

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

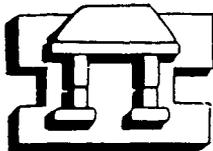


FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

FAMILIA Y NEUROTICOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
TERESA MA. DEL CARMEN CORTES URBAN

ASESOR: DR. CARLOS NAVA QUIROZ
MTRA. CYNTHIA ZAIRA VEGA VALERO
MTRÓ. CARLOS FLORES AGUIRRE



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A DIOS:

Por iluminar mi camino, por guiarme en mis decisiones, por escucharme y ayudarme siempre, tanto en mis malos momentos como en mis triunfos. A ti todo el agradecimiento que puede expresar mi ser.

A MIS PADRES:

Por el apoyo incondicional, por su devoción y sacrificio e inclusive por aquellas exigencias y críticas; a Ustedes les entrego este trabajo que representa la culminación de mis estudios y mi esfuerzo.

A MI ESPOSO:

Ing. Alfonso, compañero incondicional en nuestra lucha por alcanzar nuestra superación profesional y nuestros ideales, a ti AMOR te dedico este trabajo.

A MIS HIJOS:

Alfonso y Zaira, el tesoro más preciado que Dios me regaló, a ustedes con todo mi amor.

A MIS HERMANOS:

Lic. Daniel, Lic. Sergio, Dra. Rocío, C.P. Fredy, C.P. Martín: con quienes en todo momento luchamos por conseguir lo ya logrado. "No podía fallarles". ¡LOS AMO!

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS SOBRINOS:

Daniela, Carolina, José Daniel, Michelle, Mariana, Arturo, Juan Roberto, Erenice, Juan Luis, Lulú, Elsa y Paloma. Les dedico este trabajo con mucho cariño.

ARACELI:

Gracias por ser la mejor amiga, por compartir conmigo tus logros, alegrías, tristezas y sueños.

A todas aquellas personas que contribuyeron conmigo para la elaboración de este trabajo y en especial a Vianney.

A MIS MAESTROS

A todos y cada uno de ellos que tuve desde Preescolar hasta Universidad, a quienes agradezco toda mi formación académica, con respeto y cariño.

A MI ASESOR:

Dr. Carlos Nava Zubirío, por su tiempo, apoyo, paciencia y dedicación en la elaboración de la presente Tesis. Gracias por todo y por ser un ejemplo a seguir.

A LA ENEP IZTACALA:

Por acogerme y formarme como profesionista.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

DEDICATORIAS

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPÍTULO I

APROXIMACIÓN CONDUCTUAL A LA NEUROSIS

1.1	Antecedentes históricos -----	5
1.2	El enfoque conductual con respecto a la neurosis -----	10

CAPÍTULO II

RELACIÓN NEUROSIS FAMILIA

2.1	Antecedentes -----	17
-----	--------------------	----

CAPÍTULO III

INVESTIGACIÓN: FAMILIA Y NEUROSIS.

3.1	Metodología -----	22
3.2	Procedimientos -----	23
3.3	Resultados -----	24
3.4	Conclusiones -----	34
	Bibliografía -----	38
	Apéndice -----	40

RESUMEN

Sabemos que existen un gran número de temas tan interesantes que se puede y quisiéramos escribir, pero hoy decidimos abordar el tema de la familia y neuróticos mediante una revisión teórica sobre los antecedentes históricos existentes, acompañada de una investigación que nos permita obtener información ostensible sobre lo que sucede en el núcleo familiar cuando existe un miembro neurótico. Ya que cada vez es mayor el número de personas afectadas por este padecimiento y la mayoría de las veces la gente no se da cuenta que la padece; puede considerarse a la neurosis como un primer aviso de que la persona sufre alteraciones en su conducta que pueden ser graves o incluso que pueden afectar a los demás.

Los problemas derivados del comportamiento denominado como "neurótico" han supuesto, desde hace tiempo, que algo similar ocurre con las familias de estos individuos. Por lo que se realizó una investigación empírica en un grupo de neuróticos anónimos (N.A), utilizando la siguiente metodología 10 familias nucleares (madre, padre, 2 hijos). Instrumentos: entrevistas, escala de FRI de Moos y la escala de Beck. Se utilizo el índice de relaciones familiares (FRI) de Moos debido a que las subescalas de cohesión, expresividad y conflicto son lo suficientemente generales, para obtener una visión amplia acerca del ambiente familiar y la escala de Beck para medir la depresión existente en el núcleo familiar.

Los resultados obtenidos nos llevan a las siguientes conclusiones; en las subescalas de cohesión y expresividad se encontró un alto porcentaje de familias con puntajes bajos y en relación a la área de conflicto se obtuvo un termino medio, es decir, el conflicto no necesariamente se presenta asociado con posibles deficit en las otras áreas. (conflicto y expresividad). Y con respecto a la escala de Beck no se encontraron niveles depresivos significativos; ya que los puntajes demuestran niveles inciertos lo que parece indicar que los neuróticos y sus familias se adaptan a sus limitaciones y deficiencias, lo cual no implica que exista un equilibrio familiar.

Con la ilusión de que este modesto trabajo pueda aportar algo al ámbito de la psicología clínica, lo cual no descalifica lo que se ha encontrado aquí en las mismas observaciones clínicas, por el contrario constituye un inicio detonante que motive la investigación sistemática en este campo puesto que las implicaciones teóricas y practicas que se derivan de esta propuesta estriban en generar más investigación que de pie a corroborar o rechazar aquellos elementos que en ocasiones se vuelven mitos y que invaden el campo clínico.

INTRODUCCIÓN

El concepto de neurosis ha existido por mucho tiempo, aunque con sus variantes en las definiciones y en la forma de abordarla desde las diversas teorías.

La neurosis se ha convertido en un fenómeno social trascendente, puesto que es la alteración emocional más común en la sociedad. Cada día más personas sufren este padecimiento sin darse cuenta; ya que los síntomas de la neurosis suelen ser muy sutiles.

Puede considerarse a la neurosis como una alteración de la conducta, que puede ser grave e incluso afectar a los demás. Y es ahí dónde la neurosis tiene que ser analizada como una alteración y ¿por qué no?, también como un problema de carácter social, pues ya no se trata de un pequeño grupo de personas afectadas o de una comunidad.

Es por ello el interés del presente trabajo, que tiene como objetivo, conocer si el núcleo familiar se ve afectado por el hecho de tener un miembro neurótico, ya que esta enfermedad, tal parece que ha quedado en el olvido, por parte de los investigadores de la materia.

Se desarrollará esta tesis, a partir del siguiente capitulado:

El primer capítulo, ofrece un panorama general del enfoque conductual con respecto a la neurosis. Iniciando con una breve revisión de los antecedentes históricos con Freud, para dar paso a la teoría conductual, que se

remonta al siglo pasado, con la experimentación en animales (por ejemplo J.B. Waston, Pavlov, Thorndike, Skinner,).

En el segundo, se expone una discusión sobre la relación neurosis familia. Y por último en el tercero se muestra una investigación empírica, que permite saber qué ocurre con la familia que tiene un miembro neurótico, para el cual se utiliza la siguiente metodología: diez familias nucleares, (Padre, Madre , dos hijos). Instrumentos: Entrevistas, escala de FRI de MOOS y escala de BECK.

Para todo esto, sirva lo que se expone en el presente trabajo de investigación a fin de reflexionar y detenernos en este tema tan importante que poco se ha considerando y que hay mucho por hacer. Ya que como se verá, las limitaciones están presente y la falta de información bibliográfica se convierten en una conjugación de desinterés al tema.

CAPITULO I

APROXIMACION CONDUCTUAL A LA NEUROSIS

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En algunos escritos de la antigüedad se leen algunas descripciones de ataques convulsivos (epilepsia), estados hiperactivos y de excitación (manías), reacciones de tristeza (depresión), graves perturbaciones del pensamiento (esquizofrenia), temores infundados (fobias). Los individuos de aquéllas épocas vivían en una cultura muy distinta a la nuestra y con otra manera de raciocinio, encontraron en la posesión diabólica la explicación a todo este tipo de fenómenos. Hace aproximadamente 6000 años, se cree que se practicaba la trepanación del cráneo con el propósito de expulsar por ahí a los demonios y librar a la persona de la posesión.

El primero en intentar sistematizar de manera racional estos fenómenos fue Freud, a partir de su modelo psicodinámico. Para Freud, (1899, en Stangnaro, 1997), el psicoanálisis abarca tres campos; una meta psicología o terapia general del hombre; un método de investigación de los procesos psíquicos; y una psicoterapia basada en la transferencia, contra transferencia y análisis de las resistencias.

El gran descubrimiento de Freud es que las fuerzas inconscientes determinan nuestro comportamiento tanto o más que las conscientes, siendo éstas en último término derivadas de las anteriores. Esta es verdaderamente la piedra angular de la psicología dinámica. El inconsciente se revela en actos fallidos, en el olvido que tiempo después regresa a nuestra memoria (lo que muestra su carácter activo) , o las gestiones posthipnóticas.

Encontramos que para Freud, (op.cit) la neurosis es el resultado del conflicto entre el individuo y su medio, conflicto que nace a consecuencias de una negación en la persona a atender una poderosa tendencia dominante que existe dentro de ella misma.

En la teoría de Freud, (op.cit) los síntomas neuróticos resultan de la interacción entre impulsos instintivos que luchan por manifestarse y las estrategias defensivas. La persona se defiende por medio de mecanismos de represión sin ningún resultado. Por otro lado, Freud dice también que la etiología común de la enfermedad mental es siempre la frustración, el incumplimiento de deseos infantiles, jamás dominados y que se arraigaron hondamente en la mente del enfermo. La neurosis extrae del mundo de imaginación y de la fantasía el material necesario para sus productos, hallándolos por medio de la represión a épocas reales y más satisfactorias. El mecanismo que se activa en la neurosis, según Freud, es no sólo la pérdida de la realidad, sino, una situación de ella. En consecuencia la neurosis es una expresión de la rebeldía contra el mundo exterior, una incapacidad para adaptarse a la realidad.

Es importante mencionar que la neurosis son las formas menos graves de enfermedad mental, que normalmente no requieren hospitalización, en general, los individuos neuróticos son individuos infelices, llenos de tensión nerviosa e ineficaces, que requieren tratamientos, pero que no tiene probabilidades de ser peligrosos. Entre los trastornos psiconeuróticos que se presentan con mayor frecuencia están: la neurosis de ansiedad, reacciones de conversión, reacciones fóbicas, reacciones neuróticas, depresivas y reacciones obsesivas compulsivas. (Freud, S., 1913, en Stangaro, 1997. Pág.25)

Dichas neurosis pueden ser abordadas desde otras perspectivas, como la conductual. Históricamente, durante los últimos años del siglo XIX y al principio del siglo XX, aparecieron diversas escuelas de psicología entre ellas el conductismo. Sus seguidores rechazan el tema de los procesos de la conciencia y de la subconsciencia. Como en algunos robots simples, se especulaba con que los sentidos fisiológicos estaban directamente conectados a los músculos motrices y del habla. Esta era, sin duda, un modelo muy sencillo – y como tal, clasificaba algunos puntos e ignoraba otros. La opinión sobreentendida era que la conducta se podía explicar por mecanismos de asociaciones estímulo – respuesta, como los mecanismos de los perros de Pavlov, que salivaban al oír una campana que les servía de señal de estar disponible en la comida.

Se buscaba la regla general para la formación de estímulos – respuesta con el convencimiento de que al ser descubierta se sabría todo lo necesario sobre el aprendizaje. Para ello se buscaba lo central de la tarea de aprender y se simplificaban los laberintos famosos de los jardines para sus animales, por ejemplo, la caja de Skinner. En ella la única conducta posible era apretar una barra (bonificándose con comida) o absteniéndose de hacerlo ¿Que otra cosa le quedaba al animal por delante? no importaba el abanico de movimientos eventuales del animal, sino sólo el movimiento de la barra. Con ello se afirma que los estados mentales del animal se ignoraban, aspecto básico que diferencia el conductismo (mas simple) del funcionalismo.

Cabe decir que los orígenes de la teoría conductual son diversos y se remontan a siglos pasados, no fue hasta principios de este siglo cuando se iniciaron trabajos experimentales más formales primero con animales y luego con humanos. Hasta la década de los 50' no existen estudios sistemáticos que desarrolle la terapia conductual con aplicación directa en el tratamiento de los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

trastornos psicológicos y psiquiátricos, por ejemplo: Ivan Sechenov, un pionero de la fisiología rusa, desarrolló la teoría de la conducta voluntaria, que consistía en una cadena de reflejos, y Pavlov y sus colaboradores realizaron experimentos en animales. Pavlov extiende la noción del condicionamiento clásico al término de *segundo sistema de señales*), sugiriendo que leyes similares gobiernan el pensamiento y el discurso.

O bien John B. Watson demostró que el condicionamiento clásico podía decrementar la respuesta neurótica. En un experimento, ahora clásico, con el pequeño Albert: un niño con fobia, a ratas y conejos, Watson le modificó el comportamiento fóbico, mediante procedimientos conductuales. Así, toda conducta humana adaptativa o desadaptativa es aprendida por el mismo mecanismo: el condicionamiento operante. (Biehler R.F., 1976)

Otros autores que contribuyeron a la terapia conductual son: Wolpe, (1952, en Whittaker, 1997), que realiza un estudio sobre la adquisición y extinción de una respuesta neurótica de ansiedad en el gato: a partir de estos trabajos se formula el principio teórico de la inhibición recíproca y considera a la *ansiedad neurótica* como una respuesta condicionada a eliminar; la terapia consiste en romper el vínculo condicionado entre las eventos y la respuesta de ansiedad, proponiendo las técnicas basadas en el principio de inhibición recíproca.

Paralelamente, Eysenck, el teórico más importante de la escuela inglesa, considera a la neurosis como una conducta desadaptativa, cuya adquisición se explica en términos de condicionamiento clásico: de hecho, el interés de Eysenck se extiende hasta la fundación de la primera revista sobre terapia conductual en 1963, "Behavior Research and Therapy".

Un autor más, pero no por ello menos importante, es Bandura, uno de los principales gestores de la teoría del aprendizaje social, que incorpora elementos

del condicionamiento clásico y operante, mediados por procesos cognoscitivos, y describe el aprendizaje por observación o vicario.(Whittaker, 1997)

Todos ellos contribuyeron a la formación de la terapia conductual convirtiéndola en una de las más eficaces y utilizadas en la psicología clínica aplicada.

1.2 EL ENFOQUE CONDUCTUAL CON RESPECTO A LA NEUROSIS

Dentro de la aproximación conductual existen diferentes teóricos que abordan el problema de la neurosis, entre los más destacados se pueden señalar a: Wolpe, Lazarus, London, Morrison, Bandura entre otros. Por lo que el objetivo del presente capítulo es presentar una revisión acerca de las diferentes propuestas.

Por lo general todos los seres humanos tienden a ser altamente pragmáticos, es decir, hacer las cosas que sí funcionan y a modificar su conducta de acuerdo con las demandas ambientales. Sin embargo los individuos neuróticos se inclinan por un patrón preestablecido para hacer frente a su vida; a pesar de saber que les funciona mal, a esta situación se le denomina paradoja neurótica, la cual se puede comprender por medio de dos patrones básicos: a) el alivio inmediato, de la angustia, que se obtienen momentáneamente al evitar las situaciones que se consideran amenazantes y b) la percepción inapropiada de las situaciones de vida cotidiana que son amenazantes.

Así, la maniobra defensiva trae consigo un alivio momentáneo y este alivio hace que se refuercen estos patrones, aunque no permiten que el individuo descubra cuáles de esas situaciones sí serían en realidad manejables. El efecto de estos patrones es la tendencia a mantener la conducta neurótica a pesar de su naturaleza derrotista.

Por ejemplo: un joven inseguro que está muy enamorado y que ya se comprometió para casarse y su novia rompe abruptamente con él: este joven

reacciona con sentimientos de angustia, depresión, auto devaluación y hostilidad.

De ahí en adelante puede asumir un patrón diferente; cada vez que tiene una relación con una mujer y dicha relación se formaliza, él comienza a angustiarse y termina la relación. Podemos darnos cuenta que el patrón básico involucra una serie de miedos condicionados, que dan por resultado un individuo particularmente vulnerable a los estresores: a diferencia de cualquier persona que se las arreglaría muy bien. Esta vulnerabilidad conduce a su vez a una cadena de estrés angustia, evitación, refuerzo y así la evitación neurótica es auto derrotista.

Normalmente los individuos neuróticos tienen problemas para establecer y mantener relaciones personales satisfactorias, lo cual lleva a considerar las tres facetas clave de lo que es núcleo neurótico:

1) el sentimiento de incapacidad y ansiedad; que conlleva al individuo a sentir aspectos de inseguridad, peligro, amenaza y hostilidad; esta vulnerabilidad a la amenaza cotidiana hace que el neurótico tenga miedo a situaciones competitivas y por consecuencia tenga impedimento o fallas al realizar sus actividades, por ejemplo, ascender en el trabajo puede causar sentimientos de miedo que *la verdadera falta de habilidad*.

2) conducta auto derrotista y bloqueo del desarrollo personal; en esta faceta es claro como el neurótico se ve aprisionado por su conducta rígida, egocéntrica y auto derrotista, se convierte en un egoísta que se pasa luchando todo el tiempo por su propia vida en un mundo hostil y amenazante, por lo que en la mayoría de veces se ven interferidas sus relaciones personales, con esto se ven incrementadas sus dificultades en el buen manejo de su vida y desarrollo personal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.- y la última faceta es la evitación; en lugar de hacer frente a los problemas, los individuos neuróticos desarrollan, una forma de vida controlada por una conducta defensiva y de evitación que le permite huir de cualquier cosa que puede provocarle la aparición de angustia. (Coleman, 1980).

¿Porqué recurre la persona neurótica a tales patrones de conducta autodestructiva? la paradoja neurótica se puede entender de la siguiente manera: primero, el alivio a corto plazo que se experimenta, de forma inmediata, contra la ansiedad y que resulta de las maniobras defensivas y de evitación; segundo, recurrir inmediatamente a estas maniobras al primer signo de estrés, lo que permite evitar la situación, y constatar que los miedos son reales. Como resultado, se instaura la tendencia a recurrir de manera rígida a un estilo de vida defensivo y evitador, que es característico en todas las neurosis. (Coleman 1980).

Frankel (1970, en Coleman, 1980), menciona que la personalidad que tiene el individuo neurótico, antes de su enfermedad, sus antecedentes y el ambiente todos influyen en la magnitud del menoscabo conductual, trayendo consigo una variedad de desórdenes producidos por fobias, obsesiones, compulsiones y ansiedades.

Es por ello que Frankel introduce los nuevos métodos de la terapia conductual, los cuales prueban ser muy eficaces en el tratamiento de algunas fobias específicas, así como en desórdenes fóbicos más extensos, en consecuencia, no es necesario que el individuo continúe sufriendo las molestias personales ocasionadas por las conductas fóbicas. Normalmente se siguen una o dos estrategias en el tratamiento; la primera, se basa en comprender el origen del miedo, es decir, que el paciente pueda llegar a tener

un discernimiento adecuado al origen, al simbolismo y a la función, de la fobia y aprender técnicas más eficaces para hacer frente a la ansiedad y a la situación que se teme.

Sin embargo este enfoque es considerado por Salzman (1968, en Coleman, 1980) poco eficaz, afirma que no basta con entender el origen, puesto que el individuo neurótico con esto no es capaz de arriesgarse a sobrepasar los límites de sus ansiedad.

Por consiguiente la segunda estrategia involucra la desensibilización de la conducta que se ha usado de forma creciente para enfrentar directamente los niveles de miedos y de conductas de evitación: Frankel (1970, en Coleman, 1980), por ejemplo, trata a una mujer casada de 26 años, utilizando la técnica de desensibilización y la técnica implosiva, que sufría de miedos perturbadores en sus relaciones sexuales, miedo a los sismos y a los lugares cerrados, con magníficos resultados. Reportando Frankel (op.cit) que después que concluyó el tratamiento no reapareció ninguno de estos miedos ni síntomas sustitutos.

Por su parte Wolpe (1952, en Whittaker, 1997) realiza estudios sobre la adquisición y extinción de una respuesta neurótica de ansiedad en los gatos, con lo cual formula el principio teórico de la inhibición recíproca, considerando la ansiedad neurótica como una respuesta condicionada a eliminar, más tarde junto a Lazarus (1968) elabora los principio de la terapéutica de la conducta aplicados a tratamientos, los principios conllevan tres técnicas principales que son: 1.- El contracondicionamiento 2.- El recondicionamiento positivo y 3.- La extinción experimental.

El contracondicionamiento se usa para eliminar la ansiedad o el temor, debilitando o eliminando la respuesta de miedo, mientras que al mismo tiempo

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

se fortalecen las respuestas antagónicas. La estrategia básica del contracondicionamiento es alentar y premiar los ejemplos de conducta afirmativa, que recíprocamente inhiben la ansiedad, por ejemplo: el caso de Arturo de 38 años cuya sumisión y timidez parecían originarse directamente en sus relaciones con su padre. El padre siempre decía que los problemas más urgentes, que variaban desde los simples domésticos hasta la crisis internacionales, nunca ocurrían si la gente hablara menos; su broma preferida con frecuencia repetida, era en el sentido de que "aun el pez no tendría dificultades sino abriera nunca la boca", de tal manera que Arturo aprendió a reprimir sus sentimientos por completo; lo que le provoca crisis e ideas de suicidio, tanto en su trabajo como en su relación de pareja, el procedimiento de contra condicionamiento empleado en este caso fue en la forma siguiente: primero se le dijo que tenía que hablar de sus sentimientos, en el momento que ocurren y aclarar las situaciones y las molestias para evitar acumulamiento de frustración, durante cuatro meses se le dio entrenamiento afirmativo de la personalidad por medio de la imitación. A medida que la conducta afirmativa incrementaba, se llegó a efectos positivos y los síntomas somáticos desaparecieron.

El recondicionamiento positivo consiste en una nueva forma de conducta, recompensando cada respuesta deseada y no recompensando la conducta inconveniente.

Y el método de extinción experimental consiste en el debilitamiento progresivo de la respuesta por medio de la supresión repetida de la recompensa: por ejemplo, el caso de una mujer de 26 años que por las noches oprimía y rechinaba los dientes, se le indicó que durante el día se sometiera a 6 ensayos de un minuto rechinando los dientes sin descanso: al final del tratamiento se reportó que el rechinamiento involuntario de los dientes (que

presentaba por las noches) había desaparecido Wolpe y Lazarus (1968 en Whittaker, 1997).

En tanto London (1969, en Whittaker, 1997), menciona que la terapéutica de la conducta considera la conducta neurótica como aprendida y aplica los principios del aprendizaje para cambiar la conducta, que es esencialmente no adaptativa. El punto fundamental de las neurosis humanas, se supone, radica en el momento que la ansiedad bloquea o deforma el proceso del aprendizaje, de manera que es necesario un nuevo aprendizaje para que se presente el ajuste.

Morrison y Wixted (1989, en Sarason y Sarason, 1987), afirman que el entretenimiento de habilidades sociales produce mejorías significativas en el comportamiento social de aquellos individuos que padecen de trastornos del estado de ánimo esquizofrénicos y neuróticos.

El entrenamiento de habilidades sociales se basa en la teoría del aprendizaje social, el cual se enfoca hacia la enseñanza de un comportamiento interpersonal nuevo y mejor adaptado. Es probable que, en un principio, el entrenamiento se centre en componentes muy básicos, tales como el tono de voz, el contacto visual, los movimientos corporales, etcétera, para después continuar con las conductas más complejas como las carencias de asertividad, valores o las habilidades laborales entre otras.

Benton y Schrueder (1990, en Sarason y Sarason, 1987), realizan una investigación con individuos con trastornos de ánimo, dividido en dos grupos, a uno de los grupos se le dio el entrenamiento de habilidades sociales y al otro no: en el primer grupo se obtuvo la modificación de conducta adecuada y encaminada a situaciones positivas, mientras que el otro grupo tuvo un notable

empeoramiento en su conducta. Es importante señalar que el entretenimiento de habilidades sociales es una de las técnicas conductuales básicas que se emplean para la modificación de la conducta.

Otro caso que es importante mencionar es el citado por Bandura, Blanchard y Ritter (1969, en Sarason y Sarason, 1987), en el que un individuo fue tratado, exitosamente, debido al miedo que sentía por las víboras: el individuo afirmó que el éxito que obtuvo para sobreponerse al miedo que le provocan las víboras, contribuyó a un sentimiento mayor de confianza general en sus habilidades para sobreponerse a cualquier otro problema que pudiera aparecer. En esencia, Bandura y col. (op.cit) afirman que la remoción de una conducta evitativa, puede ayudar a los individuos fóbicos a tener confianza en sí mismos y en su habilidad para enfrentar las situaciones de estrés en general.

En conclusión, los conceptos conductuales y del aprendizaje de condicionamiento, se aplican en la terapia conductual ya que los terapeutas conductuales suelen utilizar las diversas técnicas existentes y la terapia de exposición para el tratamiento de pacientes con ansiedad, fobia, trastornos obsesivo compulsivo, neurosis y depresión. Cabe mencionar que existen tres tipos de terapia que se basan en el principio de exposición: el primero se refiere a la desensibilización, en donde los estímulos que provocan miedo se presentan en series graduales junto con ejercicios de relajación; la segunda es la terapia implosiva, consiste en llevar al paciente a imaginar una situación compleja que le cause miedo y la exposición en vivo, es decir, al individuo se le expone en realidad ante el estímulo que le cause miedo y; la tercera es la abrumación que se refiere a la exposición rápida e intensa a los estímulos en una situación de exposición en vivo.

CAPITULO 2

LA RELACION NEUROSIS FAMILIA

2.1 ANTECEDENTES

Se conoce que cuando un miembro de la familia sufre de alguna alteración grave, por ejemplo: (alcoholismo, drogadicción) el resto de la familia presenta algún tipo de desequilibrio. El caso más patente es el del alcohólico, en dónde la familia muestra problemas de desintegración, violencia intrafamiliar, problemas económicos y delincuencia por mencionar algunos. Muchas investigaciones (Beckman, 1978, Jones, 1968, Seixas y Cadoret, 1964, Weissman, 1977, en Coleman, 1980) en torno al alcohólico, comprueban que la etiología del alcohólico se deriva de los factores psicosociales, socioculturales y fisiológicos, los cuales, conllevan a una alta tasa de abuso del alcohol y a la dependencia de éste, todo esto está bien documentado. Sin embargo, no ocurre lo mismo en el caso de personas neuróticas, con respecto a las alteraciones que sufre la familia cuando vive con un miembro de estas características, pese a que es importante mencionar que un alcohólico, antes de serlo, es una persona neurótica que se refugia en el alcohol como una fuga. Shaefer, Bandura, (1971, en Coleman, B.Carson, 1990).

Después de haber realizado una investigación bibliográfica amplia y minuciosa tanto en base de datos de diversas Universidades, como en Internet, no se pudo ubicar material específico que desarrollara el tema de neurosis y sus repercusiones en la familia, por lo que en este capítulo se presenta una aproximación al tema; basada en algunos artículos de divulgación publicados por Neuróticos Anónimos.

Para tal fin iniciaremos con una definición de familia, para posteriormente rastrear algunas relaciones entre neurosis y familia en la bibliografía existente.

Entenderemos por familia aquella con que se compone por un conjunto de individuos (Padre, Madre e Hijos), unidos generalmente por lazos sanguíneos o afectivos los cuales comparten normas, roles, sentimientos ideas obligaciones y formas de vida, constituyendo una parte de la sociedad donde tiene una función específica que está dirigida al desarrollo (Minuchin y Fishman, 1981).

Partimos de la idea de que una familia constantemente se encuentra en cambios y transiciones que se dan como eventos propios del desarrollo normal de la familia o bien como aquellos impredecibles que pueden interrumpir o afectar el equilibrio de la familia, por ejemplo, la muerte de algún miembro de la familia, aborto, problemas económicos, etc.

Así como también la sobrecarga de estresores; que sin querer llevan al rompimiento del núcleo familiar. Y es aquí precisamente donde comenzaremos a ubicar la relación neurosis familia, ya que suponemos que la neurosis tiene repercusiones en la familia y éstas serán tan graves dependiendo del grado de neurosis. Por ejemplo, una persona neurótica no es capaz de manejar sus emociones , y esto a su vez le causa impotencia al realizar cualquier actividad, es decir, un neurótico se rebela contra el establecimiento de cualquier orden social ,su jefe, su esposa, sus amigos, él quiere "que las cosas, se hagan a su manera". Y esto le produce un desajuste porque los demás no le aceptan su decisión por considerarla inadecuada, y al no considerarlo sufre y propicia estresores que los llevan a desequilibrios emocionales, teniendo como consecuencia el malestar de la gente que lo rodea ocasionando una alteración dentro de su núcleo familiar. Más tarde tanto la persona neurótica como la

familia sufrirá de gran soledad, retraimiento, depresión, ansiedad, culpabilidad, remordimientos y todas clase de emociones tormentosas asociadas con la enfermedad emocional. Y el individuo pensará que todo es culpa de terceras personas y no de él.(Coleman 1980)

Esta simple relación de el neurótico y su familia lleva a comprender como se va alterando el núcleo familiar, causando un rechazo moral y social, y con consecuencias tales como:

Niños abandonados por sus padres

Acciones criminales

Padres negligentes

Manifestaciones

Rebeliones en la juventud

Retardos mentales

Desordenes

Divorcios

Adictos a la Drogas

En todos los casos, la voluntad de un individuo interfiere con los derechos de otros. Las familias, que tienen un miembro neurótico, pueden presentar alteraciones emocionales negativas e Inhabilidad para adaptarse su medio y corregirlo. (Folleto de la Salud Mental,1970).

Es importante mencionar que en los años de 1965 a 1996 neuróticos anónimos (N.A.) publica en sus revistas las siguientes afirmaciones:

A) Si partimos del hecho que el neurótico es una persona egoísta que abusa del derecho del otro ocasionando disturbios tanto internos (familiares) como

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

externos (sociales) .por ejemplo el caso de una persona que abuse del "derecho de vía" cuando no debería serlo, causando por lo tanto un accidente de tránsito.

B) Las estadísticas muestran que la mayoría de los accidentes de tránsito son causados por personas egoístas que desobedecen las leyes de tránsito que interfieren en la obtención de sus propósitos (Externos).

C) Los padres abandonan a sus hijos y los castigan ya que interfieren con sus objetivos y deseos egoístas (internos). (Neurotics Anonymous, 1966. pág. 5 a 10).

Estas afirmaciones muestran las limitaciones con las que viven los neuróticos, y no sólo eso, sino que se evidencian las repercusiones en el medio en el que viven, también exhiben las carencias que tiene la familia para lograr un cambio en su estructura y en su convivencia.

Es por ello que, el objetivo del presente trabajo es conocer cómo es que la familia se ve afectada al tener un miembro neurótico entre sus integrantes.

Es importante tratar a la neurosis como un fenómeno social y de salud de gran trascendencia, ya que las Instituciones que se encargan de los problemas de salud pública no le han prestado la atención debida.

El interés por hablar de la neurosis es porque cada día más familias se ven afectadas por la existencia de un miembro neurótico en su regazo; no es difícil suponer que, al igual que en los individuos alcohólicos, los neuróticos presenten una atmósfera familiar tensa y con problemas de diferente índole, entre ellos la depresión. Es verdad que a lo largo de nuestra revisión no pudimos encontrar estudios que justificaran o verificaran algún tipo de alteración familiar como consecuencia de tener entre sus integrantes a un neurótico. Gran parte del interés de este trabajo se ubica en la experiencia clínica recabada a lo

largo de los años por la autora y ante la necesidad de interpretar correctamente las observaciones hechas es que el presente trabajo constituye un ensayo por encontrar evidencia empírica que corrobore o refute dichas apreciaciones.

Es importante recalcar que la neurosis no es un padecimiento exclusivo de un puñado de personas desafortunadas, si no que cada vez es mayor el número de individuos afectados por éste, además los síntomas de la neurosis son tan sutiles que la mayoría de las veces es fácil detectarlos. También es cierto que cuando un individuo acepta de que es neurótico, lo cual no es fácil de reconocer, se ve envuelto en una serie de conflictos para buscar ayuda y comenzar una terapia.

Finalmente se puede considerar a la neurosis como un primer aviso de que la persona sufre alteraciones en su conducta que pueden ser graves o, incluso, que pueden afectar a los demás; es ahí dónde la neurosis tiene que ser analizada como un padecimiento de carácter social, pues ya no se trata de un pequeño grupo de personas "afectadas", sino de la familia o una comunidad, que sufren .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 3

INVESTIGACIÓN: FAMILIA Y NEUROSIS

3.1 METODOLOGIA

- OBJETIVO.-** Conocer si el núcleo familiar se ve afectado, por el hecho de tener un miembro neurótico.
- PREGUNTA.-** ¿Cómo se ve alterado el clima familiar cuando se convive con un miembro neurótico en la familia? Y de la misma forma ¿se presenta algún tipo de alteración, depresión, entre los familiares?
- SUJETOS:** 10 familias nucleares (padre, madre dos hijos) de nivel socioeconómico medio. Las 10 familias pertenecen al grupo de neuróticos anónimos de buena voluntad que se encuentra ubicado en Cuautitlán de Romero Rubio, lugar donde se realizó la investigación.

INSTRUMENTOS:

Una entrevista para obtener información sobre los datos demográficos, (nombre, edad, sexo , escolaridad, trabajo, nivel socioeconómico). (ver apéndice 1)

La escala de Moos, (ver apéndice 2), el índice de relaciones familiares (FRI), que comprende tres subescalas, cohesión, conflicto y expresividad, , para la aplicación de ésta escala se realizó un análisis de confiabilidad quedando los siguientes reactivos: 1-2-4-5-7-8-9-11-12-15-16-18-20-24- y 26; y así

obteniendo un .7247 de confiabilidad (alfa de Cronbach), cabe señalar que se eliminaron 12 reactivos. Y la escala de Beck, (ver apéndice 3) que mide depresión. En ésta escala se obtuvo el .84 de confiabilidad alfa de Cronbach, en este caso no se eliminó ningún reactivo.

MATERIALES:

Folletos, lápices y plumas. Los cuestionarios fueron aplicados en el centro donde se encuentra el grupo de neuróticos anónimos. En todos los casos se aplicó una entrevista previa para descartar desintegración familiar o algún otro tipo de problema que pudiera interferir con la investigación. Se indicó a los participantes que su intervención era voluntaria y que los cuestionarios no consistían de respuestas correctas o incorrectas sino que nos interesaba conocer su forma de pensar y de los problemas que tenían, asimismo, se aseguró a los individuos que sus respuestas serían tratadas de manera confidencial y con fines estadísticos.

3.2 PROCEDIMIENTO

Se inició con una relajación y enseguida se practicó la técnica de sensibilización, la relajación consiste en tensión muscular progresiva que conduce a un profundo estado de relajación y la técnica consiste en presentar conjuntamente la relajación con escenas imaginadas ,es decir la anulación de las sensaciones, esto se realizó para propiciar una atmósfera tranquila y de disposición.

En seguida se le entregó a cada uno de los integrantes de la familia 2 folletos y se les dijo: Tomen el primer folleto, pongan sus datos que ahí se les pide, enseguida lean las instrucciones y contesten con honestidad, seguridad

confianza y firmeza. Recuerden que hablar de nosotros merece respeto; les recuerdo que lo que Ustedes contesten servirá únicamente para fines estadísticos.

Una vez concluido el primer folleto, se les dio un descanso de 10 minutos. Posteriormente se les proporcionó el segundo folleto y se les indicó nuevamente las instrucciones anteriores. Al término se les pidió salir a los hijos y al Padre, una vez estado a solas con la Madre se le pidió contestar la entrevista. Al término se volvió a juntar a toda la familia y se les dio las gracias por su participación.

3.3 RESULTADOS

Antes de iniciar con los resultados, es importante tener presente el objetivo del trabajo que es: conocer si el núcleo familiar se ve afectado por el hecho de tener un miembro neurótico, como recordaremos en el tercer capítulo no fue posible encontrar material bibliográfico suficiente para completar una visión más amplia sobre las alteraciones familiares. Por lo que se planeó esta investigación con la finalidad de encontrar apoyo empírico que nos de información respecto al núcleo familiar de los sujetos neuróticos. Para cubrir dicho trabajo, nos apoyamos en la escala de Moos, la cual mide ambiente familiar y la de Beck que mide depresión.

Con respecto al índice de relaciones familiares de Moos, como primer paso lo que se hizo fue calcular los porcentajes para cada una de las subescalas, con el objeto de encontrar alguna diferencia ostensible entre ellas. En la fig. 1, se muestran los porcentajes para cada subescala.

Es importante señalar que las subescalas tienen diferente número de reactivos, por lo se tomó en cuenta los niveles teóricos máximos y mínimos para cada subescala, es por ellos la necesidad de transformarla en porcentajes con la finalidad de compararlas gráficamente

Como podemos percibir a simple vista no hay diferencias importantes entre las subescalas.

A partir de los resultados globales que se obtuvieron en la escala de Moos, es como se decidió elaborar un análisis más específico de las subescalas, tomando en cuenta las frecuencias y puntajes obtenidos de cada una de ellas, con el objeto de detallar más los resultados. (Ver Tabla 1).

FIGURA 1. Porcentajes para cada subescala de FRI de Moos

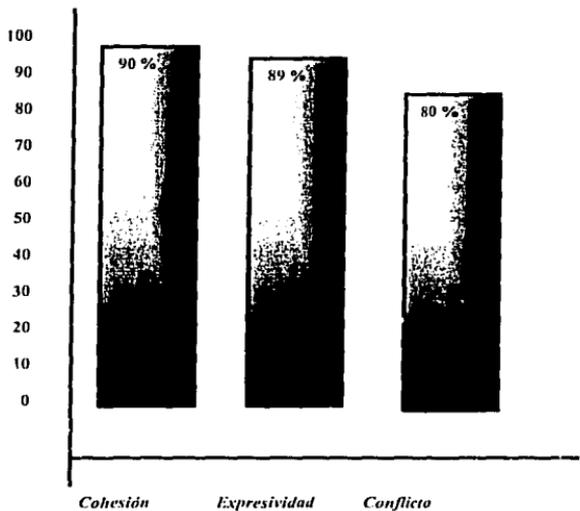


Fig. 1. Muestra los resultados globales obtenidos en porcentajes para cada subescala, con la finalidad de compararlas gráficamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1
TOTAL DE LA ESCALA DE MOSS

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>	$\bar{X} = 20.26$
16,00	3	7,9	7,9	
17,00	2	5,3	13,2	
18,00	3	7,9	21,1	
19,00	8	21,1	42,1	
20,00	7	18,4	60,5	
21,00	6	15,8	76,3	
22,00	3	7,9	84,2	
23,00	3	7,9	92,1	
24,00	1	2,6	94,7	
28,00	1	2,6	97,4	
29,00	1	2,6	100,0	
Total	38	100,0		

Tabla 1. Muestra un análisis detallado de las subescalas tomando en cuenta sus frecuencias y puntajes.

Como se puede apreciar en la Tabla 1, con respecto al total de la escala de Moss, y tomando en cuenta la media de puntajes que es de 20.26, se puede observar que más del 60.5% de los sujetos calificaron por debajo de esta, es decir, tienen un ambiente familiar deteriorado y menos de un 40% tuvieron una calidad de ambiente familiar alta.

Por otro lado, de acuerdo con los puntajes teóricos, tenemos una media de 21, que nos arroja el 76.3% de los casos con puntajes bajos en total de toda la escala de Moss. Para los análisis descriptivos por subescala tenemos que en la subescala de cohesión existe una media de 4.61 lo que refleja que el 57.9% de las respuestas de los sujetos son bajas en cuanto a su relación, es decir, no hay cohesión entre la familia, y el 10.5 tienen más de 6 puntos de cohesión alta. (Ver Tabla 2).

TABLA 2
TOTAL DE COHESIÓN

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>	$\bar{x} = 4.61$
4,00	22	57,9	57,9	
5,00	12	31,6	89,5	
6,00	2	5,3	94,7	
7,00	1	2,6	97,4	
8,00	1	2,6	100	
Total	38	100,0	100	

Tabla 2. Muestra los resultados obtenidos en la subescala de cohesión
Tomando en cuenta la media obtenida y la teórica.

Cabe señalar, que si se toma en cuenta el puntaje teórico, la media sería 6, tomando en cuenta este criterio el 94.7% de los casos presentarían baja cohesión.

Con respecto a la tabla de conflicto (Ver Tabla), se reporta una media de 9.46, lo que refleja en términos de porcentaje un 50% de respuestas con un

nivel alto de conflicto . Aunque cabe aclarar que partiendo de la media, en los porcentajes tenemos hacia abajo un 23.7% de conflicto y para arriba un 50%.

TABLA 3
TOTAL DE CONFLICTO

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>	$\bar{x} = 9.46$
6,00	1	2,6	2,6	
7,00	6	15,8	18,4	
8,00	2	5,3	23,7	
9,00	10	26,3	50,0	
10,00	8	21,1	71,1	
11,00	7	18,4	89,5	
12,00	4	10,5	100,0	
Total	38	100,0		

Tabla 3. Describe los resultados obtenidos en la subescala de conflicto.

Ahora bien, al referimos a estos resultados del total de conflicto, el valor teórico de la mediana es de 9, encontrándose así un 50% de los casos con problemas de conflicto.

Y por último tenemos los resultados de la subescala de expresividad, (Ver tabla 4), dónde a partir de la X que es 6.51 se encuentra el 47.4% de los casos restando por abajo de esta el 26.3% y por arriba el 26.3%, con lo cual se observa homogeneidad en la expresividad.

Es importante mencionar, que también se pueden contemplar estos resultados desde el punto de vista teórico, en dónde tenemos una media de 7, con un 89.5% de los casos con expresividad de media a baja

TABLA 4.
TOTAL DE EXPRESIVIDAD

<i>Puntajes</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>	X = 6.51
5,00	10	26,3	26,3	
6,00	18	47,4	73,7	
7,00	6	15,8	89,5	
8,00	1	2,6	92,1	
9,00	2	5,3	97,4	
10,00	1	2,6	100,0	
Total	38	100,0	10,0	

Tabla 4. Señala los datos obtenidos en la subescala de expresividad.

Después de haber realizado los análisis individuales de las subescalas, se desean saber si existe alguna diferencia entre la forma de responder al ambiente familiar entre los miembros de las familias y los neuróticos.

Por lo cual se procedió a separar los puntajes de los neuróticos de los miembros de su familia y contrastarlos mediante la prueba T. (Ver tabla 5).

TABLA 5
ANÁLISIS T DE STUDENT PARA TODA LA MUESTRA DE
NEURÓTICOS

	T	gl	α
Total	- .59	36	.558
Expresividad	. 671	36	.507
Conflicto	- 1.675	36	.103
Cohesión	. 227	36	. 822

Tabla 5. Muestra la comparación de datos entre los miembros de las familias y de los neuróticos Contrastados con la prueba T de Student.

Como podemos ver en ninguna de las subescalas existe diferencia alguna entre el miembro neurótico y los miembros de la familia. Pero sí se está determinando que existen alteraciones y afectaciones en los núcleos familiares al mismo nivel.

En seguida se quiso saber que tan deprimidos se encontraban los miembros de la familia y los neuróticos, con la ayuda de la segunda escala, de Beck, la cual mide depresión.

Los resultados obtenidos nos reflejan una media de 44.4 lo que nos da en términos de porcentaje el 91.7% de los casos calificaron de la media hacia abajo, es decir, están dentro de lo normal, no sufren depresiones y el 8.3% se encuentra por arriba, con altos niveles de depresión. (ver tabla 6).

TABLA 6
TOTAL DE DEPRESIÓN BECK

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
21,00	3	7,9	8,3	8,3
22,00	1	2,6	2,8	11,1
23,00	1	2,6	2,8	13,9
25,00	3	7,9	8,3	22,2
27,00	3	7,9	8,3	30,6
29,00	2	5,3	5,6	36,1
30,00	1	2,6	2,8	38,9
31,00	1	2,6	2,8	41,7
32,00	3	7,9	8,3	50,0
33,00	6	15,8	16,7	66,7
34,00	1	2,6	2,8	69,4
35,00	1	2,6	2,8	72,2
36,00	1	2,6	2,8	75,0
37,00	2	5,3	5,6	80,6
38,00	2	5,3	5,6	86,1
44,00	2	5,3	5,6	91,7
48,00	1	2,6	2,8	94,4
49,00	1	2,6	2,8	97,2
51,00	1	2,6	2,8	100,0
Total	36	94,7	100,0	
System	2	5,3		
	38	100,0		

Tabla 6. Registran los datos obtenidos con referente a la depresión manifestada de los miembros de las familias y de los neuróticos.

Por otro lado se consideró importante separar los resultados de los neuróticos y los miembros de la familia para saber si existen diferencias entre ellos con respecto a la depresión. Al contrastar los resultados con la prueba T de student se encontró que no existe ninguna diferencia, pero que evidentemente tenemos una población que no se deprime a pesar de sufrir alteraciones conductuales. ($T_{(34)} = -.049$ $p = .962$).

3.5 CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue, indagar si el núcleo familiar se altera por el hecho de tener un miembro neurótico. Dicho objetivo se fundamenta a partir de la poca información que existe al respecto de los efectos, que pueden existir, en el núcleo familiar cuando hay un miembro neurótico en la familia.

Estudios previos (Beckman 1978, Jones 1968, Seixas y Cadored 1974, Weissman 1977, en Coleman 1980.) reportan alteraciones familiares cuando se cuenta en la familia con un elemento alcohólico, la literatura al respecto es abundante, de hecho existen diferentes grupos de ayuda para los familiares de los sujetos alcohólicos, baste recordar al grupo de Al Anon, que trabaja esencialmente con las familias de los alcohólicos.

Los problemas derivados del comportamiento denominado como "neurótico" han supuesto, desde hace tiempo, que algo similar ocurre con las familias de estos individuos. Suponer que existen alteraciones familiares como causa de un miembro neurótico en la familia no basta, hay que demostrar que esto ocurre y de la misma forma ubicar las supuestas alteraciones.

Lo anterior presenta un problema doble: por un lado hay que señalar cuáles son los estándares de una familia "normal", algo muy difícil desde el punto de vista práctico, sobre todo si no se tienen criterios claros de lo que se denominaría "el buen funcionamiento familiar". Problema que no es propósito de resolver en este trabajo.

(FRI) de Moos que evalúa ambiente familiar. Las subescalas de cohesión, expresividad y conflicto son lo suficientemente generales para permitirnos tener una visión panorámica acerca del ambiente familiar.

Paralelamente, la literatura señala problemas severos de depresión, entre otros, para sujetos alcohólicos y sus familiares, por lo que una opción viable fue, en principio, evaluar este aspecto, lo que se hizo con la escala de Beck.

A partir de los resultados obtenidos en la escala de Moos y Beck, llegamos a las siguientes conclusiones; en el FRI de Moos, para la subescala de cohesión, se encontró un alto porcentaje de familias con puntajes bajos de cohesión.

Con respecto a la subescala de expresividad encontramos que la mayoría de las familias puntuaron con baja expresividad.

En el caso del conflicto, la mitad de los integrantes mostraron puntajes altos y la otra mitad puntajes bajos, lo cual puede estar indicando que el conflicto no necesariamente se presenta asociado con posibles déficit en las otras áreas (cohesión y expresividad).

Por otro lado, en la escala de Beck no se encontraron niveles depresivos importantes, ni con los integrantes de las familias ni con los mismos neuróticos ya que al evaluar la depresión, que se supone es un elemento importante en la neurosis, encontramos que los puntajes revelan niveles inciertos.

Lo que parece indicar que los neuróticos y sus familias se adaptan a sus limitaciones y deficiencias, lo cual no implica que exista un equilibrio familiar.

Conocer que tanto afecta al núcleo familiar la presencia de un miembro neurótico no es tarea fácil, los primeros indicios, derivados del FRI, muestran algún déficit en la expresividad y la cohesión, no así de claro resulta con el conflicto o la depresión.

Hay que remarcar que el presente estudio se ubica más en la familia de los sujetos neuróticos que en los comportamientos neuróticos de los individuos. La literatura especializada señala (Witthaker, 1997) que los individuos neuróticos tienen problemas para relacionarse con su entorno social, la evidencia que aquí presentamos muestra que algunas de estas áreas problema son la expresividad y la cohesión familiar.

Si bien es cierto que la inmensa mayoría de la literatura se concentra en el tratamiento de los desórdenes neuróticos, también es verdad que la presencia de un sujeto neurótico en el núcleo familiar supone alteraciones familiares, que van de problemas de convivencia hasta la misma desintegración familiar (Coleman, 1980), esta es una de las razones por la que el presente trabajo se interesó en indagar factores como el conflicto y depresión, sin embargo con los elementos empíricos que en el presente se tienen no podemos corroborar estas apreciaciones clínicas, que si bien son valiosas, no ha sido posible verificar del todo.

El presente trabajo ha pretendido ser una modesta aportación a un campo que tradicionalmente se ha basado en observaciones de carácter clínico, lo cual no descalifica lo que hemos encontrado aquí ni a las mismas observaciones clínicas, por el contrario, constituye un inicio que esperamos sea un detonante que motive la investigación sistemática en este campo.

Las implicaciones teóricas y prácticas que se derivan de esta propuesta estriban en generar más investigación que de pie a corroborar o rechazar aquellos elementos que en ocasiones se vuelven "mitos" y que invaden el campo clínico.

Contar con datos y conceptos que permitan tener certeza en las intervenciones de carácter clínico será un beneficio tanto para los terapeutas, como para los pacientes que solicitan ayuda, así como para la psicología en general.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- Andolfi, M., (1977). Terapia Familiar, Ed., Paidós, México, D.F.
- Aldous, J., (1978). Family Careers, developmental change in families, U.S.A.
- Backer, P., (1981) . Basic Family Therapy, Edit. Granada, London.
- Biehler, R.F., (1976) . Introducción al desarrollo del niño, ED. Diana.
- Coleman, B. (1980). Psicología anormal, Ed., Trillas.
- Coleman B. Carson., (1990) . Psicología de la anormalidad y vida moderna, Ed., Trillas.
- Chaparrros, N. (1981). Crisis de la familia, Ed. Fundamentos, Madrid.
- Folleto de la salud mental no. 2 (1970). Las leyes de la enfermedad mental y emocional. Editor de la hermandad de neuróticos anónimos.
- Freud, S., (1993). Manuscritos , en Sigmund. Freud, "Obras completas", Ed. Buenos Aires.
- Freud, S. Brever, J., (1993). Estudios sobre la histeria, ED., Buenos Aires.
- Kazdin, A.E., (1996). Modificación de la conducta y sus aplicaciones; Ed., Manual Moderno, México.
- Kazdin. A.E. (1978). Historia de la modificación de conducta Bilbao., Ed., Manual Moderno.

- Labrador, F. J. : cruzado J.A. y Muñoz ., M. (1993). Manual de Técnicas de modificación y terapia de conducta., Ed., Pirámide Madrid.
- Neurotics anonymous international Liason,inc. (1965-1966). Neuroticos anónimos, Ed N.A, A.C.
- Melgar C.A., (1987). Clinica de la neurosis obsesiva, Ed., Trillas, México.
- Minuchin y Fishman. (1981). La familia, Ed., Paidos, México
- Moos, R. and Moos, B., (1976). A. Typology of Family Social Environments, New York.
- Sarason y Sarason. (1987). Psicología anormal, Ed., Pretice-Hall.
- Satir, V. (1985) .Relaciones Humanas en el núcleo familiar, Ed., Paz. México.
- Skinner B.F. (1938). La conducta de los organismos; un análisis experimental, traducido al español por Ed. Fontanella
- Sikinner B.F. (1970). Análisis de la conducta (texto programado escrito por James G. Holland). Ed., Trillas.
- Solomon, P. , Patch, V. (1981). manual de psiquiatría, Ed., Manual moderno.
- Stagnaro C., (1997) . Un análisis histórico epistemológico.
- Whittaker, J., (1997). Psicología general, 2ª. Edición, Ed., Interamericana, S.A. de C.V. México, D.F..

APÉNDICE 1
ENTREVISTA

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

DATOS DEMOGRAFICOS

En esta sección, ponga su edad en años cumplidos; para las siguientes tache el inciso que responda a sus características, para el nivel escolar señale el máximo grado de estudios y vivienda.

EDAD: _____ **SEXO:** MASCULINO (A)
FEMENINO (B)

Máximo grado de estudios: _____

Estado Civil:

(a) Soltero (a)

(b) Casado (a)

(c) Separado (a) Divorciado (a)

(d) Viudo (a)

(e) Número de hijos.

(f) Edad de los hijos : _____

Ocupación Actual

Si usted no trabaja actualmente, hace cuanto tiempo dejó de hacerlo

En los últimos cinco años ha tenido:

a) 0 Trabajos

b) 1 a 2 trabajos

c) 3 a 5 trabajos

d) más de 5 trabajos

Familia y vivienda:

a) Número de personas que viven con Usted.

b) Tipo de vivienda: casa _____ departamento _____ cuarto _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c) La vivienda es propia _____ rentada _____ de un familiar _____ prestada _____

d) Número de cuartos de la vivienda sin contar baño y cocina

e) Máximo grado de estudios (Educación) del sostén de la casa

f) Ocupación del sostén de la casa

1.- ¿Qué tan importante es para Usted la Familia?

2.- ¿Cómo califica su relación como pareja?

3.- ¿Porqué?

4.- ¿Desde cuando iniciaron sus problemas?

5.- ¿Cómo le han hecho para enfrentar sus problemas y para sobrellevarlos?

6.- ¿De que manera le ha afectado a usted y a su familia?

7.- ¿Cómo han influenciado?

8.- ¿En las discusiones como pareja, han intervenido sus hijos o algún miembro de su familia?

9.- ¿De que manera?

10.- ¿Y cuáles son las consecuencias?

11.- ¿Califica alguno de los integrantes de su familia como persona neurótica?

12.- ¿Quién y porqué?

13.- ¿Cuál es la actitud que toma?

14.- ¿Cuánto tiempo mantiene esta conducta?

15.- ¿Cómo repercute con el resto de la familia?

16.- ¿Usted y el resto de la familia, como lo enfrentan?

17.- ¿Y cómo se sienten ante esta situación?

18.- ¿Con que frecuencia pasa esto?

19.- ¿Cuáles son las consecuencias que han manifestado ustedes como familia?

20.- ¿Desde cuándo vive esta situación?

21.- ¿Cree usted que es importante los lazos familiares?

22.- ¿Cómo podría usted contribuir para cambiar su situación?

23.- ¿Y le gustaría hacerlo?

24.- OBSERVACIONES:

321

ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR

NOMBRE : _____.

EDAD: _____ . SEXO: MASCULINO _____ .

FEMENINO _____



WOLLOMHI VI BU
WTS OHI MULL VAS7

ENERO 2001

INSTRUCCIONES.

En las siguientes hojas hay 27 afirmaciones acerca de la familia. Usted debe decir cual de estas afirmaciones son verdad en su familia y cuales son falsas.

Verdadera.- Ponga un círculo en V cuando piense que la afirmación es verdadera o casi verdadera acerca de su familia.

Falsa.- Ponga un círculo en la F cuando piense que la afirmación es falsa o casi falsa acerca de su familia.

Quizá piense que algunas de las afirmaciones son verdaderas para algunos miembros de la familia y falsa para otros. Ponga un círculo en la V si la afirmación es verdadera para la mayor parte de los miembros. Ponga un círculo en la F si la afirmación es falsa para la mayor parte de los miembros. Si los miembros se encuentran divididos, decida cual es la impresión general y conteste de acuerdo con ella. Recuerde que quisiéramos saber lo que su familia le parece a usted. Por lo tanto, no trate de pensar o imaginar la forma en que otras personas ven en su

familia, anote su propia impresión general sobre su familia en cada afirmación.

Las respuestas dadas por Usted serán estrictamente confidenciales y servirán con fines estadísticos. Para cualquier duda o aclaración puede preguntar, con entera confianza, a quien aplica el cuestionario. Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación recuerde: con toda confianza conteste con la verdad.

- V F 1.- En mi familia nos ayudamos unos a otros.
- V F 2.- Los miembros de la familia, a menudo, se guardan sus sentimientos, para sí mismos.
- V F 3.- Peleamos mucho en nuestra familia.
- V F 4.- Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos "pasando el rato".
- V F 5.- En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
- V F 6.- En familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.
- V F 7.- En casa nos esforzamos mucho en todo lo que hacemos.
- V F 8.- En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todo el mundo.
- V F 9.- En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos cosas.
- V F 10.- Existe un sentimiento de unión y cohesión en nuestra familia.
- V F 11.- En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
- V F 12.- Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.

V F 13.- Rara vez nos ofrecemos voluntariamente a hacer algo en la casa.

V F 14.- Si se nos antoja hacer algo al momento simplemente lo hacemos sin pensar mucho.

V F 15.- Los miembros de la familia frecuentemente nos criticamos unos a otros.

V F 16.- Las personas de mi familia nos apoyamos en verdad unos a otros.

V F 17.- En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se sienta afectado.

V F 18.- En mi familia a veces nos peleamos a golpes.

V F 19.- Hay muy poco espíritu de grupo en nuestra familia.

V F 20.- En mi familia se habla abiertamente del dinero y las deudas.

V F 21.- Si hay un desacuerdo en nuestra familia nos esforzamos en poner las cosas en claro y mantener las cosas en paz.

V F 22.- Realmente nos llevamos unos con otros.

V F 23.- En mi familia generalmente somos cuidadosos acerca de los que nos decimos unos a otros.

V F 24.- Los miembros de mi familia frecuentemente nos enfrentamos unos a otros.

V F 25.- En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno de sus miembros.

V F 26.- En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontánea.

V F 27.- En mi familia creemos que no se llega a ningún lado levantando la voz.

APENDICE 3

NOMBRE : _____.

EDAD: _____ . SEXO: MASCULINO _____ .

FEMENINO _____



ENERO 2001

INSTRUCCIONES

Elija para cada uno de los siguientes veintiún apartados la expresión que mejor refleje su situación actual. Marque sólo una opción por apartado.

1. No estoy triste. _____
Siento desgano de vivir. Estoy triste _____
Siento siempre desgano de vivir. Siempre estoy triste
y no lo puedo remediar _____
Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro
mucho. _____
Estoy tan triste y tan desgraciado que no lo puedo
soportar más _____
2. No soy demasiado pesimista ni me siento muy desani-
mado con respecto a mi futuro _____
me siento desanimado por lo que respecta a mi futuro

Creo que no debo de esperar ya nada. _____
Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y
que no mejorará mi situación. _____
3. No tengo la sensación de haber fracasado. _____
Tengo la sensación de haber fracasado más que otras
personas . _____
Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la
pena . _____

- Si pienso en mi vida, veo que no he tenido más que fracasos. _____
Creo que he fracasado por completo. _____
4. No estoy particularmente descontento. _____
Casi siempre me siento aburrido. _____
No hay nada más que me alegre como me alegraba antes. _____
No hay nada más en absoluto que me proporcione una satisfacción . _____
5. No me siento particularmente culpable. _____
Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada. _____
Me siento culpable. _____
Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o que no valgo nada. _____
Considero que soy muy malo que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada. _____
6. No tengo la impresión de merecer un castigo. _____
Creo que me podría pasar algo muy malo. _____
Tengo la impresión, de que ahora, o muy pronto, soy a ser castigado. _____
Creo que merezco ser castigado. _____
Quiero ser castigado. _____
7. No estoy descontento de mí mismo. _____
Estoy descontento de mí mismo. _____
No me gusto a mí mismo. _____
No me soporto a mí mismo. _____
Me odio. _____
8. No tengo la impresión de ser pero que los demás. _____
Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos. _____

9. No pienso, ni se me ocurre, quitarme la vida. _____
A veces se me ocurre que podría quitarme la vida. _____
Pienso que sería preferible que me muriese. _____
He planeado como podría suicidarme. _____
Creo que sería mejor para mi familia que yo muriese.
_____.
10. No lloro más de lo corriente. _____
Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente _____
Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de
hacerlo. _____
11. No me siento más irritado que de costumbre _____
Me enfado o me o me irrito con más facilidad que antes

Estoy constantemente irritado _____
Ahora no me irritan ni siquiera las cosas que me
enfadaban _____
12. No he perdido el interés por los demás. _____
Me intereso por los demás menos que antes _____
He perdido casi por completo el interés hacia los de -
más y siento poca simpatía por otras personas. _____
Los demás no me interesan nada y todo el mundo me
es totalmente indiferente _____
13. Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisio-
nes. _____
Ahora me siento menos seguro de mi mismo y procuro
14. No tengo la impresión de presentar peor aspecto que
de costumbre. _____
Temo que mi aspecto cause mala impresión o parecer
aviejado. _____
Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto

Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagra-

dable y repulsivo. _____

Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo. _____

15. Trabajo con la misma facilidad de siempre. _____
Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar. _____
Ya no trabajo tan bien como antes. _____
Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa. _____
Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea. _____
16. Duermo tan bien como de costumbre
Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre. _____
Me despierto una o dos horas antes y me cuesta trabajo volverme a dormir. _____
Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir más de cinco horas. _____
17. No me canso antes que de costumbre. _____
Me canso más pronto que antes. _____
Cualquier cosa que haga me cansa. _____
- Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que sea. _____
18. Mi apetito no es pero que de costumbre. _____
No tengo tanto apetito como antes. _____
Tengo mucho menos apetito que antes. _____
No tengo en absoluto ningún apetito. _____
19. No perdido peso, y si lo he perdido, es desde hace poco. _____
He perdido más de dos kilos de peso. _____
He perdido más de cuatro kilos de peso. _____

- He perdido más de siete kilos de peso. _____
20. Mi salud no me preocupa más que de costumbre. _____.
- Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares. _____
- Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa. _____
- No hago nada más que pensar en mis molestias físicas. _____
21. No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por los asuntos sexuales. _____
- Me intereso menos que antes por cuestiones relativas al sexo. _____
- Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere a sexo. _____