



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA

Algunos Aspectos de Dinámica Familiar en Diez Familias de Niños con Parálisis Cerebral Infantil

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA
NICOLAS ENCARNACION SARMIENTO ROSADO

MEXICO, D. F.

1 9 7 2



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A AURORA:
mi madre.

L. Ps. 00690

AL ING.:
EDGAR FERNANDEZ GOMEZ.

A LA SRA.:
ANA MA. MONTENEGRO VDA. DE R.
Y A MIS HERMANOS.

CON GRATITUD, A LOS SRES.:

LUIS A. QUIJANO BALAM.
MANUEL GONZALEZ PEREZ.
JOSE DEL C. CASTILLO A.

S U M A R I O

- I.- NOTA INTRODUCTORIA.
- II.- PRIMERA PARTE:
 - a).- PARALISIS CEREBRAL INFANTIL.
 - b).- ASPECTOS TEORICO-CLINICOS DE
DINAMICA FAMILIAR.
- III.- SEGUNDA PARTE:
 - a).- SUJETOS MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS.
 - b).- EXPOSICION DE CASOS.
- IV.- TERCERA PARTE:
 - a).- RESULTADOS.
 - b).- COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.
 - c).- BIBLIOGRAFIA.

NOTA INTRODUCTORIA.

Siendo el campo de la Dinámica Familiar tan interesante, amplio y relativamente nuevo, fue de nuestro interés escogerlo como tema de trabajo con el fin de estudiar los factores que intervienen en las relaciones intrafamiliares de un grupo el cual tuviera en su seno un niño con Parálisis Cerebral Infantil.

Al revisar la bibliografía, nos encontramos que existen estudios sobre Dinámica Familiar en relación a grupos familiares con un miembro deficiente mental, pero no específicamente con un niño "Paralítico Cerebral".

Al ser canalizados los pacientes para su evaluación psicológica al Servicio de Psiquiatría del Hospital General, Centro Médico "La Raza", por el Servicio de Neurología de la misma institución, pudimos observar que existían ciertas pautas de comportamiento de los familiares, en relación a lo que representa para ellos un niño con este padecimiento. Lo que nos motivó para realizar un estudio de campo con los criterios más adelante señalados.

Al tratar de adaptar una metodología adecuada para nuestro estudio, nos vimos en la necesidad de ser un tanto elásticos al respecto, ya que de otra manera no íbamos a al

canzar los propósitos deseados. Sin embargo, con el propósito de mantener cierta rigidez en nuestra investigación, tuvimos cuidado en respetar el método escogido y las indicaciones precisas del material empleado. A la vez tratamos de estudiar los aspectos más importantes que consideramos necesarios respecto a la Dinámica Familiar, tales como:

- 1.- Manera de actuar de cada miembro del grupo como individuo.
- 2.- Grado de identificación con sus figuras significativas.
- 3.- Grado de autoafirmación.
- 4.- Modo de relación de los miembros del grupo, entre sí.
- 5.- Cumplimiento de sus roles.
- 6.- Relación matrimonial.
- 7.- Intereses hacia los hijos.
- 8.- Manejo del niño "Paralítico Cerebral".
- 9.- Actitudes hacia el medio ambiente que los rodea.
- 10.- Relaciones extrafamiliares, etc.

Tomando en cuenta que el síndrome al cual nos referimos cabe al campo de la medicina estudiarlo, en el capítulo en que hacemos mención de él, está enfocado desde el punto de vista médico.

Nosotros sólo estudiamos la manera de cómo el paciente, con un padecimiento de origen orgánico, va a influir - dentro de la Dinámica Familiar del grupo al cual pertenece.

Quiero hacer patente mi agradecimiento al Dr. Raymundo Macías Avilés, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General, Centro Médico "La Raza", y Director de la Escuela de Psicología de la Universidad Iberoamericana, -- quien fungió como asesor en la dirección del presente trabajo.

De igual manera, al Dr. Daniel González y González, - Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Infantil -- del Centro Médico Nacional y Presidente de la Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica, por su valiosa ayuda en --- cuanto a los aspectos médico-neurológicos del padecimiento de los pacientes en los casos presentados.

II.- PRIMERA PARTE.

PARALISIS CEREBRAL INFANTIL.

Se designa con el nombre de Parálisis Cerebral Infantil - al conjunto de secuelas que aparecen como consecuencia de lesión del sistema nervioso central durante las etapas de formación y desarrollo del ser humano.

En la literatura médica es posible encontrar no menos de un centenar de definiciones de lo que es la Parálisis Cerebral Infantil. Todas ellas, unas más y otras menos, adolecen graves inconvenientes, pues resulta lógico pensar que es muy difícil agrupar un conjunto de secuelas neurológicas causadas por una enorme variedad de factores etiológicos, aunque al final - todas ellas pueden integrar un síndrome más o menos definido, - aunque polimorfo en su presentación y que se ha denominado como Parálisis Cerebral Infantil. No son pocos los autores que han tratado de erradicar esta denominación del lenguaje médico actual, sin embargo, la costumbre ha consagrado este término - que, aunque anacrónico, sigue utilizándose en todas las clínicas del mundo.

IMPORTANCIA DEL PADECIMIENTO.

Las clínicas neurológicas y psiquiátricas de todo el mun-

do, se encuentran a cargo de una población muy numerosa de niños, adolescentes y aún adultos que reúnen los signos y síntomas que tradicionalmente están formando el síndrome a que nos referimos, es decir, deficiencia mental y neurológica, fundamentalmente motora, que se asocian en grados de severidad variables.

A medida que se ha reducido la mortalidad infantil por -- desnutrición e infecciones, se aprecia un incremento en el número de sobrevivientes de lesiones tempranas del sistema nervioso central que en épocas pasadas fallecían a causa de aquéllas y que el mejor conocimiento de los aspectos nutricionales pediátricos y el advenimiento de los antibióticos, ha permitido conservarles la vida que la selección natural, de otra manera, les hubiera quitado.

Independientemente de que más adelante se tratará con mayor detalle el aspecto psicosocial, el padecimiento que nos -- ocupa reviste una gran trascendencia por las repercusiones que un niño "Paralítico Cerebral" ocasiona en su medio familiar. -- Bien sabido es que estos niños se convierten en el "centro de infelicidad para toda la familia" y, con gran frecuencia si el médico intenta resolver el problema en forma integral, por lo general recurre a la "segregación del paciente". Innumerables esfuerzos se han hecho en diversos sectores médicos de nuestro

país para lograr el interés de las autoridades oficiales y de instituciones descentralizadas con el propósito de crear establecimientos como los que ya existen en países más adelantados, donde estos niños son convenientemente atendidos por el personal especializado.

ETIOPATOGENIA.

Prácticamente no hay padecimiento neurológico que se presente en las etapas de formación y desarrollo del ser humano, esto es, desde los estadios embrionarios hasta la adolescencia, que no deje una o más secuelas capaces de caer dentro del territorio de lo que ha sido llamada Parálisis Cerebral Infantil. Interminable sería tratar de describir en detalle toda la patología neurológica, lo que además resultaría inútil, pues las diferentes entidades nosológicas causales se encuentran ampliamente descritas en los textos respectivos. Es sin embargo importante ofrecer un esquema práctico y didáctico de la etiopatogenia de estas lesiones para facilitar la comprensión de los conceptos que sobre el manejo de estos pacientes se presenten.

Siete son los factores etiológicos más importantes en la producción de lesiones capaces de dañar al sistema nervioso central en desarrollo:

- a).- Malformaciones congénitas.
- b).- Compromiso circulatorio.

- c).- Traumatismos craneoencefálicos.
- d).- Padecimientos infacciosos.
- e).- Afecciones parasitarias.
- f).- Intoxicaciones; y
- g).- Procesos neoplásicos.

Los cuadros sinópticos que aparecen a continuación, tratan de esquematizar la patogenia para su mejor comprensión.

ASPECTOS CLINICOS.

La diplegia congénita es la más frecuente de las "parálisis cerebrales infantiles". La imagen clínica está sujeta a variaciones considerables y dependen de la severidad del padecimiento. En muchos casos, éste es evidente al nacimiento; hay síntomas que pueden aparecer en los primeros días de la vida que sugieren trauma obstétrico, tales como la cianosis, llanto débil y ausencia del reflejo de succión. La cabeza puede ser pequeña y las fontanelas presentar un tamaño menor que el normal. Las extremidades pueden estar rígidas, la cabeza frecuentemente en hiperextensión así como el resto de la columna vertebral. Casi siempre resulta posible elevar al niño tomándolo por la nuca y los talones. Pueden presentarse espasmos tónicos y clónicos. Algunas veces pueden apreciarse aplasia de los nervios ópticos, particularmente cuando los lóbulos frontales son defectuosos. Ordinariamente existe hiperreflexia aunque a veces la rigidez puede ser tan severa que los refle-

jos son obtenidos exclusivamente con mucha dificultad. Cual-
quier estímulo puede producir reacciones generalizadas del ---
tronco y las extremidades; en realidad, en algunos casos la --
imagen parece corresponder a una rigidez de descerebración. -
Obviamente, en estos niños el curso de la enfermedad es muy --
breve ya que la nutrición se mantiene con gran dificultad y --
los pacientes con frecuencia llegan a estados de caquexia que_
los conducen a la muerte.

En otros casos el niño es considerado como normal hasta -
varios meses después de su nacimiento cuando se observa que la
cabeza no es sostenida adecuadamente y que el paciente no pro-
gresar en sus capacidades motoras para sentarse de pie. Cuando
se trata de poner al niño en posición erecta, los miembros in-
feriores adoptan una posición de aducción (posición de "tije--
ras") y adoptan la tendencia a sentarse sobre los dedos de los
pies. Cuando el niño llora toda la musculatura muscular entra
en rigidez, pero es posible que no aparezca aumento en el tono
cuando el niño se encuentra en reposo. Existe hiperreflexia y
puede haber clónus aquileo. Más tarde se hace evidente la re-
acción plantar extensora bilateral (signo de Babinsky). Mes -
tras mes, los síntomas se hacen más obvios, de tal manera que_
llegan a sugerir la existencia de un proceso progresivo. Apar-
te, las crisis convulsivas pueden aparecer en el 25% de los ca-
sos. El lenguaje aparece tardíamente y casi siempre es imper-

fecto. Frecuentemente el niño empezará a dar algunos pasos a la edad de 4 o 5 años, pero la marcha es espástica y torpe; en otros casos, el niño no podrá caminar jamás. Es muy importante señalar que el retraso en la marcha no es debido totalmente a la debilidad muscular y a la espasticidad, sino que puede haber también un defecto en el equilibrio que sugiere un retraso en el desarrollo de los reflejos de enderezamiento. Casi nunca hay pérdida de la sensibilidad y el control de los esfínteres, ocasionalmente se adquiere si no existe un defecto mental profundo. La nutrición y los desórdenes digestivos son un problema frecuente y estos niños sufren de infecciones intercurrentes que pueden alcanzar grados de severidad variables.

Los tipos de diplejia mínima suelen mostrar si esta espasticidad de los miembros inferiores, especialmente a nivel de los tobillos, y una tendencia al pie equino. La torpeza de las manos se evidencia fundamentalmente al intentar la escritura o hacer otros movimientos finos. Casi siempre hay cierto grado de déficit mental de los que puede ser ligero. Estos tipos de diplejia no son reconocibles sino más avanzada la infancia. El pronóstico por lo que se refiere a la vida, es mucho mejor en estos tipos "benignos" y estos pacientes con frecuencia sobreviven a la edad adulta, pero llegan a presentar algunas particularidades tales como el acortamiento y adelgaza

miento de los miembros inferiores, la pelvis es relativamente pequeña y los brazos y los hombros mucho mayores, pero no tan grandes como el cuello que en relación al resto del cuerpo generalmente se desarrolla de manera normal y como consecuencia se observa una marcada desproporción.

Este síndrome descrito puede combinarse con signos extrapiramidales con ataxia congénita de tipo cerebelo con atetosis, con parálisis bulbar o pseudo bulbar con atrofia óptica y con otros defectos congénitos, se han descrito pacientes con diplegia congénita que desarrollan precocidad sexual asociada a excreción excesiva de andrógenos.

ANATOMIA PATOLOGICA.

El substrato anatómico no es siempre el mismo y se han descrito procesos patológicos diversos. Uno de los aspectos más frecuentemente encontrados es el de la esclerosis lobar atrófica. Buzzard y Greenfield dan la siguiente descripción: "Macroscópicamente el aspecto más importante es el de la atrofia, ya sea localizada o afectando en mayor o menor grado la sustancia cerebral completa. En los casos menos graves las circunvoluciones aparecen normales pero el examen con un lente de aumento revela múltiples depresiones muy pequeñas y la superficie puede tener el aspecto de "queso grullera"; en casos avanzados las circunvoluciones están representadas simple

mente por una sustancia fibrosa. Los pedúnculos cerebrales son pequeños. Microscópicamente se advierte un excesivo desarrollo de tejido glial asociado con degeneración neuronal. -- El proceso parece afectar primariamente las capas más profundas de la corteza y de ahí a propagarse hacia la sustancia -- blanca subyacente y hacia las capas más superficiales de la -- corteza. Los vasos sanguíneos están afectados y suelen mostrar esclerosis neuroglial perivascular, dilatación de los espacios Virchow-Robin con aparición de corpúsculos granulares -- compuestos y cierto grado de poliarteritis. El epéndimo se ve comprometido y puede proliferar hasta formar verdaderas masas -- que penetran más o menos en el tejido alrededor de los ventrículos. Degeneración secundaria puede ser encontrada en los -- tractos piramidales.

En otros casos pueden encontrarse malformaciones y defectos de desarrollo tales como microgiria y paquigiria. La mielinización de la sustancia blanca puede ser completa o defectuosa.

En los casos menos graves el aspecto del cerebro es aparentemente normal, pero puede ser más pequeño de lo normal y con frecuencia ser de mayor consistencia. El examen microscópico revela numerosas anormalidades tales como la reducción en el número de células y fibras nerviosas pero con preservación de

las vainas de mielina. Con frecuencia hay irregularidades en la disposición de las células corticales y pueden encontrarse células gigantes inmaduras. Las células gliales no están aumentadas pero pueden encontrarse fibras gliales en proporciones enormes. Estos hallazgos pueden ser generalizados o estar combinados a un hemisferio y aún a áreas restringidas de la corteza.

PRONOSTICO.

El pronóstico depende fundamentalmente de la severidad del padecimiento. En los casos más severos, los síntomas generalmente parecen aumentar y el niño ordinariamente muere dentro de los primeros meses o años de vida; en los casos menos severos es posible que parezca un cierto grado de mejoría aunque ésta es probablemente la expresión de un desarrollo natural. Más temprano o más tarde, sin embargo, la condición que nos ocupa se hace estacionaria y en los casos más benignos el paciente puede llegar a la vida adulta y en ocasiones aún será capaz de bastarse a mí mismo si se le da el entrenamiento adecuado.

TRATAMIENTO.

Si la condición mental del niño es profundamente defectuosa, no es necesario dar ningún tratamiento ya que no se logrará absolutamente nada. Sin embargo, si el desarrollo tal lo permite, deben ponerse en práctica todos los esfuerzos para --

mejorar su motilidad y obtener el máximo provecho de las facultades mentales de que el niño disponga. Se indican ejercicios activos y pasivos y eventualmente será necesario poner en práctica medidas quirúrgicas para el control de los espasmos musculares excesivos y de las deformidades. El tratamiento médico debe encaminarse hacia el control de las crisis convulsivas que por sí mismas son capaces de deteriorar progresivamente el cerebro. Se han recomendado un número de drogas para reducir el tono muscular tales como el curare, mianisina y prostigmina, pero es de dudarse que cualquiera de éstos sea de valor real.

a) MALFORMACIONES
CONGENITAS.

1.- GENETICAS.

- 1 Disostosis Craneofacial de Crauzón.
- 2 Acrobrachicefalosindactilia de Apert.
- 3 Craniostenosis.
- 4 Espina y craneo bifidos con o sin asociación de hidrocefalia.

2.- OBSTETRICAS.

- 1 Implantación defectuosa del huevo.
- 2 Inercia uterina.
- 3 Defectos placentarios.
- 4 Coexistencia de patología ginecológica (tumores. etc.)

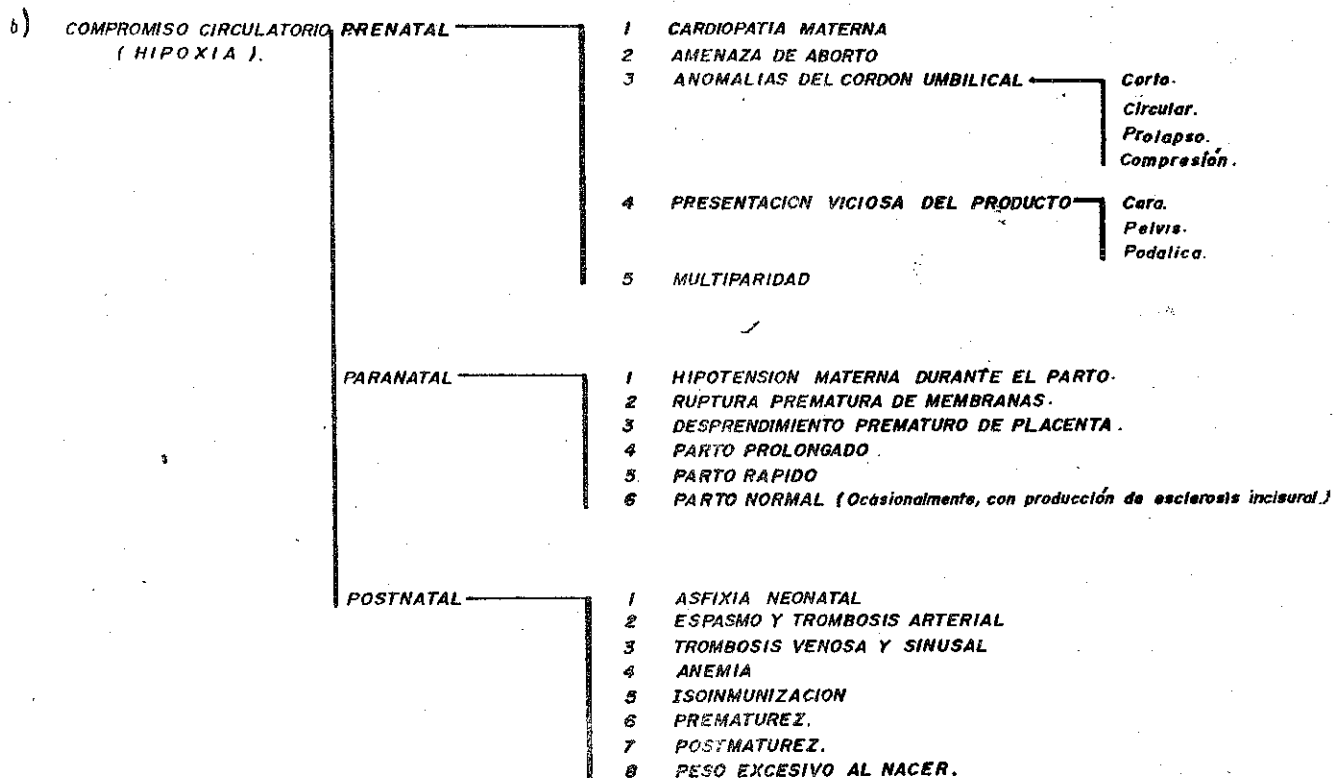
3.- TOXICAS.

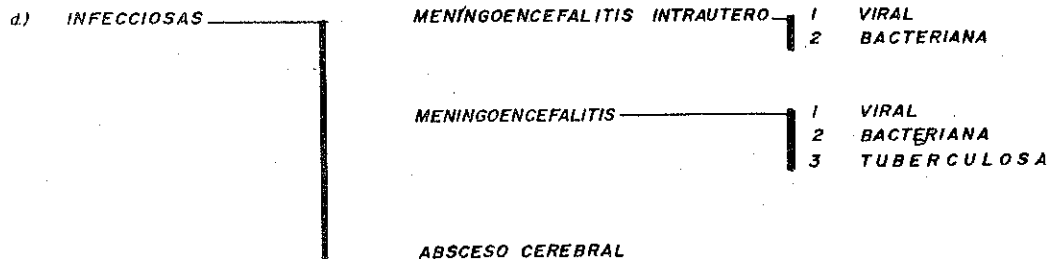
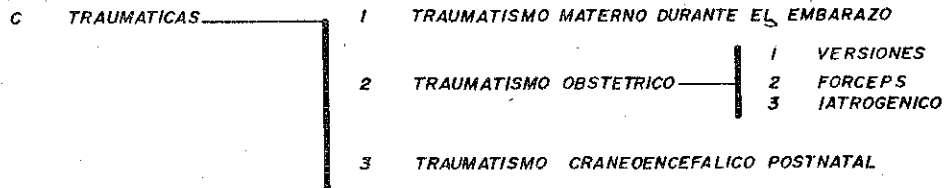
- 1 Intoxicaciones de la madre en el primer trimestre.
- 2 Drogas teratógenas (Taldomida, Anticonceptivos.)

4.- RADIACION.

5.- CARENCIALES.

6.- CRIPTOGENICAS





e).- PARASITARIAS

- 1 TOXOPLASMOSIS
- 2 CISTICERCOSIS
- 3 CRYPTOCOCCOSIS (*Toxoplasma histolytica*)
- 4 HIDATIDOSIS

f).- TOXICAS

Intoxicaciones Maternas
2º y 3er. trimestre.

- 1 Gases (monóxido de carbono).
- 2 Anestesia.
- 3 Toxemia gravídica
- 4 Otros tóxicos. Drogas

Intoxicación Postnatal.

- 1 Gases (monóxido de carbono, gas butano, etc.)
- 2 Plomo
- 3 Otros tóxicos: Drogas.

g).- NEOPLASIAS

Tumores benignos de crecimiento lento presentes al nacimiento o de desarrollo temprano y susceptibles de tratamiento quirúrgico.

EJEMPLO: Papiloma de los plexos Coroides.

MALFORMACIONES CONGENITAS. - Es poco lo que se sabe del origen de las malformaciones congénitas. Existen multitud de teorías que invocan desde las causas genéticas hasta las exógenas. No parece haber mucha duda de que los factores genéticos deben ser muy importantes, dado que las malformaciones más comunes del sistema nervioso central (anencefalias, espina y cráneo bifidos, hidrocefalia, etc.), con relativa frecuencia se repiten en la misma forma en la misma familia y las posibilidades de que éstas aparezcan en un descendiente, son nueve veces más que el promedio de expectación. Se ha señalado que las infecciones maternas durante los primeros días del embarazo, como son la sífilis, rubeola, varicela, parotiditis, mononucleosis infecciosa, poliomiélitis, toxoplasmosis, etc., han sido encontradas responsables de algunos tipos de malformaciones congénitas. Juegan también un papel muy importante dentro de las causas maternas factores como la anoxia fetal en hijos de madres que se han intoxicado (madres que han tratado de suicidarse con monóxido de carbono); la terapia profunda a la pelvis de mujeres embarazadas ha ocasionado mongolismo. En fechas no lejanas se presentaron múltiples casos debidos al empleo de drogas teratógenas como la talidomida.

Desde hace mucho tiempo se han estudiado los aspectos embriológicos que parecen determinar el tipo de espina o cráneo

bífidos y los distintos defectos neurológicos que los acompañan. El mecanismo y la extensión con que los tejidos ectodérmicos y mesodérmicos se influyen entre sí durante la formación del tubo neural y la diferenciación de las distintas capas del embrión que pueden dañarse simultáneamente compromi---
tiendo segmentos únicos o múltiples explican el desarrollo de una enorme variedad de malformaciones cuyo período de aparición está entre la 6a. y la 13a. somitas (4a. semana de gestación).

Existen factores obstétricos bien conocidos como la implantación defectuosa del huevo, la inercia uterina, los defectos placentarios o la coexistencia de patología ginecológica, que frecuentemente resultan responsables de malformaciones congénitas, sin que pudiéramos señalar el mecanismo preciso por lo que esto ocurre. La deficiencia de vitamina "A" ha ocasionado hidrocefalia congénita sólo en el animal de experimentación.

COMPROMISO CIRCULATORIO.— Este es, sin duda, el grupo etiológico visto con mayor frecuencia en la práctica neurológica diaria y lo hemos dividido para su estudio en grupos que por orden cronológico son: 1.— Prenatal: Las enfermedades maternas que interfieren con el aporte sanguíneo al producto (amenaza de aborto, anomalías del cordón umbilical) o que altere la calidad de la sangre en cuanto a su concentración de oxígeno ---

(cardiopatía maternal), son capaces de ocasionar daño de magnitud variable. La presentación viciosa del producto (cara, pelvis, podálica), suele por sí misma ser una causa relativamente frecuente de interferencia circulatoria, pero se convierte también, como veremos más adelante, en una fuente de traumatismos obstétricos durante el parto cuando el médico intenta corregir por medio de versiones estas posiciones inadecuadas. Es bien conocido el papel de la multiparidad en la interferencia circulatoria y no es raro que uno o todos los productos de un embarazo múltiple presenten daño cerebral. De las causas paranatales que aparecen enunciadas en el cuadro sinóptico correspondiente, quizá al parto prolongado (por inercia uterina, por falta de dilatación cervical, por distocia), constituye el factor más frecuente e importante. Sin embargo, conviene señalar que un parto demasiado rápido y aún un parto normal pueden, ocasionalmente, ser los causantes de esclerosis insisural que, como se mencionará más adelante, es la lesión más o menos circunscrita de las porciones mediales de los lóbulos temporales por interferencia circulatoria en las arterias coroidea anterior y cerebral posterior. De las causas postnatales que se señalan en el cuadro, conviene poner especial énfasis en la asfixia profunda, pueden no presentar jamás evidencia de lesión del sistema nervioso central. Por otro lado, otros autores han --

apoyado la teoría de que la asfixia, por breve que sea, puede causar daño irreversible al cerebro. Es bien sabido que la asfixia neonatal puede ser el resultado de contracciones uterinas violentas y prolongadas, compresión del cordón umbilical, del uso de anestesia general, bloqueo de las vías aéreas del niño por secreciones o por la acción tóxica de medicamentos administrados a la madre antes del parto, particularmente barbitúricos. Henderson y colaboradores señalan que los niños nacidos por operación cesárea están expuestos a aspirar sangre y líquido amniótico y aún regurgitar contenido gástrico, todo lo cual puede resultar en apnea. Conocida la susceptibilidad del cerebro a la anoxia, podemos concluir que cualquier asfixia o interferencia circulatoria de más de 3 minutos de duración, puede dañarlo de manera irreversible. El kernicterus, una condición patológica que tiene lugar en los primeros días de la vida que se caracteriza por destrucción de los núcleos lenticular y caudado que se encuentran impregnados de pigmentos biliares, puede dar lugar a la llamada parálisis cerebral distónica que se caracteriza por rigidez muscular, movimientos coreoatetoides y deficiencia mental. En los estadios iniciales se encuentran además ictericia y eritroblastosis. La isoimmunización materno infantil es la responsable de esta entidad. Por último, es conveniente comentar de esta subdivisión, sobre el gru-

po de las trombosis venosas y sinusales. Las venas corticales del cerebro y los senos venosos de la duramadre, pueden trombo sarse con relativa facilidad en niños pequeños con padecimien tos debilitantes, deshidratantes y febriles como los que fre-- cumentemente son vistos en los servidios de Urgencias Pediátri cas y que fundamentalmente están determinadas por cuadros gas troenteríticos o bronconeumónicos graves.

CAUSAS TRAUMATICAS.- Ya se han emitido algunas opiniones sobre el significado de los traumatismos por maniobras obstétricas, pero nos hemos referido fundamentalmente a las versiones, por_ maniobras externas o internas. Existen, sin embargo, otros -- dos aspectos que deben mencionarse. Uno es la aplicación de-- fectuosa del forceps que, afortunadamente, en la actualidad -- únicamente se emplea para aplicaciones bajas con objeto de ter minar partos normales que se desarrollan con lentitud, pero ya se ha abandonado su uso en los casos de desproporción fetopél vica y segundo, el traumatismo iatrogénico cuando las maniobras del médico resultan en exceso violentas para el producto o tie nen lugar a accidentes durante la atención del parto. Resulta obvio que un traumatismo severo al vientre de la madre durante la gestación puede resultar en daño cerebral del producto. Fi nalmente, los traumatismos craneoencefálicos en la edad pediá trica, son fuente inagotable de lesiones cerebrales temporales o permanentes cuyas secuelas caen dentro de la entidad que nos

viene ocupando.

CAUSAS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS.- Existen en la literatura reportes de meningoencefalitis intrauterinas que pueden ser virales o bacterianas. Hasta donde comprende la revisión bibliográfica que se hizo no se han encontrado meningitis intraútero de etiología tuberculosa. Estas meningoencefalitis intrauterinas ordinariamente causan la muerte del producto, pero se sabe de casos de instalación muy próxima al parto que han logrado ser identificadas en el período neonatal inmediato, que han podido ser combatidas y controladas con antibióticos, pero en casi todas las instalaciones han dejado secuelas cerebrales irreversibles. Extraordinariamente, frecuentes -- son las secuelas neurológicas por procesos meningoencefalíticos virales, bacterianos o tuberculosos, pero fundamentalmente, de las dos últimas que suelen deteriorar tanto al parénquima cerebral por se como dando lugar a hidrocefalia por bloqueo a la circulación de líquido cefalorraquídeo a nivel de los espacios subaracnoideos de la convexidad en los casos de meningoencefalitis bacteriana o de las cisternas basales en los casos de etiología tuberculosa, condición que puede aliviarse con el diagnóstico precoz y el establecimiento oportuno de una derivación ventrículo auricular. El desarrollo de un absceso cerebral es siempre un evento de la mayor gravedad en cualquiera de las edades del ser humano, pero evidentemente -

reviste más trascendencia en la etapa de formación y crecimiento del individuo. Las secuelas de un absceso cerebral pueden llegar hasta el deterioro más profundo de los aspectos neurológico y mental del paciente, pero sobre todo es bien conocida la alta epileptogenicidad de este proceso. Las infestaciones parasitarias del sistema nervioso central son, desgraciadamente, frecuentes en nuestros países latinoamericanos, tanto por las condiciones climatológicas en relación con nuestra situación tropical, que son propicias al desarrollo de zonas endémicas de parasitosis, como por nuestras condiciones peculiares de pobreza, insalubridad e incultura. La Toxoplasmosis es un padecimiento que tiene predilección por el cerebro de los niños al que puede destruir hasta extremos alarmantes y que no empieza a ser conocida sino hasta fechas recientes. El recién nacido, por sus peculiaridades biológicas está prácticamente exento de contraer la cisticercosis cerebral, pero de la edad preescolar adelante, este padecimiento empieza a alcanzar incidencias que llegan a su máxima expresión en la adolescencia y en la edad adulta. La hidatidosis es un padecimiento relativamente frecuente en Centro y Sudamérica. Las micosis cerebrales -- frecuentes en algunas áreas, en México constituyen verdaderas rarezas clínicas.

CAUSAS TOXICAS. -- Los diversos tóxicos que aparecen en el cua--

dro sinóptico, pueden producir síndromes neurológicos más o menos típicos, aunque en la mayoría de los casos la relación es compleja y aquellos pueden variar tanto por el daño al tejido nervioso producido directamente por el tóxico, como por las consecuencias de la afección a otros órganos por la misma sustancia que, a su vez, repercutirá sobre el sistema nervioso central. La represión de los mecanismos hepáticos detoxificantes, la incapacidad renal para proceder a la eliminación a ritmo normal, la anoxemia resultante de la represión de la función hematopoyética, puede repercutir sobre el sistema nervioso central y dar origen a síndromes que imitan a la esclerosis en placas, la esclerosis lateral amiotrófica, el síndrome de Guillain Barrré, tumores cerebrales, etc.

CAUSAS NEOPLASICAS.- Los tumores cerebrales de estirpe histológica maligna, suelen ocasionar secuelas neurológicas graves que, sin embargo, no dan origen al síndrome de parálisis cerebral infantil, ya que son de corta duración, pues el proceso neoplásico, aunque haya sido intervenido quirúrgicamente, recurrirá siempre y acabará con la vida del paciente. Las secuelas que quedan después de la extirpación de tumores benignos, como el papiloma de los plexos coroideos, revestirán la gravedad y la trascendencia que las zonas dañadas por el cirujano determinen. -- Existen multitud de tumores benignos histológicamente como los

meningiomas, los perineurofibroblastomas, cordomas, colesteatomas y otros, pero que no se ven en el niño sino por excepción_ y por lo tanto basta con haberlos mencionado.

ASPECTOS TEORICO-CLINICOS DE DINAMICA FAMILIAR

El estudio de la familia no es nuevo, ha sido tratado desde diferentes puntos de vista por sociólogos, economistas, médicos, antropólogos, pedagogos, psiquiatras, psicólogos, etc. Ya desde Freud, podemos observar la importancia que le da a la persona en relación a su ambiente aunque no en una forma muy amplia.

En el año de 1940, Bruch y colaboradores nos brindaron un primer estudio sobre familias de niños obesos, en el cual fue su preocupación ver el papel de niño alimentado y la persona que actuaba como alimentadora. Los resultados obtenidos por estos investigadores, fueron la demostración de la inseguridad que las madres experimentaban durante su propia infancia; observaron también las relaciones sobre el tipo de sujeto al cual se encontraban unidas dentro del matrimonio y sus actitudes culturales y emocionalmente determinadas sobre la nutrición, el afecto y la seguridad.

28.- Freud, S., Historiales Clínicos, Ed. Americana, Tomo I, 1954.

39.- Lidz, Th., Fleck, S., Cornelison, A. et al., Schizophrenia and the Family, New York, International Universities Press, 1965.

En el año de 1961, Bruch nos habla de cómo el niño que crece dentro de tales familias, deja de reconocer las señales fisiológicas del hambre y la saciedad, y los resultados de este estudio concuerdan con la hipótesis de la "doble -- vinculación" según Batenson en 1956, quien trata de estudiar la influencia paralizante y distorsionante que existe en la comunicación dentro de familias con hijos esquizofrénicos.

No solamente Batenson nos habla de esta influencia, sino que Johnson y Szurek, en 1952, exponen la peligrosidad-- existente entre las directivas equivocadas en un estudio hecho sobre familias de sociópatas. En 1954, Spiegel y Kluckhohn demostraron cómo la rápida y mal aculturación en una familia conduce a la creación de roles confusos, en los hijos de un grupo familiar, los cuales se manifiestan en trastornos de la conducta de estos últimos.

En el año de 1950, Lidz y Lidz y Tillman, manifestaron que los pacientes esquizofrénicos se desarrollan de una manera general dentro de familias cuyas relaciones intrafamiliares están alteradas.

39.- Lidz, Th., Feck, S., Cornelison, A. et al., Schizophrenia and the Family, New York, International Universities Press, 1965.

En 1921, Flugel, en su libro "Psicoanálisis de la Familia", dice: "Resulta totalmente obvio, aún al examen superficial que es la atmósfera psicológica de la vida doméstica, - con el complejo de emociones y sentimientos que en las condiciones sociales y actuales de ella, derivan y dependen, las diversas relaciones deben ejercer un efecto muy considerable el carácter y desarrollo humanos.

Los últimos progresos en el estudio de la conducta humana, indican que este efecto es aún mayor de lo que generalmente se supone: parecería que cuando un niño adopta cierta actitud hacia los miembros de su círculo familiar, está determinando al mismo tiempo, en gran medida, algunos de los principales aspectos de sus relaciones con sus semejantes en general; y que la perspectiva y el punto de vista de un individuo para el tratamiento de muchos de los más significativos problemas de la existencia humana, pueden expresarse en función de la posición que ha adoptado frente a los problemas y dificultades que surgen dentro del relativamente estrecho mundo familiar".

Lidz manifiesta que "es cierto que la familia no constituye toda o sea, la única influencia en el desarrollo del yo, pero sí proporciona el grupo más consistente o más consistente

temente inconsistente- de influencias que impactan al niño_ en proceso de desarrollo. Hay que considerar que el yo se_ relaciona en relación a objetos y entre éstos en particular, a las figuras parentales en un mundo familiar creado por -- las figuras parentales".

Carballo, Rof, al hablar de la personalidad del niño y_ de cómo la familia influye para la formación de ésta, coincide con Lidz, además habla de la patogenicidad de los lími_ tes que existen de una generación a otra, o sea, lo ejempli_ fica diciendo que un padre puede convertirse en "otro niño" para la madre.

Señala también que es muy importante el rol de cada pa_ dre para los hijos, pues el buen desempeño de los roles que le corresponde a cada uno, va a servir para una buena iden_ tidad para los hijos.

Dice Linton: "Si los individuos en esencia semejantes, pero pertenecientes a sociedades distintas se ven expuestos a situaciones parciales en el seno de la familia, el resul_ tado será una acentuada similitud en los estratos más pro-- fundos de las configuraciones de la personalidad.

10.- Carballo, Rof Urdimbre Afectiva y Enfermedad, Barcelo- na, Edit. Labor, 1961.

40.- Linton, R., Cultura y Personalidad, México, Fondo de - Cultura Económica, 1959.

Para Noyes, "Todos concuerdan en que la influencia del medio ambiente en que vive el niño es el factor más importante en el desarrollo de los síntomas neuróticos o de los problemas de conducta. En gran parte, los factores ambientales que más influyen para moldear la personalidad infantil, son los interpersonales, especialmente los familiares. De hecho, la influencia determinante que ejerce el círculo familiar sobre la personalidad infantil que se está desarrollando es una de las piedras angulares de la psiquiatría infantil. La familia sana es el medio ideal para satisfacer las necesidades emocionales básicas del niño. En la familia pueden surgir muchos de los aspectos psicopatológicos (tal vez la mayoría de ellos) que conducen hacia las reacciones neuróticas, hacia las dificultades de la personalidad o hacia los trastornos de la conducta".

Vamos a ver cómo la salud emocional de los padres va a influir sobre la formación de la personalidad del niño, al igual que va a influir las relaciones intrafamiliares que se presentan dentro de un grupo determinado y dependiendo de una buena o mala relación no sólo entre los padres y los hijos, sino entre éstos últimos, que en caso de

49.- Noyes, Artur P. y Kolb, Lawrence C., Psiquiatría Clínica Moderna, México, Prensa Médica Mexicana, 1966.

ser inadecuadas, podemos ver alteraciones de la personalidad en los niños. Por ejemplo: la actitud de los padres en relación al nacimiento del nuevo ^{niño} hermano, pueden desarrollar celos en el niño que van a influir en la formación de su personalidad.

El ambiente del cual se rodeará el niño es muy importante, ya que de él dependerá en gran medida la seguridad o inseguridad y sus demás reacciones al medio.

Es muy importante el grado de satisfacción y realización con que cuenta cada padre en relación a sus vidas; pues esto va a influir en la actitud que guarden hacia los hijos y aún más, de ello va a depender en gran medida la salud mental no sólo de cada miembro de la familia, sino del grupo a través de las relaciones intrafamiliares. Los padres no satisfechos y que se consideran no realizados y por ende con problemas maritales, no podrán colaborar en forma positiva para el desarrollo de la personalidad de sus hijos.

Ehrenwald, coincide con otros autores al decir que las alteraciones neuróticas no son causadas sólo por los

21.- Ehrenwald, J., "Family Diagnosis and Mechanisms of Psychosocial Defense", Fam. Proc., 2, 121-131, 1963.

44.- Mayer-Gross, Slater a Roth, Clinical Psychiatry London - Cassell and Co., Ltd., 1960.

problemas intrapersonales del niño durante su infancia, ni entre los conflictos entre él y sus padres, y afirma: "todo conflicto es inevitablemente una neurosis de familia".

Mayer-Gross nos señala la importancia de la familia para el niño; hace hincapié que tanto para el niño que asiste a la escuela como para el que no asiste, su medio familiar constituye una totalidad dentro del cual debe desarrollarse en una forma adecuada a través de la interacción de cada miembro. Recuerda que la existencia de relaciones inadecuadas puede conducir al niño a presentar problemas de conducta o francos trastornos neuróticos. El niño, dado su carácter dependiente que mantiene con sus padres y otras figuras adultas, necesita sentirse querido y rodeado de atenciones, y advierte que estas atenciones o amor que se le prodigue, así como también una conducta por parte de los padres un tanto exagerada en cuanto a la rigidez para el manejo del niño, puede conducir a que el hijo presente, en otro momento de su vida, síntomas neuróticos. Es de vital importancia que los padres aprecien los cambios en el niño, no sólo en cuanto a tiempo, sino también en cuanto al ambiente.

Vogel reporta en los estudios realizados en 18 familias durante cuatro años, la influencia de la relación en---

61.- Vogel, E. F., and Bell, N.W., "The Emotionally Disturbed Child as the Family Scapegoat", Psychian. and Psychol., Rev., 47: 21-42, 1960.

tre los padres sobre los hijos y es más bien el reflejo de los problemas de cada padre. Aunque los conflictos internos de cada cónyuge eran similares, la manera de manifestar su problemática era diferente, dando la apariencia de ser cada uno distinto.

El reporte de un estudio realizado en 20 niños con retardo escolar, Clark y Sommers señalan como factores importantes, las formas de demandas opuestas expresadas dentro del hogar por los padres en relación al rendimiento escolar. Observaron que la oposición varía al demandar cada padre en conflicto con el otro, la alianza con el hijo. De esta manera, dichos investigadores confirmaron su teoría de que el conflicto de un sujeto está en relación directa con el tipo de relación que tiene con adultos significativos que están ellos mismos en conflicto y que exigen cada quien la alianza del hijo, lo cual resulta irreconciliable para éste.

Lidz, Fleck y Cornelison advierten que el ambiente familiar para cada miembro de un grupo, en especial para el niño, debe de ser integrado a éste en cualquier forma como un elemento esencial para el desarrollo de su personalidad,

-
- 13.- Clark, A.W. and Van Sommers, P., "Contradictory Demands in Family Relations and Adjustment to School and Home". Hum. Rel., 14: 97-111, 1961.

y de él va a depender la normalidad o anormalidad del sujeto. Aunque existen muchos más factores extrafamiliares que van a ayudar a moldear la personalidad del niño, no se consideran tan fuertes ni de tanta importancia como las relaciones intrafamiliares, ya que éstas son consideradas primordialmente por ser el primer núcleo de relación con que cuenta el niño. Parten de este núcleo primario para sus relaciones interpersonales e insisten que va a depender en mucho, una buena relación del núcleo familiar para que el niño se vaya desarrollando en forma normal con el medio que lo rodea y así no existan deformaciones de la integración de la personalidad.

Respecto a la influencia que tiene la familia en la formación de la personalidad, Rykoff, Day y Wynne reportaron el resumen de sus experiencias clínicas: Consideran a la familia como una unidad integrada que estructura y fija los papeles de cada uno de sus miembros, cuyas esperanzas y experiencias se organizan dentro de una concepción de la familia que está compartida por todos sus miembros. En este sentido se desarrolla una identidad familiar y el éxito o fracaso en el logro de la identidad, depende de la facilidad

57.- Rykoff, I. Day, J.Y. Wynne, L.C., "Maintenance of Stereotyped Roles in the Families of Schizophrenics" Arch. Gen. Psychiat, 1: 109-114, 1959.

dad que tenga un individuo para adoptar varios papeles en la vida; lo que a su vez depende de las oportunidades que ha tenido para aprender lo que puede o no hacer, técnicas para tratar a la gente para tener una continuidad consciente de sí mismo en relación con los demás para saber la posición que se ocupa en la situación social. El valor que tiene el éxito en el logro de la identidad, es el de permitir al individuo ir más allá del papel aprendido, conseguir colocarse en calidad de observador de sí mismo y de sus distintos papeles en la vida; porque esto hace posible una selección, un rechazo y una modificación de sus propios papeles.

Annemaire Durhrssen, considera que a la personalidad de un miembro de la familia y en especial a la de la madre, va a tener que dársele un valor muy importante respecto a la aparición de los trastornos psicológicos del niño.

En un estudio experimental sobre "Toma de decisiones y discordia matrimonial" Ravich y su grupo, observó que los cónyuges de una pareja matrimonial ante la presencia de un

51.- Ravich Robert A.M.D., Morton Deutsch, Ph. D., and Bert Brown. An Experimental Study of Decision-Making and Marital Discord. New York, 1963.

problema, crean la necesidad de la intervención de una tercera persona para ayudar a resolverlo; se sienten incapaces de actuar como pareja o en forma individual, y por ello, recurren a otro sujeto dentro o fuera de la dinámica del juego. ^{no se} Mientras más difícil es la situación que se les presenta, aumenta el número de "terceras personas" a las cuales les demandan ayuda; y cuando hacen el intento de resolver el problema por sí solos, o en pareja, caen en errores constantes en la medida que aumenta la magnitud del mismo.

En un estudio practicado a familias de esquizofrénicos, Mishler demuestra que los familiares de aquéllos son incapaces de cooperar al problema y en sí son por sentimientos de culpa que guardan hacia el familiar, "Cada crisis lleva a una particular constelación de afectos en cualquier familia dada, agrega: "La teoría psicoanalítica de defensa, describe, como el ego trata con afectos y parece que los niños de una familia aprenden de los padres; identificándose con ciertas reglas de defensa y adaptación".

De anterior podemos darnos cuenta de lo siguiente: -- que los autores antes mencionados coinciden en que la familia es una unidad integrada, por lo cual debe dársele la importancia que merece y que es más ahí de lo que nos imagi-

namos. Como grupo dinámico es un organismo cambiante capaz de ir modelando las situaciones que en cada miembro se presentan y de ello va a depender, en gran medida, el equilibrio de los sujetos que la integran. La normalidad o anormalidad de los miembros va a estar sujeta a una buena o deficiente interacción de cada uno de ellos como grupo. El rol de cada miembro es muy importante al igual que la comunicación que se establezca; una mala comunicación puede alterar o deformar la función del rol del sujeto o sujetos -- que lo están desarrollando.

Las fuerzas que interactúan dentro de la dinámica familiar de un grupo, deben de tender hacia un equilibrio, porque de esto depende para lograr una adecuada salud mental y emocional. Los padres frustrantes, sobreprotectores, que brindan poco afecto, poco estimulantes o exageradamente dominantes, ejercen tal influencia nociva en la formación de la personalidad del hijo, que éste va a reaccionar con actitudes defensivas que en ocasiones son serio problemas de conducta.

III.- SEGUNDA PARTE.

a).- SUJETOS, MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS:

El presente trabajo se llevó a cabo en el Hospital General del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de México, D. F., Estudiamos diez familias en las cuales existía un niño con el diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil, el cual fue canalizado por el Servicio de Neurología al Servicio de Psiquiatría de la misma Institución.

Nuestro interés fue el estudiar las relaciones intrafamiliares en determinados grupos con este tipo de problemas y para ello establecimos la siguiente hipótesis:

La presencia de un niño con Parálisis Cerebral Infantil, va a alterar las relaciones intrafamiliares y/o éstas van a hacerse más complejas con la presencia de un "Paralítico Cerebral", porque pudieron ya estar alteradas.

Las familias estudiadas son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, con un nivel socio-económico semejante. Fueron seleccionadas bajo el siguiente criterio:

a).- Que la edad del paciente oscilara entre los cinco y diez años.

b).- El grupo familiar debería vivir bajo el mismo techo.

c).- Que ambos padres vivieran.

d).- No fue posible seleccionar a los pacientes de acuerdo a su cociente intelectual reportado por el estudio psicológico; debido a que la marcada diferencia en relación a la severidad - del padecimiento desde el punto de vista clínico, ofrecía diversas variantes, las cuales, en un momento dado, pudieran alterar más el objeto del presente estudio.

El grupo a investigar quedó integrado por diez familias en las cuales siete pacientes son del sexo masculino y tres del se xo femenino; y la edad promedio observada fue de siete años.

Para nuestra investigación, se contaba de antemano con los estudios del paciente desde el punto de vista neurológico, habiéndose determinado el diagnóstico en el Servicio de Neurología, - encuadrándolo dentro de la denominación genérica de Parálisis - Cerebral Infantil.

Materiales.

I.- A los ~~pacientes~~ se les determinó el Cociente Intelectual a través de la prueba de Terman Merrill, [?]

II.- A los familiares, hermanos del paciente, se les estudió de la siguiente manera:

1.- Aplicación del test de Apercepción Temática para niños (CAT-Murray).

2.- Dibujo de la figura humana (Machover-Goode nough). *Por que*

dibujos 1 familia?
Por que en pruebas de grupo puede utilizarse?

3.- Test de Matices Progresivas, escala especial (Raven).

4.- Algunos hermanos de los pacientes tenían quince o más años. En estos casos: se aplicó la entrevista psicodinámicamente orientada (Fromm).

III.- Los familiares adultos del paciente fueron estudiados a través de:

- 1.- Entrevista psicodinámicamente orientada (Fromm).
- 2.- Estudio económico-social.
- 3.- Test de Apercepción Temática (Murray).
- 4.- Dibujo de la figura humana (Machover).
- 5.- Test de frases incompletas (Sachs).
- 6.- Test de Matices Progresivas, escala general (Raven).

El haber valorado a cada paciente desde el punto de vista psicológico con el test de Terman Merrill fue para darnos cuenta de la limitación y carga consecuente de cómo éste estaba o iba a influir dentro de la dinámica familiar.

Cada uno de los pasos seguidos nos fue proporcionando datos para darnos cuenta de la interacción psicodinámica de cada familia. La entrevista psicodinámicamente orientada fue escogida por tratarse de un cuestionario de respuesta libre, la cual trata de recabar información sobre las personas a las cuales se les aplica, en relación a sus actividades, sentimientos, modo de ver la situación frente al medio que los rodea; y otros aspectos tales como: la posición ante el problema del paciente, relación de los padres entre sí, relaciones entre los miembros

del grupo familiar, aspectos religiosos, de trabajo, autoridad, etc.

El tiempo medio para la aplicación de la entrevista, fue - aproximadamente de tres horas, pudiéndonos dar cuenta de las diferentes actitudes tomadas ante las respuestas. Al finalizar la entrevista, el estudio se completa con una serie de cuentos, los cuales fue misión del entrevistado completarlos con el fin de obtener posiciones hipotéticas.

La amplitud de la entrevista nos permitió analizar la postura del entrevistado, no sólo en relación al paciente, sino ante los demás miembros del grupo familiar y el medio ambiente -- por el cual se encuentra rodeado. O sea, estudiar la actitud de carácter básico según Fromm.

Con el fin de darnos cuenta de una manera más objetiva, se practicó el estudio económico-social, también en el medio familiar. Por medio de éste obtuvimos datos en relación, tanto del aspecto físico como dinámico del grupo; y a la vez comprobamos en algunos casos, datos que pudieran ser falseados durante la entrevista; o bien, completamos información acerca de la misma.

La aplicación de la prueba de Raven para inteligencia, fue hecha en forma individual, tanto a los adultos como a los menores y aunque hubo colaboración de ambos, los resultados no fueron del todo satisfactorios, quizá por la rapidez con que trataron de realizarla.

Al igual que la prueba de inteligencia, las pruebas proyectivas tuvieron aceptación por parte de los entrevistados; apareciendo en algunos casos resistencia para dichas pruebas.

Todo el material, salvo la prueba de Raven, fue interpretado bajo un criteriodinámico, ya que éste ha sido el propósito en el presente trabajo.

Ackerman, en el estudio sobre las relaciones familiares, nos da una "Guía para los datos que conducen al diagnóstico de la familia" 2. Dado los datos obtenidos y para las necesidades del presente trabajo, dicha guía fue modificada y los datos se condensaron con el fin de facilitar la presentación, quedando de la siguiente manera:

I.- PRESENTACION DEL PACIENTE:

- a).- Descripción.
- b).- Breve historia clínica.

II.- PRESENTACION DE LA FAMILIA.

- a).- Ambiente físico.
- b).- Movilidad geográfica.
- c).- Descripción de los miembros de la familia: edad, sexo, estructura social y cultural, nivel de aspi

2.-

Ackerman, N. W., Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones Familiares, Buenos Aires, Editorial Hormé, Paidós, 1966. p.p. 180-181.

raciones, metas compartidas.

III.- DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES:

- a).- Tipo de relación que tienen con el paciente y con los demás hijos. Relación matrimonial.
- b).- Roles intrafamiliares.
- c).- Manejo emocional.

IV.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO FAMILIAR Y SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE.

Procedimientos:

Para la realización del presente trabajo, se presentó un plan a seguir a las Autoridades del Centro Médico "La Raza", -- que habiendo sido aceptado, se llevó a cabo en la siguiente forma:

Los pacientes fueron canalizados al Servicio de Psiquiatría por el Servicio de Neurología, con el diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil.

Las familias fueron seleccionadas de acuerdo al criterio anteriormente mencionado.

La aplicación de la entrevista psicodinámicamente orientada (Fromm), fue realizada en el medio familiar al igual que el estudio socio-económico, habiendo ocupado para cada caso un promedio de cinco sesiones. Las pruebas psicológicas fueron aplicadas en cubículos del Servicio de Psiquiatría en forma indivi-

vidual, teniendo cuidado con los requisitos exigidos en cada caso, respetando las instrucciones que se requieren para la aplicación de las mismas y anotando con fidelidad las respuestas, actitudes, movimientos, etc., de cada sujeto.

La guía se llenó de la siguiente manera:

Para los incisos a) y b) del punto I: (PRESENTACION DEL PACIENTE), se tomaron datos del expediente de control médico del paciente y de una historia clínica practicada a los padres del mismo. Los incisos del punto II: (PRESENTACION DE LA FAMILIA), fueron llenados con los datos obtenidos a través del estudio socio-económico. Los incisos del punto III y IV: (DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO FAMILIAR Y SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE), quedaron cubiertos por los datos de todo el material aplicado y la interpretación del mismo con un criterio psicodinámico.

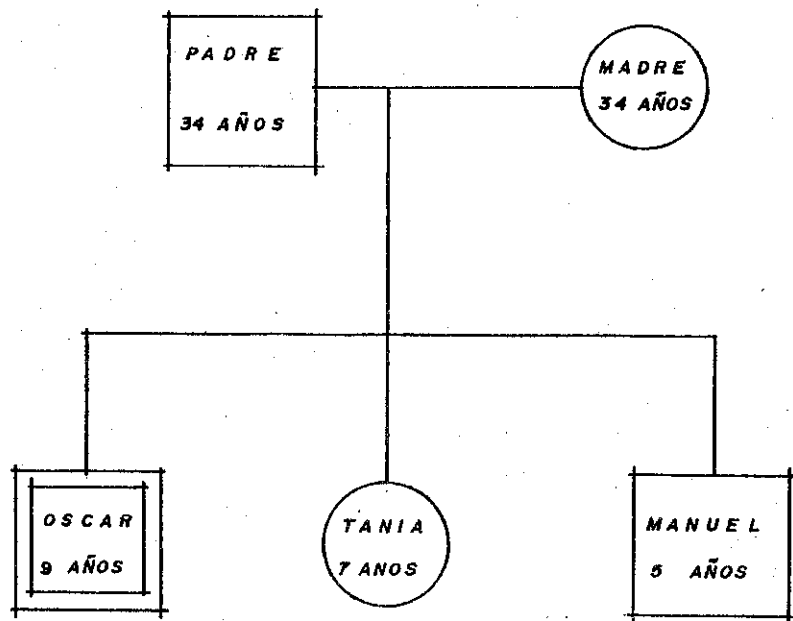
Con propósitos didácticos, ofrecemos un esquema en la presentación de cada familia que sirve para darnos cuenta de la posición de cada uno de sus miembros y el cual se explica así:

- a).- Los sujetos masculinos quedan encerrados dentro de un cuadro.
- b).- Los sujetos femeninos dentro de un círculo.
- c).- El paciente dentro de un doble cuadro o un doble círculo, según el sexo.

- d).- Los miembros del grupo familiar, se encuentran unidos a través de líneas continuas.
- e).- Los miembros de la familia que viven fuera del medio familiar o que han fallecido, los unimos a través de líneas punteadas.
- f).- La descendencia está representada en sentido vertical.

ESQUEMA FAMILIAR.

CASO N° 1



CASO No. 1.- OSCAR.I.- PRESENTACION DEL PACIENTE:a).- Descripción.

Paciente del sexo masculino de nueve años de edad, moreno, con implantación del cabello de acuerdo con edad y sexo. Presenta desnutrición de segundo o tercer grado a causa de la alimentación deficiente. Se puede apreciar parálisis mixta de miembros superiores e inferiores y algunas otras partes del cuerpo. Sin facies características, pero con frecuencia da la impresión de que se está riendo. No logra articular palabra alguna aunque su intención es constante.

b).- Breve historia clínica.

Oscar es originario de la ciudad de México, D.F., producto del primer embarazo aparentemente normal, con parto distócico cuyo trabajo de parto fue más de 36 horas, habiéndose usado forceps, siendo atendida la madre en clínica particular y desconociéndose más datos acerca del parto. Se supone que al nacer el niño, se usaron maniobras de resucitación porque se recuerda, a decir de la madre, que no hubo llanto ni respiración de inmediato.

En los tres primeros meses de nacido, no se notaron alteraciones en cuanto a su desarrollo, pero al cuarto mes se dieron cuenta de que el niño no podía sostener la cabeza --

por sí solo y el reflejo de succión estaba retardado; el crecimiento era lento y se presentaron los primeros signos de desnutrición.

Al primer año de edad, aún no podía mantener eragta la cabeza, los movimientos eran lentos y al tratar de incorporarlo, sus pies tendían a adoptar la posición de "tijeras".

Los padres acudieron al médico por primera vez, a los cinco meses de edad del paciente con la esperanza de que fuera "una cosa pasajera"; no habiendo quedado satisfechos con el primer diagnóstico, continuaron "visitando consultorios" hasta que por fin cedieron y aceptaron que el niño tenía un problema de Parálisis Cerebral Infantil.

El desarrollo ha sido lento, presenta parálisis espástica en ambos miembros, rigidez de nuca al tratar de incorporarse y flacidez en estado de reposo. Tiene reflejos alterados y dificultad para articular palabra alguna. Físicamente se presenta a un niño cuyo desarrollo equivale a seis años aproximadamente.

El control de los esfínteres lo adquirió a los cinco años de edad y ha sido en forma incompleta, ya que en determinadas circunstancias no los puede controlar; por ejemplo, después de ingerir alimento.

Con frecuencia desde su nacimiento viene padeciendo cuadros gastroenterológicos, que dificultan el equilibrio or

gánico en relación a su alimentación. Nunca ha padecido ataques, pero da la impresión de que se está riendo constantemente.

Los padres en un principio se culpaban recíprocamente creyendo que los orígenes eran de tipo hereditario por "la existencia de alguna tara familiar no descubierta". Posteriormente llegaron a comprender que posiblemente "hubo un error" en la atención del parto que fue lo que ocasionó alguna lesión en el sistema nervioso central. Al parecer, esta opinión ha sido la más compartida entre los médicos que han seguido el caso del paciente.

La alimentación ha sido un tanto especial; en la actualidad sólo toma alimentos líquidos y semisólidos.

II.- PRESENTACION DE LA FAMILIA.

a).- Ambiente físico.

La familia vive desde hace siete años en un departamento en la colonia Guerrero de la ciudad de México, construido con tabique recubierto, consta de dos recámaras, sala, comedor, cocina y baño, bien ventilado y buenas condiciones de higiene. Da la impresión de que existe un constante orden de objetos y muebles dentro del hogar.

Cerca del edificio donde se encuentra ubicado el

departamento, existen varios centros de vicio, comercios, oficinas, iglesias y centros educativos. Es una colonia bien comunicada.

b).- Movilidad geográfica.

El padre es originario de la ciudad de Morelia, Mich., y desde hace 17 años radica en esta ciudad.

La madre es originaria de la ciudad de México, D. F.,

c).- Descripción de los miembros de la familia: edad, sexo, estructura social y cultural, nivel de aspiraciones y metas compartidas.

Padre.- 34 años; se trata de una persona morena clara, delgada, pelo castaño, de 1.60 m. de altura aproximadamente y 59 kg. de peso. La forma de vestir es sport aliñado, es el tercero de cinco hermanos.

Cursó hasta el tercer año de secundaria en su tierra natal y, aunque no pudo continuar sus estudios, no lo lamenta, ya que "ha tratado de superarse gracias a su tenacidad y honradez en los trabajos que ha desempeñado". En su ciudad de origen trabajó por primera vez a los 14 años de edad como mozo en una oficina, puesto en el cual duró dos años y posteriormente ocupó el de mecanógrafo en la misma compañía. Queriendo seguir progresando, se trasladó a la ciudad de México a

los 17 años de edad, lográndose colocar en una compañía de artes gráficas como ayudante de impresor por espacio de tres años, quedando luego como jefe de linotipistas, puesto que desempeña en la actualidad. Ha obtenido varios ascensos dentro de la compañía por su "rectitud y honestidad"; no siente la necesidad de cambiar de trabajo, pues considera que se ha desarrollado en forma correcta dentro de él; tampoco "cree ser una persona dependiente".

Tiene interés en todo tipo de lecturas, prefiriendo las obras clásicas "para no perder el tiempo en cosas que no entiende o no le puedan servir". Prestó colaboración con la investigación y está consciente del problema del hijo, de quien se ha dado cuenta que va a tener sus limitaciones.

En la actualidad acepta que se trata de un problema que tiene que resolver el grupo y "no tiene que echarse la culpa a nadie"; no se considera una persona resignada, pues aunque es creyente no cree que sea un "castigo de Dios".

Ha luchado porque su medio acepte el problema sobre todo la esposa, a quien la siente como buena madre para con sus hijos, "es de poco empuje pero buena compañera".

Contrajo matrimonio hace diez años después de tres de noviazgo con su actual esposa que fue la segunda novia. Considera que su matrimonio ha sido bueno, pues "no nos hemos quedado estancados"; además, piensa que la independencia y la

autosuficiencia es muy importante tanto en el hombre como en la mujer", siempre y cuando haya respeto por sí mismo y por el hogar a que se pertenece".

A su familia anterior la considera buena, porque siempre lo alentaron en todo lo que se podía; su madre, aunque poco cariñosa no es seca, y considera que en la actualidad lleva buenas relaciones con el grupo familiar a que nos referimos. El padre fue muy cariñoso cuando niños, a grado sumo, pero --- "nunca nos encubrió"; en la actualidad "lo considero un amigo insuperable".

Las tres familias, incluyendo la de la esposa, - llevan buenas relaciones aparentemente, y tratan de ser independientes a la vez, pues "el casado casa quiere", "este dicho se lo aprendí a mi padre". Se visitan con frecuencia pero tratan de que no se "formen chismes", esto ha sido lo mejor para mantener buenas relaciones.

Tabaquismo y alcoholismo negativos.

La madre.- Tiene en la actualidad 34 años de --- edad, originaria de la ciudad de México, D. F., es la menor de tres hermanas, morena clara, delgada, mide 1.56 m. y pesa 48 - kg. aproximadamente, su aspecto es limpio y se muestra al ---- igual que el esposo, colaboradora con la investigación. Alcoholismo y tabaquismo negativos. Estudió hasta el tercer año -

de secundaria, considerando que así estaba ya preparada para "enfrentarse a la vida" no quiso seguir estudiando, y se dedicó a colaborar con los quehaceres domésticos. Su aspecto es limpio, su lenguaje fluido manteniendo cierto aire de coquetería al hablar.

Lee cuanto puede, pero siente más atracción por el cine al cual asiste siempre en compañía de su esposo y en ocasiones algunos otros amigos. Su familia aunque tradicional, no la siente impositiva, pues "nosotras siempre hemos hecho lo que hemos creído conveniente". No siente la necesidad de recurrir a su madre cuando está en problemas, sino que más bien discute los asuntos y los resuelve "por sí sola". A sus padres los siente como buenos amigos y a su esposo como un buen ejemplo para el hogar; además, se han acoplado dentro del matrimonio porque ninguno de los dos es "celoso" y tratan de darle lo necesario a sus hijos, los cuales le han hecho sentirse realizada.

El niño problema ya no lo es tanto en realidad porque "mi marido hizo que vea las cosas desde otro punto de vista", ya que en vez de resignación muestra colaboración para los tratamientos administrados al paciente.

No se considera una mujer frustrada "pues siempre que me he propuesto algo lo he logrado", no mantiene senti

mientos de culpa hacia el hijo mayor, porque considera que fue un accidente o un problema en la formación in útero.

A pesar de ser bastante creyente, no recurre a "Dios" para que su hijo mejore.

Hijos:

Tania.- Tiene en la actualidad 7 años de edad, cursa el primer año de educación primaria, es menudita, blanca y muy vivaz; se siente orgullosa de ocupar siempre los primeros lugares en su clase. Las pruebas reportan superior al término medio. Manifiesta que quiere mucho a sus padres, porque éstos también la quieren y porque le ayudan en sus tareas. A través de la madre se sabe que es una niña muy colaboradora -- dentro y fuera del hogar. La ayuda con Oscar y Manuel y, en lo que se refiere a su aspecto personal, es una niña muy limpia y ordenada.

Manuel.- De 5 años de edad, asiste al kínder, es un poco llorón a decir de la madre, pero considera que es un niño al cual sin darse cuenta se le han proporcionado pocas -- atenciones, dado que Oscar, el paciente, en los dos últimos -- años se ha enfermado con frecuencia.

Es muy cariñoso y juguetón con sus hermanos y padres cuando está de "buenas".

III.- DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES.

a).- Tipo de relación que tienen con el paciente y --
con los demás hijos. Relación matrimonial.

El padre.- Reporta un cociente intelectual co---
 rrespondiente al término medio. Se trata de un sujeto con pro
 pios recursos para salir adelante. Procede de una familia que
 al parecer ha llevado buenas relaciones familiares. Con el pa
 dre hubo buena identificación, habiendo transmitido sentimien
 tos de seguridad y autoafirmación y al proceder de una familia
 integrada aparentemente, ha luchado por su independencia a tra
 vés de su desarrollo creyendo haberlo logrado.

A la madre la concibe como una figura dominante
 pero comprensiva, tiene de ella una buena imagen que le ha per
 mitido establecer una relación adecuada con la figura femenina.
 Por lo general es independiente, apareciendo rasgos de sumi---
 sión sólo en situaciones de una nueva relación con jefes o su
 periores. A pesar de sentirse un sujeto satisfecho, es ambicio
 so, lo cual lo mantiene en constante búsqueda de nuevas metas
 y logros positivos para su personalidad.

A su esposa la considera "buena madre" porque lo
 gra equilibrar sus sentimientos y ayuda en forma positiva aun
 que lenta al equilibrio familiar. En pocas ocasiones revela -
 sentimientos de culpa en relación al pasado.

La madre.- Reporta un cociente intelectual infe-

rior al término medio; es una figura muy dominante y con una gran cantidad de agresión, la cual canaliza a través del hijo menor; es una mujer insatisfecha porque en ocasiones el paciente no le permite realizar sus ambiciones. A los hijos les exige más de lo que pueden dar.

En ciertas ocasiones, trata de ser una madre mártir ante el esposo, quien a su vez trata de ignorarla saliéndose por la tangente de que "hay que hacer hasta lo imposible -- por el paciente".

Habiendo sido la menor, tuvo siempre sobreprotección paterna.

Logra captar que la guía de los hijos deben ser ambos padres. Para con el paciente se muestra colaboradora ante el problema, ya que ha comprendido las limitaciones de éste y que ayudando a los que lo están tratando, pueden sobrellevar el caso sin espera de "curación".

Los padres mantienen una comunicación constante aunque en ocasiones va a ser la madre quien tratará de interrumpirla, recurriendo a los hijos y en especial al paciente -- tomándolo como elemento de conciliación.

La madre manifiesta poca agresividad hacia el esposo, la expresa un poco más cuando no la persuade de que controle y atienda a los hijos. En el campo sexual, se encuentra

satisfecha, dado que el esposo no la considera como un objeto de uso; aunque lamenta no tener más hijos, cree que ha sido lo mejor, porque de lo contrario hubieran desatendido al paciente.

La relación de los hijos hacia los padres es la siguiente: el menor se siente desatendido y lo manifiesta a través de su comportamiento, tratando de llamar la atención para que le cubran sus necesidades. La relación con el paciente es muy pobre dada la poca o casi nula comunicación que existe. Los hermanos comienzan a darse cuenta de tal problema que se les avecina y constantemente atiborran a los padres de preguntas para que se les explique lo que sucede con su hermano mayor.

b).- Roles.

El padre cumple con casi todos los roles, tales como proveedor, protector, buena identificación; es un buen estímulo para el medio familiar, tanto para la esposa como para los hijos, teniendo preferencia por el hijo menor a quien en ocasiones protege en exceso.

La madre mantiene actitudes variantes en cuanto a su rol, y es el padre quien le hace ver sus "errores". Considero que es la dependencia lo que va a originar este comportamiento.

Los hijos tratan de incorporarse a la dinámica familiar en forma activa, pero persuadidos por la intención de una buena identificación con las figuras de los padres. El problema para los menores es el paciente, ya que en ocasiones tienen actitudes rechazantes para con él, se sienten quizá desplazados por las demasiadas atenciones que le prodigan.

c).- Manejo de las emociones.

Existe en realidad poca agresividad dentro del grupo familiar, pues los padres por lo general la reprimen; sobre todo el esposo, el cual toma actitudes de indiferencia ante las agresiones de la madre. La forma de expresión de la agresividad de los hijos menores es a través de sus berrinches. La agresividad del paciente es nula.

IV.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO FAMILIAR Y SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE.

En primer lugar, podemos detectar que los padres o de más miembros del grupo no han tomado a Oscar como motivo principal o único para provocar o resolver sus problemas.

Al padre se le capta como una persona poco frustrada y se manifiesta como la figura principal del grupo, poco dominante y nada dependiente. Aunque su realización le ha costado trabajo, no toma esto para explotar a los demás y sacar provecho de ello; gracias a la buena identificación con sus figuras significativas del grupo a que perteneció.

La superación e independencia mantenida a través de los años, son factores muy importantes para la obtención de un equilibrio personal.

La madre muestra dependencia relativa hacia el esposo, pero a través de éste logra superar los obstáculos tratando de que la comunicación sea constante, no obstante que a veces es ella quien tiende a interrumpirla; lo hace conscientemente y no permite que haya aislamiento por mucho tiempo. Hacia los hijos descarga en forma relativa la agresividad y hacia el paciente, con frecuencia, se muestra sobreprotectora.

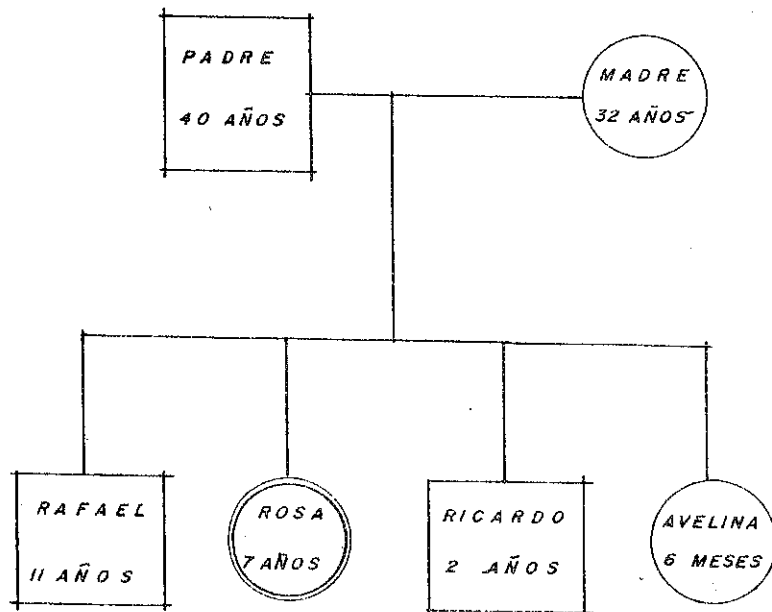
La relación entre los esposos puede considerarse como adecuada, vale la pena hacer hincapié que es la madre la que manifiesta a veces la agresividad hacia el esposo y trata de hacer chantajes de su situación mostrándose sufrida. Ambos -- tratan de darle las mayores atenciones al paciente por algún sentimiento de culpa no manifestado abiertamente.

Dentro del matrimonio, ambos cónyuges se sienten realizados ya que han sabido desempeñar cada quien sus papeles dentro del mismo.

Las relaciones extrafamiliares son realizadas -- dentro de lo normal en lo que cabe. No se muestran rechazantes para con el paciente, ni tratan de ocultar el problema, comentando porque han logrado que los demás miembros de la familia

y amistades cercanas al grupo lo acepten. Y para quienes se muestran rechazantes en el caso, tratan de explicarles y si no logran que lo acepten, cuando menos hacen el intento que desaparezcan las aversiones.

ESQUEMA FAMILIAR
CASO N° 2



CASO No. 2.- ROSA.I.- PRESENTACION DEL PACIENTE.a).- Descripción.

Paciente de 7 años de edad del sexo femenino, con implantación del pelo de acuerdo a edad y sexo. Presenta parálisis flácida en miembro superior derecho y semiflácida en miembro inferior del mismo lado. Además, se observa dificultad para articular palabras haciendo su lenguaje difícil de entender debido al problema de disartria.

b).- Breve historia clínica.

Rosa es producto del segundo embarazo a término, con parto eutócido y al parecer no presentó problemas perinatales. Al nacer pesó 2200 gr., por lo que fue colocada en una incubadora por espacio de diez días durante los cuales aumentó 440 gr. de peso y parecía estar en buenas condiciones de salud. El desarrollo fue normal hasta los tres meses de nacida, edad en la cual presentó un cuadro clínico caracterizado por alza brusca de temperatura sin causa aparente, ataques que al parecer coincidían con una epilepsia y trastornos posteriores de tipo digestivo, principalmente vómitos y diarrea.

Los padres asistieron a la consulta médica de emergencia de la clínica a la cual estaban adscritos, informándoles que la menor tenía "alterado el centro regulador de la temperatura". Posteriormente, se pensó que la causa era la desnutrición severa de la paciente y posteriormente los médicos pensaron que se trataba de un padecimiento del sistema nervioso central tipo epilepsia y en segundo término de una probable meningitis.

La menor continuó con las convulsiones y la fiebre alta habiéndose controlado los trastornos digestivos. En total fueron ocho ocasiones en que el cuadro anteriormente descrito se presentó en los tres primeros años y no se ha vuelto a presentar hasta la fecha.

Observaron los padres que el crecimiento era lento y que su hija no se desarrollaba en forma normal. No gateó y la cabeza la logró sostener en forma incompleta a los 18 meses de edad. Agregan que se dieron cuenta del problema a los seis meses de edad cuando la paciente trataba de tomar un objeto o intentar a incorporarla; el predominio del problema siempre fue del lado derecho. A la edad de tres años hizo el primer intento de articular palabras a través de sonidos guturales que emitía. Los esfínteres los controló en forma definitiva a la edad de seis años y en la actualidad avisa para defecar u orinar.

La alimentación ha sido deficiente y poco aprovechada por su organismo. Existe pérdida a sensibilidad, al gusto y olfato, por lo que los familiares le mantienen estricta vigilancia para evitar que tome algo y se lo lleve a la boca o nariz.

La prensión del lado derecho es incompleta, observándose también un fino temblor en la mano del mismo lado.

II.- PRESENTACION DE LA FAMILIA.

a).- Ambiente físico.

El grupo familiar está constituido por seis miembros: padre, madre y cuatro hijos. Radican en la Colonia San José - de la Escalera. Es una colonia de tipo proletario. Viven en

un cuarto construido de tabique con techo de lámina de cartón y piso de cemento, dicho cuarto sirve de estancia y dormitorio. Hay otro cuarto construido con las mismas características de 2 X 2 m., el cual se usa como cocina y lugar para bañarse. Las necesidades son efectuadas al aire libre. Las condiciones de higiene y ventilación son malas.

Llevan trece años de vivir en el mismo lugar y bajo las mismas condiciones. Hay abundantes centros de vicio, predominando cantinas y pulquerías; los centros educativos, mercados y comercios, están retirados del núcleo. La colonia se encuentra mal comunicada.

b).- Movilidad geográfica.

Los padres son originarios de la ciudad de México, D. F., y llevan trece años de vivir en la colonia, que fue a raíz de su matrimonio. Antes, cada quien vivía en el medio familiar al cual pertenecían. Nunca han vivido fuera del lugar ni han viajado al interior de la República.

c).- Descripción de los miembros de la familia: edad, sexo, estructura social y cultural, nivel de aspiraciones y metas compartidas.

Padre.— Sujeto de 40 años de edad, piel blanca, pálido, gordo, pelo lacio y negro, de 1.60 m. y 70 kg. de peso aproximadamente. Desaliñado y muestra poco interés respecto a las entrevistas.

Cursó hasta el quinto año de educación primaria y es el segundo de siete hermanos, cinco varones y dos mujeres, los cuales han vivido en problemas respecto a situaciones económicas; en la actualidad trabaja como panadero y gana mil trescientos pesos mensuales.

Inicia su historia ocupacional a los doce años de ---

edad trabajando como barrendero de una pañificadora, lugar don de aprendió el oficio, en varias ocasiones ha cambiado de trabajo "pues verá usted, me cansa ser panadero". Ha desempeñado varios oficios tales como: herrero, zapatero y plomero.

Manifiesta que en nada se le va a ayudar a la paciente. Piensa que su esposa es responsable del problema de su hija -- "no se cuidó cuando estaba embarazada, siempre hace lo que -- quiere". A la paciente la agrade frecuentemente considerándola como un problema "es muy mañosa".

Sus intereses son limitados y se muestra pesimista hacia el futuro "tenemos lo que pobremente hemos podido".

Percibe a su madre como una persona sufrida y abnegada "la pobre siempre fue muy buena conmigo, por todo lloraba". -- Percibe a su padre como un irresponsable manifestando que siempre le pegaba y a la vez lo admira a través de sus actos de machismo. A la esposa la describe como una mala esposa y piensa que sus hijos son una carga; este sentimiento es especialmente para la paciente y dice: "habrá que mantenerla toda la vida".

No lee nada, pues "apenas si alcanza el tiempo para ganarse el gasto de la casa", quejándose a la vez de no tener -- tiempo para divertirse. No se considera un alcohólico aunque "agarro la parranda los sábados y domingos y uno que otro día entre semana". Tabaquismo negativo.

Madre.-- De 32 años de edad, representando mayor edad a la que dice tener, delgada, morena, de 1.50 m. de altura y 43 kg. de peso aproximadamente, rostro envejecido, dentadura incompleta y limpia en su vestir, aunque humilde.

Cursó hasta el segundo año de educación primaria, pues "aparte de que no había dinero era muy floja para la escuela", es la segunda de cinco hermanas, a las cuales no frecuenta --

"porque mi marido es muy chocante".

Sus padres no viven, pero recuerda que su madre le pega y regañaba con frecuencia, más que a sus hermanas, incluso a una llegó a sentir como rival, por su manera de actuar, "dicen por ahí que cuando mi marido era mi novio se le andaba metiendo, era muy resbalosa".

A su padre lo recuerda vagamente, pues murió cuando era pequeña, sabe que era bueno y que su madre lo recordaba con cariño.

Contrajo matrimonio hace trece años y desde entonces "las cosas empeoraron" ya que su marido "le da mala vida, es desobediado y mal ejemplo para mis hijos, no me ayuda en nada y menos con la niña que tanto necesita".

Su colaboración para el estudio es limitada, no tanto por su disposición sino por el pobre juicio que posee.

Para sus hijos desea lo mejor, pero no sabe cómo hacerle ya que la niña le quita mucho el tiempo y desatiende a los demás.

Hijos:

Rafael.— Tiene once años de edad, cursa el tercer año de primaria, ha repetido el primero y el actual. Moreno claro, bajo de estatura y al parecer con sobrepeso, retraído, con cierto aire de desconfianza colabora a la investigación en forma pasiva. -- Inferior al término medio. Se queja de que sus padres le pegan con frecuencia y le obligan a hacerse cargo de la paciente y de más hermanos. El padre lo describe como "un buen muchacho" y la madre lo considera flojo y sucio.

La paciente.— El padre la describe como "un verdadero problema" y cuantas veces puede la agrede físicamente "sólo así se le quitará lo mañosa". La madre a veces la sobreprotege, pero con --

más frecuencia la rechaza "es un problema y un peso muy duro,-- qué le vamos a hacer".

Ricardo.-- De dos años de edad, es muy juguetón y muy apegado a la madre, duerme con ella porque es muy miedoso, los padres lo describen como buen hijo y manifiestan que es el que más cariño les da.

Avelina.-- Tiene seis meses de edad y con frecuencia presenta cuadros gastroentéricos y en la actualidad se observa un grado de desnutrición severa.

III.-- DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES.

a).-- Tipo de relación que tienen con el paciente y con los demás hijos. Relación matrimonial.

El padre.-- Reporta un cociente intelectual inferior al término medio. Es una persona con una gran carga de frustración, la forma de relacionarse con los demás es agresiva y pesimista, ya que siempre siente ver el lado malo de las cosas, es dependiente y explotador "tenemos lo que pobremente se ha podido".

Sus figuras significativas fueron muy ambivalentes, razón por la cual es un sujeto inseguro con pobres recursos para salir adelante, manifestándose como una figura muy débil hacia los hijos y como déspota hacia la esposa.

Teniendo una mala imagen de la mujer, se va a relacionar con ésta en forma inadecuada y aprovecha cuanta ocasión tiene para agredirla, como lo podemos ver con sus actitudes hacia la esposa, la paciente y su otra hija.

Insatisfecho a grado sumo y dado el alto grado de inseguridad que siente, no puede sostenerse dentro de un mismo oficio, cambiando con cierta frecuencia "pues verá usted, me -

cansa ser panadero".

Considera a la esposa una mala madre, quien no le ayuda a sacar el hogar adelante no compartiendo metas ni aspiraciones con sus hijos a quienes siente una verdadera carga y de quienes no espera nada.

Para su medio guarda una posición de dependencia -- sintiendo que poco le ha brindado para poder realizarse, no percibiendo de una manera clara su forma de actuar, que es siempre "tratar de sacar el mejor provecho de quien tiene adelante".

La madre.-- Reporta un cociente intelectual inferior al término medio. Es una mujer fuertemente frustrada y frustrante. Muy dependiente y bastante explotadora. Sus recursos propios para salir adelante son muy pobres y hasta cierto punto ausente.

Siente a su esposo como una persona exclusivamente proveedora, y lo responsabiliza de todo cuanto acontece en el medio y guarda para con él grandes resentimientos; por ejemplo, recuerda con mucha frecuencia: "dicen por ahí que cuando mi marido era mi novio, se le andaba metiendo, era muy resbalosa" -- (refiriéndose a su hermana).

El padre es una figura ausente y a la madre la recuerda como una mujer dominante que se manifestó para con ella en forma rechazante, teniendo predilección por sus otras hermanas. No se encuentra bien incorporada al medio, considerándolo agresivo ante las frustraciones frecuentes que sufre, dado sus escasos recursos con que cuenta para el alcance de sus metas.

Mantiene a los hijos una actitud de indiferencia e impotencia para resolverles sus problemas o cumplirles sus demandas y ante estas situaciones, también responsabiliza al es-

poso para satisfacerlas o resolverlas.

Los hijos resienten el problema, pero no logran entender o manejarlo. El mayor viene a ser a veces el "chivo expiatorio" del grupo, o más bien el "chivo expiatorio" de la madre y la paciente el "chivo expiatorio" del padre. En el hijo mayor se va a descargar gran agresividad de la madre en forma abierta y trata de recordarle a cada instante que es "igualito a su padre".

b).- Roles.

Ninguno de los miembros del grupo cumple en forma adecuada con los roles que le corresponden. El padre sólo representa el rol de proveedor y en forma inadecuada; ya que con -- frecuencia deja a la madre sin gasto para el hogar. La madre, con su dependencia y falsa abnegación, desearía jugar el papel de hija predilecta del grupo. Se queja constantemente y en -- forma abierta de su papel de madre y esposa; se siente instrumento al cual sólo se trata de sacar provecho.

Los roles de los hijos y en especial del mayor, están confusos, pues es en él en quien se quiere depositar la responsabilidad del grupo en cuanto al manejo de los hijos.

c).- Manejo de las emociones.

La agresividad en los miembros del grupo está mal controlada, ninguno trata de darse cuenta del mal manejo de la -- misma; sobre todo los padres quienes en forma abierta se agreden constantemente llegando a veces a la agresión física. Rafael, en forma más clara, viene a ser el "chivo expiatorio" -- del grupo familiar, en la mayoría de las ocasiones, los padres a través de él van a descargar en forma franca gran parte de -- su agresividad y culpabilidad. Es importante señalar la marcada y franca manera de descargar la agresividad de padre hacia

las mujeres, principalmente sobre su esposa y la paciente.

IV.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO FAMILIAR Y SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE.

Se trata de un grupo familiar muy difícil y con una dinámica un tanto enfermiza; los padres procediendo de familias -- desintegradas y con figuras de identidad ausentes o débiles, -- no se proyectan como tales hacia los hijos. Quienes los perciben en forma inadecuada y poco les podrán brindar para lograr una buena identificación.

Hacia los hijos muestran un desinterés y abandono, considerándolos una carga para sus propias realizaciones; han tomado al hijo mayor como blanco de sus agresiones, principalmente. La actitud mostrada a ellos no les ha permitido aurealizarse -- como individuos, se muestran inseguros y desconfiados ante su medio y ante ellos mismos. Ante los roles confusos de cada -- miembro de la familia, no han podido integrarse como grupo; esto ha repercutido en el manejo de la paciente para quien mantienen constante desatención. La presencia de la paciente vino a complicar la dinámica de un grupo ya alterado. En los hijos se aprecia en forma patente la transmisión de la problemática de los padres, no saben cómo responder a las demandas de la madre, en especial dado que frecuentemente las tergiversa.

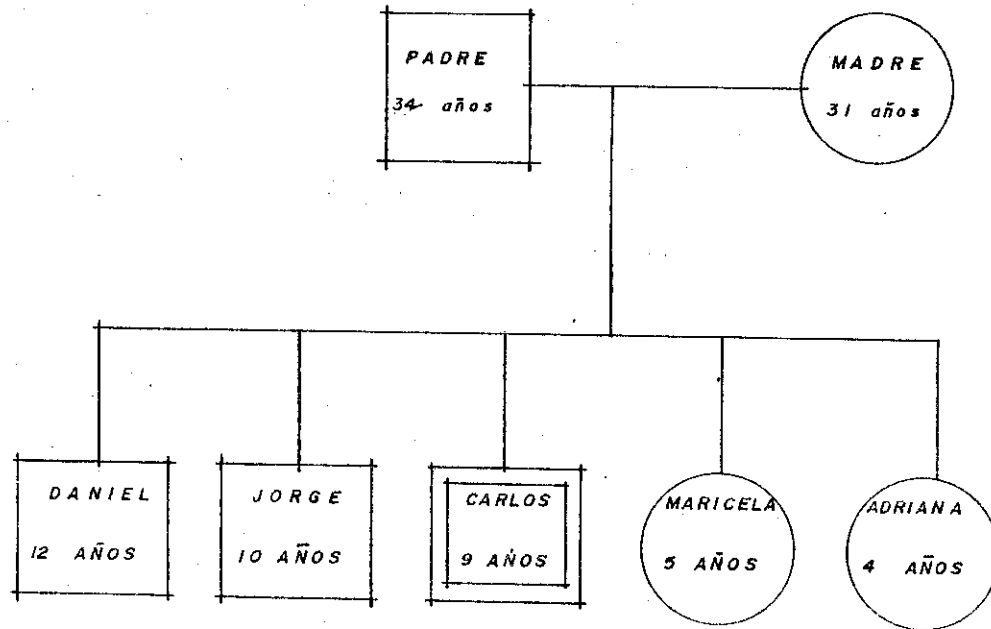
Poco puede esperarse de este grupo en cuanto a una buena realización como tal, al igual que de sus miembros que la forman.

Del manejo del paciente se esperan pocos cambios, pues -- puede predecirse que dicho manejo día a día irá haciéndose más complejo.

El medio en el cual se mueve la familia es poco favorable y nada podrá lograrse si los padres no se percatan de lo que está sucediendo en sus interrelaciones e intrarrelaciones. El arraigo al medio no permite que los miembros logren una mejor visibilidad de la situación actual.

ESQUEMA FAMILIAR

CASO N° 3



CASO No. 3.- CARLOS.I.- PRESENTACION DEL PACIENTE.a).- Descripción.

Paciente de 9 años de edad, que presenta parálisis de tipo espástico, tanto en los miembros superiores como en los inferiores, lo que impide la marcha; además, presenta problemas del habla ocasionando dificultad para la comunicación con su medio.

Relata la madre que se dio cuenta del padecimiento al observar que no sostenía la cabeza a los seis meses de edad como sus demás hijos.

Es producto del tercer embarazo a término, con parto distócico, ya que al parecer, el trabajo de parto fue prolongado y atendido por comadrona en su domicilio. Es enviado al servicio de Psiquiatría para su estudio y controlado a través del servicio de Neurología.

b).- Breve historia clínica.

Producto del tercer embarazo a término con parto distócido, presentando a decir de la madre un peso al nacer de 4 kg., no respiró ni lloró al nacer y al parecer no se presentaron otros problemas perinatales.

Padeció sarampión, rubeola y tosferina; cada uno de estos padecimientos en diferentes épocas, habiendo sido de cierta gravedad los cuadros. Ha recibido inmunización contra la poliomielitis y tuberculosis. Con frecuencia presenta cuadros gastroentéricos caracterizados por diarrea, vómitos y fiebre; éstos han sido de menor gravedad que los antes descritos.

La alimentación ha sido deficiente; observó la madre que a los seis meses de edad no sostenía la cabeza ni podía -- sentarse. Hubo retardo en la dentición, control de esfínteres e inmadurez en los reflejos que en la actualidad están alterados.

Conforme fue creciendo, el desarrollo físico y mental no correspondía a su edad cronológica, por este motivo acudió a varios médicos a quienes le diagnosticaron al paciente Parálisis Cerebral Infantil.

En la actualidad el paciente es un niño con desnutrición avanzada, parálisis espástica en los miembros, retraso -- mental e inmadurez neurológica.

II.- PRESENTACION DE LA FAMILIA.

a).- Ambiente físico.

La familia vive desde hace ocho años en una vecindad de la Colonia Obrera de la ciudad de México; habita un departamento constituido por cuatro piezas construidas de tabique con techo de concreto y piso de mosaico, las cuales están distribuidas de la siguiente manera: una sala-comedor, que hace las veces de dormitorio, una recámara pequeña, baño y cocina.

El mobiliario es pobre y las condiciones de higiene y ventilación son malas.

Cerca de la vecindad existen varios centros de vicio, mercados, tiendas y diferentes comercios; escuelas y centros recreativos. La colonia está bien comunicada, situada en el primer cuadro de la ciudad.

b).- Movilidad geográfica.

El padre es originario de Clilapa, Estado de Guerrero, al igual que la madre y los tres primeros hijos; el cuarto,

quinto y sexto, son originarios del Distrito Federal.

c).- Descripción de los miembros de la familia: edad, sexo, estructura social y cultural, nivel de aspiraciones y metas compartidas.

El padre,.- De 34 años de edad, de complejión delgada, demacrado, moreno, pelo rizado y una estatura aproximada de 1.70 m.- y 60 kg. de peso. Hijo segundo de una familia compuesta de cinco hermanos, padre y madre; todos los hermanos son varones y siempre "nos crecimos unidos hasta que nos fuimos casando"-(entre los 18 y 24 años de edad). En la actualidad "no nos frecuentamos porque mis hermanos viven en Chilapa".

"Aunque mi madre los protegía más a ellos, yo nunca me preocupaba por eso; siempre me decía que era igual que mi padre, rebelde y grosero". Cree no haber querido nunca a su padre y menos desde que lo comparaban con él "no soporto a las personas que toman bebidas alcohólicas aunque de vez en cuando tomo, pero sin llegar a emborracharme; sólo lo hago para compartir con las amistades" "es más bien por pasar un rato agradable".

Su madre fue muy buena con él aunque muy sufrida - "nunca se dejó de los demás, luchó por darnos todo lo que pudo; ojalá y pudiera estar cerca de mí, es la única persona que me comprende". Piensa que si estuviera cerca de él le podría ayudar en el manejo del paciente.

A los siete años de edad inicia sus estudios primarios, habiéndose cursado hasta el cuarto año sin repetir ninguno; "no los continué por falta de medios económicos". "Mis ilusiones las tranquilé, pues me hubiera gustado estudiar algo; pero había que ayudar a mi madrecita a vender fruta y a cuidar a mis hermanos".

A los trece años obtiene su primer trabajo como ayudante de carpintero, desempeñando este oficio hasta los 19 -- años en su pueblo natal, edad en que contrae matrimonio. Posteriormente monta su taller de carpintería por su cuenta, pero "como las entradas no eran suficientes y con las esperanzas de que mi hijo se curara, decidimos venir a vivir a esta ciudad".

En la actualidad sus ingresos son de mil quinientos pesos mensuales, aproximadamente, los cuales invierte en su hogar en la manutención de la familia, renta y "cuidados del paciente".

En cuanto a su creencia religiosa, dice ser "católico a su manera" y piensa que la enfermedad de su hijo es "castigo de Dios, por el coraje que siempre le he tenido a mi padre".

Siente a su esposa como una buena madre "que cuida a mis hijos", casi nunca tienen dificultades y cuando las hay son por el cuidado de los hijos.

La relación que guarda para con ella es de sumisión "pues la mujer es la que debe de llevar las riendas de la casa"; ella ve por los hijos y en especial por el paciente y lo más importante es "que cuida de él". En esto último insiste mucho.

Para con los hijos se mantiene consentidor y, aunque no comparte con ellos por estar la mayor parte del día fuera del hogar, siente quererlos mucho y no considera tener preferencia por ninguno "si acaso más ternura por mi hijito enfermo".

La madre.— De 31 años de edad, complejión robusta, morena clara, pelo rizado; mide 1.55 m. de altura y pesa 60 kg. aproximadamente. Se muestra al igual que el padre, colaboradora --

con la investigación. Fue la hija menor de tres hermanos y recuerda que sus padres no se llevaban bien cuando era niña. --- Siempre riñeron ya que el padre era "borracho y mujeriego", la madre tenía que trabajar lavando y planchando ropa ajena para sostener la casa e incluso darle al padre para sus vicios. Era como debe ser una madre, "sufrida y abnegada" en el mundo; para que así allá arriba no sufra". La recuerda como muy católica y gracias a eso manifiesta ser buena con sus hijos y con sus familiares y esposo". Aunque recuerda que su madre le pegaba mucho, dice: "no lo hacía más que para desquitarse de lo que mi padre le hacía".

A su esposo lo considera un inútil y flojo "se conforma con lo que gana y no hace nada por seguir adelante" y agrega "puede que sea buen padre, pues les da a sus hijos lo que necesitan, pero no es buen ejemplo para ellos, pues no van a llegar a nada si se fijan como es su padre".

Los hijos representan todo el cariño que tiene y aunque les pega constantemente, manifiesta quererlos "entrañablemente". Del paciente espera "Dios quiera que me lo recoja pronto, pues si no tiene remedio para qué me lo tiene en este mundo; he perdido los mejores años de mi vida por atenderlo y me he avejentado". Para ella el hijo mayor representa un serio problema por no querer seguir estudiando y lo que es peor "quiere ser carpintero como su padre".

Hijos:

Daniel.- De 12 años de edad, cursa el cuarto año de educación primaria, es "retraído y muy flojo al decir de la madre". No quiere seguir estudiando porque quiere ayudar a su padre en la carpintería.

Se encuentra en conflicto continuo con la madre, mani-

fiesta que a cada momento ésta lo compara con su padre y prefiere no estar en la casa, por lo que a veces se va de "pinta". Está clasificado como inferior al término medio.

Jorge.- De 10 años de edad, cursa el segundo año de primaria y considera la madre que por travieso ha repetido el primero y segundo año. A él le perdona todo "pues a pesar de ser travieso siempre me hace caso en lo que lo mando". El padre se expresa que este hijo es el mejor de todos.

Maricela.- De 5 años de edad, aún no va a la escuela y es "caprichosa y berrinchuda". Aún así dice la madre "en el fondo es buena". Espera de ella lo mejor y cree lograr que sea una profesionalista.

Ariana.- De cuatro años de edad, según la madre parece ser la más dulce "pues es la que menos lata le ocasiona". Esta es muy consentida por toda la familia.

III.- DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES.

a).- Tipo de relación que tienen con el paciente y con los demás hijos. Relación matrimonial.

El padre.- Reporta un cociente intelectual inferior al término medio, se muestra colaborador con la investigación y su lenguaje es fluido sin llegar a ser verborreico. Se trata de un individuo muy dependiente, con escasos recursos personales que sirvan de instrumento para salir adelante. Sus padres representan pésimas figuras de identificación. Procede de un medio en donde la madre se manifestó como figura principal, creando una liga simbiótica la cual en el momento no puede superar; el padre es una figura ausente y además la madre se encargó de distorsionar más la figura masculina en su hijo. Es desconfiado a expensas de los escasos recursos que posee, "para qué me-

to más personal a mi trabajo si sólo sirven para robar o flo--
 jear" "es mejor estar solo que mal acompañado, por eso no ten--
 go amigos".

Aunque no existen frecuentes conflictos con la esposa,
 la siente como una mujer dominante y un obstáculo para desarrol--
 verse"ella siempre quiere que las cosas salgan a su manera y --
 eso nada más no puede ser". Sus aspiraciones son limitadas por
 su desconfianza y mala relación que lleva con las personas de
 su sexo. Con los hijos actúa en forma indiferente y con el pa--
 ciente mantiene fuertes sentimientos de culpa; creyendo que el
 padecimiento es debido al resentimiento que le guarda al padre.

La madre..- Es una mujer dominante, a pesar de sus estudios, ya
 que cursó hasta el quinto año de primaria, reporta término me--
 dio en las pruebas. Es una mujer dominante, que trata de man--
 tener el equilibrio del medio familiar, agresiva y rechazante
 para los hijos y el esposo, a quien agrede en forma despiadada
 cuantas veces puede, considerándolo una persona incapaz y a la
 vez desamparado "si no soy yo quien lo ayude, no va a haber --
 quién; lo necesita, pues el pobre no sabe lo que quiere".

Como esposo y en el terreno sexual lo siente un mal
 compañero, "es el padre de mis hijos, pero a veces se olvida --
 de mí, pues no se da cuenta de que como mujer lo necesito".

La madre es rechazante también con el paciente, ---
 pues constantemente se queja de que el paciente es una carga
 para seguir adelante. Sus capacidades trata de orientarlas ha--
 cia una mejor visión para los hijos, de quienes espera sean di--
 ferentes al padre. Aunque con las características antes des--
 critas, se proyecta dentro del grupo familiar como una buena --
 figura en lo que cabe para sacar adelante a sus hijos, de quie--
 nes exige más ahí de lo que pueden dar.

La relación matrimonial se encuentra desequilibrada por la configuración de la personalidad de cada padre, entre sí no son capaces de enfrentarse al problema tanto como esposos, como para resolver los demás problemas de los hijos, incluyendo el del paciente.

b).- Roles.

El padre cumple exclusivamente con su rol de proveedor dentro del grupo, no es una figura lo suficientemente fuerte que sirva de buena identificación para los hijos, este rol lo lleva en mejor forma la madre, quien a su vez trata de cubrir los demás roles que a la pareja les corresponden, como son: de protectores, afecto, incentivo, etc. La madre no está lo suficientemente equilibrada desde el punto de vista emocional como para desempeñar las funciones correspondientes a su rol maternal. Ante la confusión que siente por la carga que representan los hijos y el esposo que trata de jugar el papel de otro hijo, se siente incompetente para poder sacar adelante, en forma adecuada, a la familia.

c).- Manejo de las emociones.

De los miembros del grupo, la madre es la más agresiva en cualesquiera de sus expresiones: verbal, física y emocionalmente. Altamente frustrada por el medio familiar al cual perteneció y el estar ligada a un hombre dependiente y ausente como figura de autoridad dentro del grupo, es francamente agresiva con todos los miembros que integran la familia. Esta agresividad está disfrazada, según ella, de incentivos para poder llevar una buena armonía. El padre agrade en forma pasiva y con su ausencia del medio familiar. El hijo mayor es quien resiente más la tensión por la cual va cursando

la familia desde hace tiempo, su forma de agresión es la rebellon para continuar los estudios, y al querer tomar los mismos lineamientos de la conducta de su padre, es agredido por la madre en forma abierta y despiadada, considerando ésta que así será mejor para poder encaminarlo por donde quiere. Los demás hijos no pueden manifestar la incomodidad que sienten hacia el medio más que a través de sus berrinches, que son controlados por la madre, a veces con la agresión física. El paciente es el refugio del padre para no ser agredido por la madre, lo sobrepone y cuida con esmero logrando con esto su propósito.

IV.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO FAMILIAR Y SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE.

Es palpable la forma en que la madre se manifiesta como figura principal del grupo. Con su actitud sádica, explotadora, está llevando a la familia a un caos, en especial a los hijos quienes no saben cómo manejar la situación por la que van cursando. Siendo una mujer altamente frustrada, se proyecta a su mundo familiar, dominante, rechazante y poco estimulante para los miembros que lo forman, incluyendo al padre que tiende a jugar el papel de un hijo más. Son padres con figuras débiles que no podrán servir de buenas figuras de identidad para sus hijos. Son sujetos sin autoafirmación y con escalas de valores confusos; además, con muy poca visión del problema familiar e incapaces de enfrentarse al mismo.

Teniendo tantos años de casados no han podido integrarse como grupo, ya que las situaciones sado-masoquistas que viven, les satisfacen y les sirven de equilibrio.

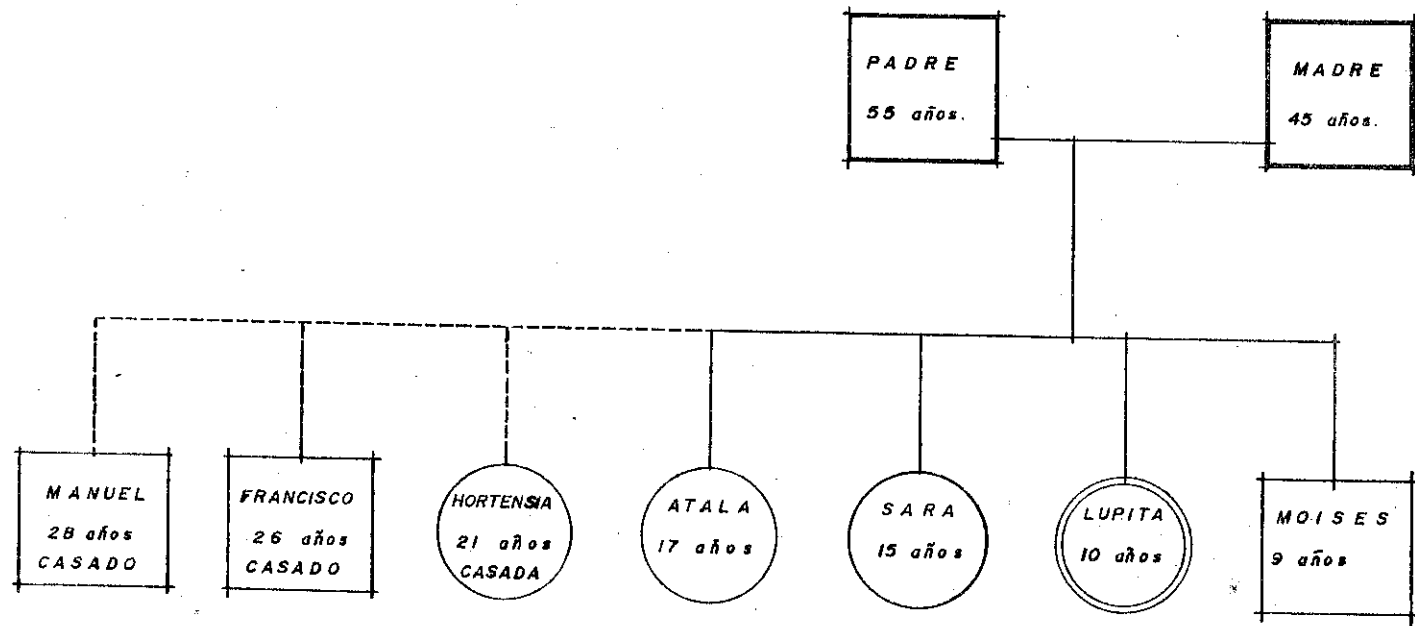
La comunicación entre los miembros es muy pobre; de los -

padres hacia los hijos sólo es para exigirles, sin estimulación y muy poco afecto. Entre los padres, la dependencia del padre y el sadismo de la madre hacen que la situación se vaya agravando más y que el paciente avance en su estado de abandono que ha tenido desde su nacimiento.

Los hijos podrían tener mejor futuro si hubiera un cambio en la madre en cuanto a sus demandas y que proporcione más afecto, ya que el padre se mantendrá como figura ausente del grupo.

ESQUEMA FAMILIAR

CASO N° 4



CASO No. 4.- LUPITA.I.- PRESENTACION DE LA PACIENTE.a).- Descripción.

Paciente del sexo femenino de 10 años de edad que presenta parálisis espástica en miembro superior derecho e inferior del mismo lado, se encuentra encamada a expensas de aparatos de yeso colocados en los miembros mencionados. Tiene dificultad para expresarse verbalmente, siendo entendidas por los familiares sus demandas de ayuda.

b).- Breve historia clínica.

Relata la madre que la paciente es producto del sexto embarazo a término, aparentemente normal, pero con problemas en el momento del parto, habiendo sido distócido hubo mal manejo del mismo por parte de la comadrona que lo atendió. No respiró ni lloró al nacer para lo cual se efectuaron maniobras de resucitación.

Durante los primeros seis meses de vida, nadie se percató del problema sino hasta los seis meses, fecha en que comenzó a gatear o trataron de que gateara no habiéndolo logrado. Fue llevada al médico hasta los ocho meses de edad con el fin de que se les explicara a los familiares la razón por la cual no pudo gatear, siendo informados "que posiblemente le haya --

atacado polio". Los padres no quedaron conformes con el diagnóstico, pues agrega la madre que la mano derecha y el miembro derecho no "tenían la misma fuerza" que los del lado contrario en los primeros meses de vida, aunque no pensaron que fuera de importancia. Así dio comienzo el "peregrinar" de médico en médico con el fin de que se les diera una opinión que les sea "más satisfactoria".

Al llegar al servicio de neurología del hospital, --- fue diagnosticada como Parálisis Cerebral Infantil; ha sido -- controlada por dicho servicio al igual que en el servicio de - Ortopedia con el fin de corregir los problemas musculoesqueléticos en relación a las posiciones viciosas que presenta.

La alimentación ha sido deficiente, presentando, aunque en forma moderada, cierto grado de desnutrición. Ingiere_ alimentos líquidos y sólidos con un poco de dificultad. Los - esfínteres los controló a los 6 años de edad. Está vacunada - contra la polio, DPT y viruela; ha padecido sarampión y cua--- dros faringoamigdalinos con cierta frecuencia.

II.- PRESENTACION DE LA FAMILIA.

a).- Ambiente físico.

La familia vive en la Colonia Vallejo de la ciudad - de México, D. F., es una colonia populosa en la cual abundan - centros de vicio cerca de la casa; las escuelas, iglesia y com-



mercios se encuentran retirados. La vivienda consta de cuatro cuartos de tabique con techos de concreto y piso de mosaico, divididos de la siguiente manera: sala-comedor y tres recámaras; hay además, dos construcciones de las mismas características que son la cocina y el baño, el mobiliario es modesto y las condiciones de higiene y ventilación son adecuadas. Las vías de comunicación son abundantes, encontrándose casi todas las calles de la colonia pavimentadas. Llevan de vivir 30 años en el mismo lugar.

b).- Movilidad geográfica.

El padre es originario del Estado de Michoacán y lleva de radicar en la ciudad de México, 38 años. La madre es originaria del Estado de Guerrero y desde los seis años de edad vive en esta ciudad. Por razones de trabajo, el padre viaja constantemente al interior de la República. Los hijos, aún los casados, radican en el Distrito Federal.

c).- Descripción de los miembros de la familia: edad, sexo, estructura social y cultural, nivel de aspiraciones y metas compartidas.

Padre. - De 55 años de edad, moreno claro, robusto, pelo chino y cano, representa mayor edad a la que dice tener; es el menor de nueve hermanos. Brocede de una familia católica ferviente, por lo cual tuvo problemas con el padre, quien deseaba que todos sus hijos fueran sacerdotes y con ninguno de ellos lo lo--

gró. A la madre la recuerda como una mujer noble, cariñosa e indulgente "porque se quitaba el pan de laboca para dárselo a gente extraña", siente haber sido el hijo más protegido "ya -- que por ser pequeño, me quedé con todo su cariño; siempre andaba pegado a las faldas de mimadre". Lo que más lamenta en la vida es haberla perdido "pobre mi madrecita, yo quisiera tener la y que nunca se haya muerto". Es una persona desconfiada de los hombres y las mujeres, cuando tiene problemas recurre a -- los libros, "ellos son la ciencia misma".

Su educación corresponde al cuarto año de educación primaria; hasta los 17 años trabaja en su pueblo natal en las labores del campo, trasladándose luego a la ciudad donde desarrolla diversos oficios, de los cuales conserva el de maquinista, teniendo en la actualidad dos mil quinientos pesos de ingresos mensuales, de los cuales sólo toma lo necesario para los gastos personales y el resto "se los entrega a su esposa religiosamente para los gastos de la casa".

Siente a su esposa como buena madre, pues "atiende a todos por igual, incluso a mí y porque nunca se ha ido de la casa con otros". De sus hijos espera lo mejor y si no lo ha logrado de todos, manifiesta "que es el destino quien no lo ha querido que sea".

Ante la imposibilidad de resolver un problema cuando no recurre a los libros, lo hace para con su esposa ya que ---

ella "es muy entera y se enfrenta a todo".

Considera el problema de la paciente como algo en que Dios tiene que ayudarlos, "pues aunque fue problema de parto - Dios tuvo que ver mucho en esto; ya nosotros no queríamos que viniera otro hijo más y creo que por eso nos castigó"; ahora - que la estamos tratando, El ha tenido que ver mucho para que - se mejore".

A pesar de su escolaridad, se preocupa por las lecturas sobre todo por la literatura clásica que la toma como un - refugio. Evoca con frecuencia la ausencia de la madre y en -- ocasiones ha llegado a pensar que si se muere es mejor "pues - así me reuniría con ella para ser feliz".

Tabaquismo y alcoholismo moderado.

Madre.- Tiene 45 años de edad, los cuales representa, color -- blanco, pelo negro y rizado, regordeta y de facciones duras; - de 1.60 m. y 75 kg. de peso aproximadamente. Aliñada y hombruna en el vestir. Se muestra colaboradora con la investigación. Tabaquismo y alcoholismo negativos. Sus estudios corresponden al cuarto año de instrucción primaria; considera que no continuó estudiando porque su abuelita no podía seguir costeando -- sus estudios, pero a ella le hubiera gustado ser maestra o licenciado en Derecho. Al quedar huérfana de padre a la edad de seis años, es recogida por la abuela materna junto con sus hermanas (tres), de los cuales ella es la segunda, con quienes vi

vió hasta los 15 años de edad, fecha en la cual contrae matrimonio con su actual esposo. Recuerda que en pocas ocasiones - vio a su madre cuando pequeña, en la actualidad ésta vive y la ve con cierta frecuencia guardándole resentimiento porque "--- cuando quedamos huérfanos de padre, ella se dedicó a la vida - galante y por eso nos recogió mi abuelita, quien es muy recta_ y no permitía desbarajustes". "Ahora mi madre se anda casando por tercera vez a los 60 años de edad, bien dice el dicho: genio y figura hasta la sepultura". A la abuela la describe como una mujer recta y de buenos principios, que poco les pegaba pero los regañaba mucho.

Se siente una mujer fracasada porque los hijos no le_ han cumplido lo que ella aforó; dice tener resentimientos con_ su segundo y tercer hijos "uno se casó por líos de faldas y -- abandonó la carrera y la otra por irse con un hombre casado y_ también abandonó la carrera de medicina. Ahora veremos cómo - me va con éstos que me quedan".

A su esposo lo considera un marido "regular", pues -- aunque ayuda bien con la casa "no se enfrenta a los problemas_ como padre que es".

En relación a la paciente, espera una solución mágica de tipo religioso, "le prometí a los reyes que les daré su manita y su piecito en oro; tengo mucha fe y lo he prometido mucho contal de que mejore".

Está consciente de que es la paciente en la que a veces descarga toda su ira "pero usted comprenderá que es la que pasa conmigo casi todo el día a solas y en verdad a veces me -- cansa". Lamenta el no contar con tiempo para divertirse o leer, pero cuando lo hace procura leer biografías de hombres célebres.
Hijos.

Atala.- De 17 años de edad, soltera, estudia el tercer año de secundaria, delgada, blanca, pelo rizado. Es la cuarta hija del matrimonio; se muestra cohibida durante las entrevistas. Manifiesta no tener confianza con sus padres a los cuales considera como buenos pero demasiado estrictos y desconfiables para con los hijos.

Le gusta más el deporte que la escuela con la que cumple debido a la exigencia de sus padres; ha repetido el segundo año de primaria y el segundo de secundaria. De sus hermanos, -- lleva mejores relaciones con Francisco, que vive fuera del hogar y está casado; al mayor lo considera agresivo y seco. Resiente el hecho de que no le permitan visitar a su hermana casada. En varias ocasiones ha pensado fugarse del hogar.

Sara.- De 15 años de edad, regordeta, tez blanca y pelo rizado, pulcra en su vestir. Inquieta al hablar, demuestra más interés que su hermana para la investigación. Es la quinta hija del matrimonio y en la actualidad estudia el tercer año de secundaria,

obteniendo buenas calificaciones. Los padres la consideran me-
 jor estudiante que su hermana Atala e hija "inmejorable". La
 madre espera de ella lo mejor y ve cifradas sus esperanzas "pa-
 ra salir de pobre".

Manifiesta "sería mejor que nuestros padres nos com-
 prendieran mejor, que tengan en cuenta nuestros problemas y --
 traten de solucionarlos sobre todo mi madre que es muy dura".

Su mejor amiga es Atala, quien la comprende y le ayu-
 da a resolver sus problemas, espera crecer pronto para casarse
 o terminar su carrera".

Moisés.- Tiene nueve años de edad y cursa el segundo año de --
 educación primaria, la madre lo describe como buen hijo al ---
 igual que su padre, agregando éste "es medio soncito"; las her-
 manas, a través de él, logran en ocasiones lo que desean en re-
 lación a permisos, etc.

Ha repetido dos veces el primer año, siente que su ma-
 dre le exige mucho y lo tilda de flojo y desobligado. Es con-
 este hijo con quien el padre va a mantener mejores relaciones,
 siendo a veces emisario de sus inquietudes.

III.- DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES.

- a).- Tipo de relación que tienen los padres con el pacien-
 te y con los demás hijos. Relación matrimonial.

El padre.- Su cociente intelectual corresponde al término medio.

Este sujeto mantiene una gran fijación a la figura materna, lo cual hace que con la figura femenina no pueda establecer buenas relaciones. A la vez manifiesta una fuerte carga de sentimiento necrófilos. Es una persona fuertemente dependiente, -- con su esposa-madre se relaciona como un hijo más y con éstos... compete especialmente con los varones como un hermano más y en ocasiones hace manifiesta su rivalidad. Trata de ser el "hijo predilecto" a través de sus acciones; entrega religiosamente -- parte de su sueldo a su esposa para el gasto de la casa y hace lo imposible para no molestarla.

Siendo el padre una figura ausente y la madre sobre-- protectora, no va a tener una buena figura de identidad ni se va a sentir identificado con su propio sexo.

Como padre, es una figura de pocos elementos yoicos, -- inmaduro y narcicista, teniendo así muy poco que ofrecerle a -- sus hijos para una buena identificación.

Ante el problema de la paciente mantiene fuertes sentimientos de culpa, considerándose castigado por Dios, ya que se trata de una hija no deseada, esperando ser perdonado tratando de ser "un buen padre y esposo".

La madre. -- Procede de un hogar en el que el padre es una figura totalmente ausente y la madre destructiva para quien guarda un gran rencor. De su abuela, a quien incorpora como madre -- sustituta tiene una imagen ambivalente ya que es sufrida y ab

negada y a la vez rechazante. Se une al esposo más bien como escape a la situación tiránica que mantiene con la abuela quien constantemente descarga su agresividad que con la madre verdadera no pudo descargar.

La ausencia de los padres verdaderos y la mala identificación con la madre sustituta, hace de ella una mujer insegura mal autoafirmada, y madre castrante. Es una mujer con gran tendencia a la regresión.

Los hijos que viven en el medio familiar, sienten un descontrol frecuente ya que las figuras paternas no les brindan apoyo y sólo encuentran exigencias a veces desmedidas, las cuales no pueden cumplir. Es palpable la competencia entre los hermanos por llamar la atención de los padres y así mejorar la actitud hostil mantenida hasta el presente, en esta competencia por supuesto se encuentra el padre-hermano.

La paciente es el "chivo expiatorio" principalmente de los padres, y actúa como elemento de choque de los hermanos; a través de ella, tomándola como disculpa, descargan su agresividad.

b).- Roles.

El padre cumple con el rol de proveedor exclusivamente y se sitúa ante la madre como un hijo más para sentirse protegido y a la vez competir con los demás hijos por el cariño de aquélla.

La madre actúa dentro del grupo para satisfacer necesidades materiales; con su actitud rechazante y hostil es incapaz de brindar seguridad a los hijos, los cuales muestran poca vitalidad para salir adelante.

c).- Manejo de las emociones.

Dentro del grupo familiar actual, es la madre quien - en forma constante va a estar descargando en forma desmedida - gran agresividad en los demás miembros del grupo, los cuales - se manifiestan reprimiendo y tratando de cumplir las exigencias de aquélla. El padre, aparte de reprimir su agresividad y ante la incapacidad de manifestarla, agrede en forma pasiva con - sus ausencias disfrazadas de necesidad por el trabajo, el cual no ha querido dejar aunque ya podría jubilarse.

IV.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO Y --
SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE.

La paciente corresponde a un grupo familiar en el cual se manifiesta como figura principal la madre, que es una mujer -- destructiva y rechazante, que trata a los hijos y aún al esposo como objetos a los cuales manipula a su antojo con el fin - de satisfacer sus necesidades materiales y así tratar de resolver sus frustraciones.

El padre es una figura ausente que no brinda a los hijos nada o casi nada para que éstos salgan adelante. Guarda con -

ellos una actitud de constante competencia como un hijo más - de la madre, sometiéndose a sus caprichos.

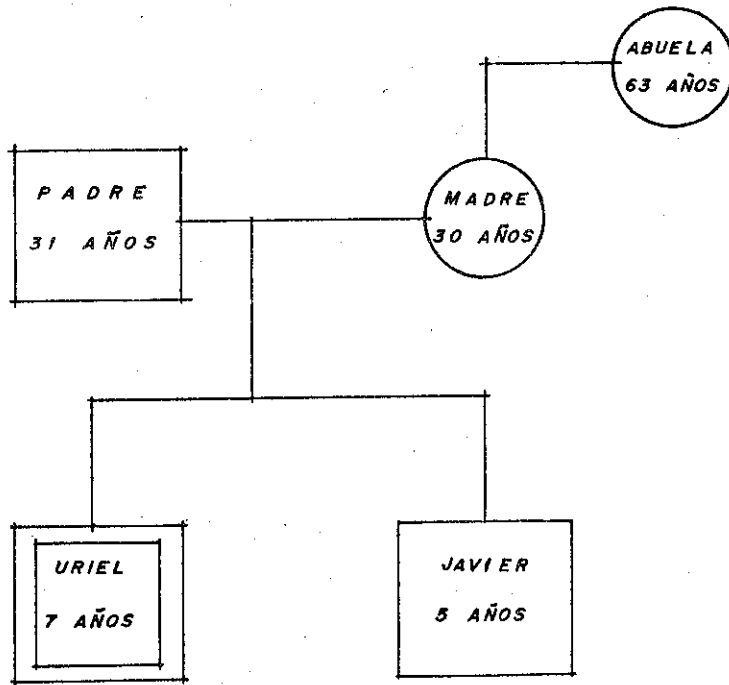
Atala, percatándose del problema, trata de canalizar, a través del deporte, la agresividad reprimida que guarda para con la madre y manifiesta abiertamente el deseo de huida que los demás hermanos que viven fuera del medio familiar, han tenido y así dar o tratar de dar solución a la situación conflictiva que reina en dicho medio.

La relación matrimonial ha sido inadecuada desde un principio, la cual se ha mantenido a niveles sadomasoquistas por parte de ambos cónyuges y, aunque día a día se agrave más, -- sus necesidades patológicas no permitirán más que seguir con las mismas actitudes.

Sintiéndose inseguros como miembros de un mismo grupo, -- dadas las características antes descritas, como individuos poco tiene cada miembro que ofrecer para sus relaciones extra-familiares.

ESQUEMA FAMILIAR

CASO N° 5



CASO N.º. 5.- URIEL.I.- PRESENTACION DEL PACIENTE.a).- Descripción.

Uriel, de 7 años de edad, es originario de la ciudad de México, D. F., presenta en miembros superiores e inferiores parálisis mixta en músculos; al tratar de incorporarlo - tiende a adoptar posición de "tijeras" en los miembros inferiores. Además presenta marcado extravismo; no habla, solamente imita sonidos muy arcaicos ante la presencia de objetos, personas o ruidos. Le es imposible demandar algún pedimento.

También se observa microcefalea con alteración en la forma de la cabeza. Su desarrollo músculo-esquelético no corresponde a la edad reportada y la implantación del pelo de la cabeza es anormal; parte por arriba de las cejas a unos escasos 7 mm. por arriba de las cejas. Los músculos de cuello muestran marcada rigidez, pero sin mantener la cabeza en forma erecta y tendiendo a desviar a la misma hacia atrás y a la izquierda.

b).- Breve historia clínica.

El paciente es producto del primer embarazo no a término (siete meses) durante el cual la madre padeció rubeola.

en el primer embarazo del mismo y sufrió varias caídas las - que ocasionaron en dos ocasiones amenazas de aborto. Primi-- gesta y sin problemas perinatales.

Relata la madre que al nacer tuvo un peso de 2 kg., y durante 25 días el niño estuvo internado en el hospital y_ observó que sus reacciones no eran igual a las de otro niño - aparentemente normal. El reflejo de succión era muy débil - al igual que el del llanto y sus movimientos. El desarrollo durante los primeros seis meses fue lento y al tratarlo de incorporar la cabecita no la sostenía en forma correcta, "pues_ la echaba para atrás y la ponía durita"; nunca gateó y no ha caminado hasta la fecha. Para la alimentación presenta difi_ cultad a expensas de la alteración que existe en los músacu-- los para la deglución.

Durante sus años de vida ha padecido con frecuencia cuadros bronconeumónicos de los cuales ha salido y en menor - grado cuadros gastroentéricos. Ha recibido vacunas DPT, an- tisarampionosa y antipolio.

II.- PRESENTACION DE LA FAMILIA.

a).- Ambiente físico.

La familia radica en la Colonia Industrial situada al Norte de la ciudad de México; habita un departamento pe-- queño construído de tabique con techos de concreto y piso de

duelas de madera, consta de cinco piezas distribuidas de la siguiente manera: sala-estancia, dos recámaras, cocina y baño. Mobiliario limpio y ordenado. La Colonia está habitada por personas de clase media y clase media baja, bien comunicada y rodeada por comercios, mercados, escuelas, centros de portivos e iglesias; los centros de vicios son escasos y alejados del medio familiar.

b).- Movilidad geográfica.

El padre.- Es originario del Estado de Guanajuato, donde vivió hasta los 20 años, fecha durante la cual viajó a la capital "con el fin de progresar". Durante su estancia en su -- pueblo natal, trabajó como sastre, oficio en el que nunca se satisfizo, "pero había que hacer algo".

La madre.- Es originaria del mismo Estado y lleva viviendo -- aproximadamente 18 años en el Distrito Federal, poco recordada de su lugar de origen, y no ha vivido aparte de su pueblo natal y esta ciudad.

c).- Descripción de los miembros de la familia: edad, sexo, estructura social y cultural, nivel de aspiraciones y metas compartidas.

Padre.- Tiene 31 años de edad, de estatura baja y complexión delgada, con edad aparente a la que dice tener e implantación del cabello de acuerdo a su edad y sexo. Mide 1.55 m.- aproximadamente y pesa 50 kg. de peso aproximadamente. Taba-

quismo y alcoholismo negativos.

Es el segundo de tres hermanos "con los que me llevo bien, pues así me educaron mis padres". Estudió hasta el segundo año de secundaria no pudiendo continuar porque "era muy malo para los estudios y en la casa nunca nos obligaron". A los 12 años entra a trabajar como aprendiz de sastre, oficio que desempeñó hasta los 20 años en su tierra natal, viajando a esta capital con el fin de "lograrme mejores metas". En esta ciudad ha trabajado como obrero en diferentes fábricas; y desde hace cuatro años trabaja como encargado de bodega en -- una fábrica de plásticos obteniendo un ingreso mensual de --- mil ochocientos pesos mensuales. Se siente contento en su -- trabajo y "no desea cambiar" "al fin que ahí estoy bien, es lo mejor que he conseguido". Con sus compañeros de trabajo lleva buenas relaciones al igual que con el medio que lo rodea. La colaboración para el estudio es buena usando un lenguaje -- fluído aunque se muestra un poco inquieto durante las entre-- vistas.

A su esposa la considera una buena madre y buena pareja dentro del matrimonio "gracias a Dios nunca hemos tenido problemas, ella se preocupa por los niños y me atiende en todo lo que puede". "La pobre se da a vasto para todo", "trabaja mucho".

Para su hijo menor espera lo mejor "ojalá y él pueda tener lo que yo no tuve, pues la vida sin preparación es muy difícil".

Lee poco y sus diversiones considera que están limitadas por la enfermedad del paciente, no quejándose de ello. - A Uriel dice quererlo mucho y cree que "Dios se ha olvidado - un poco de nosotros, pero El sabe lo que hace".

La madre.- De 30 años de edad, blanca, delgada, baja de estatura, mide 1.50 m. y pesa 43 kg. aproximadamente; aliñada en su vestir, muestra interés por el estudio y espera ayuda para que su hijo mejore. Es la menor de seis hermanos. Sus estudios corresponden al sexto año de educación primaria, no habiendo podido continuar porque la madre se opuso "ella cree que - la mujer no debe de estudiar, prefirió meternos a la cocina y a hacer los quehaceres de la casa a que estudiáramos".

Sus relaciones con sus hermanos han sido buenas, pocas veces manifiesta haber tenido problemas con ellos, cuando se encuentra en algún apuro recurre al sacerdote "es a quien le tengo confianza y sólo él me puede aconsejar". A su esposo siente quererlo mucho y lo considera buen padre "él me ayuda con los niños, me baña a Uriel y a veces a Javier; hasta lava los platos de vez en cuando".

No manifiesta la necesidad de divertirse y considera que es mejor darle atención a los hijos; no lee más que ora--

ciones que su mamá le da. Para sus hijos espera lo mejor y dice estar consciente, al igual que su esposo, de las limitaciones del paciente. Hacia Javier mantiene una actitud de sobreprotección "pues el pobre tiene menos atenciones que -- Uriel".

Hijos:

Javier.- De 5 años de edad, es un niño vivaracho, aparentemente sano y muy juguetón; los padres lo describen como un buen niño "no llora y parece comprender que a su hermano hay que atenderlo". Su desarrollo físico ha sido normal y es poco enfermizo.

La abuela.- Inferior al término medio, de 63 años de edad; blanca, de 1.60 m. de altura y 70 kg. de peso aproximadamente. Su vestir es limpio y masculino, sus gestos severos y muestra un marcado desinterés por la investigación "si acepté contestarle es por mi hija; pues mi nieto ya no tiene remedio. Dios lo mandó así y así se va a morir".

Fue la mayor de cuatro hermanas, recuerda que su madre fue muy buena y a ella le sacó su carácter. Es católica ferviente y sus prácticas religiosas son a diario, pertenece al catecismo, limpia la iglesia y le cocina al cura de la iglesia donde asiste a sus prácticas "Dios es lo primero y ante este mundo loco de cabeza hay que estar cerca de El". -

Ante sus problemas recurre primero al sacerdote "él sabe más que todos, nos ha ayudado mucho para que no veamos mal a mi nietecito".

Enviudó a los 45 años de edad y recuerda a su esposo como "un hombre bueno y cumplido"; él me ayudó a sacar -- a la familia y desde que murió ando jalando sola".

Vive con su hija porque "es la más socorrida y aunque me desobedece a veces, no es mala". A mi yerno lo considero "torpe y muy menso", pero como trata bien a todos no le puedo decir nada". Se considera el eje de la familia y se muestra descontenta cuando no se cumplen sus órdenes.

III.- DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES.

a).- Tipo de relación que tienen con el paciente y con los demás hijos. Relación matrimonial.

El padre.- Inferior al término medio, con pocos recursos, dependiente y masoquista, procede de una familia en la que sus figuras significativas son débiles, no teniendo una imagen de la autoridad adecuada. Ante la figura femenina guarda una constante actitud sumisa que él justifica en el caso de su esposa como "acoplamiento" "nos llevamos muy bien", -- nunca nos peleamos, en una palabra estamos acoplados". Las relaciones con las personas que le rodean son estrictamente

las ligadas al trabajo, no comparte con sus compañeros fuera del sitio donde realiza estas funciones. Con su grupo social anterior lleva buenas relaciones "me consideran el mejor hermano, pues siempre les ayudo en lo que puedo". Hacia la madre mantiene una fuerte fijación "es admirable, yo no la cambiaría por nada". Al padre sólo lo cataloga como bueno.

Al paciente lo sobreprotege guardando hacia él fuertes sentimientos de culpa "en dos ocasiones que mi esposa se cayó me había ido a visistar a mis familiares, pobrecita, -- ella no me reclama eso; yo quisiera que mi hijo se curara para que ella ya no sufra tanto".

Al otro hijo dice quererlo pero "como es normal necesita menos de nosotros".

La madre.- Es una persona con muchas limitaciones, en la esfera sexual está rodeada de tabúes a expensas de su sentir religioso el que antepone para lo que debe y no debe hacer, -- al igual que para tomar decisiones, se siente poco realizada. No se le brindaron oportunidades suficientes para poderse autoafirmar por la manera de comportarse de los padres, principalmente de la madre que es una mujer frustrante. En esta mujer se aprecia la ausencia absoluta de rebeldía. "Ella -- cree que la mujer no debe de estudiar, prefirió meternos a --

la cocina y a hacer los quehaceres de la casa a que estudiáramos".

Para con la madre mantiene una actitud de dependencia casi absoluta, ésta tiene gran influencia sobre el medio familiar, se trata de un sujeto de la cual se espera muy poco para un buen manejo de las intrarrelaciones familiares, - mucho menos para el manejo de las relaciones extrafamiliares.

Está consciente de su pasividad, pero no hace nada por cambiar de actitud "nunca he sido rebelde, pues no me -- llevaría a nada".

Ante los hijos se proyecta como una figura débil, - poco estimulante, que no prodiga afectos en forma adecuada - al igual que el esposo; esta relación se observa igualmente hacia los intereses del esposo "para qué cambia de trabajo - si así la vamos pasando". Es una mujer que vive en el presente sin interesarle una proyección hacia el futuro.

b).- Roles.

El padre cumple exclusivamente con el rol de proveedor. La afectividad no la va a poder brindar a sus hijos como una figura significativa, pues vendrá a ser un hermano -- más del grupo, quizá quien forme la pareja con Javier, el hijo menor. Ve a la suegra como una madre sustituta a la que - emocionalmente se encuentra ligado. Como esposo no desempe-

ña su papel adecuadamente en la esfera social; pues es él -- quien atemoriza a su esposa para no procrear más hijos, ha-- ciendo con esto que la mujer se sienta insatisfecha sexual-- mente, e irrealizada como madre; pues ésta asegura que mien-- tras viva el paciente, no podrá tener más hijos.

Es una mujer que por su inmadurez y dependencia --- brinda poco afecto a sus hijos, y su estímulo no lo siente - ninguno de los miembros de la familia. Hasta el momento no_ ha podido romper esta actitud de dependencia con la madre -- que al parecer se manifiesta como la figura principal del -- grupo; desplazando a segundo plano a su hija y al yerno, se_ mantiene como figura predominante y funge como madre de los_ dos y de sus nietos. Es una mujer impositiva que maneja la_ situación en forma drástica; es ella quien tiene opiniones y decisiones acerca de lo que se debe y no hacer.

El hijo menor vive en una situación confusa y no -- puede desempeñar un rol preciso como miembro del grupo; esto se debe a las múltiples órdenes diferentes que recibe; por - ejemplo, cuando el padre sobreprotege, la madre o la abuela_ rechazan o viceversa. Es tal la confusión en este hijo, que en los últimos meses viene canalizando la angustia a través_ del llanto, con el propósito de que se le prodiguen más aten_ ciones. A decir de los padres, en los últimos seis meses "ha estado insoportable, por todo chilla".

c).- Manejo de las emociones.

Los padres son sujetos con gran carga de agresividad reprimida, la cual no hacen manifiesta por temor a ser reprendidos por la madre de la esposa. La madre es la que quizá de vez en cuando la externaliza a través de sus quejas veladas de determinadas actitudes de su esposo, diciendo con frecuencia "pobre, yo lo acepto como es, mi madre dice que es un flojo y sin ganas de progresar".

La abuela es la que manifiesta la agresividad hacia todos los miembros del grupo, se queja de cada uno de ellos y es la única que agrede en forma física a los nietos y a la hija. Es una mujer hiperkinética, que tiene descargas emocionales como lo es el llanto. Ante la frustración del logro de un objetivo chantajea a los suyos. Al yerno lo agrede en forma verbal cuantas veces puede, manifestándole que es un inútil e irresponsable.

Ante este grupo, Javier, el hijo menor, se encuentra desorientado y ante las actitudes de los demás responde con llanto. Hacia su hermano siente celos, pues es quien ha logrado captar la atención de todos los miembros de la familia, aunque sea como elemento de choque o justificación de la problemática del grupo.

IV.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO Y

SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE.

Existe en realidad una deficiente comunicación entre -- los miembros de este grupo familiar, son sujetos cuyos roles están manejados en forma confusa. Tanto el padre como la madre son personas frustradas con fuertes cargas de agresividad reprimida. Durante su desarrollo no han podido autoafirmarse manteniendo dependencia mutua por esta razón.

Respecto al manejo de los hijos, son incapaces de tomar actitudes por sí solos, por lo general es la abuela quien va a decidir en el destino de ellos. Es la abuela quien va a proyectarse como figura principal del grupo; es una mujer dominante, manipuladora, sádica y rechazante. Dadas las características de la personalidad de cada miembro y la dinámica que se ha venido desarrollando dentro del seno familiar, no han podido integrarse como grupo, a esto podemos agregar en forma especial la manera de comportarse de la abuela, quien interfiere en la comunicación que se trata de establecer entre los demás miembros en forma muy aislada.

Toda la familia espera que se realice un milagro para -- la curación del paciente y así poder lograr una mejor integración, cosa que está muy lejos de realizarse; ningún miembro del grupo desea que suceda, pues las relaciones sado-masoquistas observadas en el grupo, parecen mantener "el equi-

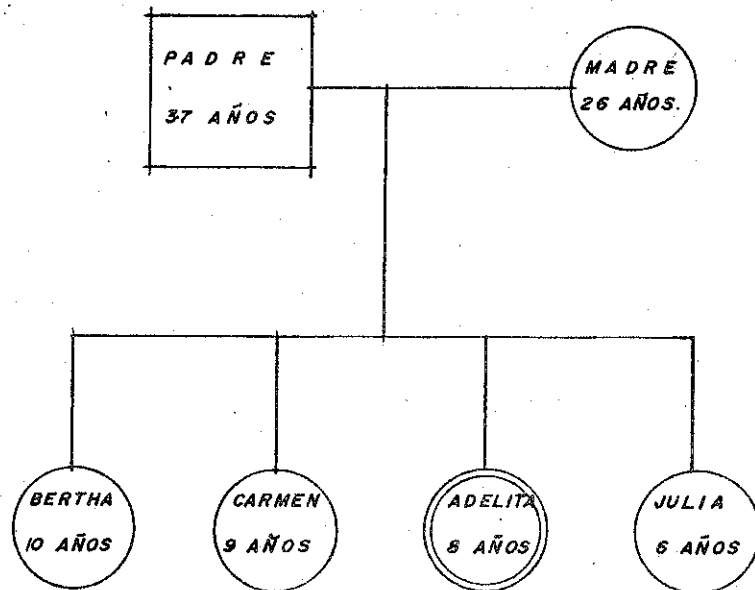
librio" del mismo. El aspecto religioso y la influencia -- del sacerdote ejercida sobre los miembros, es muy importante y negativa; ha sido un freno para poder vivir la magnitud del problema.

En el futuro, la ausencia o presencia de la abuela, no va a modificar mucho la dinámica establecida en la familia.

El hijo menor está reaccionando a las disímiles actitudes de quienes le rodean y se empieza a proyectar como un chico problema.

Nadie es capaz en forma individual de hacerse cargo -- del paciente; mucho menos a nivel de grupo pueden organizarse para resolver, en forma más positiva, el problema del manejo del mismo. Las atenciones que en la actualidad se le brindan, están matizadas por sentimientos de culpa que en grados diferentes tiene cada miembro de esta familia.

ESQUEMA FAMILIAR
CASO N° 6



CASO # 6 .- ADELITAI.- PRESENTACION DE LA PACIENTEa).- Descripción

Adelita es una paciente de 8 años de edad, blanca, - con implantación del cabello de acuerdo a su edad y sexo.

Es una paciente que presente parálisis flácida en - miembros superiores e inferiores, no permitiéndoles incorporarse.

Se observa una desnutrición moderada, extravismo y - la piel seca en constante descamación. Su lenguaje es defectuoso e incoherente, pudiéndose apreciar un babeo frecuente al tratar de hablar, con las personas con quienes trata de comunicarse. Tiene tendencia al llanto y su cabello constantemente - se lo está comiendo.

b).- Breve historia clínica

Es originaria de la ciudad de México, D. F., y producto del tercer embarazo no a término, con problemas en el momento del parto ya que la madre es cardiópata y además el producto vino con presentación viciosa (podálica). En el momento del nacimiento hubo necesidad de efectuar maniobras de resucitación; a decir de la madre "estaba moradita, y al nacer no lloró en seguida".

El parto fue atendido en esta institución donde realizamos nuestro estudio no encontrándose en el expediente más datos al respecto.

Manifiestan los padres que desde pequeña observaron - que no era una niña como los demás hijos que han tenido, "no - lloraba ni se movía".

Desde los primeros días de nacida ha presentado dificultad para la ingestión de alimentos; en la actualidad toma a limentos líquidos y semisólidos (cremas, pollo licuado, etc.).

No ha controlado sus esfínteres ni avisa en el momento de orinar ni efectuar la defecación.

II.- PRESENTACION DE LA FAMILIA

a).- Ambiente físico

La familia vive en una vecindad de la colonia Guerre ro, de la ciudad de México, D. F., y la vivienda que ocupan es tá construida de tabique mal recubierto, techos de láminas de cartón y piso de cemento; consta de tres piezas; una que es utilizada como estancia y hace las veces de dormitorio, una re cámara y cocina. El baño es general para todos los que habitan la vecindad y se encuentra situado fuera del departamento.

La colonia se encuentra bien comunicada, existen cen tros escolares, mercado y comercios en abundancia al igual que

centros de vicio, tales como cantinas, pulquerías, centros nocturnos, billares, etc. El mobiliario es escaso y existe mala higiene y ventilación.

b).- Movilidad geográfica

Todos los miembros de la familia son originarios de la ciudad de México; con cierta frecuencia viajan a un pueblo del estado de Querétaro a visitar a los familiares de la madre que ahí radican.

c).- Descripción de los miembros de la familia: edad, sexo, estructura social y cultural, nivel de aspiraciones y metas compartidas.

El padre.- De 37 años de edad, moreno claro, delgado, alto, mide aproximadamente 1.75 m. de altura y pesa 65 Kg. de peso; se presenta siempre aliñado y se muestra cooperador al estudio un tanto verborreido, esperando "pueda encontrarse una solución al problema de mi hija".

Sus estudios corresponden al tercer año de educación primaria, los que no pudo continuar "por ser un vago; me iba de pinta y mi mamá me sacó por eso". Dice ser católico a su "manera".

Su historia ocupacional la inicia a los 12 años de edad como ayudante de impresor; de esa fecha a la actual ha desempeñado múltiples oficios en los cuales nunca ha demostrado esta-

bilidad. Actualmente trabaja como repartidor de una fábrica - de de gelatinas y flanes desde hace 4 años, obteniendo un ingreso mensual de \$1,800.00 al mes aproximadamente; ya que cuenta aparte de un sueldo fijo de \$1,300.00, con comisiones por las ventas que realiza.

En cuanto a los miembros de la familia considera que se llevan bien entre sí; a la esposa la siente como "una mujer bondadosa, me quiere y quiere a nuestras hijas; ojalá y siempre sea así". De sus hijas dice querer mucho a Bertha que es la mayor; y de ellas espera "todo lo que se pueda, pues siendo mujercitas es difícil que quieran estudiar algo".

Hacia la paciente demuestra mucha ternura y lástima - "la quiero como no se imagina, pero la pobre está inútil, quien sabe que será de ella, esperemos que algo pase y a ver que es".

Es un sujeto con mucho temor hacia las relaciones sociales; cuantas veces puede evita asistir a reuniones a las que le convidan "no creo tener amigos, pues siento algo así como miedo, me sudan las manos cuando trato con las personas; por eso prefiero quedarme en casa, es mejor estar al lado de mi familia, pues uno nunca sabe que les puede suceder".

No tiene interés por las lecturas, si acaso por la televisión,, diciendo que la ve de vez en cuando. Prefiero estar

en la casa haciendo reparaciones del mobiliario y ayudar a su esposa en el manejo de las hijas; "viera usted, soy muy hogareño".

Tabaquismo y alcoholismo negativos.

La madre.- De 26 años de edad, morena, baja de estatura, mide aproximadamente 1.55 m., pesa 50 kg., semialfada y se muestra colaboradora hacia la investigación. Estudió hasta el sexto año de educación primaria, es la cuarta de cinco hermanos y la única mujer.

Procede de una familia de cardiópatas, su padre murió del corazón cuando ella tenía 5 años.

Considera que existe un buen funcionamiento dentro de su matrimonio y que los miembros que integran su familia se llevan bien. A su esposo lo ve como un hombre trabajador, educado y sin "mancha alguna". "Es una persona que nos ha dado todo y que se preocupa por nosotros; siempre está preguntando que nos hace falta".

A los hijos dice quererlos a todos por igual y cree que se identifica de una mejor manera con su hija mayor "ella es muy trabajadora y me comprende bien; ojalá y encuentre un marido como su padre". Respecto a la paciente, siente su padecimiento como un problema para ella misma "nosotros la atendemos muy bien cuantas veces tenemos cita con el doctor la lleva

mos" en la casa no le falta nada, todos nos dedicamos a ella".

El interés por la lectura no existe y manifiesta que son múltiples sus ocupaciones, no quedándole tiempo para distracciones; en cuanto a las relaciones sociales dice no interesarle; prefiriendo estar con su esposo.

Como madre se siente realizada pues cree proporcionar cariño y protección a los miembros del grupo y como esposa en el área sexual considera dar "amplia satisfacción" a su esposo, el que en forma recíproca la mantiene satisfecha.

Es creyente católica moderada "aunque no voy con frecuencia a la iglesia, tampoco me acuerdo solamente de Dios para pedirle". A

Alcoholismo y tabaquismo negativos".

Hijas.- Bertha.- Cociente intelectual correspondiente al término medio. De 10 años de edad, delgada, pelo de acuerdo con la edad, y sexo. Cursa en la actualidad el cuarto año de primaria y se considera buena hija, sintiendo a sus padres como cariñosos. Manifiesta llevarse bien con sus hermanos y preferir a la paciente. Los padres la consideran una buena hija, que es aplicada en la escuela, y para ella no tienen más que halagos.

Carmen.- Inferior al término medio. De 9 años de edad, morena clara, gorda; se muestra un poco huraña durante las entrevistas.

Cursa en la actualidad el segundo año de educación primaria y manifiesta llevarse bien con sus hermanas y querer mucho a sus padres. Estos a la vez la describen como una niña un tanto torpe, pero buena hija "es un tanto distraída".

Julia.- De 6 años de edad, no asiste a la escuela, es blanca, delgada y es considerada como la más juguetona de las hermanas "aunque es inquieta, casi nunca molesta" manifiesta la madre. En cuanto a esta hija los padres consideran que se ha desarrollado un tanto sin atenciones.

III.-DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES

a).- Tipo de relación que tienen con el paciente y con los de más hijos. Relación matrimonial.

El padre.- Es el segundo de cinco hermanos, con los cuales dice llevarse bien. Su cociente intelectual corresponde al término medio. Procede de un hogar donde el padre fue alcohólico crónico, el cual fue una figura ausente, "cuando éramos pequeños nos abandonó, y un tío mio hermano de mi mamá se hizo cargo de la casa"; "era muy buena gente, nunca nos pegaba, siempre estaba aconsejandonos; claro está, él tenía su familia, pero nosotros lo veíamos como padre". En cuanto a su madre la recuerda como una mujer abnegada "se pasaba los días llorando para que mi papá regresé; hace dos años supe que murió pero no fui a su

entierro porque no tenía a que"; "la pobrecita siempre luchó para que nosotros no lo odiáramos".

Recuerda que su madre a pesar de ser buena y quererlos mucho, era bastante estricta "no nos permitía andar con bromas, se fajó bien los pantalones para crearnos"; "prefería encerrarnos a permitirnos estar en la calle jugando". Es un sujeto con una visión muy pobre hacia el medio ambiente que lo rodea; se muestra dependiente ante la figura femenina, conservando con esta actitud en la esposa, a su madre, la cual ansía que viva cerca de él.

No ha podido a través del tiempo identificarse con la figura masculina, siendo con ésta con quien más problemas tiene en cuanto a sus relaciones interpersonales. Hacia los hijos desea que se mantengan cerca de él y así sentirse rodeado de afecto que no ha tenido. Limita cuantas veces puede sus relaciones extra-familiares, por el temor permanente de que algo pueda sucederle a los suyos. Es un hombre inseguro y mal autoafirmado aunque se considera que mucho le ayudó la figura del tío para forjar su realización como hombre.

La madre.- Su cociente intelectual es inferior al término medio, procede de un hogar donde la figura paterna fue ausente, ya que su progenitor falleció cuando era pequeño. A su madre le recuerda como una mujer sufrida, "ella hace el bien sin esperar que la ayuden". Hacia el sexo masculino se relaciona de una -

manera francamente dependiente. Los pocos recursos con los que cuenta, están encaminados principalmente a proporcionar ayuda a la paciente y a las otras hijas, guardando un sentimiento de culpa hacia aquella especialmente, considerando que su padecimiento del corazón es el causante de la enfermedad de su hija.-

Ante el esposo se muestra como una mujer sumisa y abnegada, esperando siempre con esta actitud ser recompensada con afecto que al igual que él necesita.

Es una mujer pasiva y dependiente, incapaz de tomar decisiones como figura significativa del grupo y sin proyección al futuro, tanto el personal como el de sus hijos.

b).- Roles

En cuanto al padre, este cumple aunque de una manera casi adecuada los roles de proveedor y protector. Siendo un sujeto mal identificado e inseguro no puede brindar afecto a los demás miembros del grupo familiar en forma correcta, aunque ellos consideran estar recibiendo.

La madre de una manera más marcada ante la dependencia que guarda para con su esposo, trata de estar jugando el papel de hermana con sus hijas, y así espera ser recompensada por su buen "comportamiento".

Las hijas aparentemente están funcionando dentro de

los roles que les corresponden.

c).- Manejo de las emociones

Al parecer este grupo familiar dá la impresión de estar funcionando adecuadamente; la agresividad en cada uno de sus miembros está reprimida, y los conyuges tratan de no hacer concientes los problemas que se suscitan en el seno de dicho grupo.

Como padres se manifiestan como protectores de una manera exagerada de las actitudes tomadas por las hijas e incapaces de enfrentarse en forma positiva a los problemas de ellas. Ante la paciente en raras ocasiones demuestran cierto rechazo, enmascarado como lástima.

Carmen trata de revelarse no lográndolo, ya que no se le dán más oportunidades para hacerlo, o más bien las posiciones en las cuales está en contra son muy confusas.

IV.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO

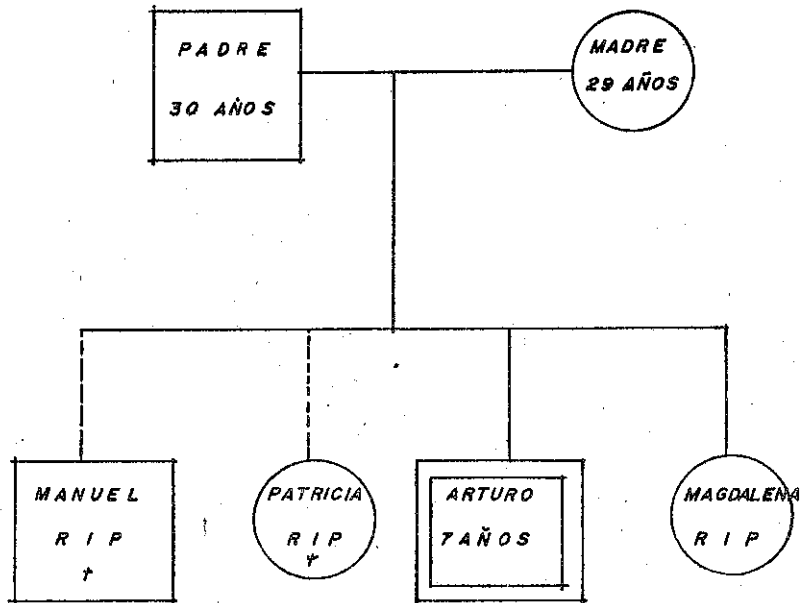
FAMILIAR Y SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE

Hasta cierto punto, esta familia, da la apariencia de un buen funcionamiento en cuanto a la integración como grupo de cada uno de sus miembros.

Con las características de personalidad de los padres no son capaces de darse cuenta de la responsabilidad que les atañe

no sólo en cuanto a un mejor manejo de la paciente, sino hacia las demás hijas, las cuales se están desarrollando con figuras de identidad, poco consistentes, lo que en un futuro a través de su desarrollo puede formar un círculo vicioso en la formación de la personalidad de cada una de ellas. La pareja matrimonial con la dependencia mutua que manifiesta no va a considerase como bien integrada en cuanto que con estas actitudes, solamente lograrán que la familia se siga desenvolviendo de - una manera poco auténtica.

ESQUEMA FAMILIAR
CASO N° 7



CASO No. 7.- ARTURO.I.- PRESENTACION DEL PACIENTE.a).- Descripción.

Paciente del sexo masculino, de 7 años de edad, que presenta Parálisis en miembro superior izquierdo y miembro inferior del mismo lado. Observándose además dificultad para la marcha ayudándose con aparato ortopédico que va hasta el tercio inferior del muslo del lado afectado; en cuanto al lenguaje presenta dificultad para la articulación de las palabras, siendo su vocabulario muy escaso.

En la actualidad, aún no ha podido obtener el control total de sus esfínteres, ya que en ocasiones se orina sin dar aviso a los que le rodean.

b).- Breve historia clínica.

Arturo es producto del tercer embarazo a término con parto distócico y al parecer no se presentaron problemas en el momento del parto ni en los primeros dos meses que le siguieron a éste, fecha en la cual comenzó a convulsionar sin causa aparente alguna. Las convulsiones tenían características epilépticas (con mordida de lengua, babeo y ronquido a decir de la madre). Cabe señalar que la madre es epiléptica diagnosticada médicamente y se encuentra bajo tratamiento desde hace veinte años.

A los tres meses de edad los padres observaron que el niño se encontraba alterado en cuanto a su desarrollo y anotan que del lado izquierdo "no tenía fuerzas"; pensaron que esto era una cosa pasajera dejándolo sin atención médica hasta los ocho meses, tiempo durante el cual ya el padecimiento había avanzado, y al ser atendido en el hospital Centro Médico La Raza, fue diagnosticado como paciente con Parálisis Cerebral Infantil.

Ha padecido las enfermedades propias de la infancia, presentando cuadros de gravedad, pero logrando sobresalir de ellos. Los padecimientos gastroenterológicos han sido frecuentes al igual que los respiratorios. La alimentación aunque con dificultad, no ha ocasionado muchos trastornos en el niño, pues más o menos se ha desarrollado dentro de límites un tanto satisfactorios.

II.- PRESENTACION DE LA FAMILIA.

a).- Ambiente físico.

Este grupo familiar radica en la Colonia Peralvillo, situada en el primer cuadro de la ciudad de México, Distrito Federal, y vive en una casa construida con tabique, techos de cemento y piso de mosaico, la cual tiene sala-comedor, cocina, baño y dos recámaras. Se puede observar limpieza y orden en

el mobiliario que es modesto; cerca de la vivienda existen -- abundantes centro de vicio, dos escuelas y un mercado. Las - vías de comunicación son múltiples.

b).- Movilidad geográfica.

Los padres son originarios de la ciudad de Guanajuato y radican en el Distrito Federal aproximadamente hace quince años. Han salido al interior de la República solamente durante períodos de vacaciones. Según el padre, con el fin de distraer a su esposa "de lo solo que se encuentra".

c).- Descripción de los miembros de la familia: edad, sexo, estructura social y cultural, nivel de aspiraciones y metas compartidas.

Padre.- De 30 años de edad, moreno, delgado, pelo lacio, mide aproximadamente 1.70 m. de estatura y pesa 65 kg.; es el último de siete hermanos, con los cuales dice llevarse bien a excepción de una hermana que por problemas económicos se mantienen alejados.

En cuanto a la esposa la considera una buena mujer como tal y como madre; se siente rodeado de atenciones que le brinda y la ve como una mujer comprensiva que se preocupa tanto de él como del chico problema. Se lamenta con frecuencia de no tener más hijos a quienes brindarle "todo lo que yo tengo".

Como padre se considera que ha cumplido en todos los niveles; espera una mejor ayuda para lograr una mejoría en --- cuanto al problema de su hijo.

Es una persona cuya escolaridad corresponde a segundo año de secundaria y dice que no pudo seguir estudiando "porque mi cabeza no sirvió para eso". Su historia ocupacional la inició en su ciudad natal como ayudante de mostrador de una farmacia; ha desempeñado varios oficios y en la actualidad desde hace cinco años tiene una tienda de abarrotes la cual atiende -- personalmente obteniendo ganancias aproximadas de milquinientos pesos mensuales.

Madre..- De 29 años de edad, delgada, morena clara, mide aproximadamente 1.55 m. de altura y pesa 50 kg.; se muestra interesada por el estudio que realizamos y al igual que su esposo espera tener, ahora sí, ayuda "ya que Dios no se la ha dado en ninguno de sus hijos"; "de los cuatro que he tenido, como usted - sabrá, tres se me han muerto, y Arturito, que es el que me vive, está enfermo; Dios sabrá lo que hace".

A su esposo lo considera un buen padre y como marido lo ve como un hombre cumplido, trabajador y colaborador para el problema del paciente. Su autocrítica como madre es considerarse como una mujer obligada a obedecer al esposo y a ver por los hijos.

Su nivel escolar corresponde a segundo año de primaria, habiendo dejado de estudiar para ayudar a su madre en los quehaceres domésticos.

III.- DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES.

a).- Tipo de relación que tienen los padres con el paciente y con los demás hijos. Relación matrimonial.

El padre.- Tiene un cociente intelectual inferior al término medio. Se trata de una persona que procede de un medio familiar en el cual sus figuras de identificación se manifestaron en una forma muy pobre como para poder incorporarlas a su personalidad. Tiene grandes necesidades de afecto por lo que en la esposa trata de encontrarlo considerándola como compañera dentro del matrimonio y madre sustituta. Recuerda de su madre múltiples actitudes de cariño para con él, considerándola una mujer abnegada y sufrida. De su padre, un sujeto un tanto ausente del medio familiar en el que se desarrolló debido a que sus necesidades de trabajo le obligaban a estar, con frecuencia, alejado de la familia. Lo consideraba bondadoso pero con muy poco carácter hacia los hijos y lo culpa de no haber sabido educar a sus hijos "nos consintió demasiado y no supo hacer de nosotros unos verdaderos hombres". Sus relaciones extrafamiliares, son muy limitadas y se reducen al trato de los pocos

familiares que radican en esta ciudad, con padres y alguna otra amistad hecha a través del tiempo que llevan de vivir aquí.

La madre.- Reporta un cociente intelectual correspondiente al término medio. Es una mujer poco dinámica que procede de un medio en donde siempre estuvo limitada "los caprichos de mis padres fueron demasiados y eso hizo que yo fuera así". Recuerda a la madre como una mujer muy dominante y a su padre como muy consentidor, ambos viven en su ciudad de origen.

Trata de vivir "sólo para mi esposo y mi niño" y en cuanto a sus relaciones extrafamiliares e intereses culturales intenta a cada momento superarse. Lee cuantas revistas o libros tiene a su alcance "muchas veces no comprendo lo que leo, pero soy una mujer que me gusta aprender algo de la vida".

Respecto a su enfermedad, la considera de menor importancia que el problema del hijo "más o menos ahí voy con mi tratamiento, en cambio mi hijo no veo que avance".

b).- Roles.

Ambos padres cumplen con sus roles de proveedores tanto de aspecto material como de protección, afecto hacia el hijo y en forma mutua. Se puede observar intereses comunes, tanto de cada uno, como para el manejo del padecimiento del niño.

c).- Manejo de las emociones.

Los padres son sujetos poco agresivos, quizá su agresión

vidad la mantienen reprimida, pero consideramos que son sujetos conscientes del problema por el cual cursan. Sus relaciones - hasta cierto punto pueden considerarse adecuadas, ya que de -- una manera general, manejan la situación más o menos en forma positiva. Ambos son dependientes.

IV.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO Y --
SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE.

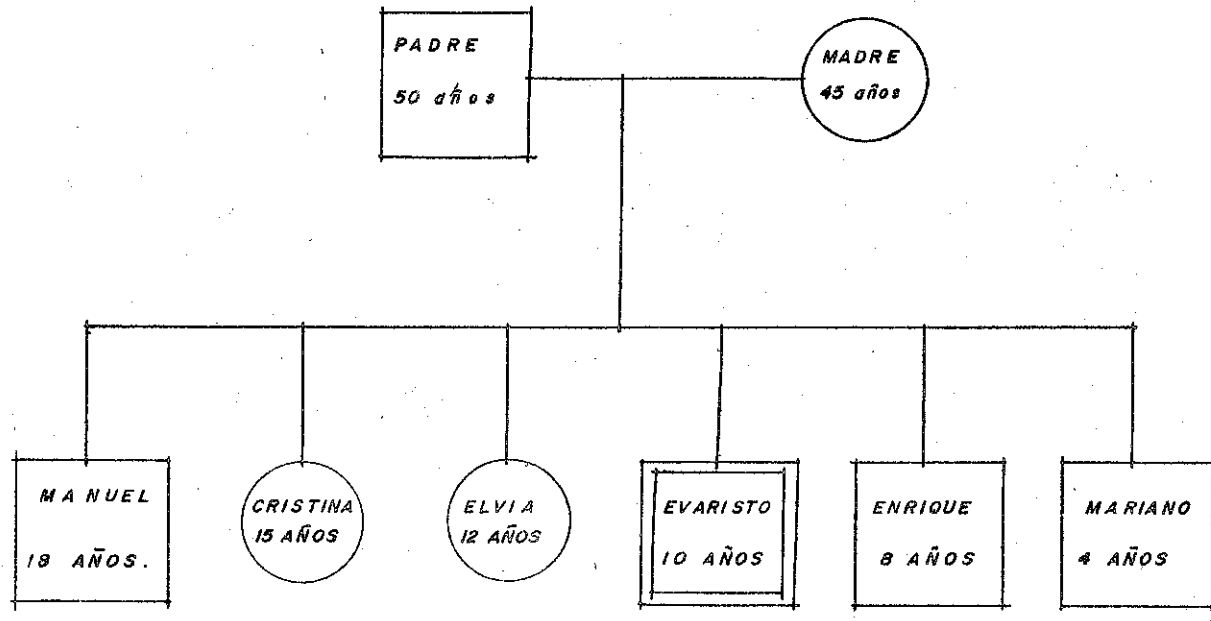
Las relaciones en este grupo son exclusivamente a nivel - de la pareja marital, ya que el hijo las establece sólo para - demandar necesidades para su atención.

Son sujetos un tanto alterados por la situación que se les ha presentado en cuanto a los hijos, ya que tres de ellos fallecieron en los primeros meses de nacidos. Como individuos - aunque con elementos económicos pobres, han podido salir adelante, sabiendo complementar sus satisfacciones y como padres la responsabilidad respecto al caso es aceptable, quizá con estas características más adelante, si hay el advenimiento de un nuevo hijo, se esperen buenos resultados para una dinámica familiar, no tan mala.

Un buen manejo de la pareja matrimonial desde el punto de psicoterapéutico ayudaría a disminuir la angustia de los padres.

ESQUEMA FAMILIAR

CASO N° 8



CASO No. 8.- EVARISTO.I.- PRESENTACION DEL PACIENTE:a).- Descripción.

Evaristo es un niño de 10 años de edad que presenta Parálisis Cerebral Infantil desde muy pequeño, al parecer debido a un mal trabajo de parto, se encuentra postrado en cama y clínicamente presenta parálisis flácida en los cuatro miembros, dorso y músculos de cuello; esto sucede cuando está en estado de reposo. En articulaciones de la rodilla y codo de ambos miembros, se observa dificultad para la extensión voluntaria y solamente a través de movimientos se aprecia la extensión de estas partes en forma incompleta.

No habla y la mirada parece que la tiene perdida, reconociendo a las personas por la voz y las sigue con la mirada.

b).- Breve historia clínica.

Evaristo es el cuarto producto de un embarazo a término y relata la madre que tuvo problemas con el peso durante el mismo, aumentando 18 kg. El parto fue distócico, pues habiendo esperado varias horas para realizarse, el parto no se llevó a cabo por vías normales, por lo que se tuvo que recurrir a la operación cesárea y los médicos aplicaron fórceps.

Alnacer, el niño pesó 5.300 kg. y como hubo sufrimiento fetal, fue sometido a maniobras de resucitación y posteriormente atendido en incubadora por espacio de 45 días, - después de los cuales le fue entregado a sus padres "en condiciones normales".

La alimentación se ha realizado con mucha dificultad, ya que desde pequeño ha habido problemas para succión; en la actualidad no controla los esfínteres y se encuentra con un severo estado de desnutrición. Es alimentado con horario un tanto estricto dado que las demandas para la ingestión de sus alimentos no existen e ingiriendo exclusivamente alimentos líquidos.

En múltiples ocasiones ha sido atendido de emergencia debido a los frecuentes trastornos gástroentéricos que ha presentado durante los diez años de vida. Está vacunado contra la tosferina, difteria, tétanos, sarampión y polio.

II.- PRESENTACION DE LA FAMILIA.

a).- Ambiente físico.

La familia vive en la Colonia Tlacotal situada al Este de México, es una colonia populosa donde existen varios centros de vicio y centros educativos y deportivos, los cuales quedan retirados de la vivienda. Cuenta con una calzada principal que sirve para vía de comunicación.

La casa está construída por cinco piezas de tabique, con techos de concreto y pisos de mosaico distribuídas de la siguiente manera: sala-estancia, dos recámaras, cocina y baño. El mobiliario es modesto pero se puede apreciar orden y limpieza.

Llevaron de radicar siete años en este sitio, antes vivían con los padres de la esposa.

b).- Movilidad geográfica.

Los padres son originarios de la ciudad de México, D. F., el padre radicó entre los 5 a 15 años en la ciudad de Guadalajara, ciudad en la cual tuvo que vivir por las necesidades del trabajo de su padre. Ya casados, los padres siempre han vivido en la capital y solamente salen cuando van de vacaciones.

c).- Descripción de los miembros de la familia; edad, sexo, estructura social y cultural, nivel de aspiraciones y metas compartidas.

Padre.- El padre cuenta con 50 años de edad, es moreno, pelo chino, mide 1.75 m. de altura y pesa 70 k. aproximadamente; su vestir es correcto y limpio. La colaboración para la investigación es pobre dado que "poco espera de ella", si se presta para la misma es porque "su esposa se lo ha pedido"; al comienzo de la entrevista contesta con monosílabos y en forma muy concreta, demostrando un desinterés marcado.

Es el quinto hermano de una familia constituida por once miembros, incluyendo los padres. Su escolaridad corresponde al tercer año de educación primaria y manifiesta que - si no siguió estudiando es porque no pudo debido a la pobreza familiar. A su padre lo recuerda como "un buen hombre, - calmado y muy dedicado al hogar", a su madre, como una mujer muy severa y seca.

Hace hincapié en que sería mejor no hablar de ella. Con sus hermanos siempre ha llevado buenas relaciones, sobre todo con las mujeres a quienes recurre cuando tiene problemas.

Su historia ocupacional la inicia desde pequeño y - recuerda que fue aproximadamente a los 7 años de edad en que ayudaba en la tienda que sus padres tenían. Posteriormente, su padre trabajó como contratista de obras de construcción - habiendo vivido en la ciudad de Guadalajara por el tiempo antes citado. Regresa a México a los quince años de edad y entra a trabajar como mesero, trabajo en el cual continúa pero en el que ha logrado mejorar, pues ahora es jefe de meseros en un restaurante. Se siente un hombre que ha luchado por - los suyos "pues siempre les he dado todo lo que han querido". Tabaquismo y alcoholismo negativos.

Siente a su esposa como una buena madre, porque es - "muy luchona aparte de lo que doy para el gasto de la casa --

ella vende cosas por abonos entre las gentes del vecindario.

Contrajo matrimonio a la edad de 30 años con su esposa quien fue la única novia que tuvo mientras vivía con su madre y dos hermanas menores solteras que quedaban. "El matrimonio ha sido bueno porque Dios nos ha cuidado".

Considera que el problema del paciente no tiene solución, pero no hacen nada tampoco por los demás miembros -- del grupo, quienes demandan sean ayudados y sienten la necesidad de que se vea más por el paciente. Aunque no considera que ha sido castigo del cielo, piensa que "es una prueba muy dura que Dios les ha puesto". Es católico ferviente.

La madre. - Morena clara de 45 años de edad, delgada, alta, - de 1.60 m. y 55 kg. de peso aproximadamente. Pelo lacio e - implantado según su sexo y además representa la edad que dice tener.

Es hija única de un matrimonio originario del Estado de Guanajuato, procede de una familia católica ferviente muy unida. Ella aún habiendo nacido en la ciudad de México, conserva las tradiciones de sus padres, sobre todo en el aspecto religioso.

Se considera buena madre por estar cumpliendo con sus hijos y su esposo, a quienes "atiende y respeta". A su esposo lo considera bueno y cariñoso tanto con ella como con

sus hijos. Recuerda a sus padres con mucho cariño. Y a la madre en especial como muy severa y dura "siempre, a pesar del cariño, estuve llena de restricciones, poco me dejaban salir cuando era niña eran ellos de poco salir y así me hicieron".

Para sus hijos desea lo mejor siempre y cuando se pueda, por mí no parará hasta que lleguen a ser profesionistas"; sufre mucho por su niño, espera que Dios se lo recoja pronto"; lo cuida mucho y esto hace que poco salga a pasear.

Su escolaridad corresponde al segundo año de secundaria y comercio. Del futuro se espera lo mejor siempre y cuando su hijo mejore aunque sea un poco "ya tendré más --- tiempo para ayudar a mis demás hijos".

Hijos.

Manuel.- De 18 años de edad, estudia el primer año de preparatoria, moreno claro, delgado y aliñado en su vestir; corresponde al término medio. Considera que su padre es buena gente queriéndolo más que a su madre, a quien siente --- "muy dura y estricta", cree que ha tenido cuanto ha querido y que terminará la carrera que escoja. Lee poco, pues "no le queda tiempo para hacerlo por las múltiples tareas que le encomiendan en la escuela".

Los padres lo consideran el hijo ideal "es buen estudiante, no fuma ni toma, poco le ha dado lata y les ayu-

da mucho en el hogar y con el paciente".

Cristina.- Con 15 años de edad, delgada, alta, estudia en la actualidad cultora de belleza, anteriormente llegó hasta el sexto año de educación primaria.

Es una muchacha dura de expresiones y se muestra colaboradora con la investigación.

La madre la descubre como una buena hija, un poco alocada "pues no se somete a las reglas impuestas en la casa". El padre la considera "muy parecida a la madre"; se muestra muy cariñosa con él, al igual que el hermano; piensa que triunfará en la vida "ya que mi hija es una mujer de mucho empeño".

Percibe a sus padres como buenas gentes "no me han dado lo que les he pedido" resintiéndose por esta actitud y manifestando encontrarse acorralada dado que sus padres le exigen demasiado en relación a sus horarios.

Elvia.- De 12 años de edad, cursa el cuarto año de educación primaria, es morena y delgada y se le observa colaboradora con la investigación; reporta inferior al término medio y -- dice "sentirse a gusto dentro de la familia a la cual pertenece". Manifiesta estar incómoda por lo de su hermano menor y a veces cansada por estar atendiéndolo tanto. Poco puede manifestar acerca de sus aspiraciones "pues aún no sé lo que

quiero". Dice que su papá es "muy bueno" y su mamá "muy regañona, por todo me reprende".

Ha repetido en dos ocasiones el segundo año de primaria y le echa la culpa a su mamá que siempre la está re---prendiendo. El padre la describe como una muchacha muy "floja, pero buena hija", la madre la considera "una rebelde sin causa"; "hace lo que le da la gana y no quiere estudiar ni obedecer en lo que se le manda". No sabe que va a ser de ella.

Enrique.- De 8 años de edad, es un muchacho vivaz y reporta término medio. Cursa el primer año de primaria y dice querer mucho a sus papás y a sus hermano Evaristo. Logra captar a la madre como una persona muy dominante; además, presenta el problema de enuresis, por lo que la madre lo reprende mucho. Es aplicado en la escuela y los padres lo consideran un muchacho muy travieso pero buen hijo.

Mariano.- Tiene 4 años de edad, no asiste a la escuela y la madre manifiesta que le pesa haberlo tenido, pues en cierta forma es un problema para atender al hermano de 10 años. Es berrinchudo y está muy consentido por el padre, quien manifiesta que es el hijo que más quiere.

III.- DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES.

- a).- Tipo de relación que tienen con el paciente y con los demás hijos.

El padre.- Tiene un cociente intelectual correspondiente al término medio. Es un sujeto con pocos recursos propios para salir adelante. Sus elementos voicos son pobres y los pocos que tiene sólo sirven para satisfacer sus necesidades narcisistas. La familia de la cual procede le brindó pocas oportunidades para poderse identificar. La figura del padre la guarda como una imagen muy pobre y la de la madre demasiado dominante, al grado de darse cuenta y trata de "olvidarla".- Es una persona con grandes sentimientos de minusvalía, dependiente de la esposa a quien la siente como una persona dominante y con la que guarda una gran dependencia. Con las personas de su propio sexo se relaciona sólo a niveles de trabajo, pues poco comparte con ellos, ya que "el hogar le quita la mayor parte del tiempo que le queda libre". Es una persona con gran carga de frustración y aunque no se considera estancado, siente que la esposa es la que le ha ayudado a salir adelante. A la esposa la considera buena madre, ante la imposibilidad de poder enfrentarse al manejo del hogar. Cree haber alcanzado sus metas por lo que se puede considerar un hombre débil para poder servir de buena figura de identidad para sus hijos.

La madre.- Se le considera con cociente intelectual inferior al término medio, es una mujer agresiva abiertamente en rela

ción con su esposo y los demás hijos. Se considera la responsable del grupo familiar por considerar a su esposo como un hombre incapaz para hacerlo "tiene un carácter muy pobre y no tiene mando para con los hijos". Procede de una familia al parecer integrada, pero guarda de su madre una imagen dominante y agresiva, la cual incorpora por sentirla necesaria para poder salir adelante. Aunque sus elementos voicos son pobres, en la realidad trata de aparentar lo contrario, pues manipula para dar la imagen de una mujer muy auténtica y positiva para su medio familiar.

Las relaciones entre los padres van a ser en forma indirecta, toman a sus hijos "como mensajeros de sus demandas", el padre trata de indentificarse y de dar una buena imagen a su hijo mayor, quien es colocado al frente de cualquier problema que tiene con la esposa y a la cual le reclama cuantas veces puede su actitud sádica y dominante que mantiene con los demás miembros de la familia y con él.

La madre no puede dar una buena imagen con los miembros de la familia, dada la agresividad con que se manifiesta. Es autoritaria y manipuladora. Trata de tomar al paciente como defensa de los problemas que no puede resolver. Es una mujer muy culpígena y sádica. Chantajista en cuantas oportunidades se le presentan.

b).- Roles.

El padre cumple únicamente con el rol de proveedor para el grupo familiar. Prácticamente es una figura ausente del medio. Va a mantener una comunicación muy pobre con los hijos varones y casi nula con las mujeres. Definitivamente la relación con la esposa va a ser en forma dependiente.

La madre, aunque dominante y agresiva, trata de mantener comunicación con los miembros de la familia, a veces en forma sádica y manipuladora. En ocasiones cumple roles de padre ante los hijos, que él no puede cumplir: (protección, afecto, figura presente, etc.), explotando estas actitudes al máximo.

De los hijos, es el mayor quien trata de mantener el equilibrio familiar a través de su posición de "hijo ideal" en cierta manera substituye en ocasiones al padre, tanto en sus relaciones con los hermanos como con la madre, de quien recibe quejas constantes de cualquier miembro de la familia. Es en él en quien recae la mayor parte de las responsabilidades en cuanto al manejo del paciente, que aunque él no lo lleve a cabo, sirve de "mayordomo" para ordenar quién va a ser el que ejecute las órdenes de la madre.

c).- Manejo de las emociones.

El padre es un sujeto con gran carga de agresividad reprimida, tratando de canalizar la agresividad no manifiesta

ta, con sus "buenas acciones" de padre ejemplar.

La madre abiertamente agradece a los miembros de la familia, siendo una mujer frustrada trata de que sus hijos logren lo que ella fue incapaz de realizar o alcanzar. Desea que todos guarden una actitud de sometimiento para ella y para quien no cumple con estas disposiciones le agradece abiertamente y le toma como "chivo expiatorio"; tal parece ser el caso de su hija Elvia.

De los hijos, el mayor trata de canalizar su agresividad reprimida a través del estudio, el deporte y su buen comportamiento. Elvia es una joven rebelde que sintiendo la agresividad con que se expresa la madre y afectándole, responde en la misma forma.

Los demás hijos al igual que el padre, se someten a las leyes impuestas por la madre "para un mejor funcionamiento del grupo".

IV.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO Y SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE.

En lo que respecta a esta familia, ha sido el paciente el que en gran medida vino a alterar la dinámica de un grupo que se encontraba en gran medida alterada. Los padres poco han cambiado en su forma de ser ya que cada uno siempre se ha manifestado en la misma forma y a través del tiempo no --

han cambiado gran cosa ni han hecho nada por resolver en forma más positiva los problemas que se han presentado.

El padre es una figura débil y poco va a servir como figura de identificación para los hijos; cuenta con muy pocos elementos para alcanzar más logros. No reconoce que es una persona fracasada y cuando los hijos le preguntan el por qué de su forma de ser, trata de evadirlos y de tomar su trabajo como el causante de esta situación.

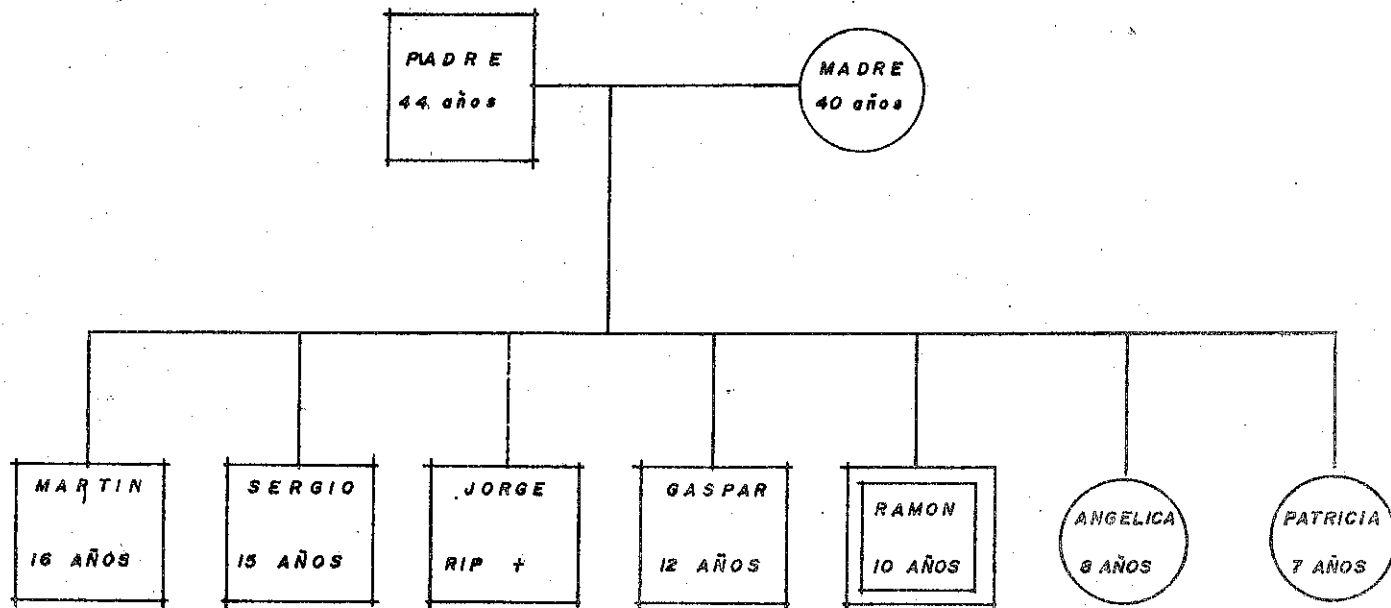
La madre se manifiesta más fuerte que el padre, pero su actitud sádica y explotadora no le permite obtener una buena respuesta por parte de los hijos, siacaso por la hija mayor en quien ve una imagen de sí misma. Siente que sus logros no son alcanzados por el problema que le ocasiona el paciente quien va a ser el blanco principal de sus frustraciones y en segundo lugar el hijo menor quien representa un serio problema desde la gestación ya que se trata de un hijo no deseado.

Los hijos están limitados en cuanto a su desarrollo y metas, pues con las exigencias de la madre sólo alcanzan lo que ella se propone; al no permitírseles una visibilidad de sus aspiraciones.

De un grupo familiar así, poco podemos esperar, pues los padres no podrán mejorar su dinámica si continúan con sus relaciones sado-masoquistas.

Las relaciones extrafamiliares se van a ver limitadas en cuanto a las actividades de los padres. Por un lado, el padre muestra poco interés y la madre no las va a permitir "en cuanto mi hijo siga viviendo", ya que la carga social y moral que para ella representa va a frenar dichas relaciones.

ESQUEMA FAMILIAR
CASO N° 9



CASO NO. 9.- RAMON.I.- PRESENTACION DEL PACIENTE.a).- Descripción.

Paciente del sexo masculino, de diez años de edad, -- que presenta alteraciones de tipo parálisis mixta en miembro superior derecho y el miembro superior izquierdo se encuentra algo afectado, observándose caída de los hombros con predominancia hacia la derecha; se observa, además, un profundo deterioro mental, ya que en la relación con el medio ambiente es inadecuada. Es un niño microcéfalo con macroglosia y atrofia mandibular. Su lenguaje presenta alteraciones de ortolalia y disartria. En cuanto a la marcha, ésta se realiza con mucha dificultad, pues no mantiene correctamente el equilibrio.

b).- Breve historia clínica.

Ramón es producto del quinto embarazo a término, pero la madre sufrió dos amenazas de aborto durante el mismo en los meses segundo y quinto. El parto fue hasta cierto punto dentro de los límites normales y el producto nació con el cordón umbilical enredado en el cuello, lo que ocasionó problemas paranales en cuanto a una respiración y llanto inmediatos. Desde los primeros días de nacido, los padres observaron que el niño tenía dificultades para la alimentación por el problema de in-

gestión y trastornos bronconeumónicos. Ha padecido sarampión teniendo las demás vacunas contra las enfermedades infecto-contagiosas de la infancia. En la actualidad, el paciente padece con frecuencia cuadros de amigdalitis, los cuales son atendidos médicamente cuando se le presentan.

II.- PRESENTACION DE LA FAMILIA.

a).- Ambiente físico.

En la actualidad la familia vive en un departamento situado en la Colonia de los Doctores de la ciudad de México, D.F., el cual consta de sala-estancia, dos recámaras, cocina y baño. El mobiliario es escaso, modesto, mal ordenado y se puede apreciar un ambiente de descuido y suciedad. La higiene y ventilación de una manera general son inadecuados.

b).- Movilidad geográfica.

El padre, es originario de la ciudad de México, D. F., y siempre ha radicado en la misma ciudad. La madre, es originaria del Estado de Morelos y tiene de radicar en esta ciudad veinte años y desde que contrajeron matrimonio viven en esta ciudad.

c).- Descripción de los miembros de la familia: edad, sexo, estructura social y cultural, nivel de aspiraciones y metas compartidas.

Padre. - De 44 años de edad, es un hombre gordo, moreno, pelo la-
cizo y de movimientos lentos. Su colaboración hacia la investi-
gación es pobre, pues al parecer demuestra mucha dificultad pa-
ra responder a los interrogatorios.

Sus estudios corresponden al sexto año de educación pri-
maria y un curso de mecánico electricista; su historia ocupacio-
nal la inició a los veinte años cuando al terminar sus estudios
se dedicó a ejercer dicho oficio, que en la actualidad es el --
mismo que desempeña trabajando en un taller de su propiedad y -
considera que sus ingresos mensuales son aproximadamente de ---
tres mil pesos. En cuanto a su esposa, la considera moderada--
mente responsable hacia sus actividades en el hogar "no niego -
que quiere mucho a sus hijos, pero los descuida casi siempre, -
yo quiero decirle que es una desobligada". Hacia los hijos de-
muestra poco interés para sus logros en la escuela; "si no los_
ayudo en sus tareas es porque no puedo, ya que siempre me la pa-
so en el taller"; "yo quisiera que ellos tomaran mi ejemplo, --
pues a mí nadie me obligó a estudiar".

En cuanto a sus intereses por incorporar aspectos inte-
lectuales, manifiesta: "no le digo que soy un niófito, pero leo -
de vez en cuando libros que me ayudan a entender a la juventud_
y a mis hijos".

Hacia el paciente, manifiesta no quererlo diciendo que

"ojalá haya un lugar donde pudiera internarse".

En cuanto a sus relaciones extrafamiliares, considera que son abundantes y que en nada influye el paciente o su familia para que éstas se lleven a cabo. Agrega que el principal problema de la familia es el económico y el carácter de su esposa.

La madre.- Mujer de 40 años de edad, delgada, de 1.60 m. de estatura aproximadamente y 55 kg. de peso; tez morena, con gestos duros, dando la impresión de estar molesta; su hablar es fluído y sus expresiones secas. Su interés por el estudio --- practicado, es aceptable.

Es una mujer analfabeta, y dice que si no asistió a la escuela es porque sus padres no se lo permitieron. Anteriormente al contraer matrimonio con su esposo, trabajó como sirvienta en diversas familias.

A su esposo lo considera como hombre cumplido pero muy alejado del hogar "nos da lo que le pido, pero él cree -- que nos va a comprar con su dinero". Como esposa, se siente una mujer sufrida y considera que tanto el esposo como los hijos no saben apreciar su sacrificio que les ha brindado "en la casa me sobo el lomo todo el día y ellos son unos malagradecidos". Las aspiraciones para sus hijos son de que "espero que ellos puedan tener más oportunidades que nosotros para --

que no sufran mucho".

Manifiesta que no le gusta tener amistades "pues de nada sirven porque siempre le andan metiendo a uno en chismes". Ese sentimiento se lo ha transmitido a los hijos y cada uno de ellos lo manifiesta en diferentes formas. Su única diversión son las telenovelas transmitidas por los canales de televisión.

Hijos.-

Martín.- De 16 años de edad, es un muchacho delgado, moreno, ligero de expresiones, muy interesado en cuanto a lo que se le pregunta y reporta un cociente intelectual correspondiente al término medio. En la actualidad, cursa el primer año de preparatoria con buenos resultados y le ayuda al padre en su taller. Los padres lo consideran un buen muchacho y ven en él "al genio de la familia"; tabaquismo y alcoholismo negativos. El siente a sus padres como elementos pasivos y que no le escuchan los problemas que les plantea, prefiriendo recurrir a los amigos y maestros para que lo orienten. Se siente inseguro ante la decisión para determinar la carrera que va a estudiar, siendo ésta su mayor preocupación.

Sergio.- De 15 años de edad, cursa el segundo año de secundaria y los padres lo consideran el hijo rebelde del grupo. Su cociente intelectual es inferior al término medio y manifiesta ser incomprendido por sus padres especialmente por la madre, que lo "fastidia frecuentemente".

Jorge.- Falleció a los 13 años de edad, a consecuencia de un problema renal crónico.

Gaspar.- De doce años de edad, en la actualidad estudia el quinto año de primaria, su cociente intelectual corresponde al término medio. Para él, los padres tienen expresiones un tanto frías. lo consideran flojo pero buena gente. El por su parte dice querer mucho a sus padres y hermanos, especialmente al paciente, que es con quien juega más.

Angélica.- De ocho años, asiste al primer año de primaria, es una niña traviesa a decir de los padres y para la madre es la preferida de sus dos hijas.

Patricia.- De siete años de edad, es la menor del grupo y al igual que su hermana asiste al primer año de primaria. El padre la considera como una niña traviesa y "malgeniuda"; la madre, por otro lado, siente que esta niña vive "en el más completo desamparo".

III.- DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES.

a).- Tipo de relación que tienen los padres con el paciente y con los demás hijos. Relación matrimonial.

El padre.- Su cociente intelectual corresponde al término medio, procede de un hogar en donde se mantenían constantes discusiones entre los padres. Su padre fue alcohólico crónico al igual que la madre en cierto grado. De su padre, dice no -

quererlo "siempre me golpeaba despiadadamente y en una ocasión me ví forzado a pegarle". En cuanto a esto último, guarda sentimientos de culpa muy fuertes. En cuanto a su madre, la recuerda como una mujer muy sufrida "la pobrecita tuvo que seguir los pasos de mi padre". Es el mayor de cinco hermanos y como tal considera que fue al que más se le exigió en cuanto a las responsabilidades del manejo de su familia a la cual perteneció. Es un sujeto muy inseguro y se siente incapaz de poder tomar la dirección del grupo como padre. Dadas las características del medio del cual formó parte, no pudo a través de los años tomar a sus figuras de identidad que fueron débiles para autoafirmarse.

La madre.- Procede de un medio familiar mucho muy agresivo, -- sus padres fueron sujetos que no pudieron dar una buena motivación a la hija para que ésta lograra a la vez una buena identificación con ellos; es una mujer satisfecha en cuanto a sus logros, los cuales se han visto obstaculizados por su grado de incultura. Hacia el esposo, se muestra agresiva y a la vez en forma ambivalente se somete. Hacia los hijos es rechazante y condiciona la forma de dar cariño en cuanto a lo que ellos le pueden brindar. Los hijos, por su parte, se sienten confusos por las actitudes tan disímiles que han tomado sus padres para su educación y manejo del grupo; no saben cómo responder a estas tan variantes actitudes y algunos de ellos se rebelan por -

estas situaciones.

La comunicación entre los padres es inadecuada y en ocasiones podríamos decir, nulas. Otras veces, es a través de los hijos que intentan mejorar dicha comunicación sin que lo logren correctamente.

Hacia el paciente, las actitudes que toman son tan variantes, que los hijos no van a saber cuál va a ser su posición ante éste. Por lo que sufren agresiones especialmente de la madre cuando ésta no considera correcta la manera de cómo los hijos tratan al paciente.

b).- Roles.-

El padre cubre el rol de proveedor y prefiere mantenerse como figura ausente del grupo considerando que esta posición tomada es la más correcta para evitar agresiones de la madre y demandas de cualquier índole que los hijos le pidan. La madre, aunque ~~considera~~ cumplir con sus roles de proveedora, protectora, afectuosidad, etc., observamos que es una mujer incapaz de ejercer su papel en forma adecuada. Los hijos, ante la actitud de sus padres, alteran su función en el cumplimiento de sus roles como tales.

c).- Manejo de las emociones.

La madre se manifiesta como la figura más agresiva del grupo, es una persona chantajista ante los demás miembros, especialmente ante el esposo, quien trata de mantener reprimida -

su agresividad, o más bien la canaliza ausentándose del medio_ cuantas veces tiene oportunidad; de los hijos, Sergio y Gaspar se rebelan ante las demandas de la madre y se manifiestan como niños rebeldes y agresivos a decir de ésta.

IV.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO Y --
SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE.

Podemos observar que se encuentra una franca alteración - en las líneas de comunicación de la dinámica de este grupo, -- siendo la madre, con sus actitudes tan distorsionadas, quien - va a acrecentar la problemática no solamente de la familia como tal, sino de sus miembros como individuos, los cuales viven en una tensión constante, lo que hace que en sus relaciones tanto intra como extrafamiliares, no puedan desarrollarse de una manera adecuada. El padre, prefiere ser un elemento ausente de_ esta dinámica, dejándole a la madre la responsabilidad del manejo del grupo y ésta a su vez parece aceptarla, pero corroboramos que su actitud para el manejo de la familia "es inadecuado. Con lo anteriormente señalado, podemos esperar muy poco de un buen funcionamiento en el futuro de esta familia.

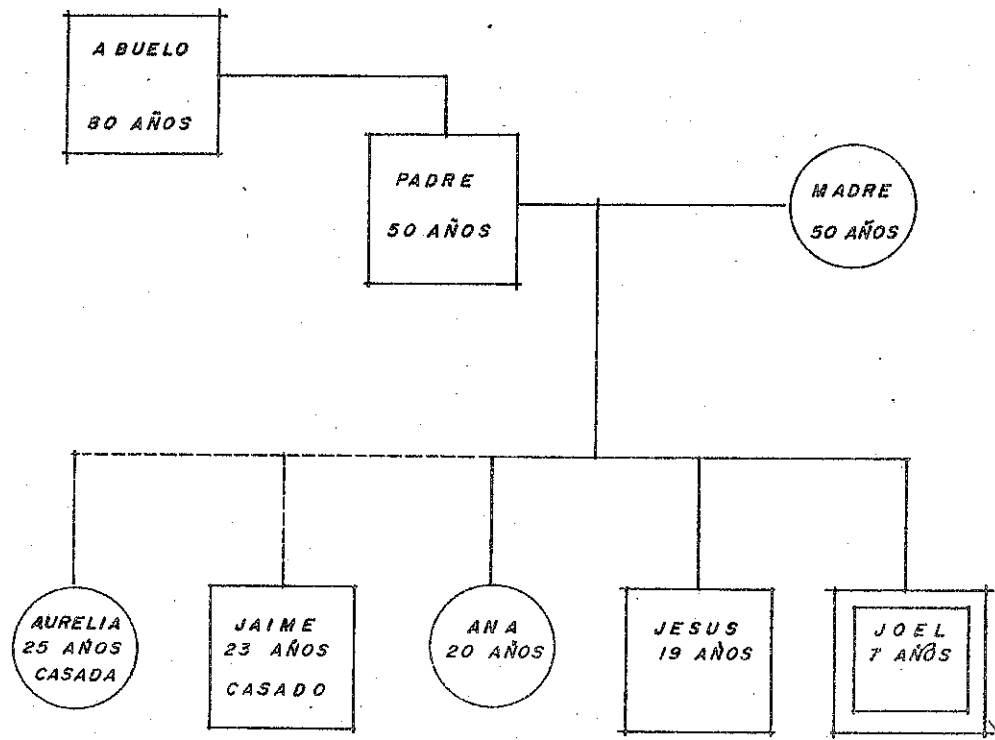
En cuanto al paciente, seguirá siendo en cierta forma "chivo expiatorio" de varios miembros del grupo y en ningún momento como en otras familias sucede, lo toman como punto de -- unión con el fin de lograr un acercamiento de las personas que

viven bajo el mismo techo.

Quizá sea el hijo mayor más adelante, quien a través de sus intervenciones logre tomar las directrices de la familia para lograr con ella un mejor funcionamiento; cosa un tanto difícil, ya que la madre no se lo permitiría porque si así sucediera no tendría elementos a quién agredir para "mantener su equilibrio personal".

ESQUEMA FAMILIAR

CASO. N° 10



CASO No. 10.- JOEL.I.- PRESENTACION DEL PACIENTE.a).- Descripción.

Paciente del sexo masculino de 7 años de edad, no ambulante, macrocéfalo, que presenta parálisis mixta de miembros superiores e inferiores, con rigidez de nuca y alteración en los movimientos oculares; la implantación del pelo corresponde a su sexo.

Presenta alteración en el tono muscular. Los miembros superiores tienden a mantenerse contraídos, tanto en la articulación del codo como en las manos, donde se aprecia un grado de prensión exagerado y constante.

El desarrollo físico corresponde a una edad de 3 o 4 años y reporta un grado de desnutrición considerable. No existe relación con su medio, emite sonidos constantes tipo quejumbroso sin poder articular palabras y mantiene una sonrisa "sarcástica".

b).- Breve historia clínica.

Es producto del quinto embarazo normal a término, de madre diabética controlada. Para el parto se practicó la operación cesárea y se usaron fórceps, y al parecer no se presentaron problemas paranatales.

Al nacer, el paciente pesó 5.400 kg. y el desarrollo

durante los primeros quince días fue aparentemente normal, fecha durante la cual y sin razón alguna, comenzó a convulsionar presentando fiebre alta y vómitos en proyectil. A este cuadro se le agregó otro con signos y síntomas correspondientes a una bronconeumonía. Fue atendido en el servicio de emergencia de un hospital particular, cediendo los cuadros antes descritos y dado de alta a los 25 días aproximadamente.

Relata la madre que después de este período observó - que su hijo ya no respondía a los estímulos de su medio externo, comenzó a presentar pérdida de peso, no ingería alimentos como antes y sus reflejos habían disminuído. Por aquel entonces, los médicos que atendieron al paciente le dijeron que su hijo se había "descerebrado" a causa de la fiebre alta presentada durante el período agudo de la enfermedad.

El desarrollo fue haciéndose más lento y complicado; los miembros fueron poniéndose "flojitos y a veces tiesos" como a los 8 meses, cuando mis otros hijos ya hasta comían carne, éste no".

Nunca gateó ni se sentó, el desarrollo físico está retardado al igual que el desarrollo mental. En la actualidad ha sido diagnosticado como paciente "Paralítico Cerebral", con lesiones cerebrales en varias áreas.

No hay control de esfínteres ni demanda adquisición de alimentos. Presenta un grado avanzado de desnutrición y --

frecuentes trastornos digestivos y broncorrespiratorios, los -
cuales han sido controlados médicamente cuando se han presenta
do. Ha sido inmunizado adecuadamente.

II.- PRESENTACION DE LA FAMILIA.

a).- Ambiente físico.

El grupo familiar vive en la Colonia Peralvillo de -
la ciudad de México, D. F., situada en el primer cuadro, habi-
tan una casa amplia de dos plantas construida de tabique, con -
techo de cemento y piso de mosaico, tiene 5 recámaras, sala, -
comedor, cocina y dos baños. La higiene y ventilación son bue-
nas, el mobiliario abundante; observándose orden y pulcritud.

Cerca de la casa hay escuelas, dos mercados, comer-
cios, cantinas y pulquerías. Las vías de comunicación son ---
abundantes.

b).- Movilidad geográfica.

Toda la familia es originaria de la ciudad de México,
y llevan más de 30 años de vivir en el mismo lugar; la casa es
propiedad del abuelo paterno.

Nunca han vivido fuera de la capital y solamente sa-
len de pases al interior de la República en períodos de vaca-
ciones.

c).- Descripción de los miembros de la familia: edad, sexo, estructura social y cultural, nivel de aspiraciones y

metas compartidas.

Padre.- De 50 años de edad moreno, pelo lacio, robusto, de 1.60 m. de estatura y 65 kg. de peso aproximadamente, con características indígenas bien definidas. Limpio en su vestir y muestra gran interés por su investigación.

Es el cuarto hermano de seis y el único varón. Sus estudios corresponden al sexto año de primaria, ha trabajado como tal y ha sido el único empleo que ha desarrollado en su vida ocupacional desde los 18 años de edad. En la actualidad trabaja en el departamento de contabilidad de una fábrica de colchones, obteniendo un sueldo de tres mil pesos mensuales.- Dentro de su trabajo ha ido obteniendo ascensos a través del tiempo y dentro de la misma fábrica.

Al interrogársele acerca de su trabajo y el, por qué lo conserva, responde: "nunca he sentido la necesidad de cambiar, pues el trabajo es muy cómodo y mis jefes me aprecian", respecto a su posición dentro del matrimonio, se siente buen padre "pues siempre le he dado todo a mis hijos", a la esposa la considera buena madre ya que "ayuda a mis hijos para que hagan todo lo que se puede", considera que el problema de la paciente no tiene remedio pero espera encontrar una mejor ayuda a través de los resultados de nuestra investigación.

No se siente una persona conformista, "siempre he luchado porque mis hijos tengan todo lo que deben" "aunque le -

diré, la única chillona es mi señora, de que mis hijos no tienen nada y que les debo de dargmás, pero yo no le hago caso".

En cuanto al aspecto cultural, se trata de una persona que no le preocupa en especial este factor, ya que poco lee en lo que se refiere a lecturas culturales; "yo lo que leo más es el periódico en las mañanas en la oficina, lo demás no me interesa".

En cuanto a los hijos, desea que logren los mejores provechos en el estudio sin que a él le cueste trabajo estimularlos, "yo les doy todo lo que es posible, allá ellos si no quieren aprovechar la oportunidad que les he brindado".

Tabaquismo y alcoholismo positivos.

La madre.- En la actualidad tiene 50 años de edad, es originaria de la ciudad de México, D. F., es la cuarta de siete hermanos de los cuales son cuatro varones y tres mujeres. Morena, obesa, mide aproximadamente 60 m. y pesa 70 kg, de peso. Aligned and en cuanto a la investigación se muestra colaboradora. - Alcoholismo y tabaquismo negativos. Sus estudios corresponden al cuarto año de educación primaria; no pudiendo seguir estudiando porque sus padres no podían ayudarla más, dadas las circunstancias tan precarias, desde el punto de vista económico - en el cual vivió.

A su esposo lo considera un desobligado y una persona que no ayuda en nada a los problemas que en el medio se presen

tan "él cree que con dar dinero se arregla todo; y además es medio tacaño; siempre anda regateando por lo que se le pide"; "además es un mujeriego y borrachín".

Respecto a los hijos se muestra como una mujer poco estimulante, ya que le da lo mismo que estudien o no. "No quiero tener más problemas, que ellos hagan lo que quieran; ojalá y los me los ilumine y lleguen a ser algo en la vida". Sus relaciones extrafamiliares son a nivel familiar y vecinos que viven por el rumbo, quejándose que el paciente la limita en sus actividades.

Al abuelo que vive en el medio, lo considera como un buen padre "no solamente vió por sus hijos sino que ahora, -- gracias a él, los míos lo ven como un padre".

Lee poco, no le gusta el cine y manifiesta ser la televisión su mayor diversión.

Considera las relaciones de los miembros que forman su familia y los grupos de las otras familias, tanto de ella como de su esposo, buenas en cuanto a las relaciones "nunca ha habido problemas ni de parte de mi familia, ni de la de mi esposo. Todos nos llevamos bien".

Como madre se siente amorosa y dedicada, "quiero a mis hijos, a ellos les brindo todo el cariño que tengo y me dedico a ellos las veinticuatro horas del día".

Hijos:

Ana.- De 20 años de edad, sus estudios corresponden al sexto año de primaria, mecanografía y corte y confección. Regordeta, lenta de expresiones y se muestra interesada ante la investigación. Su cociente intelectual corresponde al término medio.

Manifiesta ser la preferida de los padres, pero más del abuelo, de quien recibe cariño y consejos. Le preocupa la manera de actuar de su padre respecto al medio familiar -- "falta mucho a mi casa y siempre se está peleando con mamá, pero a veces ella tiene la culpa porque le reclama mucho".

A sus hermanos dice quererlos mucho y al paciente le tiene lástima "pobrecito, en mi casa nadie lo atiende, como que les da asco, pero a mí no". Sus metas principales son: casarse en cuanto tenga una persona que la quiera, tener una casa muy grande y pasear más de lo que en la actualidad lo hace.

Los padres la consideran la mejor de los hijos, "es muy obediente y seriecita, con todo se conforma y se muestra cariñosa con todos. Siempre la halagan por su carácter".

Jesús.- De 19 años de edad, estudia en la actualidad segundo año de vocacional y es considerado como buen estudiante, por los demás miembros de la familia.

El piensa que sus padres son muy "peleoneros", "por eso prefiero no estar en mi casa", pero sin embargo los siente como buenos padres, "nunca me llegan lo que les pido, ni

a mí ni a mis hermanos, hasta los casados". Con sus hermanos guarda buenas relaciones, especialmente con Aurelia que está casada y vive fuera del medio familiar.

En cuanto al paciente, dice no quererlo porque "es muy latoso, cada vez que se enferma nos hace pasar malas noches". Su cociente intelectual corresponde al término medio. El abuelo.- En la actualidad cuenta con 80 años, moreno, gordo y limpio en su vestimenta. Aunque su comprensión hacia nuestros propósitos es pobre, muestra cierto interés por el estudio. Ayuda a la economía del hogar, ya que cuenta con diversas entradas económicas de rentas y préstamos de dinero al rédito.

Está consciente de la actitud de su hijo en relación a la manera de actuar en la familia "pero él es hombre y sabe lo que hace". A la nuera la considera una buena madre, "es comprensiva y se preocupa por todos".

Se siente un elemento ajeno a la dinámica del grupo, no preocupándose por tener mejor comunicación con los elementos que lo forman "mire usted, yo ya viví mi vida, que ellos hagan lo que quieran, mientras conmigo no se metan"

Su cociente intelectual corresponde a una clasificación del término medio.

III.- DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES.

a).- Tipo de relación que tienen con el paciente y con los demás hijos. Relación matrimonial.

El padre.- Por los datos aportados a través del estudio practicado, observamos que se trata de un sujeto el cual muestra marcado desinterés por el padecimiento del paciente y en cuanto a los demás hijos, se muestra poco estimulante. A la esposa la considera como buena madre, pero mala esposa, ya que "no me comprende, como debe ser, es muy celosa y de todo se irrita".

A su madre la recuerda como buen ejemplo, muy cariñosa y colaboradora en el hogar al cual perteneció "siempre nos atendió en todo lo que se pudo; además mi padre nunca le dio problemas porque él es un hombre ejemplar; como usted puede darse cuenta, él siempre ha tenido con qué mantenernos".

No es un sujeto que trate de mejorar la situación prevalectante en la familia, es incapaz de colaborar en los problemas de sus hijos, conformista y dependiente en todos los aspectos principales que se le presentan, tales como los referentes al trabajo, relaciones sociales y problemática familiar.

La madre.- Se trata de una mujer muy frustrada, poco dinámica e incapaz para poder colaborar en forma positiva a los problemas de su medio familiar. Ante el esposo se muestra agresiva

verbalmente. Su pasividad no le permite ayudar a sus hijos a quienes se muestra como madre sufrida y abnegada y, en cierta forma, quiere jugar el papel de hermana de los mismos.

Procede de un medio familiar totalmente desintegrado. Sus padres se divorciaron cuando ella era una adolescente, -- quedando al cuidado de su madre, a quien recuerda como una mujer muy dura, agresiva y rechazante "por eso me casé, porque no quería seguir sufriendo al lado de mi mamá; pobrecita, pero era muy mala". Al padre lo recuerda como un buen hombre, pero muy desobligado, "siempre estaba borracho, y nos pegaba bastante".

Ambos padres no son capaces de enfrentarse al problema que Joel representa para la dinámica del grupo, frecuentemente se culpan del padecimiento del niño. La madre acusa al padre que es el resultado de sus "borracheras y de lo mujeriego que es". El padre a la vez manifiesta que ella es la causante, "pues ya los doctores le habían dicho que no podía tener más hijos por su azúcar; yo no sé por qué lo hizo".

Los hijos prefieren mantenerse ausentes del medio familiar lo que más pueden durante el día, ya que están cansados de las quejas de su madre, quien es una mujer demasiado culpígena.

b).- Roles.

El padre cumple de una manera marcada con su rol ex-

clusivamente de proveedor. Como elemento estimulante para los miembros de su grupo es nulo. Trata de resolver en forma material los problemas de quienes dependen de él.

La madre, al igual que el padre, funge como proveedora de sus hijos, con quienes a la vez intenta jugar el papel de hermana, si no ante el esposo, sí ante el abuelo, --- quien se muestra como "buena hija", y de quien trata de sacar el mejor provecho. El abuelo, es una figura poco importante dentro de la dinámica de esta familia, a propósito trata de inmiscuirse lo menos posible en las relaciones que --- guardan sus miembros.

Los hijos, ante la actitud de los padres y del abuelo, prefieren mantenerse alejados del medio. Huyen cuantas veces pueden con el fin de no entrar en conflictos.

c).- Manejo de las emociones.

De los miembros de esta familia, es la madre la figura más agresiva, pero al no lograr el propósito de llamar la atención, especialmente del esposo, se somete a él; ante los hijos se muestra como madre mártir, quejándose de darles todo sin recibir nada a cambio. El esposo agrade a través de su ausencia del hogar. Los hijos reprimen su agresividad cuanto pueden. Jesús la canaliza hacia el paciente y Ana -- prefiere someterse con el fin de sacar mayor provecho de su actitud.

IV.- INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO Y SUS INTERRELACIONES CON EL PACIENTE.

En este grupo podemos observar una marcada alteración - en las líneas de comunicación y cuando ésta existe, lo es a niveles sado-masoquistas entre los esposos principalmente.

Los elementos de identificación de la madre fueron nullos, de los cuales sólo pudo adoptar aspectos negativos, tanto de ellos como del medio en el cual se desarrolló anteriormente.

Es una mujer con mucha falta de cariño que trata de encontrarlo en quienes la rodean. Sólo se preocupa de ella -- sin darse cuenta del abandono en que tiene a sus hijos. Con esta actitud los hijos la perciben como figura demasiado débil, de quien no esperan nada para poder realizarse. El padre es un hombre ausente del grupo, quien sólo cubre las necesidades materiales de sus hijos y de su esposa, un sujeto narcisista que sólo le preocupa su persona.

En cuanto al paciente, todos muestran indiferencia y de una manera abierta, rechazo; lo consideran una carga para poder desenvolverse. Creen que éste es quien no ha permitido un buen funcionamiento del grupo. La madre guarda hacia Joel grandes sentimientos de culpa, ya que manifiesta que pensó que si se embarazaba de nuevo iba a lograr el "retorno" - de su marido al hogar.

IV.- TERCERA PARTERESULTADOS.

En las diez familias estudiadas, observamos lo siguiente:

En todas ellas existe, en un mayor o menor grado, una alteración en las relaciones intrafamiliares, de los padres entre sí, los hijos y algún otro miembro que esté viviendo dentro del grupo que integra la familia. (Casos No. 5 y 10).

La mayoría de las madres (Casos No. 1, 2, 6, 7, 9 y 10), actúan como mujeres sumisas, pasivas y explotadoras hacia los miembros del grupo, especialmente ante los maridos de quienes esperan obtener el mejor provecho para así sentirse realizadas como tales.

Hacia los hijos, a pesar de las características antes señaladas, se muestran abnegadas y tratan de demostrarles el "sacrificio" que hacen por ellos. En los Casos 3, 4, 5 y 8, las madres se manifiestan en forma franca como mujeres agresivas, dominantes, rechazantes y sádicas. Quieren que sus hijos logren lo que ellas no pudieron lograr y así, a través de ellos, sentirse realizadas también.

En los diez casos observados que se trata de mujeres poco autoafirmadas, con muchas frustraciones, en las cuales sus figuras de identificación fueron débiles y en cierto mo-

do ausentes. Sus ambiciones sociales y económicas se han visto obstaculizadas y es esto lo que no les va a permitir en parte, que jueguen el rol que les corresponde.

De una manera muy pobre van a gratificar a sus hijos, los cuales en casi todos los casos están viviendo el conflicto de los padres, provocándoles inseguridad y confusión en los papeles que desempeñan dentro de la Dinámica familiar.

No en todos los casos (excepto los Casos No. 1 y 6), se percatan de la magnitud de la enfermedad del paciente, ni pueden darse cuenta de cómo manejar mejor el problema. Todas ellas toman una actitud extrema en el mismo, rechazando o sobreprotegiendo.

Es muy importante señalar el papel de la abuela (Caso No. 5), la cual funge como madre y se manifiesta como una mujer agresiva y rechazante, en cuanto que se trata de una mujer altamente frustrada, desarrollada en un medio donde las pautas de conducta fueron demasiado estrictas y posteriormente estuvo ligada a un hombre con el cual nunca estuvo satisfecha.

Los padres, en los casos investigados, al igual que las madres, son sujetos frustrados a través de lo poco que pudieron incorporar de sus figuras de identidad. Se manifiestan, en los casos en que las esposas son sumisas, como

la figura principal del grupo; pero a la vez los hijos los van a tomar como elementos de identificación positiva. En cuanto a los otros padres, en donde la esposa aparece como dominante, éstos son desplazados a un segundo plano y vienen a ser figuras ausentes o casi nulas para estimular a los hijos y, en sí, al grupo familiar. En estos casos, la dinámica toma un cariz más caótico.

Los hijos van a ser elementos de choque como resultado de la mala relación existente entre los padres. En ocasiones, a través de ellos, es que logran una mejor relación -- sin que ésta sea del todo adecuada. En el caso No. 3, podemos observar cómo en un hijo y en forma francamente la agresividad de los padres, tomándolo como "Chivo Expiatorio", -- frenándolo de tal modo, que han logrado desorientar y reducir su visión en cuanto a sus metas futuras.

LAS MADRES.

En lo que se refiere al modo de relación de las madres, observamos en los Casos No. 1, 5, 6 y 7, se relacionan en forma narcisista proporcionando amor condicional y cierto grado de machismo. Son mujeres que en cuanto al grado de agresividad, se manifiestan raras veces como tales. Por lo que toca a su responsabilidad y cooperación, notamos que el grado en estos dos aspectos, es bajo, y está condicionado a

la estimulación que le brinden sus esposos. El realismo en estas mujeres, es pobre.

Su actitud ante el sexo opuesto es de dependencia y sumisión y sus niveles de aspiraciones se mantienen en bajo índice, tanto para ellas como para sus hijos. Estas madres, - tienden a manifestarse con rasgos de minusvalía.

En los casos restantes (No. 2, 3, 4, 8, 9 y 10), en mayor o menor grado se trata de mujeres que van a demostrar rechazo, indiferencia y sadismo en su modo de relación. Ellas van a manifestar niveles altos de agresividad que expresan - de diferentes maneras y en forma franca.

Hasta cierto punto, son más cooperativas y responsables; estimulan más a los hijos que las otras, aunque en ocasiones exigen demasiado de ellos, creándoles un mundo de inseguridad y desconfianza. El rasgo de dependencia en estas madres en raras veces se presenta, pues más bien ante los esposos - mantienen una actitud agresiva. Son más autosuficientes demostrando más realismo en cuanto a sus aspiraciones tanto -- propias como de los suyos. Por lo general, no aparecen sentimientos de minusvalía en ellas.

PADRES.

En los casos 2, 4, 9 y 10, éstos van a aparecer como -- las figuras principales del grupo, manifestando en su forma

de relación una actitud sádica, rechazante y proporcionando un amor indiferente hacia los miembros del grupo. En cuanto a las aspiraciones, tanto personales como hacia los hijos, éstas son inadecuadas.

Son sujetos agresivos al grado sumo, que actúan dentro del grupo impidiendo una buena comunicación entre los miembros de cada uno de ellos.

Aparentemente, aparecen como sujetos productivos con cierto grado de responsabilidad y cooperación en la medida en que actúan como proveedores. Su actitud frente al sexo contrario es de rechazo, tratando de influir sentimientos de minusvalía hacia la mujer.

En los casos restantes, los padres se van a manifestar en un grado menos intenso como figuras significativas, otras veces su presencia es tan débil, que actúan como sujetos ausentes. En estos casos, el modo de relación, la productividad, creatividad, actitudes ante el otro sexo, niveles de aspiración, etc., se ven manifestados en formas un tanto ambivalentes.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.

De los resultados obtenidos en la investigación efectuada, nos damos cuenta que se trata de familias con elevados índices de alteración en sus relaciones intrafamiliares. No existe una buena comunicación en las líneas que se entrecruzan en la dinámica familiar de cada grupo.

Hay que tomar en cuenta las características del medio familiar del cual procede el padre o la madre; estos medios fueron demasiado pobres para proporcionar estímulo suficiente y dar pautas necesarias a la autoafirmación de cada padre. Las figuras de identidad a las que se encontraron ligadas -- fueron o son (como en los casos 5 y 10) muy débiles o ausentes; y en otros casos rechazantes, ocasionando con esto, obstaculización para alcanzar logros y una adecuada madurez para sus personalidades. Los patrones de conducta trazados en sus familias se encontraban poco delineados, no pudiendo con esto, dado lo confuso de los mismos, adoptarlos, sintiéndose incapaces de formar nuevos patrones para las relaciones de la nueva familia que actualmente forman.

En casi todas las familias estudiadas, se puede ver que existe una integración defectuosa o una desintegración casi total; por lo que los cónyuges de nuestro estudio, en cuanto

a sus roles, tratan a veces de copiar pautas que siguieron - sus padres y cayendo con esto en un círculo vicioso con resultados negativos.

Del medio ambiente que los rodea, no han podido incorporar de una manera adecuada situaciones necesarias para un mejor interjuego de la dinámica familiar, tales como: los cambios sociales de las diferentes épocas que han vivido, el avance escolar de los hijos que en ciertos casos superan a su nivel de escolaridad, los nuevos medios de comunicación, etc. Esto los hace sentirse desadaptados y tratan de influir sobre los hijos de una manera inconsciente, aumento de la problemática de éstos.

Las madres, con características de abnegación y sumisión, no cumplen con los roles de protección o estímulo que los hijos les demandan, por lo que éstos se sienten inseguros y confusos según el grado de abandono, pudiendo llegar a una marcada rebeldía. Esto último es más palpable en los hijos de madres rechazantes, dominantes y agresivas, como respuesta a no querer someterse a sus demandas.

En unos casos, los padres, al no querer integrarse al grupo por las actitudes de las madres, se rebelan ante la responsabilidad que les corresponde como tales; manifestándose se como padres autoritarios, e irresponsables, considerando

que esta es la mejor manera de actuar ante los miembros que integran la familia. En otros casos compiten con los hijos tomando el papel de padre-hermano, sometiéndose a las madres cuyas características de personalidad resaltan como más fuertes en cuanto al manejo del grupo.

Otras veces el padre mantiene una actitud de indiferencia ante los problemas que se suscitan dentro del grupo y -- permanece como una figura ausente.

En el caso No. 5, el padre se somete a la figura de la abuela que vive en el medio y, aunque ésta lo agrade abiertamente, prefiere mantener una relación simbiótica sado-masoquista, a intentar enfrentarse a la problemática y manifestarse como una figura importante dentro de la dinámica del grupo.

En estas familias no existe en forma franca lo que podríamos llamar necesidades complementarias que en cierta forma ayudan para una satisfacción del presente con preparación al futuro. Estas necesidades deberían de manifestarse en -- forma mutua. De una manera unilateral, en los casos 2, 3, 4 y 8, las madres consideran estar creando necesidades complementarias hacia los hijos "preparándoles un mejor futuro, según ellas, pero más bien es el verlos triunfar, y así a través de ellos sentirse realizadas y satisfacer logros que no pu--

dieron obtener.

Excepto en el caso No. 1, los demás padres tienden a -- adoptar actitudes regresivas y con esto desentenderse no solamente del problema del paciente, sino que aumentan su -- irresponsabilidad; así no podemos esperar mucho de ellos para sacar a la familia adelante. Son sujetos con elementos yocicos muy pobres.

En cuanto a los hijos, salvo en algunos casos en que -- por sí solos y de una manera muy relativa tratan de manejar la problemática que están viviendo. Discuten con los padres y en forma más directa les demandan ayuda para resolverles sus problemas, sino también para que se den cuenta que día a día la situación familiar se va agravando; otros hijos hacen sus demandas a través de su rebeldía, o se someten a sus padres, pues de esta manera mantienen un equilibrio, aunque inadecuado, del grupo a que pertenecen.

En cuanto a los hijos casados, nos dimos cuenta que tomaron el matrimonio como una huida a la problemática de su medio familiar.

En ciertas ocasiones los hijos son tomados como elementos de comunicación entre los padres, ante la imposibilidad de éstos de poder comunicarse de una manera adecuada y más directamente.

Los pacientes van a ser para los padres y otros miem---

bros de la familia, los causantes de la situación actual o de la unión matrimonial; el blanco de sus descargas agresivas, los elementos que han frustrado las relaciones extrafamiliares, o bien, el punto de unión de los miembros del grupo, especialmente de los padres, etc.; quienes no han podido tomar conciencia de la magnitud del problema en cuanto al manejo del chico. Al paciente solamente lo miden en relación al aspecto social y al sentirse afectados, por lo general lo rechazan.

A través del desarrollo de nuestra investigación, pudimos corroborar los aspectos planteados en nuestra hipótesis de trabajo.

Ya que el niño "Paralítico Cerebral", viene a agravar más la dinámica familiar de cada grupo; pero debemos hacer hincapié que estos grupos como subestructuras sociales ya se encontraban alterados antes del advenimiento del paciente, tanto la pareja matrimonial como sus descendientes a través de las malas relaciones intrafamiliares que han venido sosteniendo en el curso de los años de matrimonio y en sus familias a las cuales pertenecieron. Los pacientes son factores desencadenantes de múltiples reacciones en cada uno de los miembros que anteriormente no eran manifiestas abiertamente.

*Ud. encontró q todos sus familiares
eran patológicos?
Según Thomson, q fines debe cumplir*

Mientras en cada familia no se tome conciencia del problema, no tanto en cuanto al punto de vista clínico, sino desde el punto de vista de dinámica familiar; los grupos seguirán desintegrándose como tales, al igual que los miembros aumentarán sus problemas.

Dado que los pacientes están y seguirán siendo una "carga" para cada familia, pensamos que es conveniente y necesario una ayuda psicoterapéutica a los grupos familiares que fueron objeto de nuestro trabajo, y así poder lograr no solamente una mejor salud mental del grupo, sino que un mejor manejo del niño con Parálisis Cerebral Infantil.

Este es solamente un estudio preliminar en el amplio campo de la dinámica familiar realizado en nuestro medio; que no podría tomarse como guía definitiva para realizar otros en el futuro.

La metodología que seguimos resultó, hasta cierto punto, deficiente; considerando que nos encontramos diversas variantes al realizar nuestro estudio, aún cuando las características de las familias fueron semejantes en cuanto a nuestro criterio de selección.

En el futuro sería interesante ver el funcionamiento de dichas familias para darnos cuenta de sus actuaciones a través del tiempo transcurrido.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abraham Karl, The Narcissistic Evaluation of Excretory Processes in Dreams and Neurosis, New York. Hogarth Press, 1920.
- 2.- Ackerman, N. W., Diagnóstico y tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires, Edit. Hormé, Paidós, 1966.
- 3.- Adler, Alfred, The Education of Children, New York, 1930.
- 4.- Arieti, Silvano, American Handbook of Psychiatry, New York, Basic Books Inc. 1959.
- 5.- Arieti, Silvano, Interpretation of Schizophrenia, New York, Robert Brunner, 1955.
- 6.- The Psychotherapy of Marital Disarmony, Bernard L. Greene M. D. Edit. by Bernard L. Greene M. D. New York, 1965. Free Press, New York.
- 7.- Blomfield, J. M. and Douglas, J. W., "Bed-Wetting prevalence among Children aged 4-7 years"., Lancet, 1:850, 1956.
- 8.- Borinson, H. L., and S. C. Wang, 1949: Functional Localization of Central Coordinating Mechanism for Emesis in Cat. J. Neurophysiol, Vol. 12 pp. 305-314.
- 9.- Brain, Lord, Enfermedades del Sistema Nervioso, Edit. El Ateneo, México, 1965.
- 10.- Carballo, Rof Urdimbre Afectiva y Enfermedad, Barcelona, Edit. Labor, 1961.
- 11.- Carmichael, Leonard, Manual de Psicología Infantil, México, Edit. El Ateneo, 1957.
- 12.- Carroll, Herbert A., Higiene Mental - Dinámica del Ajuste Psíquico, México, Cía. Editorial Continental, 1961.

- 13.- Clark, A. W. and Van Sommers, P., "Contradictory Demands in Family Relations and Adjustment to School and Home", Hum. Rel., 14:97-111, 1961.
- 14.- De la Fuente, R., Psicología Médica, México, Fondo de Cultura Económica, 1964.
- 15.- Derbez Muro, Jorge, Comunicación Personal.
- 16.- Deutsch, Helen, Psicología de la Mujer, Buenos Aires, Edit. Lozada, 1958.
- 17.- Drillien, C. M., Ingram, T. T., Russell, E. M.: Comparative Aetiological Studies of Congenital Diplegia in Scotland Arch Pediatrics. 79:233-250, July, 1962.
- 18.- Eastman, N. J.: The Obstetrics Gynecology Survey, 17: 459-500 August, 1962.
- 19.- Easson, W. M., and Steinhilber, P., "Murderous Aggression by Children and Adolescents", Arch. Gen. Psychiat., 4:1-9, Jan. 1961.
- 20.- Ehrenwald, Jan., Neurosis en la Familia, México, Siglo XXI, Editores, 1967.
- 21.- Ehrenwald, J., "Family Diagnosis and Mechanisms of Psychosocial Defense"., Fam. Proc., 2, 121-131, 1963.
- 22.- English, Spurgeon and Pearson, G., Emotional Problems of Living, New York W. Norton and Co., 1945.
- 23.- Erikson, Erik, Infancia y Sociedad, Buenos Aires, Edit. Hormé, 1959.
- 24.- Fenichel, Otto, The Psychoanalytic Theory of the Neurosis, New York W., Norton and Co., 1954.
- 25.- Fernández Pérez, Marisa, Investigación Psicológica sobre la Dinámica Familiar de Cinco Esquizofrénicos, México, Universidad Nacional Autónoma de México (Tesis), 1965.
- 26.- Finch, Stuart, Fundamentos de Psiquiatría Infantil, Buenos Aires, Edit. Psique, 1962.

- 27.- Flügel, J. C., Psicoanálisis de la Familia, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1961.
- 28.- Freud, S., Historiales Clínicos, Ed. Americana, Tomo 1, 1954.
- 29.- Fromm, Erich, Etica y Psicoanálisis, México, Fondo de Cultura Económica, 1957.
- 30.- Fromm, Erich, El Miedo a la Libertad, Buenos Aires, Edit. Paidós, 1957.
- 31.- Fromm, Erich, El Corazón del Hombre, México, Fondo de Cultura Económica, 1966.
- 32.- Gesell, Arnold, y C. Amatruda, Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1946.
- 33.- Grunebaum Henry U. and Bryant Charles M. The Theory and Practice of the Family Diagnostic. Part II. Boston Massachusetts. 1965.
- 34.- Jackson, Don D., The Etiology of Schizophrenia, New York, Basic Books Inc., 1960.
- 35.- Kanner, Leo, Child Psychiatry, Springfield, Ill, Charles C. Thomas, 1957.
- 36.- Klein, Melanie, El Psicoanálisis de Niños, Buenos Aires, Biblioteca de Psicoanálisis, 1948.
- 37.- Kuri Santoyo Eleazer, Estudio Psicodinámico en 10 Familias de Niños Enuréticos, Universidad Nacional Autónoma de México, México (Tesis), 1969.
- 38.- Lemkau, P. V., Higiene Mental, México, Fondo de Cultura Económica, 1963.
- 39.- Lidz, Th., Fleck, S., Cornelison, A. et al., Schizophrenia and the Family, New York, International Universities Press, 1965.
- 40.- Linton, R., Cultura y Personalidad, México, Fondo de Cultura Económica, 1959.

- 41.- Macías, Raymundo, Condiciones Generales y un Diseño sobre una Investigación Psicosocial de Dinámica Familiar. IV Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, 1966.
- 42.- Mc. Donald, A. D.: Congenital Defects Associated with Prematurity; Arch Diseases Child. 37:280-288, June 1962.
- 43.- Matte-Langlois, J., Famille, Vocation et Séminaire, Paris, Les Editions du Cerf, 1966.
- 44.- Mayer-Gross, Slater a. Roth, Clinical Psychiatry, London, Cassell and Co., Ltd., 1960.
- 45.- Merrit,: Textbook of Neurology, Philadelphia Lea and Febeger, 1963.
- 46.- Mowrer, O. H., Learning Theory and Personality Dynamics, New York, Ronald Press, 1950.
- 47.- Nágera Pérez, Educación y Desarrollo Emocional del Niño, México, Edit. Prensa Médica, 1959.
- 48.- Nelson,: Textbook of Pediatrics, Philadelphia, W. B. Saunders, Co. 1960.
- 49.- Noyes, Artur P. y Kolb, Lawrence C., Psiquiatría Clínica Moderna, México, Prensa Médica Mexicana, 1966.
- 50.- Ranson y Clark. Anatomía del Sistema Nervioso. Décima Edición (Reimpresión).
- 51.- Ravich Robert A. M. D., Morton Deutsch, Ph. D., and Bert Brown. An Experimental Study of Decision-Making and Marital Discord, New York, 1963.
- 52.- Reydy, J. J., "The emotionally disturbed child: problems within the family", Southern Méd. J., 53: 1127-32, Sept. 1960.
- 53.- Reporte No 56 "Una Crisis Familiar ante un Problema de Retardo Mental", Group for the Advancement of Psychiatry, New York, 1965.
- 54.- Riskin, J., "Family Interaction Scales: A Preliminary Report", Arch. Gen., Psychiat., 1,484-494, 1964.
- 55.- Riskin, J., "Methodology for Studying Family Interaction", Arch. Gen. Psychiat., 8, 342-348, 1963.

- 56.- Roboz, P.: Etiology of Congenital Cerebral Palsy, Arch. Pediatrics. 79, 233-250, July, 1962.
- 57.- Rykoff, I., Day, J. Y. Wynne, L. C., "Maintenance of Stereotyped Roles in the Families of Schizophrenics", Arch. Gen. Psychiat., 1:109 - 114, 1959.
- 58.- Stone, J. Y Church, J., Niñez y Adolescencia, Buenos Aires, Edit. Hormé, 1959.
- 59.- Tashman, Harry S., La Familia Neurótica de Nuestro Tiempo, Buenos Aires, Edit. Psique, 1962.
- 60.- Veron E., Kornblit, A., Malfe R., and Sluzki, C. E., "Estructuras de Conducta y Sistemas de Comunicación Social", Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina, 9: 297, 1963.
- 61.- Vogel, E. F., and Bell., N. W., "The Emotionally Disturbed Child as the Family Scapegoat", Psychiat. and Psychol. Rev., 47: 21-42. 1960!