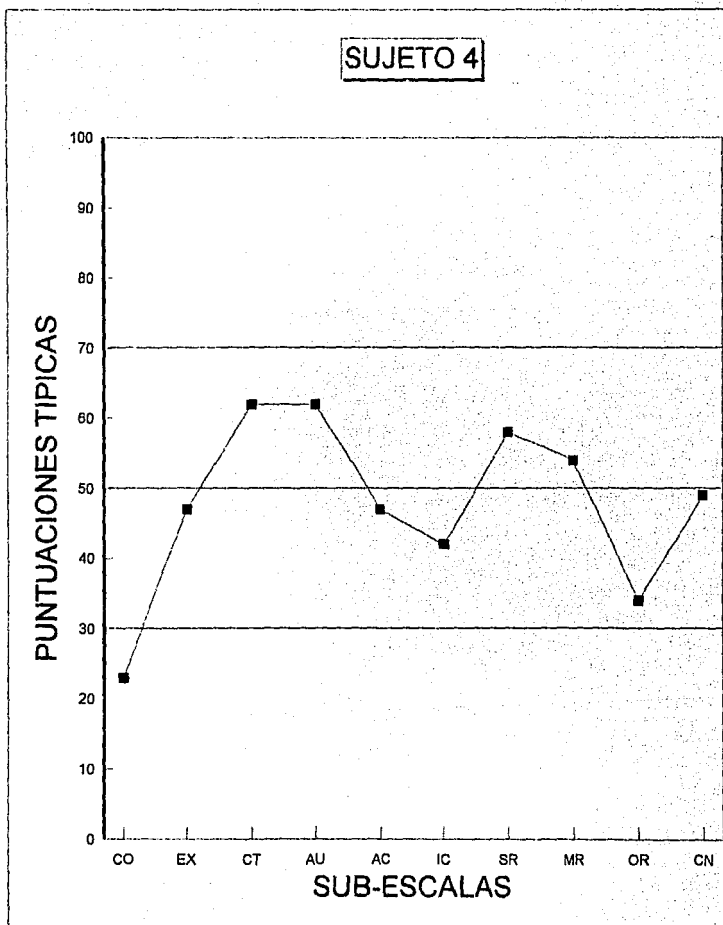
(\*) Se refiere a la interpretación realizada por nosotros mismos a partir de un análisis cualitativo de cada una de las respuestas dadas por los sujetos ante la prueba FES, ya que el perfil que arrojaba la gráfica de la misma (a partir de la media indicada) resultó ser obsoleto.

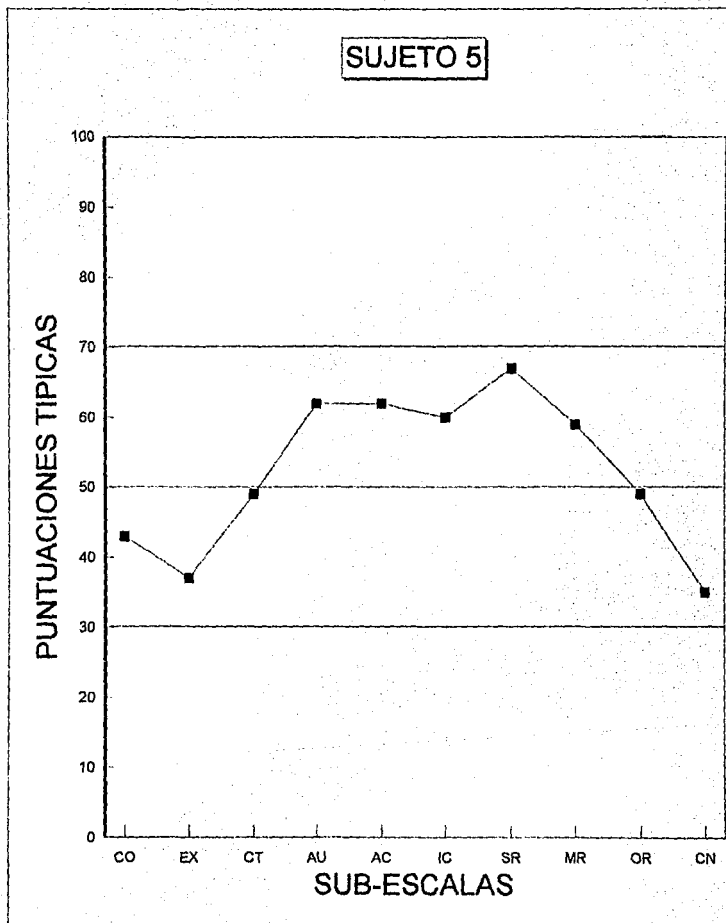


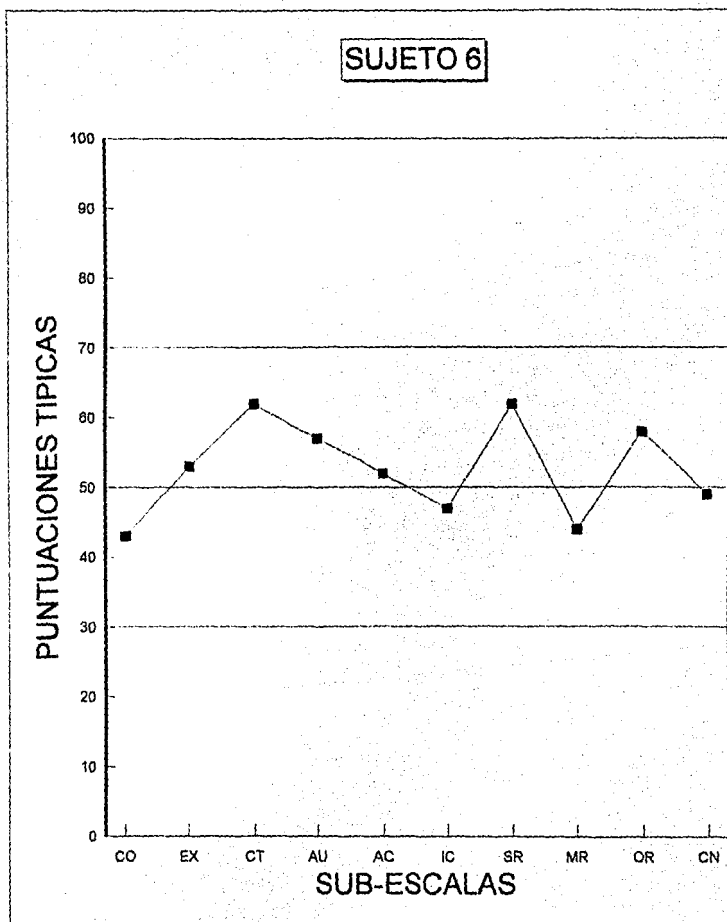


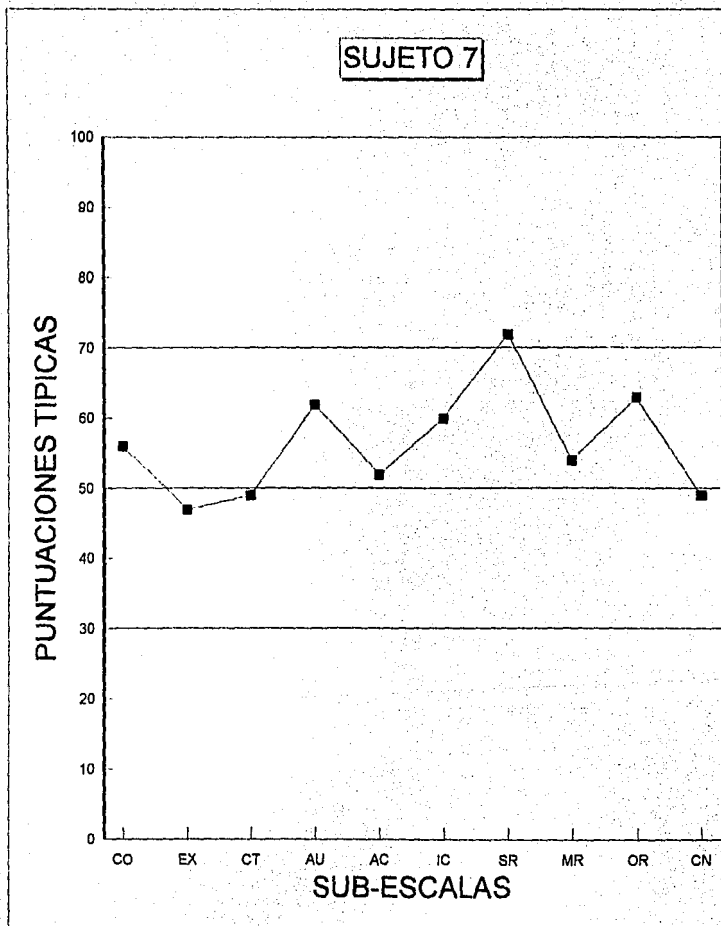


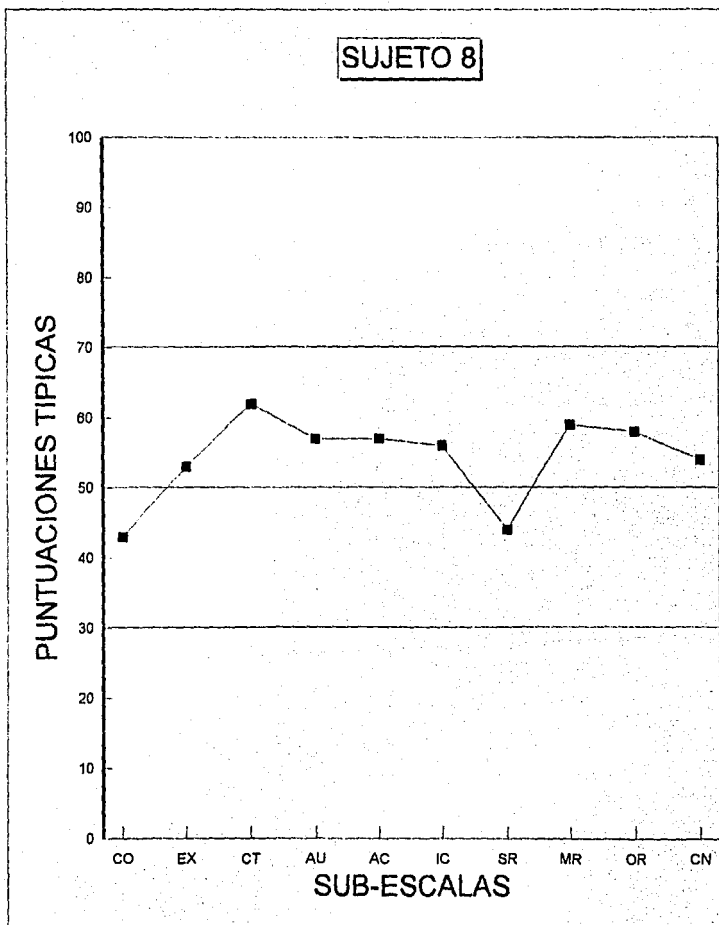


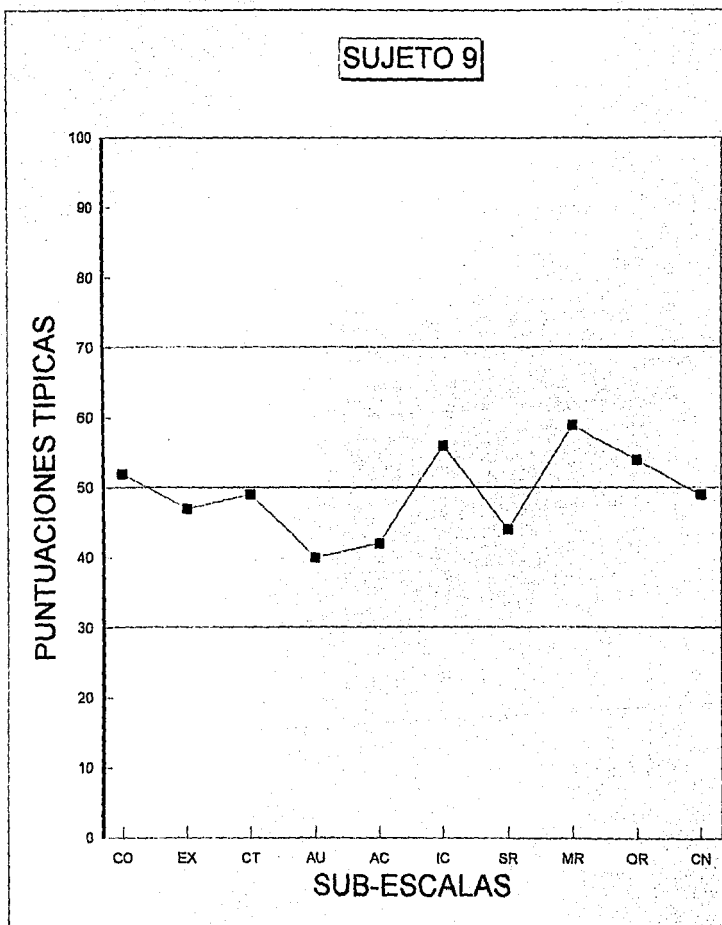




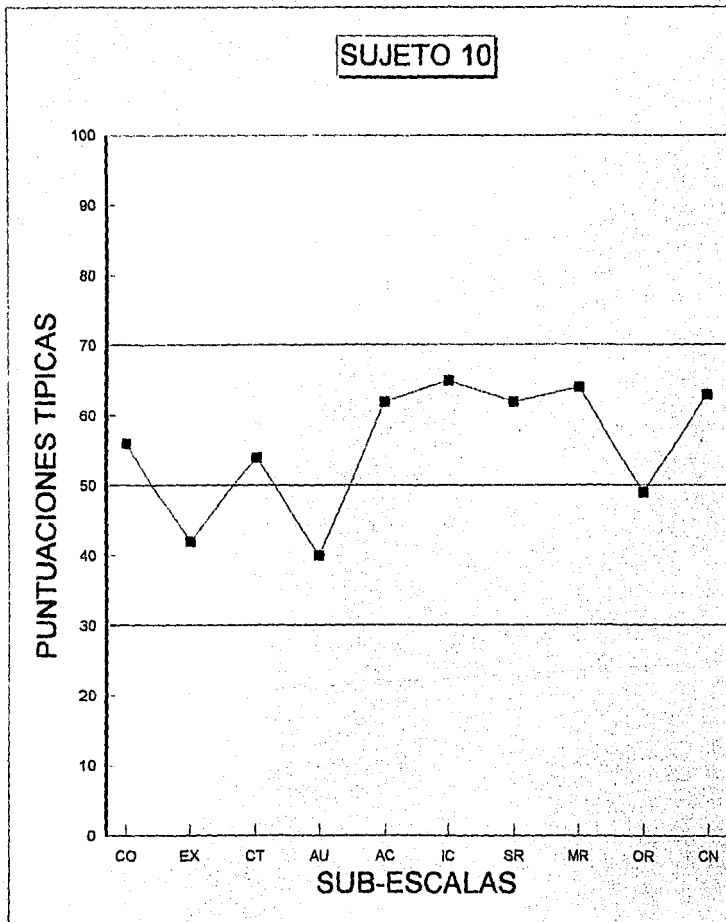




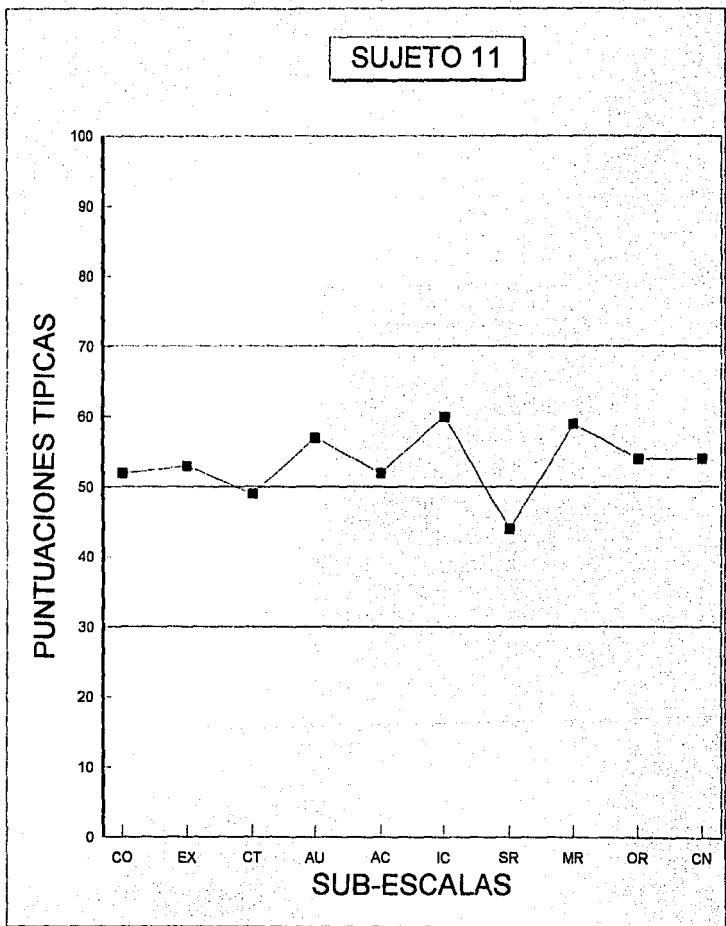


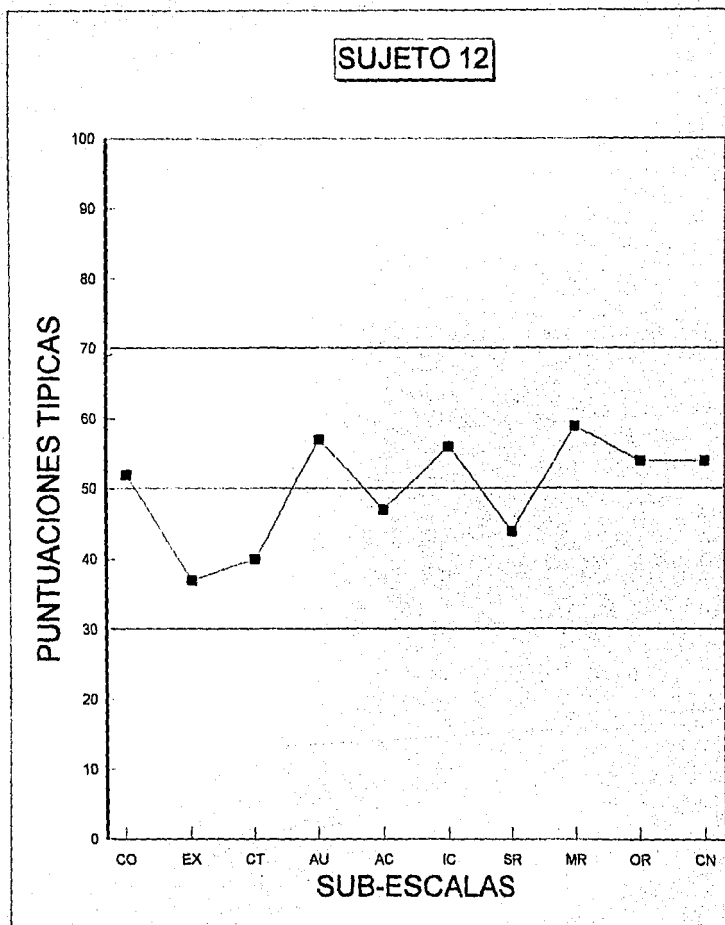


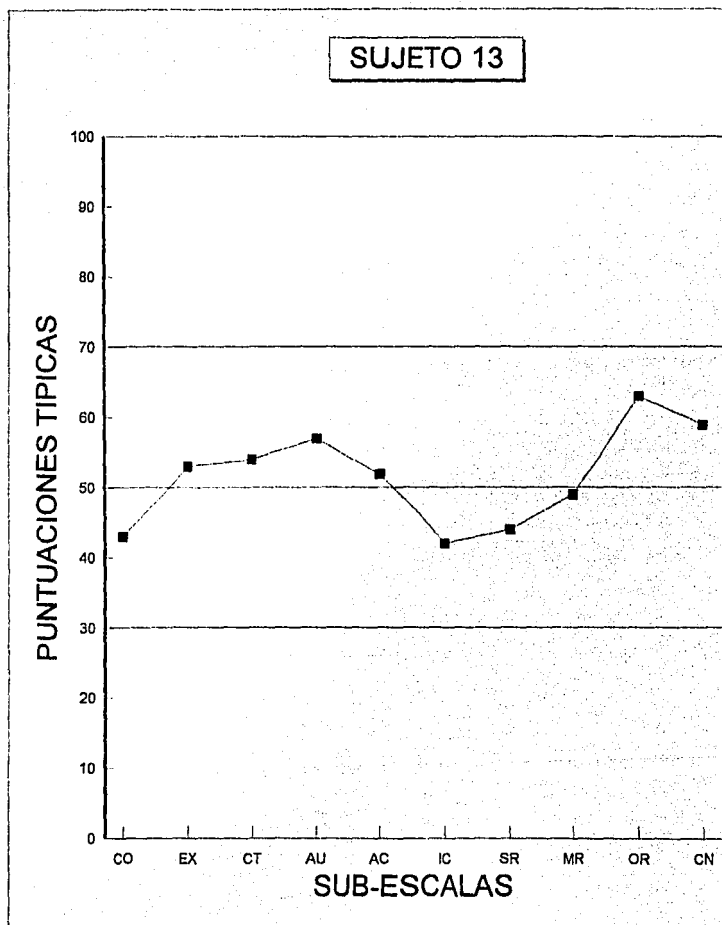


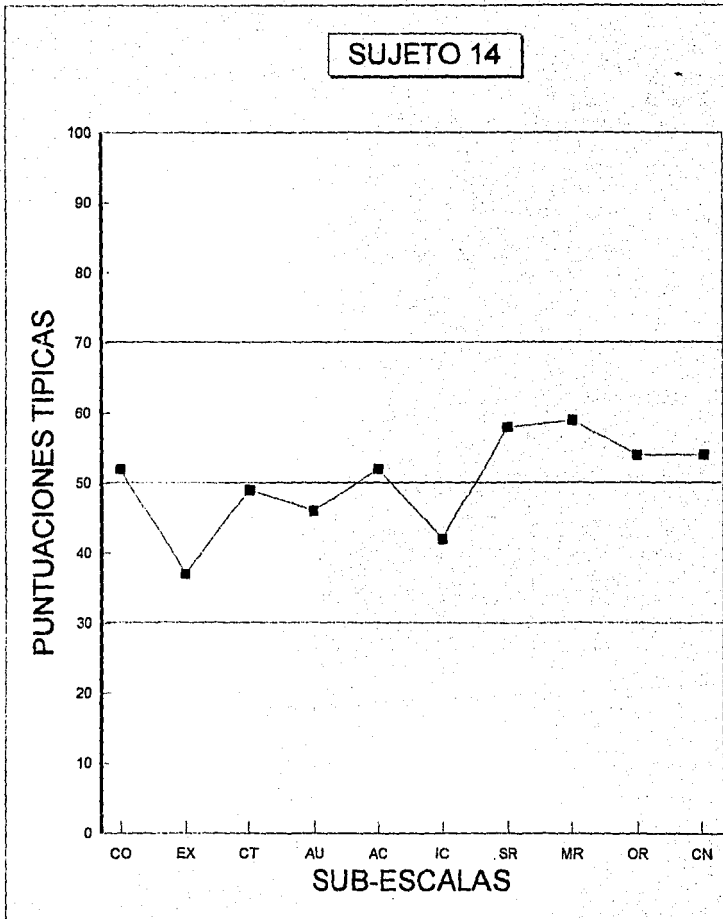


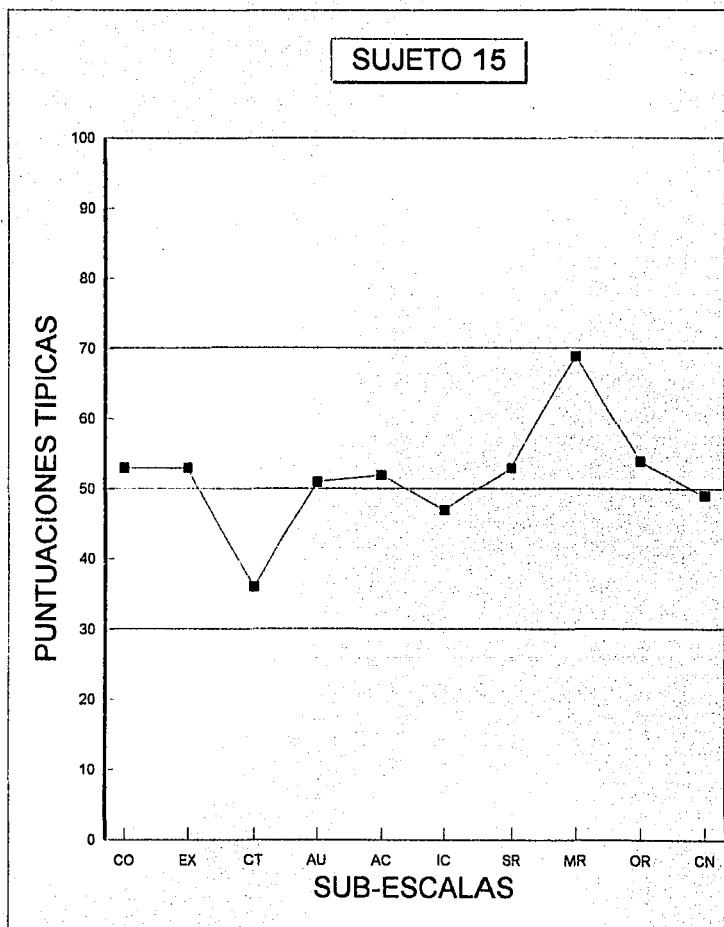
SUJETO 11

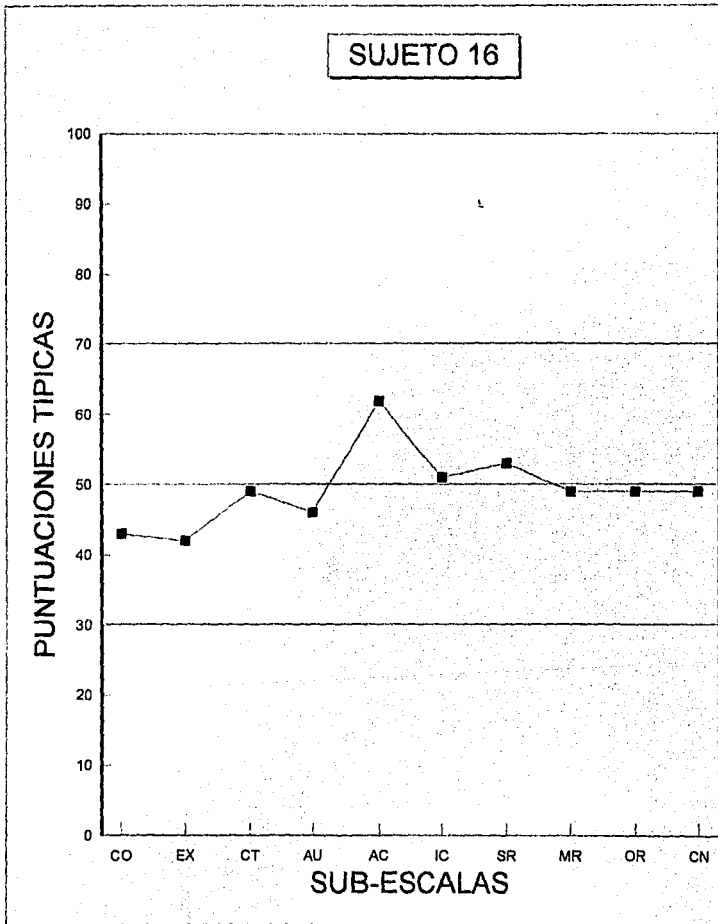


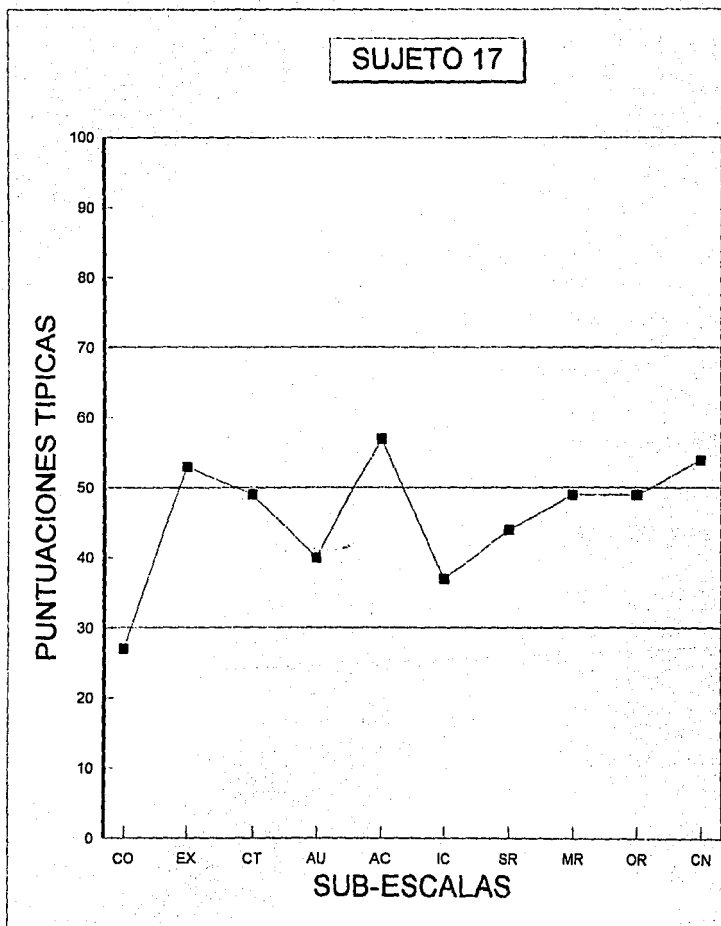




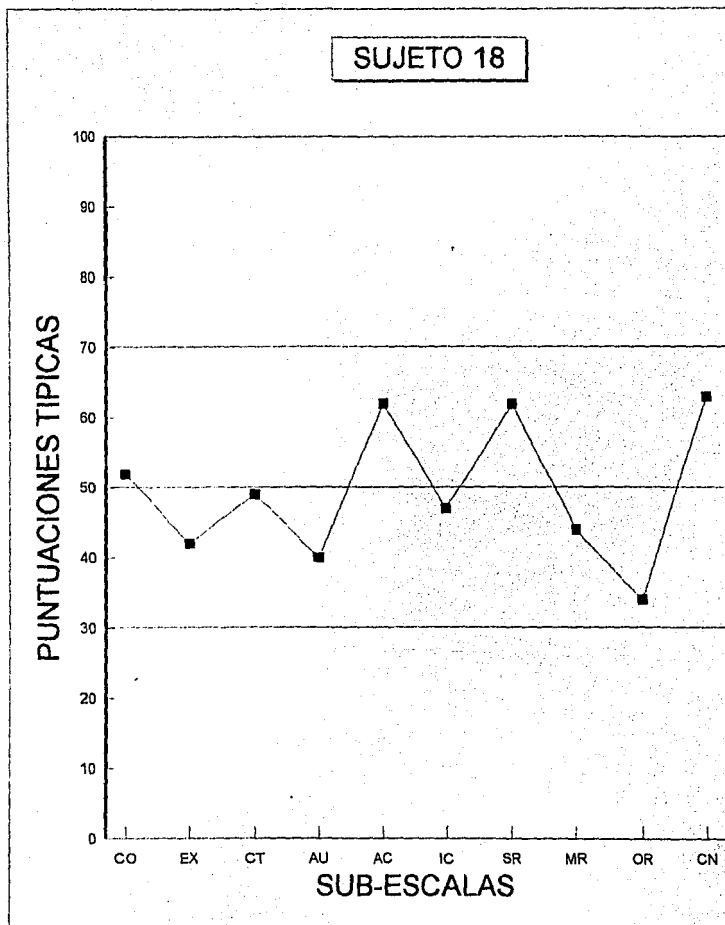




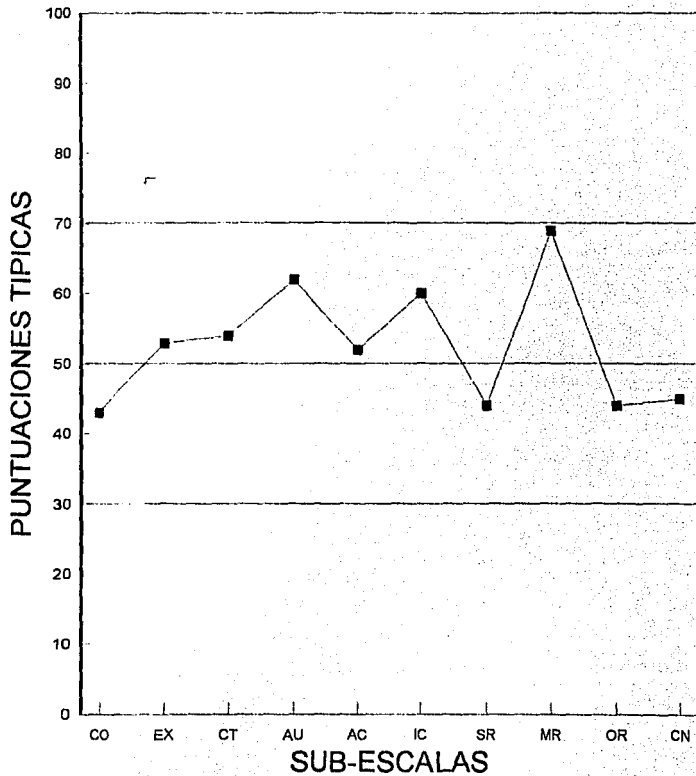


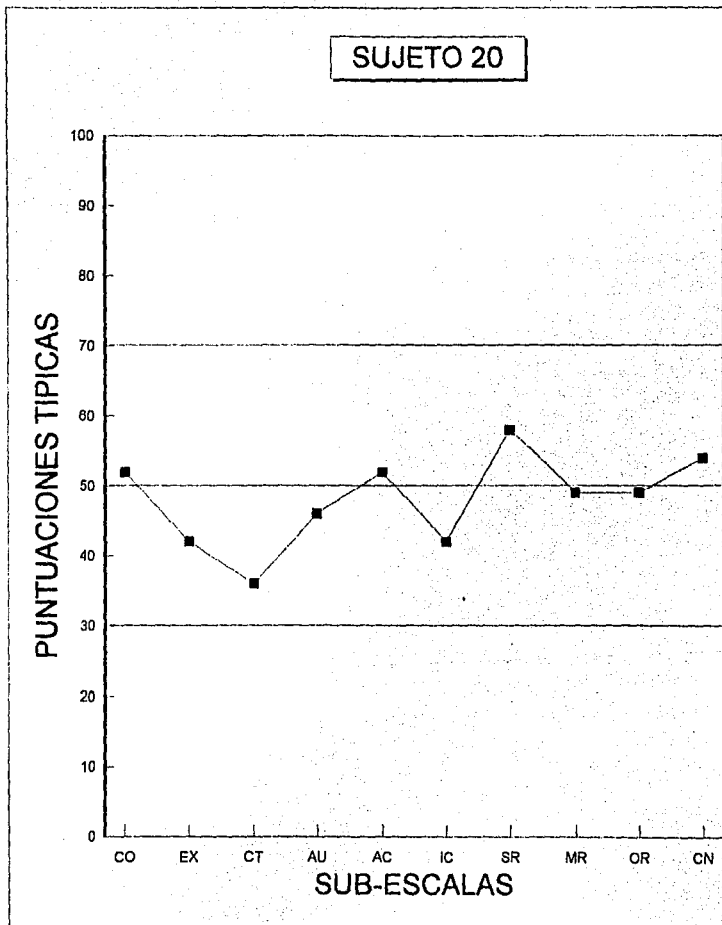






## SUJETO 19





**TESIS SIN PAGINACION**

**COMPLETA LA INFORMACION**

**ENTREVISTA.**

**SUJETO** No. 03 . **EDAD** 32 años . **SEXO** Masc. .

**ESCOLARIDAD** Licenciatura con Maestría.

**NIVEL SOCIAL Y ECONÓMICO** Alto-Alto

**ESTADO CIVIL** Soltero . **RELIGIÓN** Católico

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO** 09 de Enero de 1961

**CONDICIÓN MARITAL DE LOS PADRES** Viuda

**LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA** hermano medio

**TOTAL DE HERMANOS** 5 (cinco) , **1/2'S HNOS** ninguno

**FAMILIARES MUERTOS** Padre

**NUMERO TOTAL DE FAMILIARES (FAM. NUCLEAR)** 6 vivos

**EDAD DEL PRIMER BROTE** a los 29 años

**NUMERO DE INTERNAMIENTOS** 1 muy largo (2 años) y 4 cortos.

**MOTIVO POR EL CUAL FUE TRAIIDO A ESTA INST.** intento de

suicidio durante un crisis psicótica

**PRINCIPALES MOLESTIAS** ideas delirantes, alucinaciones

auditivas y tristeza.

**ADICCIONES ASOCIADAS** Drogas y alcohol.

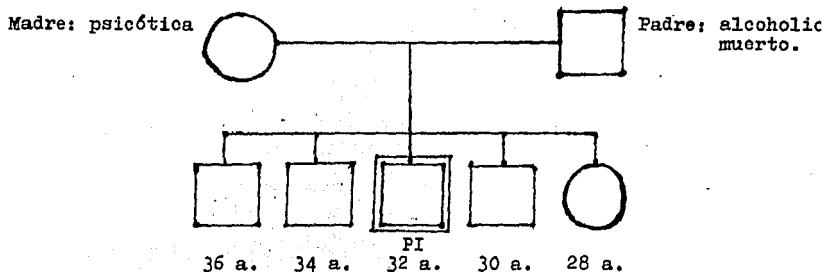
**OTROS DATOS** malas condiciones de aliño, muy cooperador,

interactua con facilidad con los demas pacientes de la

clínica y no presenta agresión hacia los demas aunque

sea provocado.

### FAMILIOGRAMA.



a. = años.

### OBSERVACIONES

Muestra más confianza al interactuar verbalmente con Jaime, aunque es cooperador con ambos.

Bebe café aproximadamente, de 6 a 10 tazas al día.

---

---

---

---

---

---

---

---

## CLIMA SOCIAL: FAMILIA

*Anota sus datos personales en la Hoja de respuestas; después de la palabra «Puesto», indique el lugar que ocupa Vd. en la familia: padre, madre, hijo, etc. ...*

*A continuación lea las frases de este Impreso; Vd. tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia.*

*Si Vd. cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcará, en la Hoja de respuestas, una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero); si cree que es falsa o casi siempre falsa, marque una X en el espacio correspondiente a la F (Falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponda a la mayoría.*

*Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja, para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la Hoja.*

*Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Vd. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.*

## NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia reñimos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la Iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.
- 
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos «pasando el rato».
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
- 
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil «desahogarse» sin molestar a todo el mundo.
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguien de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
- 
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.

AHORA, VUELVA LA HOJA Y CONTINUE



Autor: R. H. MOOS.

Copyright © 1984 by TEA Ediciones, S. A., Madrid - Copyright © 1974 by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California - Adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S. A., c/ Fray Bernardino de Sahagún, 24, Madrid-16 - Imprime: Acurre Camano, Dazanzo, 15 dpto., Madrid-2 - Depósito legal: M. 1.192.1984.

35. Nosotros aceptamos que haya competición y «que gane el mejor».
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.
- 
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.
- 
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones queden limpias.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
- 
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.
- 
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.
75. «Primero el trabajo, luego la diversión», es una norma en mi familia.
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.
- 
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES



# ESCALAS DE CLIMA SOCIAL

## HOJA DE RESPUESTAS Y PERFIL

FES

WES

CIES

CES

Apellidos y nombre .....

Educación .....

Sexo .....

(V/M)

Centro .....

Curso/Puesto .....

(Marque la Escala aplicada)

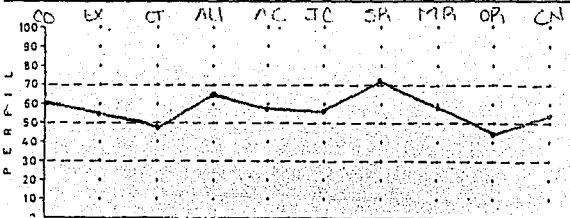
EJEMPLOS

X	F	Y	F
---	---	---	---

FES-WES	EJEMPLOS												Escala aplicada		
	X	F	Y	F	X	F	Y	F	X	F	Y	F	NO	SI	PT
1	X	F	Y	F	X	F	Y	F	X	F	Y	F	CO	9	60
2	Y	X	X	F	Y	X	X	F	Y	X	X	F	EX	6	53
3	X	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	CT	3	49
4	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	AU	9	63
5	Y	X	X	F	Y	X	X	F	Y	X	X	F	AC	7	57
6	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	IC	6	56
7	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	SR	7	52
8	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	MR	6	59
9	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	OR	5	44
10	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y	X	CN	5	54

CIES-CES

											Escala aplicada				
	X	F	Y	F	X	F	Y	F	X	F	Y	F	NO	SI	PT
1	Y	F	Y	F	Y	F	Y	F	Y	F	Y	F			
2	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F			
3	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F			
4	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F			
5	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F			
6	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F			
7	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F			
8	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F			
9	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F			
10	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F	F	Y	Y	F			



Copyright © 1981 by TEA Ediciones, S. A., Madrid. Copyright © 1974 by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California. Adaptada con permiso. Editor: TEA Ediciones, S. A., C/ Prta. Remolinos de Salgado, 21, Barrio 16. - Inquiere: Avda. Compostela, 10. - A. E. - Tel. 2. - Depósito legal: M. 11811 - 1981.



ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA.  
RELACIONES

SUJETO No. 03

1. COHESIÓN.

- 01 Hay apoyo a todo en la familia.
  - 11 Hay interacción familiar.
  - 21 No hay esfuerzos en el hogar.
  - 31 No hay sentimiento de unión.
  - 41 Hay cooperación.
  - 51 No hay apoyo entre los miembros de la familia.
  - 61 Hay espíritu de grupo.
  - 71 Buena relación entre unos y otros.
  - 81 Se dedica tiempo y atención a todos en la familia.
- R CONTRADICCIONES, RESPONDE A 2 NIVELES, COMO SI

2. EXPRESIVIDAD.

- 02 Cada quien expresa sus sentimientos.
  - 12 Se habla claramente de lo que cada quien cree ó quiere.
  - 22 Es difícil desahozarse sin hablar a los demás.
  - 32 No se comentan los problemas personales.
  - 42 Somos personas impulsivas que actuamos en el momento.
  - 52 Cuando alguien se queja otro se siente afectado.
  - 62 No se habla abiertamente de pagos y dinero.
  - 72 Se tiene cuidado con lo que se dice.
  - 82 Se expresan las opiniones espontáneamente.
- R CONTRADICCIONES, RESPONDE A 2 NIVELES, COMO SI

3. CONFLICTO.

- 03 No hay riñas familiares.
  - 13 Se muestran abiertamente los enfados.
  - 23 No se llega a la violencia en los enfados.
  - 33 No se muestran los enfados abiertamente.
  - 43 No se critican los unos a los otros.
  - 53 No hay riñas a golpes o peleas de golpes.
  - 63 Se buscan acuerdos para lograr la paz.
  - 73 Los miembros de la familia están enfrentados.
  - 83 Se consiguen cosas elevando la voz.
- R PROBLEMAS PARA ASUMIR AGRESION, RESPUESTAS A 2 NIVELES

## DESARROLLO

### 4. AUTONOMÍA.

- 04 Cada quien decide por su cuenta.
- 14 Se necesitan muchos esfuerzos para mantener la independ.
- 24 Cada quien decide sus propias cosas.
- 34 Cada quien entra y sale de casa cuando quiere
- 44 No se tiene vida privada en casa.
- 54 Cada quien confía a sí mismo su vida.
- 64 No se animan para defender sus derechos.
- 74 No se puede ser independiente sin herir a los demás.
- 84 No hay libertad para expresar lo que se piensa.

R NECESIDAD DE INDEPENDENCIA, PERO NO SE LOGRA, COMO SI

### 5. ACTUACIÓN.

- 05 No es importante ser el mejor.
- 15 Para mi familia no es muy importante triunfar.
- 25 No es muy importante el dinero que gana cada quien.
- 35 Se acepta la competencia y que gane el mejor.
- 45 Nos esforzamos por ser cada vez mejores.
- 55 Mucha preocupación por ascensos y calificaciones.
- 65 No nos esforzamos por el éxito
- 75 Primero el trabajo, luego la diversión y el tiempo familiar.
- 85 Hay pocas comparaciones respecto a eficiencia.

R RESPONDE A 2 NIVELES, COMO SI.

### 6. INTELLECTUAL-CULTURAL.

- 06 No se habla de temas políticos o sociales.
- 16 Se le da importancia a actividades recreativas.
- 26 Es importante aprender cosas nuevas o diferentes.
- 36 No hay interés en actividades culturales.
- 46 Hay muchas conversaciones intelectuales.
- 56 No se tocan instrumentos musicales.
- 66 Se va con frecuencia a la biblioteca.
- 76 Es más importante ver la TV que leer.
- 86 Nos interesa el arte, música o literatura.

R RESPONDE A 2 NIVELES, COMO SI.

## 7. SOCIAL-RECREATIVA.

- 07 La mayor parte del tiempo no se pasa en casa.  
17 Frecuentemente vienen amigos a visitar a casa.  
27 No se practican deportes habitualmente.  
37 Vamos amenudo a competencias deportivas, cine, etc.  
47 Todos tenemos una o dos aficiones.  
57 Se participa en actividades recreativas.  
67 No se va a actividades extras por afición o interes.  
77 No se divierten fuera de casa.  
87 Ver TV o escuchar la radio no son lo más importante.  
R RESPONDE A DOS NIVELES, COMO SI.

## 8. MORALIDAD-RELIGIOSIDAD.

- 08 No van a cultos religiosos.  
18 En mi casa se ora en familia.  
28 Se habla del sentido religioso de las fiestas.  
38 Se cree en el cielo y el infierno.  
48 Se tienen ideas claras de los bueno y lo malo.  
58 Hay cosas en las que hay que tener fe.  
68 En casa cada quien tiene sus ideas de lo bueno y malo.  
78 Leer la Biblia no es importante.  
88 El que hace algo malo no tiene porque tener un castigo.  
R INCONSISTENCIA, RESPONDE A DOS NIVELES, COMO SI.

## ESTABILIDAD.

## 9. ORGANIZACIÓN.

- 09 No se planifican las actividades con cuidado.  
19 Somos muy ordenados y limpios.  
29 No se encuentran las cosas cuando se necesitan.  
39 La puntualidad es muy importante.  
49 No se cambia de opinion frecuentemente.  
59 No importa que nuestro cuarto esté limpio.  
69 No están claramente definidas las tareas.  
79 El dinero se administra con mucho cuidado.  
89 La mesa se recoge inmediatamente después de comer.  
R POR UN LADO RIGIDEZ, POR OTRO FALTA DE LIMITES, COMO SI



