

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA

METODO PARA LA INVESTIGACION
DE LA DINAMICA FAMILIAR DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO.

LILIA GLORIA PUCHI GARCIA.

ASESOR
FERNANDO RUIZ CORTES.

MEXICO.
1985

FALLA DE ORIGEN

[Handwritten signatures and initials]
V.B.
H. C. F.

adm 9-III 85



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

11241
2 of 33

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	2
CAPITULO I REVISION DE LA LITERATURA: CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA.	5
CAPITULO II REVISION DE LA LITERATURA: AMBIENTE FAMILIAR DEL ESQUIZOFRENICO.	16
CAPITULO III MATERIAL Y METODO.	35
CAPITULO IV CASUISTICA Y RESULTADOS.	
CASO No.1	38
CASO No.2	52
CASO No.3	64
CASO No.4	80
CASO No.5	94
CAPITULO V DISCUSION.	104
CAPITULO VI CONCLUSIONES.	106
BIBLIOGRAFIA.	107

INTRODUCCION :

El objeto de esta tesis es el de mostrar la utilidad de un método que permita comprender la dinámica familiar del esquizofrénico, las interacciones que existen entre sus distintos miembros, y la influencia de dicha dinámica sobre el paciente esquizofrénico. No se pretende investigar cual es la dinámica familiar del esquizofrénico en nuestro medio sino unicamente ensayar un método y probar su utilidad al aplicarlo al estudio de la esquizofrenia.

Por lo que este trabajo está orientado hacia una mejor comprensión de la posible influencia que las relaciones familiares tienen en la producción de este padecimiento. Pretende demostrar la utilidad que tiene el investigar la dinámica familiar, como unidad en la formación de la personalidad, y así poder comprender al esquizofrénico como hombre y no como simple objeto de estudio.

Los progresos hechos en Neurobioquímica y Neurofisiología han permitido esclarecer un cierto número de hipótesis sobre la biología de la esquizofrenia, pero sopesando el valor de estas investigaciones no puede hablarse en términos de causalidad única porque el proceso esquizofrénico es una resultante de la interacción tanto de factores biológicos como de factores psicosociales.

Entre estos últimos, el papel que juega la familia fué percibido desde los tiempos de Kretschmer y Bleuler.

La escuela americana renovó las perspectivas de la comprensión y del tratamiento dirigiendo la atención hacia las relaciones del esquizofrénico con su grupo familiar como formador de la personalidad esquizofrénica por alteración de la comunicación intrafamiliar.

Investigaciones de este tipo se han llevado a cabo en los E.U. principalmente, estudiando a cada uno de los miembros de la familia y observando directamente en su propio medio el funcionamiento de ésta como grupo.

Ackerman (1) señala la importancia de las relaciones familiares en la formación de la personalidad, al decir que ningún individuo puede vivir solo; que aquellos que tratan de hacerlo están destinados a la desintegración como seres humanos, porque "es una experiencia compartida". En los primeros años se comparte casi exclusivamente con los padres y los miembros de la familia y ésta última es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, de salud y enfermedad.

La familia asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre. La satisfacción de las necesidades biológicas básicas es esencial para sobrevivir, pero es necesaria

la experiencia familiar de estar juntos para que se desarrollen las cualidades netamente humanas.

Para este autor los fines que cumple la familia moderna son :

1.- Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y brindan protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.

2.- Provisión de unidad social , que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.

3.- Oportunidad para desplegar la identidad personal ligada a la identidad familiar; el vínculo de identidad proporciona la identidad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.

4.- El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.

5.- La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6.- El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Las actitudes y acciones emocionales de cualquier miembro de la familia se expresan en lo que necesita, como intenta conseguirlo, que está a dispuesto a dar en retribución, que hace si no lo consigue y como responde a las necesidades de otros.

La tarea de la familia es la de socializar al niño y fomentar el desarrollo de su identidad. El íntimo y continuo contacto que el niño tiene con los miembros de su familia, parece ser decisivo en la implantación de su sistema de valores y actitudes. Las esperanzas recíprocas de los miembros de la familia se organizan dentro de una concepción de la familia que es compartida por sus miembros. Esta concepción familiar puede ser experimentada por ellos como una fuerza en si misma y puede actuar en forma refleja sobre los individuos para reafirmar y fijar sus papeles.

El estudio de la dinámica familiar del esquizofrénico es sumamente compleja porque se aborda el problema desde un solo ángulo. Las investigaciones enfatizan una o varias de las posibles influencias familiares que más tarde pudieron conducir al paciente hacia la enfermedad; la mayoría hacen hincapié en el papel que ha jugado la madre en la vida del esquizofrénico, lo que dió origen al concepto de la " madre esquizofrenizante "; Lidz y Colbs., señalan el papel que tiene el padre en la dinámica familiar del esquizofrénico; algunas otras encaminan sus estudios hacia una valorización de la dinámica de la familia como grupo; otras más consideran que es el tipo de relación que tienen los padres del esquizofrénico la causa principal de un ambiente familiar que predispone a la esquizofrenia, más que la patología particular que puede presentar uno de los padres (24), etc.. En cuanto al método seguido por los distintos investigadores, difiere notablemente de unos a otros mientras algunos extraen los datos de las historias

clínicas de los hospitales para enfermos mentales, y a partir de ellos encaminan sus interpretaciones hacia la valoración de las influencias nocivas en la vida del paciente, otros interpretan los datos obtenidos en sesiones psicoanalíticas, lo que sí por un lado, ofrece mayor profundidad a la investigación, por el otro presenta una muestra muy reducida; otros más toman como material de estudio aquellas historias que ofrecen el mayor número de datos, o bien estudian únicamente aquellas familias que se prestan voluntariamente a una investigación prolongada y se someten a entrevistas periódicas, visitas al hogar, tests psicológicos, en tanto que otros se concretan a una o dos entrevistas, etc..

Como puede apreciarse fácilmente los resultados a los que llegan los investigadores en este terreno no sólo son de muy diversa índole, sino que muchas veces son contradictorios.

Por esta razón, parece necesario encontrar un método de estudio de la dinámica familiar del esquizofrénico en nuestro medio.

CAPITULO I

REVISION DE LA LITERATURA.

CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA.

Emilio Kraepelin (1855-1926) fué el primer psiquiatra que diferenció del conjunto de pacientes mentales internados, la entidad patológica denominada Dementia Praecox. Este nombre había sido empleado anteriormente por el psiquiatra francés Morel, pero no con idéntica significación. Para Morel, praecox significaba que el estado demente comenzó pronto, o precozmente en la vida, en oposición a la demencia senil de la vejez. Para Kraepelin, la denominación praecox adquiere un significado adicional : suponía que el estado de demencia seguiría precozmente al comienzo de la enfermedad lo que le daba una característica pronóstica.

La mayor contribución de Kraepelin consistió en la inclusión de la catatonía en el mismo síndrome, la hebefrenia y vesania típica, éstas dos últimas descritas por Kahlbaum (alucinaciones auditivas y tendencias persecutorias). Del estudio de miles de pacientes en los que observó las características similares, la que más le impresionó fué la tendencia progresiva hacia un estado de demencia. Los demás pacientes que no presentaban esta tendencia, como los maniaco-depresivos, quedaron separados del grupo precoz.

Kraepelin dividió a los pacientes en tres grupos : hebefrénicos, catatónicos, y paranoicos. Más tarde aceptó la proposición de Bleuler de simple. El gran mérito de Kraepelin es haber podido resumir los trabajos de Kahlbaum, Morel y Wundt, incorporándolos a su propio sistema. (2).

Eugen Bleuler (1908), acepta el concepto de demencia praecox de Kraepelin, que trató de ir mas lejos de la concepción meramente descriptiva que el hizo. Denominó a la enfermedad esquizofrenia, porque el desdoblamiento de las funciones psíquicas era la característica más importante. Además hizo énfasis en el hecho de que la afectividad no está ausente en la esquizofrenia, sino por el contrario, juega un papel mucho más importante que el del pensamiento. Consideró que la afectividad está oculta tras la fachada de indiferencia del paciente y tras de su falta de interés en todo lo que le rodea....." Se observan estados de ánimo básicos significativos, de modo que no se puede hablar de una indiferencia omnipresente. Lo que realmente está ausente es la coherencia de la manifestación afectiva,..." (4). Considera que el síndrome esquizofrénico no es una progresión hacia la demencia, sino una condición particular caracterizada por un trastorno de la asociación y por un rompimiento de las funciones básicas de la personalidad.

Bleuler agrega a los tres grupos de Kraepelin, el grupo de la

esquizofrenia simple, cuadro caracterizado por la presencia exclusiva de los síntomas fundamentales, sin síntomas accesorios.

Han sido innumerables las explicaciones que se han intentado sobre la etiología de la esquizofrenia. D. Jackson (18) en su artículo "La etiología de la esquizofrenia", hace la siguiente clasificación de las posturas etiológicas actuales :

1.-Quienes ven en la esquizofrenia un padecimiento estrictamente orgánico. Para ellos los factores causales son : la constitución, la herencia, infecciones bacterianas, infestaciones parasitarias, trastornos glandulares, etc..

2.-Otros que consideran la esquizofrenia como un trastorno primariamente orgánico que pone al individuo en gran desventaja para afrontar los impactos de la vida, es decir: que su vulnerabilidad biológica es tan grande que lo incapacita para vivir como el común de las personas.

3.-Quienes consideran a los esquizofrénicos como individuos biológicamente incapaces de superar los problemas y dificultades que requieren mayor esfuerzo tales como la adolescencia, el matrimonio, la paternidad o maternidad; pudiendo suponerse que estas dificultades pueden tener un significado exagerado para un esquizofrénico.

4.- Hay un grupo de investigadores que enfocan a la esquizofrenia como un trastorno psiquiátrico, en el cual los problemas y dificultades que requieren mayor esfuerzo, originan cambios internos (fisiológicos), los que a su vez producen nuevos cambios, niveles de adaptación más defectuosos, etc..

5.- Otros piensan que el esquizofrénico es un individuo regresivo que se aísla, retirándose ante el ataque de traumas psíquicos severos infringidos en la más tierna edad y renovados por factores ambientales actuantes durante su desarrollo.

6.-Algunos más ven a la esquizofrenia como a una adaptación inadecuada que se produce incidiosamente y que en cierto sentido resulta útil dentro del funcionamiento interno del grupo familiar.

7.- Un último grupo ve en la esquizofrenia un proceso esencialmente psicógeno, pero cuyas diversas formas (paranoide, simple, etc.) serían determinadas hereditariamente.

Como el presente trabajo lo que pretende investigar es la posible influencia que ha tenido la dinámica familiar en el paciente esquizofrénico, se limitará a considerar solo algunos trabajos que hacen referencia a la influencia de factores psicológicos y ambientales en la producción de tal padecimiento.

Sigmund Freud (1856-1939). Mostró la influencia de la escuela francesa de psiquiatría mucho más interesada en el estudio de las

psiconeurosis que de las psicosis (como la escuela alemana), tras haber estado durante un año en la escuela de Charcot en París. Sin embargo las aportaciones que hizo a la psiquiatría fueron de tal magnitud que los conceptos anteriores hubieron de ser revisados nuevamente.

En uno de los primeros trabajos publicados en 1894, describió como las ideas insufribles pueden originar psicosis alucinatorias. El Ego rechaza la idea insufrible, pero el intento no resulta, la idea vuelve en forma de realización alucinatoria de deseo. (12).

Es el primero que trata de explicar los síntomas esquizofrénicos en términos puramente psicológicos, e introduce los conceptos de regresión, narcisismo, y proyección.

En el caso Schreber ('Observaciones psicológicas sobre un caso de paranoia') publicado en 1919 escribe :..... 'Investigaciones recientes han atraído nuestra atención sobre un estado de la evolución de la libido, intermedio entre el autoerotismo y el amor objetal. Tal estado ha sido designado con el nombre de narcisismo' (9).

Más adelante lanza la hipótesis de que los paranoicos intentan defenderse contra la sexualización de sus tendencias sociales, debiendo encontrarse un punto débil en su evolución que estaría entre el autoerotismo, el narcisismo primario y la homosexualidad. Analiza el contenido del delirio paranoide : 'Yo (un hombre) lo amo (a otro hombre)' la afirmación 'Yo lo amo' queda contradicha por el delirio persecutorio: 'No le amo; le odio', la frase 'Yo le odio' se transforma por medio de una proyección en esta otra : 'El me odia (me persigue), lo cual me da derecho a odiarle ', 'No le amo; le odio porque me persigue.' (9).

En 1914 Freud escribe la obra 'Introducción del Narcisismo'. En ella intenta aplicar la hipótesis de la teoría de la libido a la explicación de la esquizofrenia. La libido la define como: 'Los revestimientos o catexis de energía que el Yo destaca hacia los objetos de sus deseos sexuales'. Observa en estos pacientes dos características principales: el delirio de grandeza y la falta de todo interés por el mundo exterior (personas y cosas) escribe: 'El parafrénico parece haber retirado realmente la libido de las personas y las cosas del mundo exterior, sin haberlas substituido por otras en su fantasía '. Más adelante se pregunta: ... ' Cual es el destino de la libido retraída de los objetos ? : La megalomanía.....'. La libido sustraída al mundo es aportada al Yo. A este estado le llamó narcisismo secundario. (11).

Respecto al alejamiento de la realidad, Freud dice que la diferencia entre las neurosis y las psicosis es que mientras en las primeras el Yo reprime una parte del Ello, obedeciendo a las exigencias de la realidad, en las psicosis el Yo dependiente del Ello, se retrae de una parte de la realidad y puede decirse que el

Yo ha rechazado las representaciones intolerables por medio de la huida a las psicosis. (10). Sin embargo el neurótico tiene perturbado en alguna forma el contacto con la realidad, y tanto las neurosis como las psicosis son una expresión de rebeldía del Ego contra la realidad; solo que la neurosis no niega la realidad, se limita a no querer saber de ella; en las psicosis la niega e intenta sustituirla por una nueva realidad que consigue por medio de las alucinaciones. Mientras en las psicosis el mundo real ha sido substituido por un mundo fantástico, en las neurosis está apoyado en un trozo de realidad y ha sido simbolizado el deseo inconsciente en los síntomas, lapsus y sueños. (14).

Los conceptos de inconsciente, represión y transferencia, son de gran valor al aplicarlos a la esquizofrenia. Sin embargo el significado de estos es diferente del que se deriva de su aplicación a las neurosis. Freud aplica de un modo negativo el concepto de transferencia en la esquizofrenia, pues en estos pacientes la libido es apartada de los objetos externos y por lo tanto no hay enlace con el terapeuta, ni tratamiento analítico posible. Esta idea desanimó a muchos terapeutas del intento de tratar esquizofrénicos. (15).

Freud fué el primero que consiguió explicar el contenido de esta psicosis en términos psicológicos. También fué el primero en revelar de manera convincente la importancia de los factores psicológicos en la etiología de la esquizofrenia, interpretando los síntomas según su contenido simbólico, oculto y explicando al menos parcialmente, los aspectos formales de algunos síntomas, a través de la proyección. Arieti considera que el concepto de regresión es fundamental en el estudio de esta enfermedad.

CARL GUSTAV JUNG. (1875-1961).

En 1903 escribió su libro "La psicología de la Dementia Praecox" (nueve años antes de la ruptura con Freud); en el describe la importancia del complejo autónomo, investiga la desintegración de las ideas con su prueba de asociación de ideas. En algunos casos aparecían complejos cargados afectivamente semejantes a los que se hayaban en las neurosis. En otros, en los que el área del lenguaje estaba particularmente afectada, existía un cuadro esquizofrénico característico que mostraba un excesivo número de bloqueos, perseverancias, neologismos, respuestas absurdas, fallas, etc., todos los cuales ocurrían en las palabras estímulo que tocaban un complejo, o que eran palabras vecinas a estas otras. Tomó de Janet el concepto de "Abaissement du niveau mental" (20) para explicar la determinación dinámica de la disociación esquizofrénica, concepto que para Jung corresponde a la naturaleza de los síntomas primarios de esta enfermedad. Encuentra que este "Abaissement" (descenso)

hace que el curso del pensamiento ya no llegue a conclusiones lógicas, o que sea interrumpido por contenidos extraños que ya no pueden estar suficientemente inhibidos. El "abaissement" produce los mismos efectos en las neurosis y en las psicosis, pero en las primeras, la unidad de la personalidad esta preservada, al menos potencialmente, mientras en la esquizofrenia esta danada irremediablemente. Son causas psicológicas las que conducen al descenso que dá por resultado una neurosis, pero, es también psicológico el motivo por el cual se origina un extremo "abaissement" que lleve a una psicosis?. Una neurosis se aproxima a la línea de peligro, pero si pasa esta línea deja de existir como neurosis. En estos casos se habla de psicosis "latente" concepto que Jung critica porque no quiere decir nada, excepto que existe la posibilidad de que un individuo pueda volverse mentalmente enfermo; durante años el paciente ha luchado por mantener la supremacía de su control y la unidad de su personalidad, pero al final ha sucumbido ante la invasión de fuerzas extrañas que no pudo mantener inhibidas por más tiempo.

Bajo la tensión de un extremo "abaissement" la totalidad psíquica se derrumba escindiéndose en múltiples complejos; en esta situación mental, algunas de estas partes escindidas de la psique del paciente adquieren un cierto grado de autonomía y se crea el complejo autónomo, a cuya actividad se deben las alucinaciones, los delirios y otros síntomas esquizofrénicos. (22).

Las fuerzas y contenidos inconscientes que aparecen durante el episodio psicótico han existido en el paciente desde siempre y de hecho no tienen nada que ver con la posibilidad de que se presente una psicosis, pero si, con aquellas de que el individuo pueda o no resistir cierto grado de pánico o un estado crónico de una psique en guerra consigo misma. Estos contenidos extraños no existen solamente en los enfermos, sino también en el inconsciente de las personas normales; aparecen en innumerables sueños, pero si una persona cae en un súbito "abaissement" este tipo de contenidos puede hacerlo pensar, sentir y actuar como un psicótico.

Para Jung (20 y 22), la esquizofrenia es un sueño convertido en realidad y hace la diferencia entre los sueños que tienen remanentes de impresiones concientes y sueños que provienen de fuentes inconscientes que jamás han arribado a la conciencia. En los primeros sueños ve un carácter personal que se comporta de acuerdo a las reglas de la psicología personal, mientras que en los sueños del segundo tipo ve un carácter colectivo, puesto que contienen imágenes mitológicas, legendarias o arcaicas. Piensa que los dos tipos de sueños se reflejan en la sintomatología esquizofrénica; existe una mezcla de material personal con el colectivo, pero en contraposición con los sueños normales, el

material colectivo parece predominar. Siempre que el material colectivo prevalece bajo condiciones normales, produce sueños importantes del tipo que los primitivos llaman "Grandes" y a los cuales dan un significado tribal. Este tipo de sueños se presenta frecuentemente en momentos o periodos decisivos en la vida y en situaciones psicológicas particularmente importantes.

Para este autor, el estado mental de la esquizofrenia tiene todas las características de un "Gran Sueño" y considera que es imposible apreciar la importancia de la psicología comparativa para la teoría de los delirios, sin un conocimiento de los símbolos étnicos e históricos.

A los contenidos del inconsciente colectivo Jung los denomina arquetipos y llega a la conclusión de que estos contenidos pertenecen al inconsciente colectivo y no al personal, porque observa en la esquizofrenia formas arcaicas de asociación que no están constituidas únicamente por contenidos conscientes que se habían perdido, sino que tienen un asiento mucho más profundo, del mismo carácter universal de los motivos psicológicos que tipifican la fantasía humana en general y que son formas que aparecen espontáneamente en todo el mundo, independientemente de la tradición, en los mitos, cuentos de hadas, las fantasías, los sueños, las visiones y los sistemas delirantes de los esquizofrénicos. (20).

Al llegar a este punto, Jung se plantea el problema de si las psicosis son debidas a una debilidad primaria y la disociación correspondiente de la conciencia, o si son producidas por una fortaleza primaria del inconsciente. Piensa que esta segunda posibilidad no puede ser fácilmente desechada, ya que puede concebir que el abundante material arcaico en la esquizofrenia sea la expresión de la existencia de una mentalidad infantil, y por consiguiente, primitiva. Considera la posibilidad de un "desarrollo detenido", en el cual hay un monto más que normal de psicología primitiva que permanece intacto y que no es adaptable a las condiciones modernas; en tales circunstancias, una parte considerable de la psique no puede alcanzar el progreso normal de la conciencia. En el curso de los años, la distancia entre la mente consciente e inconsciente aumenta y provoca un conflicto. Cuando se presenta la necesidad de un proceso especial de adaptación, y cuando la conciencia debe acudir a sus recursos instintivos inconscientes, el conflicto se hace manifiesto. (21).

Como el complejo esquizofrénico está caracterizado por una desintegración y disociación de su propio contenido ideativo, como si el complejo se autodestruyera en sus propios contenidos, piensa Jung que podría decirse que la intensidad emocional del complejo es la causa de un desplome inesperado de sus propios fundamentos, o

del trastorno de la síntesis normal de las ideas. Le resulta difícil imaginarse que puede existir un proceso psicológico capaz de producir tal efecto y piensa que quizá se deba a una causa tóxica capaz de llegar a producir una desintegración local y orgánica; una alteración fisiológica debida a la presión de las emociones que excede la capacidad de las células cerebrales.

En 1957 (21) afirma que después de 50 años de experiencia tratando esquizofrénicos por medio del psicoanálisis, ha llegado a la conclusión de que la causa psíquica de esta enfermedad, es más factible que la causa tóxica, porque ha visto un gran número de esquizofrénicos que comienzan con un trastorno puramente psíquico, siguen un curso psicológico y pueden ser curados por un procedimiento psicoterapéutico: "Encaro la esquizofrenia desde el punto de vista psicológico, pero, es precisamente mi acercamiento psicológico el que me ha llevado a elaborar la hipótesis de un factor químico, sin el cual no podría explicar ciertos detalles patognomónicos de su sintomatología. He llegado a la hipótesis química por un proceso de eliminación psicológica más bien que por una investigación específicamente química."

Arieti (2) considera que el error de Jung fué el de minimizar el efecto de la cultura y la sociedad sobre la psique individual, porque su teoría da más importancia a los factores congénitos o hereditarios pues pensaba que la esquizofrenia era debida a una fuerza extrema del inconsciente y a un número anormal de tendencias dinámicas que no se podían ajustar a la vida moderna.

SULLIVAN. (1892-1949).

Psiquiatra norteamericano cuya mayor contribución a la psiquiatría ha sido el estudio de las relaciones interpersonales.

Para Sullivan, el hombre es un animal que se vuelve humano al asimilar el vasto monto de cultura viviendo con otras gentes y perdiendo su individualidad netamente biológica. Cuando este animal humano adquiere las tradiciones, los principios de vida y todo lo que han hecho otros en el período histórico, se convierte en ser humano.

Para lograr esto, el niño tiene que satisfacer dos tipos de tendencias: las necesidades físicas y la necesidad de seguridad. (32).

Durante todo su desarrollo, el hombre está sometido a la influencia de las relaciones interpersonales y si estas son capaces o no de darle un sentimiento de seguridad, el resultado será una persona sana y madura, o una persona enferma.

Para Sullivan, las personas que manifiestan trastornos mentales no tienen nada

específicamente distinto de lo que tienen todos los seres humanos. Desde su punto de vista, todo lo que aparece en la esquizofrenia es parte de la experiencia ordinaria de los más tempranos estadios del desarrollo de la personalidad en todos nosotros y solo experimentamos esos procesos más tarde en la vida como extraños fragmentos en el sueño o en los fugaces momentos en los que se presenta un estado de ansiedad.

Las formas en que estos tipos primitivos de funcionamiento mental se han separado de nuestra conciencia, es a través del desarrollo del sistema del self. Este sistema es un producto de la experiencia educativa, parte de la cual es del carácter de la gratificación y otra parte muy importante de ansiedad, su objeto es obtener seguridad.

El esquizofrénico (32) está caracterizado esencialmente por el hecho de que su "sistema del self" ha perdido el control sobre la conciencia, al grado de que ya no puede excluir estos procesos tempranos y restringir la conciencia a los tipos de pensamientos más elaborados. El Yo se encuentra en tal situación crítica, que estos tipos primitivos de procesos mentales reciben más o menos la misma representación clara en la conciencia que la que tuvieron en la infancia o en la niñez.

Los problemas y las situaciones vitales que confronta el esquizofrénico son tan individualistas y de tan grande complejidad, en el sentido del autismo evidente, porque nunca han sido bien socializados en su historia. El estado esquizofrénico es considerado por Sullivan como la secuela del pánico. En lugar de ansiedad hay temor y a menudo terror. Mientras el dinamismo del Self funciona, el paciente se haya embarcado en operaciones mágicas (regresivas) como una tentativa para protegerse.

Por otra, parte para Sullivan existen dos síndromos sin relación alguna: una enfermedad orgánica, degenerativa y generalmente de curso incidioso a la que propone se le denomine Demencia Precoz, y que corresponde a la entidad clasificada por Bleuler como esquizofrenia simple, y un síndrome que es primariamente un trastorno del vivir, no del sustrato orgánico, al que denomina esquizofrenia.

Se es esquizofrénico cuando las operaciones de seguridad, forzada por las relaciones interpersonales paratáxicas, amenaza realmente la supervivencia. El que esta persona siga siendo típicamente esquizofrénica o no, depende totalmente de factores situacionales.

El pensar esquizofrénico es idéntico a las operaciones simbólicas que se encuentran en el niño y el desorden de la comunicación verbal del esquizofrénico es igual al que se presenta en las situaciones ordinarias de la conversación cuando ésta es sumergida en el sueño o en la

somnolencia.

ARIEETI.

Este autor (2) sigue los postulados de Sullivan respecto a la teoría de la personalidad y el concepto de esquizofrenia.

A este trastorno lo define como "Una reacción específica a un estado de extrema ansiedad, originado en la infancia y reactivado más tarde en la vida por factores psicológicos". La reacción específica consiste en la adopción de mecanismos mentales arcaicos que corresponden a niveles inferiores de integración. Puesto que el resultado es una regresión, pero no una integración en los niveles más bajos, se engendra un desequilibrio que es la causa de una regresión posterior, a veces a niveles aun más bajos que aquel en el cual todavía son posibles ciertas percepciones.

Considera que el tipo específico de personalidad esta determinado por el tipo específico de relación que tiene el niño con sus padres. Tomando en cuenta que el ser humano esta caracterizado por un largo período de dependencia hacia los adultos para satisfacer sus necesidades físicas. La falta de satisfacción de estas necesidades crea un estado de ansiedad y aparece una nueva necesidad que es típica del ser humano: la necesidad de seguridad, cuya falta de satisfacción da por resultado un tipo de ansiedad característica de la especie humana.

El niño necesita amor, cuidado y aprobación para sentirse seguro y lograr el sentimiento de que es querido, y pertenece y forma parte de una familia. Cuando es privado de alguna de ellas aparece un estado permanente de ansiedad.

Aunque la presencia de ansiedad en la infancia es común a las psiconeurosis, psicopatías y a las psicosis, afirma Arieti que en el esquizofrénico la ansiedad ha sido exagerada a tal grado que ha impedido la autoestima y la autoidentificación.

Encuentra en las historias de los esquizofrénicos que ambos padres han descuidado al niño por diferentes razones, y la combinación más frecuente es la de una madre dominante y hostil que no le da al niño la oportunidad de autoafirmarse; casada con un hombre débil y dependiente, tan débil que no puede ayudar al niño. Un padre que no se atreve a proteger al niño por temor a perder los favores sexuales de su esposa, o simplemente porque no es capaz de oponerse a la fuerte personalidad de aquella, perjudicando así al hijo tanto como lo hace la madre.

Encuentra una segunda combinación, la que sin embargo, dice, no

es frecuente en los EU : Un padre tiránico casado con una mujer a tal punto débil, que acepta incondicionalmente los mandatos de su marido, actitud que no le permite dar a ella suficiente amor al niño.

Otras veces, la causa de esta atmósfera carente de afecto y aprobación hacia el niño es el divorcio, la separación, la guerra, etc... quedando el hijo a merced de uno de los padres, a menudo de la madre.

En estas condiciones estos niños desarrollan dos tipos diferentes de personalidad prepsicótica : la personalidad esquizoide y la personalidad tormentosa, tipos que se establecen desde la infancia. Al individuo esquizoide Arieti lo describe como cauteloso, alejado, menos emocional que el común de las personas, menos afectuoso y menos envuelto en situaciones emocionales. En un nivel inconsciente, el esquizoide es muy sensible, pero ha aprendido a evitar la ansiedad de dos maneras: por medio de la distancia física de las situaciones que le generan ansiedad, y reprimiendo sus emociones. La distancia física es mantenida evitando las relaciones interpersonales o evitando hacer cosas que puedan provocar una reacción desagradable a otras personas; sus padres lo han estimulado a no hacer nada, porque no hacer nada significa "ser bueno" puesto que todo lo que el niño ha hecho siempre, ha sido "malo".

Las situaciones que pueden aumentar o acelerar la presentación de las psicosis, son todas, episodios que implican un violento ataque a la autoestima del paciente y que son fuente de ansiedad. A pesar de su aislamiento el paciente ya no es capaz de evitar este tipo de episodios y muchas veces ni siquiera hace nada por huir de ellos. La intimidad del matrimonio frecuentemente representa para el paciente una terrible amenaza porque tiende a reproducir situaciones similares a las que le causaron tanta ansiedad en su infancia. El desarrollo de una amistad o de un contacto social con personas del mismo sexo, pueden despertar los núcleos homosexuales del paciente y provocar un estado de intensa ansiedad. En muchos casos, la ansiedad de una mujer se ve incrementada por el nacimiento de un hijo y se producen las llamadas psicosis post-parto, generalmente como resultado de una doble identificación : con su hijo y con su propia madre.

El segundo tipo de personalidad prepsicótica es la personalidad tormentosa (Stormy personality). Estas personas no encuentran ninguna solución en el aislamiento emocional como la encuentra el esquizoide; son individuos que ha ensayado todos los medios posibles para lograr el amor y la aprobación de sus padres y evitar

su rechazo y ninguno ha dado resultado porque ninguno ha sido capaz de alejar la ya existente ansiedad. Esta incertidumbre acerca de que reacción adoptar se ve aumentada por la inconsistencia de los padres. Los cambios de conducta que sufren estas personas pueden ser lentos o abruptos y con frecuencia, son súbitos, violentos y drásticos.

Cuando el paciente ha hecho todo lo posible por defenderse de la ansiedad y todo le ha fallado, se presenta el brote psicótico. La personalidad esquizoide ya no le protege más; la personalidad tormentosa sufre otra crisis de la que ya no sale; el paciente ya no puede establecer ningún compromiso con la realidad, ahora tiene que cambiarla y lo hace entrando en la psicosis.

BELLAK.

Leopold Bellak (3) resume su concepción sobre la naturaleza de la esquizofrenia de la siguiente manera: "La esquizofrenia es un síndrome psiquiátrico, no es una enfermedad única. Los síntomas generalmente asociados a este diagnóstico (que representan cierta variabilidad) deben interpretarse como una etapa final común a cierto número de estados patológicos que pueden conducir a (o manifestarse por) una grave perturbación del Yo. Tales trastornos varían entre una debilidad psicógena relativamente pura del Ego y las perturbaciones del funcionamiento del Ego debidas a infecciones, a arterioesclerosis, trastornos enzimáticos o tóxicos o factores constitucionales o genéticos." (pag. 22). Esta teoría ha sido denominada " Teoría del factor psicosomático múltiple en la etiología de la esquizofrenia" o " Teoría unificada de la esquizofrenia". Teoría que según este autor permite concebir a este síndrome como el resultado común de factores etiológicos distintos, también permite efectuar un pronóstico basado en un estudio de estos factores específicos que han actuado en un caso determinado y establecer una terapéutica óptima (somática, psicológica, o de modificación del medio) que produzca un mejor funcionamiento del Yo: una terapia adaptada a la constelación de fuerzas existentes en un caso dado y determinante del síndrome esquizofrénico.

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA
SOBRE DINAMICA FAMILIAR DEL ESQUIZOFRENICO.

AMBIENTE FAMILIAR DEL ESQUIZOFRENICO.

La influencia del ambiente familiar temprano se ha considerado decisiva en la formación de la personalidad. Esto hizo que en algún tiempo se planteara la hipótesis de que la causa de la esquizofrenia podría estar precisamente en un determinado tipo de dinámica familiar.

Al revisar la literatura concerniente a este tipo de estudios aparecen contradicciones entre unos y otros investigadores, contradicciones que obedecen a los distintos métodos empleados y a la diversidad de enfoques teóricos que hace que se sobrevaloren algunos aspectos y que se menosprecien otros.

Santa (29) hace una revisión de la bibliografía existente al respecto y encuentra que las diferencias y contradicciones entre las distintas investigaciones se deben a lo inadecuado del método seguido y a la falta de control de variables, lo que da lugar a conclusiones precipitadas y erróneas y a la imposibilidad de tener una visión de lo que realmente acontece en el ambiente familiar del esquizofrénico y, por lo mismo, a la incertidumbre de si puede o no considerarse como factor etiológico el medio familiar.

Divide su investigación bibliográfica en estudios realizados teniendo como fuente de obtención de datos :

1) Expedientes que existen en los hospitales psiquiátricos; 2) entrevistas con los pacientes, sus madres y sus familiares; 3) material de la psicoterapia de pacientes esquizofrénicos y sus familiares; 4) pruebas de personalidad y cuestionarios; 5) estudios que usan el enfoque transcultural.

El primer tipo de estudios tiene la ventaja de contar con un gran número de casos, pero el autor encuentra que la falla metodológica consiste en que los datos recogidos en los expedientes no fueron obtenidos con el propósito de la investigación, y los investigadores se vieron en la necesidad de seleccionar solo los expedientes "Completos", con lo cual llegan a la conclusión de que los padres de los esquizofrénicos son sobreprotectores. Santa piensa que esto obedece a que los expedientes que contenían buenas historias posiblemente provienen de padres sobreprotectores, los cuales tendrían más datos que reportar acerca del desarrollo de sus hijos y de sus primeras experiencias y que es muy probable que otro hubiera sido el cuadro encontrado si los expedientes hubieran sido seleccionados al azar tomando en cuenta los expedientes

que contenían buenas historias posiblemente provienen de padres sobreprotectores, los cuales tendrían más datos que reportar acerca del desarrollo de sus hijos y de sus primeras experiencias y que es muy probable que otro hubiera sido el cuadro encontrado si los expedientes hubieran sido seleccionados al azar tomando en cuenta los expedientes incompletos.

2) Los estudios realizados a base de entrevistas con los pacientes, sus madres y sus familiares incluyen una información adecuada acerca de la base social de los pacientes esquizofrénicos, pero no utilizan esta información en el análisis de sus datos. Son investigaciones que casi siempre carecen de grupo control y no controlan variables, no toman en cuenta que los datos obtenidos resultan por demás parciales y no son objetivos, que la información se ve distorsionada por la influencia de la enfermedad de los sujetos entrevistados; las entrevistas con los familiares se reducen casi exclusivamente a las madres, pues estas generalmente cuentan con más tiempo y resulta más fácil entrevistarlas, con lo cual se minimiza el papel del padre en la formación de la personalidad del hijo.

3) La mayor parte de las investigaciones que emplean datos obtenidos durante la psicoterapia de pacientes esquizofrénicos y sus familiares se refieren fundamentalmente a la terapia y secundariamente a la dinámica familiar y muchos de los casos reportados pertenecen a pacientes infantiles. Estos estudios, por razón natural, se llevan a cabo con un pequeño número de casos, no tienen grupo control y casi nunca controlan variables, lo que hace imposible saber si la constelación encontrada pertenece exclusivamente al ambiente familiar del esquizofrénico. Tienen la ventaja de ofrecer datos más profundos pues se refieren a casos seguidos durante un largo período de tiempo, pero pertenecen a pacientes de la clase media y alta, que son los que pueden pagar un tratamiento de este tipo y no pueden aportar datos referentes a los esquizofrénicos de la clase baja.

4) Los estudios que emplean pruebas de personalidad, cuestionarios y escalas de apreciación de capacidades casi siempre se realizan con un grupo control, pero lo adecuado de este resulta muy discutible pues no controlan suficientes variables. Además son menos explícitos y concluyentes que los estudios realizados con otras técnicas, como la revisión de los expedientes, las entrevistas, etc... En algunos casos no encuentran diferencias significativas entre las madres de los esquizofrénicos y las de los sujetos normales y atribuyen este hecho a que las diferencias son tan sutiles que no pueden ser medidas con las técnicas empleadas; Algunos investigadores que han llegado a encontrar diferencias significativas hacen la salvedad de que se pueden tomar estos hallazgos con precaución pues muchas de las diferencias pueden ser

atribuidas a la naturaleza del grupo control. No se puede hacer una generalización a partir de este tipo de investigaciones pues usan distintos enfoques, diferentes técnicas, las pruebas son aplicadas algunas veces a los pacientes, otras a las madres de los esquizofrénicos y otras a ambos padres; A veces se toman en cuenta solo esquizofrénicos paranoides, otras se mezclan en la casuística distintos tipos de esquizofrenia.

5) Considera que los estudios que emplean el enfoque transcultural tienen la ventaja de aislar las características de personalidad de los padres que corresponden al medio cultural en que se han desarrollado estos, de aquellas características que podrían considerarse como causantes de la esquizofrenia del hijo.

Sanda piensa que la falta de consistencia en las conclusiones a las que llegan los distintos investigadores se debe a una ausencia total o parcial, de control de variables. Para este autor las variables que deben ser controladas son: la clase social, la afiliación étnica y religiosa, la edad, el sexo, las categorías diagnósticas, valorar tanto la influencia del padre como de la madre; además de que sería necesario investigar cual es la dinámica familiar de los sujetos normales y cual la de otros cuadros psiquiátricos, como neurosis, psicosis maniaco depresiva, etc... para aislar la que es específica del medio familiar del esquizofrénico. Sería conveniente también hacer un estudio acerca de la no aparición de esquizofrenia en otros familiares, para saber porque uno se ve afectado y los demás no.

Propone como plan ideal de trabajo una colaboración internacional de varios investigadores que emplearan las mismas técnicas y métodos con el objeto de obtener una mayor validez y universalidad en las conclusiones.

El primer estudio referente a las relaciones entre padres y el hijo esquizofrénico, que aparece reportado en la literatura es el de Kasanin y colaboradores, hecho en 1934 en el Harvard State Hospital de Connecticut. Se llevó a cabo tomando los datos de 45 expedientes del hospital, pertenecientes a pacientes esquizofrénicos, hombres y mujeres, en su mayoría de la clase rural. Los investigadores llegaron a la conclusión de que el 60 % de los pacientes tenían padres sobreprotectores. Encontraron dos casos de padres rechazantes, pero la información obtenida del rechazo fue dada por los mismos pacientes durante las entrevistas tenidas con ellos y no con los padres.

En 1939, Fromm-Reichmann (15) introduce el término esquizofrenizante para referirse a un tipo de madre que con sus actitudes hacia el hijo impide el adecuado desarrollo de este. Piensa que el esquizofrénico es una persona "Dolorosamente

desconfiada 'y resentida frente a otras personas debido a la deformación y el rechazo que ha sufrido desde su más temprana infancia por parte de las personas importantes en su niñez, y la figura más importante en nuestra cultura es generalmente la madre. Estas experiencias traumáticas parecen proporcionar la base psicológica de la influencia patógena de las frustraciones de años posteriores, pues causan 'ds daño ya que la psique del niño pequeño es más vulnerable cuanto menor es su edad y menos la haya usado. Además tales experiencias traumáticas son un golpe a la autoestima del niño durante el único período en la vida en la cual un individuo tiene oportunidad de gozar de una completa seguridad, impidiendo así el almacenar una reserva razonable de seguridad y confianza en sí mismo que le permita luchar mas adelante en la vida y tolerar las frustraciones. Por esta razón muchas experiencias de la vida que significarían muy poco para una persona normal y no mucho para un neurótico, resultan extremadamente dolorosas para el esquizofrénico. El esquizofrénico regresa a la etapa narcisista de su desarrollo y sobrevalora sus aptitudes positivas y sus poderes negativos. Se ensimisma y aísla tanto por temor a su propia hostilidad, que él sobrevalora, por eso no puede tolerar la proximidad de las otras personas ya que es incapaz de dar y recibir afecto puesto que ha carecido de experiencias tempranas que le hubieran facilitado el aprendizaje a este respecto.

Mark (26) en 1953 empleó el Shoben Attitude Scale para investigar si las actitudes de las madres de los esquizofrénicos hacia la conducta del hijo difieren de las madre que no tenían hijos enfermos. El cuestionario fue aplicado a un grupo de 100 madres de esquizofrénicos y a un grupo control de madres de hombres no esquizofrénicos. El grupo control fué seleccionado entre las madres que visitaban a sus hijos en el V.A. Hospital de Bronx, y que estaban internados por cualquier transtorno, entre las auxiliares de las organizaciones de veteranos, voluntarias, y contactos particulares; ninguno de los hijos de estas mujeres habían sido internados nunca por enfermedades mentales según informaron ellas mismas. Ambos grupos se igualaron en cuanto a edad, religión, educación, status económico, y edad de los hijos.

Los dos grupos de respuestas a los 139 items del cuestionario fueron comparados, ítem por ítem por medio de la X². Mark llega a la conclusión de que las madres de los esquizofrénicos son muy restrictivas en cuanto a los métodos para controlar a sus hijos; creen que no se les debe permitir al niño ninguna libertad, ni tampoco escoger sus actividades y que se le debe dirigir y canalizar cuidadosamente su conducta; tienen una actitud de rechazo hacia los amigos de sus hijos y hacia los juegos sexuales y piensan que no se le debe dar al niño ninguna información sexual. Sienten que es su deber saber todo lo que el niño esta pensando. Esta actitud restrictiva persiste durante la vida adulta del hijo, y

aunque estas madres son partidarias de una disciplina estricta, aprovechan los métodos permisivos si con ellos obtienen los fines deseados.

El grupo de las madres de los esquizofrénicos piensan que: "una madre devota no tiene tiempo para la vida social" pero que "los hijos no deberían de molestar a sus padres con sus problemas sin importancia". "una madre debe colmar a sus hijos de elogios todo el tiempo", pero que "no es deseable jugar mucho con su hijo, porque se puede echar a perder"; sienten que "es triste ver crecer a los hijos porque ellos las necesitan más cuando son bebés" y que "los niños tranquilos son mucho más lindos que los hablantines".

El autor supone que la presencia de actitudes opuestas, como devoción y alejamiento al mismo tiempo, puede explicarse como el resultado de sentimientos ambivalentes de la madre hacia el hijo.

En 1956 Freeman y Grayson (8), hicieron un estudio en 50 madres de esquizofrénicos y 50 madres como grupo control empleando también el Parent Child Attitude Survey de Shoben, llegando a la conclusión de que las madres de los esquizofrénicos tienen actitudes maternas más pobres, una conducta de autosacrificio y martirio, de dominio sutil y sobreprotección. En recompensa a sus nobles cualidades esperan de sus hijos una conformidad absoluta con los deseos maternos a través de la convicción interna, más que por medio de la coerción externa; tienen también una preocupación exagerada hacia la conducta sexual del hijo y una ignorancia total y miedo a las consecuencias en esta área.

No pudieron comprobar algunas de sus hipótesis pues no encontraron diferencias significativas. Tales hipótesis se refieren a la suposición de que las madres de los esquizofrénicos tendrían actitudes de dominio y actitudes maternas dogmáticas y al mismo tiempo inconsistentes.

Hollingshead y Redlich (17) en 1954 llevaron a cabo un estudio para investigar en qué clase social existía el mayor número de esquizofrénicos y a qué podría obedecer esto. Se plantearon dos hipótesis, la primera referente hacia el hecho de que el mayor número de esquizofrénicos se concentraba en la clase social más baja era debido a la movilidad social descendente, y la segunda, referente a si este hecho obedecía a diferencias de tratamiento.

Para realizar la investigación estos autores hicieron un censo de los pacientes hospitalizados en los sanatorios para enfermos mentales de New Haven y de aquí seleccionaron a los que tenían diagnóstico de esquizofrenia. A estos los agruparon en cinco diferentes clases sociales, siendo la I la más alta y la V la más baja.

Para valorar la primera hipótesis, la investigación se dividió en cuatro etapas : 1) Los pacientes que eran originarios del lugar y los que habían nacido fuera se compararon con la población correspondiente a la comunidad, para ver si había una relación significativa entre el lugar de origen y la esquizofrenia. No se encontró ninguna diferencia significativa; 2) El segundo paso fue el de comparar donde habían nacido y donde se habían criado y tampoco se encontró diferencia significativa; 3) En este paso se examinaron las historias de cambio de domicilio de los pacientes que habían nacido y se habían criado en la comunidad. Se encontró que los pacientes I y II habían vivido en las mejores zonas residenciales, y que los pacientes de la clase V, siempre habían vivido en los barrios pobres; 4) Por movilidad social entienden los autores un movimiento de una clase a otra y no "aspiraciones de movilidad" o cambios en la misma clase social. Para examinar los cambios dentro de la estructura de la clase hicieron un estudio exhaustivo de las historias familiares de todos los pacientes para determinar si su posición era la misma o no de la posición que había tenido su familia. Se encontró que el 91 % de los pacientes pertenecían a la misma clase a la que habían pertenecido sus familiares y que había una mayor movilidad ascendente, y no descendente, en la minoría en la que se hallaron cambios de clase social.

Para comprobar su segunda hipótesis se estudió el tiempo que permanecían los pacientes en el sanatorio, el tiempo que transcurría entre la aparición de la enfermedad y el comienzo del tratamiento y el tipo de éste. Llegaron a la conclusión de que los pacientes de la clase media y alta iniciaban su tratamiento más pronto, entraban al mismo por vía médica y generalmente eran atendidos por medio de psicoterapia, en tanto que los pacientes de las clases bajas iniciaban sus tratamientos tardíamente, entraban en el por la vía legal y generalmente eran tratados con medicamentos.

Con estos datos los autores concluyen que la concentración de casos de esquizofrenia en las clases bajas obedecían a la diferencia del tratamiento, y no a una movilidad social descendente.

Wahl (33 y 34) realizó dos estudios examinando los expedientes de pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El primero en 1954, lo llevó a cabo con 392 casos, 231 hombres y 161 mujeres, de sujetos internados en el Elgin State Hospital de Boston, el segundo en 1956 con 568 casos de hombres internados en el U.S. Naval Hospital de Filadelfia. En ambos trabajos investigó si existía

rechazo y/o sobreprotección por parte de uno o de ambos padres, pérdida de uno o ambos padres debida a muerte o separación antes de los 15 años de edad, lugar que ocupa el paciente entre sus hermanos, número de miembros de la familia y religión. Hizo una investigación de estos mismos factores en la población donde realizó ambos estudios.

Encontró que predominaba una actitud de rechazo por parte de uno o ambos padres y que era menos frecuente la actitud sobreprotectora, además de que era más frecuente la actitud rechazante del padre que de la madre. La pérdida del padre o de la madre por muerte o separación antes de los 15 años era 4 veces más frecuente entre los esquizofrénicos que entre el resto de la población. El promedio del número de miembros que integra la familia fue de 4.4 hijos para las familias de esquizofrénicos contra 2.2 hijos para el resto de la población. Predominaba los hijos menores que presentaban esquizofrenia y no se encontró que la religión jugara un papel importante y decisivo en el desarrollo de la esquizofrenia.

Concluyen que las actitudes vacilantes, caprichosas, ansiosas, o rechazantes de los padres hacen enfrentarse al hijo muy pronto al hecho de que él es considerado como indigno y malo por estas personas a quienes él considera todopoderosas y onnisapientes y que éste obedece a algún defecto suyo inmodificable. La actitud sobreprotectora tiene un efecto semejante a la rechazante, porque esta actitud en los padres implica que estos consideran a su hijo incapaz de manejar al mundo externo, lo cual refuerza la concepción que éste tiene de sí mismo: como débil e indigno. En una familia numerosa los padres no pueden prestar la misma atención a sus hijos que en una familia corta, y por lo tanto, es más fácil que se desarrollen sentimientos de indignidad, ineptitud y merecimiento de ser despreciado por los hijos que crecen en familias numerosas.

La muerte de alguno o de ambos padres no solo representa para el enfermo la carencia de un protector o mentor, incluso desde su punto de vista de la falta de un "ayudante mágico", sino que lo priva del principal objeto de identificación. El autor supone que la gran incidencia de muertes encontradas en el grupo esquizofrénico hace pensar que la enfermedad sea un método de ajuste, una protección contra los intensos sentimientos de desamparo y de indignidad del paciente.

Singer (31) llevó a cabo un estudio en 60 sujetos esquizofrénicos, 30 de la clase media y 30 de la clase baja, a los cuales comparó con el grupo que Mitchell estudió: Diferencias en

cuanto a clase social, buscando que su grupo fuera comparable al de este autor. Empleó cuatro laminas del T.A.T. (1 BM, 2,6'BM, 7 BM) y los datos los manejo estadísticamente empleando el método de la X².

El autor parte de la hipótesis de que si :la esquizofrenia es el resultado de un serio trastorno en las relaciones interpersonales, trastorno que tiene su origen en las fallas de identificación con las figuras de los padres desde la más temprana infancia, los adultos esquizofrénicos deben manifestar ciertas actitudes familiares comunes, independientemente de las diferencias de clase social. Esperaba encontrar una menor identificación de figuras adultas de las láminas del TAT como familiares o paternas, la aparición de figuras paternas como "frías o rechazantes", la manifestación, a través de las historias, de situaciones intrafamiliares frías y una mayor expresión de problemas en el trato con los demás. La concretización y la inseguridad del esquizofrénico se manifestaría en historias que revelaran ambivalencia o fracaso ante el logro de metas aprobadas socialmente en la ambivalencia o falla para tener una clara conciencia de las medidas prácticas necesarias para alcanzar tales metas.

Supuso que aunque se comprobara esta hipótesis, debín aparecer ciertas diferencias entre las dos clases sociales, esperando encontrar, como en el grupo de Mitchell, mayor mención de la presión de los padres y mayor control de estos en los sujetos de la clase media, actitudes que tienden a estructurar más rigidamente la perspectiva de tiempo del hijo.

Encuentra diferencias claras entre los normales y los esquizofrénicos a lo largo de las historias del TAT y estas diferencias reflejan sentimientos profundamente arraigados en los esquizofrénicos. Tales sujetos se retratan como relativamente aislados de las figuras de los padres, a quienes ven como fríos y rechazantes. Sienten que deben hacer las cosas por si mismos automotivandose hacia metas socialmente aceptables y no se consideran impulsados por sus padres, per' están inseguros del éxito de sus esfuerzos y no tienen clara conciencia de los pasos necesarios para lograr sus metas.

Los esquizofrénicos de ambas clases sociales son muy semejantes a los sujetos normales de la clase baja del grupo de Mitchell y Singer encuentra las mismas diferencias de clase social que encontró el primero : menor grado de comprensión de las metas finales y mayor automotivación en los sujetos de la clase baja y relaciones con los padres más positivas en la clase media.

Arieti (2) a través de las sesiones de terapia con pacientes esquizofrénicos obtienen datos que lo llevan a la conclusión de que

existen actitudes específicas de los padres que hacen que el hijo desarrolle uno u otro tipo de esquizofrenia. En los casos de catatonía, encontró, más que en ningún otro tipo de esquizofrenia, que los padres no solo han impuesto su voluntad al niño pseudo-sumiso, sino que también lo han prevenido contra cualquier desarrollo de su capacidad para querer actuar de acuerdo a sus propios deseos. Estos niños son incapaces de aceptar sus condiciones ambientales, pero al mismo tiempo, están incapacitados para luchar contra ellas. La situación que produce la menor ansiedad es la de una "ostensible aceptación", es decir, sumisión, a despecho de ellos mismos. Si actúan de acuerdo a sus propios deseos, se sienten temerosos o tienen sentimientos de culpa. Su voluntad y su capacidad para adoptar cualquier decisión siempre se han visto impedidas, por lo cual siempre experimentan indecisión y ambivalencia frente a cualquier situación; su actitud ambivalente se debe al conflicto entre sus propios deseos, que no se atreven a aceptar y los deseos de sus padres, que no quieren aceptar. Posteriormente, es la imagen de los padres introyectada la que se sigue oponiendo a sus propios deseos.

Goldstein y Corr (16) en 1956 planearon un estudio para determinar si las actitudes de las madres de esquizofrénicos catatónicos difieren de las madres de esquizofrénicos paranoides para tratar de comprobar las ideas de Arieti al respecto.

Para ello elaboraron un cuestionario de 56 ítems referentes a las actitudes hacia la crianza de los hijos, tomando lo que Mark encontró que eran significativos para las madres de los esquizofrénicos. Este cuestionario se aplicó a 60 madres, 34 de las cuales tenían hijos con diagnóstico de esquizofrenia catatónica y 26 cuyos hijos habían sido diagnosticados de esquizofrenia paranoide. Las respuestas de ambos grupos fueron comparadas, ítem por ítem por medio de la X².

Los resultados del análisis estadístico no comprueban la hipótesis ya que solo 3 de los 56 ítems resultaron significativos. Sin embargo se encontró que las madres de los esquizofrénicos catatónicos parecían tener un conflicto para decidirse a actuar ya que de las madres solicitadas, con gran frecuencia se consideraban a sí mismas incapaces de llenar el cuestionario, y se negaban a hacerlo. Además, dejaron de contestar ítems 46 veces más que los 10 que dejaron de contestar las madres de los paranoides.

Lidz y colaboradores (23,24,25,) han llevado a cabo una serie de estudios tendientes a evaluar el papel de la familia en el desarrollo de la esquizofrenia. Uno de sus trabajos (25) es el único que investiga directamente el papel que tiene el padre en el

desarrollo de la personalidad del esquizofrénico, pues la mayoría de los investigadores en este terreno han sobrevalorado el papel de la madre, además que lo que pretenden los autores en su estudio es solo valorar el papel del padre, pero no considerarlo como esquizofrenizante.

Estudiaron 16 familias empleando fundamentalmente la entrevista con todos los miembros de la familia como fuente de obtención de datos; se aplicaron también pruebas proyectivas.

Parten de la hipótesis de que la familia es el primer maestro que enseña la interacción social y la manera de reaccionar emocionalmente y que su enseñanza es más por medio de la comunicación no verbal que por la educación formal.

Encuentran que los padres necesitan mantener su propia integridad y todos sus esfuerzos van encaminados a lograrlo sin importarles el cómo lo consigan. Esto los lleva a limitar su ambiente estableciendo rigidamente la manera en que deben hacerse las cosas, que se derrumbaría su precario equilibrio si se desviarán del único papel rígido que deben manejar. Perciben al mundo y actúan de acuerdo a sus propias necesidades preconcebidas, las que no abandonan a menos que se encuentren en situaciones de extrema presión y aún entonces, lo hacen con toda clase de maniobras: empleando los mecanismos de proyección para explicarse los hechos y el aislamiento para ignorarlos. Los hijos viven en un ambiente en el que todos los hechos y acontecimientos deben ser distorsionados para que se adapten al molde preconcebido en de sus padres y tienen que renunciar a sus propias necesidades para poder tolerar y adaptarse a las defensas de unos padres que tanto necesitan.

Esta situación distorsiona también la comunicación interfamiliar. Uno de los aspectos de esta distorsión que más afecta al funcionamiento mental del hijo, es el del rompimiento de la comunicación entre los padres, sobre todo cuando el niño se ve atrapado entre dos sistemas diferentes de valores y de actitudes que no pueden ser integradas.

Los autores piensan que el ambiente familiar que han encontrado en las familias de los pacientes esquizofrénicos no puede considerarse sin más como factor etiológico de la esquizofrenia, pues es posible que las actitudes patológicas de los padres obedezcan a factores genéticos al igual que la enfermedad del hijo. Es decir, que es una constelación familiar definida, pero nada más.

Ahora bien, como Lidz y colaboradores han sido los únicos en describir cual es el papel del padre en el desarrollo de la personalidad del hijo esquizofrénico y cuales son sus características de personalidad, se hará una breve descripción de estos rasgos, aunque en realidad sus investigaciones están encaminadas hacia la comprensión del ambiente familiar como

totalidad.

En primer lugar no encontraron una pauta de conducta común a la totalidad de padres estudiados, pero hallaron 3 grupos:

1) En un primer grupo reúnen a los padres de pacientes del sexo femenino. Son padres que están en conflicto constante con sus esposas socavando la autoridad de éstas con los niños e hiriendo su dignidad como personas. Procuran ganarse a las hijas y ponerlas de su parte en las dificultades que surgen entre ambos, esperan que en una forma irreal y rígida que sus esposas actúen docilmente y se dobleguen a su manera peculiar de mirar el mundo y a sus ideas raras de como educar a los hijos, quizás deseando una esposa que ceda constantemente para que con ello suba su autoestima. Frustrados por sus esposas, quisieran moldear a sus hijas para satisfacer sus necesidades.

Tienen actitudes paranoides hacia toda la gente y cuando sus exigencias emocionales obligan a sus esposas a valerse de subterfugios, su desconfianza y sospechas se hacen aparentes. Son tiránicos y crueles hacia la esposa pero no necesariamente se muestran estrictos con sus hijas, sino que su actitud es de oposicionismo constante a lo que la madre espera de su hija. Galantean a la hija con el objeto de que se aleje de la madre, pero dicho galanteo no es forzosamente sexual. Algunas veces buscan un acercamiento íntimo con la hija, pero tiene características sádicas, pues es con el fin de castigar a la madre en la hija; otras veces se muestran abiertamente seductores y celosos sexualmente con lo cual sabotean a su esposa como persona y como madre.

Todo el conflicto conyugal antecede al nacimiento de los hijos, quienes simplemente se convierten en el centro de la contienda de los padres.

Este tipo de padre es muy inconsistente en sus exigencias y desorienta a los hijos que pretenden satisfacerlo y es la hija que toma el partido del padre y busca su amor la que se psicotiza, pues las exigencias de éste son demasiado irreales, inconsistentes y hostiles, además de que el aceptar los dogmas paternos requiere que la hija distorsione la realidad.

Como estos padres no encuentran satisfacción en sus necesidades, unas veces neuróticas, otras psicóticas, se desilusionan de su esposa y de sus hijos. En ocasiones se muestran rechazantes hacia estos últimos, lo que sucede cuando no ganan al hijo para si mismos o porque no pueden tolerar que ese hijo se enferme.

2) Dentro de este grupo entran los padres de algunos pacientes del sexo masculino. Son hombres muy egocéntricos, que necesitan ser

admirados por sus éxitos fuera del hogar, tienen una conducta inconsistente y un temperamento explosivo, lo que crea un estado de gran tensión en el hogar. Se comportan como rivales de sus hijos, como hermanos mayores celosos que deben opacar al hermano menor; no participan en la educación del hijo, pero sí sabotean el esfuerzo de la madre. Se alejan del hogar porque no toleran las atenciones de la esposa para con el hijo y con ello su eficacia como padres se ve disminuida. El hijo siente la ineptitud del padre como esposo y pretende llenar este hueco en la vida de su madre, lo que aumenta su temor a los celos del padre. Las mujeres casadas con este tipo de hombres dan la impresión de que hubieran sido buenas madres de haberse casado con otro hombre.

Algunos de los padres de este grupo tienden a ser paranoides, a sobrevalorar sus capacidades y tienen un concepto muy distorsionado de las relaciones intra y extrafamiliares.

3) En este tercer grupo están los padres que son muy pasivos y que tienden a ser nadie en el hogar, proporcionando poca o ninguna guía a los hijos. Son figuras secundarias en el hogar, se concretan a cumplir los deseos de su esposa, pero no participan en las responsabilidades para con los hijos. No son figuras masculinas aceptables para sus esposas, como si estas se hubieran casado con ellas por no tener un marido exigente; la esposa no tiene ningún respeto hacia su conyuge y él la acepta a ella como una gran autoridad que lo guía y que guía a su familia. Representan un modelo débil para los hijos y su papel patógeno radica en su incapacidad para oponerse a las pautas de educación absurdas y excéntricas de su esposa.

Dentro de este grupo se distingue otro tipo de padre que no solo no es nadie en el hogar sino que también ha fracasado en la vida. Algunos de ellos se han mostrado incapaces de manejar la frialdad y el rechazo de sus esposas pero permanecen a su lado. Otros se han alejado de ellas abandonando a los hijos después de su fracaso en la vida. Este tipo de padre demostró ser capaz alguna vez en la vida, pero empezaron a fracasar en cuanto su hijo nació y se convirtieron en figuras de poca autoestima sin ningún prestigio dentro de la familia siendo tratados por sus esposas con desprecio y desdén.

Dvorin y Nyant (6) en 1957 publicaron un trabajo en el que investigaron la relación entre el esquizofrénico adulto y su madre. Para llevar a cabo su investigación siguieron un doble procedimiento: a) Observaron la conducta, verbalizaciones e interacciones de 7 pacientes esquizofrénicos adultos del sexo masculino y sus madres, quienes fueron vistos en sesiones de terapia de grupo durante 6 meses y b) una evaluación cuantitativa de las respuestas que dieron a un cuestionario los pacientes

esquizofrénicos, sus madres y un grupo control.

Los resultados obtenidos a través del cuestionario indican que las madres de los esquizofrénicos hacen un énfasis exagerado en la obediencia, disciplina, gratitud y respeto a los padres. Al mismo tiempo exigen al hijo fortaleza, éxito, trabajo, lucha y fuerza de voluntad.

Zuckerman, Oltean y Monashkin (37) en 1958, presentan un estudio realizado con el PARI (Parental attitude research instrument) para investigar si existían diferentes actitudes maternas en las madres de los esquizofrénicos. Aplicaron el cuestionario a 47 madres de esquizofrénicos y a 47 madres de un grupo control.

Aislaron 3 factores del cuestionario : El factor A que se refiere a control autoritario, el factor B a hostilidad y rechazo y el factor C que se refiere a una actitud democrática.

Ambos grupos de madres fueron clasificados de acuerdo a su grado escolar para ver si existía una correlación entre una determinada actitud y el nivel de educación.

Solo encontraron una diferencia significativa, la correlación entre el factor A y la educación en las 47 madres de los esquizofrénicos fué de $-.632$, en las madres de los normales fué de $-.287$ y la diferencia entre ambas correlaciones fué significativa al 0.05 .

Partieron de la hipótesis de que las madres de los esquizofrénicos tenían actitudes maternas estrictas, controlando y rechazando al hijo y no comprobaron tal hipótesis con los resultados que obtuvieron.

Winder y Kantor (36) llevaron a cabo un estudio empleando el psicodiagnóstico de Rorschach como instrumento de investigación, el cual aplicaron a un grupo de 48 mujeres, 25 de las cuales eran madres de jóvenes adultos esquizofrénicos y 23 eran madres de hijos normales. El objeto del estudio era el de evaluar si las madres de los esquizofrénicos tenían realmente una mayor patología y si esta podía ser descubierta por medio del Rorschach.

Los protocolos del Rorschach fueron calificados evaluando el nivel de personalidad y edad, es decir, de acuerdo al desarrollo y madurez de la personalidad, haciendo una escala de 5 puntos, en la cual cada punto está definido por los niveles promedio de organización perceptual de los grupos de edad cronológicos,

empezando la escala con los niveles de organización de niños muy pequeños y terminando con los de adultos. En otras palabras, el nivel de organización de las respuestas del Rorschach está en relación con el nivel de organización de la adaptación a la vida.

Encontraron una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la media del nivel de edad entre ambos grupos, de la cual concluyeron que entre las madres de hijos esquizofrénicos hay un gran número que manifiestan patología. Esta patología consistía en una inmadurez perceptual que está en relación con condiciones perjudiciales del desarrollo y se manifiesta en la conducta patógena que tienen estas madres en relación con los hijos. Este tipo de relaciones es el que ha contribuido a las reacciones esquizofrénicas de los hijos.

Ryckoff, Day y Wynne (28) publicaron en 1959 un artículo en el que resumen sus experiencias clínicas en el desarrollo de la personalidad.

Los autores han observado que la pauta familiar de los esquizofrénicos incluye los siguientes elementos significativos:

1) Los papeles de la familia están condensados y estereotipados; las expectativas y las experiencias complejas están reducidas a una serie de formulas simplificadas.

2) Hay una organización rígida que es acorde a la concepción que la familia tiene de si misma, de la que no se permite ninguna desviación, aunque en algunas familias es posible que exista un cambio de papeles.

3) Cada miembro de la familia colabora para que haya una aceptación forzada de los papeles rígidamente definidos por la concepción familiar.

4) Cualquier intento por modificar o ampliar estos papeles rígidamente definidos tiene que hacerse luchando contra el poder y las fuerzas represivas contra cualquier impulso, especialmente la agresividad que ejercen los otros miembros de la familia.

El esquizofrénico en su vida prepsicótica, no puede alcanzar una buena identidad debido a su participación en el funcionamiento intrafamiliar, ni tampoco pueden diferenciar su propia identidad de los papeles aprovechables para él dentro de la ideología compartida en la vida familiar, además de que dentro de este sistema no parece posible la adquisición de nuevos papeles, ni de la modificación de los mismos. El resultado es una difusión y una confusión de la experiencia y la identidad no puede ser alcanzada por el esquizofrénico.

Dysinger y Bowen (7) planearon una investigación en siete familias consistentes en ambos padres y un hijo o una hija esquizofrénicos a los cuales se les trató con una psicoterapia destinada para la unidad familiar.

Lo que evaluaron estos autores no fué la interacción de los miembros de la familia, sino los problemas que creaban al servicio médico con sus actitudes.

Observaron que las siete familias tenían dificultades para aceptar tanto el tratamiento como las evaluaciones médicas. Todos los sujetos reaccionaron ante el uso de los servicios en una forma cargada emocionalmente que impedía evaluar adecuadamente el caso y la evolución del mismo. Las reacciones emocionales eran de dos tipos: o bien daban salida a sentimientos de invalidez o bien negaban estos sentimientos. Vieron que estas reacciones tendían a distorsionar el diagnóstico que hacía el médico, a exagerar los métodos de tratamiento y a llegar a una estimación médica inadecuada de la salud mental de las familias.

Jackson y Weakland (19) estudian la relación que existe entre los síntomas esquizofrénicos y la interacción familiar y encuentran que la conducta esquizofrénica se parece a la que tienen otros miembros de la familia, pero está exagerada al grado de aparecer como una caricatura comparada con la del resto de la familia, además la conducta esquizofrénica está subordinada a importantes funciones dentro de ella.

Consideran que las características de los síntomas del paciente tienen un doble aspecto: oscurecen, interrumpen y centran la interacción familiar en el momento en que aparecen y proporciona una información que de ser comprendida, ofrece datos acerca de la familia o acerca de la relación del paciente con alguno de los miembros de la familia o con el terapeuta.

La respuesta de los padres y/o de los hermanos puede ser la de que el aspecto de "Locura" provoque en ellos sonrisas por considerarla ridícula o divertida, o bien, la actitud de rechazo de la familia. Tratando de ignorar el significado de los síntomas ya sea mediante el silencio o intentando que el paciente no diga "semejantes cosas ridículas". En esta forma, se pierde la información del paciente, solo que si éste es capaz de exponer claramente tal mensaje puede suceder que su comunicación se encuentre obstaculizada, como si se interpusiera una pared, o bien el paciente reaccione contra la familia hasta que se funda en una regresión o un alejamiento, algunas veces refugiándose en el mutismo, otras en una psicosis más profunda. Puede ocurrir que si

la información del paciente es más explícita y éste puede comunicarla durante un largo periodo de tiempo, los trastornos de la familia emergen.

Los autores concluyen que estas características de los síntomas esquizofrénicos oscurecen y revelan al mismo tiempo, la naturaleza de la esquizofrenia y crean dificultades y abren posibilidades, también a un mismo tiempo, en lo que se refiere al tratamiento de la enfermedad.

Sharp, Glasmer, Lederman y Wolf (30) efectuaron un estudio en el Philadelphia Naval Hospital para ver las diferencias de actitudes que existían entre los padres de los sociópatas y los padres de los esquizofrénicos. Se interesaron en esta investigación porque habían observado en los padres de los sociópatas una conducta carente de todo interés hacia sus hijos: no los visitaban, no llenaban el cuestionario social, no escribían al hospital preguntando por sus hijos, y si lo hacían era para exigir que el hospital convirtiera a su hijo en una persona obediente antes de que lo dieran de alta. En cambio los padres de los esquizofrénicos visitaban a sus hijos mucho más frecuentemente, no solo llenaban el cuestionario social, sino que agregaban información adicional, se mostraban perplejos, ansiosos y aterrados del bienestar del paciente, aunque parecían olvidarse completamente de las necesidades emocionales del hijo.

Tomaron un grupo de 40 pacientes, 20 esquizofrénicos y 20 sociópatas. Seleccionaron aquellos casos cuyo diagnóstico fuera claro: los 4 síntomas fundamentales descritos por Bleuler y por lo menos un síntoma secundario para hacer el diagnóstico de esquizofrenia, y para diagnosticar sociopatía, se apegaron al criterio de la APA.

Se estudiaron y compararon tres fuentes de información: el cuestionario de servicio social visitas de los padres y entrevistas con ellos.

No en todos los casos se pudo llevar a cabo una entrevista, de tal manera que los datos obtenidos mediante esta técnica se anexaron a los del cuestionario, pero no se manejaron estadísticamente.

Las visitas de los padres al paciente se evaluaron tomando en consideración la frecuencia de las mismas y la distancia que tenían que recorrer los familiares para llegar al hospital.

Con el cuestionario se hicieron tabulaciones del total del número de palabras y del número de palabras de la sección de comentarios del cuestionario.

El tono de preocupación de los padres, tal y como se reflejaba en el cuestionario fué evaluado de acuerdo a la siguiente escala : a) adecuadamente preocupados (la preocupación) no aparecía ni excesiva ni deficiente); b) despreocupados (sin interés hacia el destino del paciente); c) rechazantes (los padres aparecen como enojados con el paciente y lo culpan de haber sido hospitalizado); d) preocupación egocéntrica (los padres reaccionan de acuerdo a sus propias necesidades emocionales y e) preocupación patológica (la interacción con el paciente es totalmente inapropiada y se observa una gruesa psicopatología).

Los datos obtenidos fueron manejados mediante T y X². Las conclusiones a las que llegan estos autores son las siguientes:

1) Los padres de los esquizofrénicos son incapaces de considerar a sus hijos como algo aparte de ellos, se sienten culpables frente a sus hijos y algunas veces tratan de disfrazar sus autoreproches aferrándose a razones y causas que buscaban para explicar la enfermedad del hijo; La comunicación de los padres con los hijos tenían las características del doble vínculo: sus padres les expresaban las esperanzas contradictorias que tenían en ellos , por ejemplo : " Ponte bien pronto, y ven a casa para que puedas ir a la escuela, ya que tu eres un hombre crecido ahora". En esta forma los pacientes esquizofrénicos se ven involucrados en relaciones vitalmente importantes en las cuales la otra persona expresa dos ordenes en la información que le envía, una de las cuales niega la otra.

2) En contraste, existía una gran distancia emocional entre los padres de los sociópatas y sus hijos. Las madres de estos pacientes no parecen haber estado profundamente interesadas o haber sido aceptantes con sus hijos en ningún tiempo. Los sociópatas estudiados eran muy independientes de sus padres, pero en una forma muy negativa y asocial, lo que puede obedecer a las expresiones sin ninguna ambivalencia, abiertas y directas tal y como se observaron en las descripciones que el paciente hacía hacia sus padres y en el tono indiferente o rechazante de las respuestas de los padres al cuestionario.

Horner (18) comparó las respuestas al cuestionario de Pascal-Jenkins Behavioral Scales que dieron 10 pacientes esquizofrénicos y diez sujetos de grupo control. El cuestionario investiga situaciones estímulo presentados por los abuelos, los padres y los hermanos en los diez primeros años en la vida del sujeto.

Los resultados obtenidos mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. En general se encontró un ambiente familiar

temprano más desfavorable para el grupo esquizofrénico que para el grupo control. De acuerdo con la conducta reportada, los padres de los esquizofrénicos son personas que tienen menos contacto con sus hijos en actividades como el juego y cualquier actividad recreativa, muestran menos afecto hacia sus hijos tanto a través de expresiones verbales como de contacto físico: Son menos sociables que los padres de los sujetos del grupo control (hacían y recibían menos visitas). Todas estas variables implican que los esquizofrénicos carecieron de un aprendizaje de pautas de interacción cercana con el medio ambiente.

Waxler E. y Mishler en 1971 (35) realizaron una investigación con 59 familias para intentar responder a la pregunta de que tan diferente es el sistema familiar con el hijo esquizofrénico en comparación con los hijos normales ?.

Para ello se tuvieron dos sesiones con tres miembros de la familia :(padres e hijo esquizofrénico, y padres e hijo normal) en las cuales se trataban los eventos que ocurrían en el seno de las sesiones clasificandolos como si hubiesen sido emitidos por una sola persona, por ejemplo : la cantidad de veces que la familia interrumpía en las sesiones cuando el paciente se encontraba presente; el número de interrupciones que se daban cuando estaba el hijo normal.

Se hicieron comparaciones de sesiones con grupos control igualados en sesiones cruzadas con la prueba de Wilcoxon de categorías marcadas, la cual toma en cuenta las cantidades y dirección de las diferencias.

Los hallazgos no aportan evidencias para sustentar la hipótesis de que el clima familiar cambia dependiendo de cual hijo este presente. No cambian los patrones de comportamiento para ninguna de las familias, a lo largo de las dos sesiones. Se compararon : expresividad, afectos positivos, expresividad interpersonal, tentativas de interrupción, interrupciones exitosas y preguntas.

Las siete variables estudiadas muestran que el clima familiar de las familias normales y las de pacientes esquizofrénicos, difieren uno de otro, pero que no hay una alteración en cuanto a una dirección consistente en el clima familiar de las sesiones llevadas a cabo con el paciente, que con el otro hijo

También se preguntaron si el comportamiento de los padres era diferente con el hijo esquizofrénico que con el hijo sano. Encontraron que no hay cambios significativos en la conducta de una sesión a otra entre madres y padres en cualquiera de las familias con los hijos. Pero comparados los grupos de padres de hijos

esquizofrénicos con los normales hay diferencias significativas en la expresividad y la manera en que se lleva a cabo el control de la conducta.

En 1972 G.W. Brown, Birley y Wing (5) escribieron un artículo sobre la influencia de la vida familiar en el curso de la enfermedad esquizofrénica. Trabajaron con la hipótesis de que un alto grado de expresividad emocional es un índice característico de los familiares de los esquizofrénicos que son la causa de recaídas con cuadros floridos en síntomas y que actúa como factor independiente de otros, como lo largo de la enfermedad, el tipo de sintomatología o la severidad del trastorno conductual.

Los resultados encontrados fueron : Los pacientes cuyos familiares expresaban una marcada ternura sin expresar críticas o sobreprotección tenían una mejor evolución, por lo que esta variable no fue incluida en el índice de "expresión emocional", cuya conotación es negativa. Usando este índice, se encontró que se asociaba un alto grado de expresividad emocional en los familiares, con una recaída sintomatológica en los nueve meses siguientes al disturbio. Por lo que es importante que estos pacientes tengan una protección farmacológica al ser dados de alta. El fármaco al que más respondían era a los fenotiazínicos.

En resumen, se puede observar que, pese a las diferencias de método y la diversidad de hallazgos y conclusiones, parecen existir rasgos de personalidad comunes a los padres de esquizofrénicos que hacen que estos, establezcan una relación defectuosa entre ambos, lo que a su vez los lleva a imponer a sus hijos sus propias metas obligándolos a desempeñar un determinado papel en la vida, papel que está rigidamente preestablecido. Todo esto crea confusión en los hijos, les impide una buena identificación y entorpece el aprendizaje de pautas de interacción con el ambiente; son padres inconsistentes que esperan de sus hijos conductas contradictorias creando en ellos confusión e inseguridad.

CAPITULO III

MATERIAL Y METODO.

El material humano con el cual se trabajó en este estudio está constituido por cinco sujetos con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Tres pacientes son del sexo masculino, dos del femenino. Cuatro pacientes son solteros y una es casada, pero vive con su esposo en la casa de sus padres. Tres de los casos fueron vistos en un sanatorio particular, dos en una institución oficial.

Los cinco casos tienen en común ser este su primer o segundo brote psicótico, viven al lado de sus padres y estos viven juntos. No se tomaron en cuenta los casos crónicos porque la dinámica familiar sería distinta precisamente a causa del largo tiempo de la enfermedad de uno de los hijos y ya no sería posible valorar la influencia que la familia hubiera tenido sobre el paciente.

Los cinco pacientes tienen historia clínica, estudio socioeconómico y estudio psicológico realizados por un equipo de trabajo constituido por una psiquiatra, una trabajadora social psiquiátrica y una psicóloga. El estudio psicológico consta de Rorschach, TAT, Weschler, Machover, y entrevistas psiquiátricas.

Todo este material fue recogido durante la estancia del enfermo en el hospital.

Siendo el objetivo de este trabajo el de conocer el funcionamiento de la familia del esquizofrénico como grupo, en su propio medio, el método seguido fue el de la entrevista al grupo familiar, buscando observar directamente la relación de los padres entre sí, de los padres con el paciente y con sus demás hijos, así como las relaciones existentes entre los hermanos y su relación con el paciente. Para esto se hizo por lo menos una visita al hogar (aparte de la realizada por la trabajadora social), procurando que estuviera toda la familia reunida y por esta razón dicha visita no se efectuó sino hasta que el paciente fue dado de alta.

Todos los datos así obtenidos se integraron dentro de la "Guía para los datos que conducen al Diagnóstico de la familia", presentada por Ackerman (1).

Guía para los datos que conducen al diagnóstico de la familia :

I. A) Presentación del problema.

B) Nivel en el momento del ingreso :

1) Perturbación de un miembro de la familia.

2) Perturbación de las relaciones familiares.

3) Funciones familiares perturbadas.

4) Una situación especial de tensión que precipita la consulta, ocurrida dentro o fuera de la familia.

C) Actitudes hacia el problema familiar y hacia la intervención profesional.

s datos .

II. Identificación de

los datos. A) Composición de la familia: Edad, sexo de los miembros de la familia y de otros ocupantes de la casa.

B) Ambiente físico: casa, vecindario, movilidad geográfica. c) Estructura social y cultural: ocupación, ingresos, educación, status étnico y religioso, movilidad social.

C) Aspectos particulares : casamientos anteriores, separaciones, embarazos, problemas de salud (mental o física), muertes importantes.

III La familia como grupo.

A) Organización interna.

1) Describir el clima emocional, comunicación, metas compartidas, actividades, placeres, enfoque de la autoridad, división del trabajo, actitudes ante la crianza de los hijos, problemas, etc...

2) Evaluar :

a. Identidad del grupo familiar : impulsos, expectativas y valores.

b. Estabilidad de la familia (identidad y estabilidad tal y como se perciben desde dentro).

c. Continuidad de la identidad familiar en el tiempo.

d. Conflicto en las relaciones familiares, mecanismos de control e interjuego de defensas.

e. Capacidad para cambiar, aprender, desarrollarse; complementariedad en las relaciones entre los roles familiares.

B) Adaptación externa de la familia a la comunidad.

1. Describir las asociaciones y transacciones de la familia con la comunidad como grupo, como pareja matrimonial y paterna, y como individuos.

2. Evaluar la identidad y estabilidad (Percibidas

desde fuera).

3. Conflicto y complementariedad en las exigencias de roles intra y extrafamiliares.

IV. Funcionamiento habitual de la familia.

A) Relación matrimonial habitual.

1. Describir la interacción como conyuges, percepción de la adaptación al rol propio y del compañero; describir los elementos de la relación de roles matrimoniales en los niveles : sexual y afectivo: cualidades del amor y de las satisfacciones pertinentes, idea de la relación futura, incluyendo los hijos.

Con el objeto de evitar repeticiones de datos y de acomodar la guía de Ackerman a las necesidades del presente estudio, una vez que los datos fueron vaciados dentro de la guía original, dicho cuestionario fué resumido y quedó, tal y como aparece desarrollada en cada uno de los casos.

CAPÍTULO IV.
CASISTICA Y RESULTADOS.

CASO No. 1 : PEDRO.

Diagnóstico : Esquizofrenia de tipo paranoide.

1.- Presentación del problema.

A) Sintomatología del paciente.

Pedro tiene 26 años de edad, es soltero, estudiante de Química, originario del D.F., reside en Ixtapalapa.

Inició su sintomatología cuando cursaba el segundo semestre de su carrera hace cuatro años, con una sensación de angustia que le impedía asistir a clases. Tenía la sensación de que algo terrible iba a ocurrirle, creía que estaba enfermo del corazón, y que esto lo privaría de la vida en cualquier instante. A pesar de que se le habían practicado varios exámenes médicos que revelaron que estaba en perfectas condiciones de salud. Meses después se quedaba encerrado en su cuarto durante días, solo sala al baño y a comer. Empezó a descuidar su persona, solo se banaba a insistencia de su madre. Dejó de comunicarse casi totalmente con sus padres y hermanos. Pasaba horas tirado en la cama con la vista clavada en el techo. Todos notaron el cambio e intentaban hacer contacto con él, pero cuando no contestaba con monosílabos, su discurso era ininteligible, pues no seguía un hilo lógico de pensamiento, saltando continuamente de un tema a otro sin conexión aparente.

Por ese entonces murió una tía, hermana de la mamá, con la cual Pedro mantenía una buena relación. Pedro asistió al sepelio de su tía permaneciendo todo el tiempo alejado de todos. De repente se soltaba riendo solo, sin causa que justificase su risa, ante el asombro de todos. En otra ocasión se hizo una pequeña reunión (cosa insólita en la familia, porque habitualmente no suelen celebrar nada), para festejar al hermano mayor quien se acababa de recibir de licenciado en Derecho, había unos pocos familiares y algunos amigos del hermano, Pedro se mostró todo el tiempo triste y decaído, siendo este hermano con el que más se comunicaba desde su infancia.

La Navidad anterior a su internamiento, una de sus hermanas le regaló un cinturón, hecho que interpretó como una agresión, - ya que si le habían regalado esto es porque "Traía los pantalones caídos"-. A partir de esto empezó a decir que oía pasos cerca de su cuarto y cerca de él, que quienes hacían estos ruidos estaban tratando de pasar desapercibidos, creía que eran espíritus que lo perseguían y que no lo dejaban en paz, que le abrían las llaves de la regadera para molestarlo y que él tenía que levantarse a cerrarlas constantemente. Para evitar que los espíritus lo vieran ideó un sistema de espejos colocados uno frente a otro para que su

imágen estuviese reproducida en ella y no pudiese saberse cual era su verdadero Yo, pues lo que pretendían era controlar totalmente su pensamiento.

Al Exámen mental practicado a su ingreso al Hospital, Pedro tenía una edad aparente menor a la real, se veía como de 18 o 19 años, de complexión delgada, tez morena de razgos indígenas. Se presento vistiendo ropas de su propiedad en las cuales se notaba descuido y mal aliento. Su actitud era de desconfianza. Se encontraba orientado en las tres esferas. Sin conciencia de enfermedad, su atención estaba bien dirigida a la entrevistadora, aunque durante el interrogatorio interrumpía sus ideas quedandose en silencio durante minutos como si hubiera un bloqueo, para reanudar después con otros temas sin hilación aparente con lo que se estaba diciendo. El contenido de su pensamiento en relación con las ideas delirantes decía: -"Creo que los espíritus que me persiguen es para controlarme, me hablan, oigo sus voces diciendome que ya les pertenecen mis pensamientos. Hay ocasiones en que estoy oyendo el radio y me hablan por él, me insultan, se burlan de mí".- En otro momento dice: -"Siento que no estoy realmente vivo, estoy fuera de todo, no soy nadie, ya no tengo vida propia".-

Su talante está aplanado, el juicio, auto y heterocríticas están alterados por las ideas delirantes que manifiesta, su capacidad intelectual impresiona como normal. Su capacidad de síntesis y abstracción están conservadas, así como ambas memorias.

Durante su internamiento se mantuvo aislado, ensimismado, no parecía captar el exterior. Se mantenía dormido una buena parte del día, rehula la mirada de todos, se le veía durante horas viendo sus zapatos o sus manos. Permaneció en el hospital durante 3 meses después de los cuales fué trasladado a su casa por su padre. El cuadro habla mejorado en cuanto a las ideas delirantes y estaba un poco más sociable, con ganas de seguir estudiando.

B) Desarrollo temprano del paciente.

Pedro nació en 1962. Es el tercer de una familia de 5 hijos. La madre no refiere ningún problema durante el embarazo, parto y neonato. Inició su dentición a los 4 meses y comenzó a caminar a los 9, el control de esfínteres lo logró a los dos años.

Antecedentes patológicos:

Padeció las enfermedades propias de la infancia: sarampión, varicela, tosferina, sin complicaciones. Cuadros gripales y diarréicos durante los primeros tres años de vida, todos benignos, sin ameritar internamientos.

Escolaridad: Inició su instrucción primaria a los 6 años (la que realizó en una escuela bilingüe). Su conducta en la escuela fué siempre intachable, jamás se salió a de las normas. En una ocasión una maestra lo regañó enfrente del grupo porque no pudo

responder a una pregunta que le hicieron y que estaba escrita en el pizarrón. Esto le hizo sentir muy mal pues se burló de él enfrente de todo el grupo cuando le dijo que lo que pasaba es que no veía bien las letras. La maestra mandó llamar a su mamá, la cual se alió a la maestra en el regaño y pasaron varios meses más para que le pusieran los lentes. Nunca repitió año.

Aunque tendía a aislarse mucho, se llevaba bien con algunos niños de su salón, pero nunca podía invitarlos a su casa porque sus padres mostraban una actitud de inferioridad muy grande respecto a sus amigos y les prohibían a sus hijos, con su actitud el llevar amigos a la casa. Igual sucedía en el barrio, en donde tampoco les permitían juntarse con sus vecinos, solo que aquí porque estos eran -"Unos groseros"-. En la escuela una gran mayoría de niños eran rubios de ojos claros, siendo Pedro y sus hermanos morenos con razgos indígenas, algunas de las maestras mostraban actitudes racistas lo que hacía que Pedro se sintiera sumamente mal.

Historia Psicosexual :

Tuvo sus primeras informaciones sexuales a los 9 años de edad por medio de unos primos de 14 y 16 años, quienes le informaron de donde nacían los niños, y le quisieron explicar como era que los padres hacían el amor, pero él salió corriendo asustadísimo y no quiso oír más. Estos mismos primos dándose cuenta de su horror a saber del sexo, se burlaban siempre de él, preguntándole si tenía novia cosa que le molestaba mucho.

En la secundaria cuando iba en primer año, una niña intentó abrazarlo y darle unos besos, a él le llenó de terror, pues en su casa jamás se han visto demostraciones de afecto ni entre los padres, ni entre los hermanos. Temía mucho que los hermanos lo hubieran visto y se burlaran de él. En la preparatoria su angustia creció pues sus compañeros no hacían otra cosa que hablar de sexo, lo que ocasionó su aislamiento más marcado. Hasta la fecha nunca ha tenido novias ni amigos. A los 19 años tuvo su primera relación sexual con una prostituta, y sus relaciones han sido de una frecuencia de una vez por año.

C) Descripción de la personalidad del paciente y del tipo de relación que tiene con sus padres, hermanos y medio ambiente. Imágen que tiene de sí mismo.

Pedro es una persona con serios problemas de comunicación, se aísla constantemente no puede hablar con facilidad de sí mismo, ni de otras cosas. No sabe que es lo que quiere, pues se ha dedicado a darle gusto a sus padres. Si ha estudiado es porque el padre le ha hecho sentir que solo con el estudio uno llega a -" Ser alguien"-. Existe en él una gran necesidad de ser aceptado, pero el miedo a ser rechazado le impide hacer una relación de confianza con hombres o mujeres, de aquí su tendencia a aislarse y a esperar que sean los

demás quienes se acerquen a él, pero aún cuando lo hagan el tiende a huir de estas experiencias pues con su actitud de mutismo y cautela exagerada evita el acercamiento de cualquiera. El gran esfuerzo que tiene que hacer para mantener una imagen de "Bueno y Obediente" (que es la única que aceptan los padres) le quita toda energía que necesita para ser espontáneo y creativo en sus relaciones con los demás.

Tiene serios problemas para aceptarse como hombre adulto, pues se percibe a si mismo como niño. Vive la sexualidad como algo amenazante y destructivo.

La imagen que tiene del padre es la de una persona cruel y destructiva, que no es capaz de dar afecto, sino solo de transmitirles terror a la vida. Lo único que podría salvarles era el estudio. Recuerda Pedro como constantemente les decía, cuando ellos iban a ir a alguna fiesta :- "¡Casarse!, ¡Casarse!, ¡Casarse!, solo piensan en casarse para luego dejar de estudiar y arruinar su vida" -..... "Las mujeres solo les distraen del estudio".... Piensa que solo él es poseedor de la verdad:- "Si yo digo que el sol es negro, es que es así"-. Considera que el padre ha sido incapaz de darle el mínimo de seguridad y afecto, y nunca le ha permitido acercarse a él. Su relación es fría y distante, de terror a su destructividad.

La imagen materna es la de una madre inalcanzable a la que por más esfuerzos que hace por que le de afecto, nunca lo logra. Le exige una imagen infantilizada, asexual de hijo perfecto que- "Jamás diga una grosería"- (Todo lo contrario del padre que constantemente las está diciendo). La madre se muestra ante el padre totalmente pasiva y sumisa. Pedro ha desarrollado una incapacidad para expresarse de forma espontánea, para hablar, ha de pensar muy bien lo que va a decir, pues teme decir algo que pueda ser interpretado como "grosería", por lo que prefiere no hablar con nadie. La madre funciona como una víctima del padre y esta actitud provoca en Pedro sentimientos de culpa. Su relación con la madre es de absoluta dependencia y sumisión. Siente a su madre distante y fría, pero al mismo tiempo siente que es la única capaz de darle afecto. Esta expectativa le impide mostrar su hostilidad y romper su dependencia porque ambas actitudes le crearían mucha culpa, sería como una traición a ella que se ha sacrificado por él. Necesita mantener y alimentar una imagen idealizada de una madre toda bondad y abnegación para poder mantener una esperanza en el mundo.

La imagen que tiene de la figura masculina no es clara y no ha podido identificarse plenamente con ella, por que la vive como destructiva, malvada y amenazante, y él siente la necesidad de

someterse y ser destruida por ella, por ser esta la única posibilidad que tiene frente a dicha figura. La imagen de las mujeres es la de seres destructivos, exigentes, hipercríticos, peligrosos e inalcanzables.

El concepto que tiene de si mismo es el de una persona inútil, sin experiencia de la vida, indigna de la estimación de los demás, impotente para luchar solo en un mundo hostil y amenazante, y culpable por todo esto.

II LA FAMILIA.

A) Ambiente físico.

La familia vive en una casa grande en la colonia Ixtapalapa. Esta rodeada por la casa de varios hermanos del padre quienes edificaron en un predio grande que heredaron del abuelo. Consta de tres recámaras, sala, comedor, cocina, dos baños, un gran patio y un traspatio.

El mobiliario es de regular calidad, completo. El orden y aseo son satisfactorios. En una recámara duermen los padres, en otra las hermanas y en la otra Pedro y su hermano mayor.

B) Movilidad geográfica.

Ambos padres son originarios del D.F.. Al casarse vivían en una casa vieja de la misma colonia. Esto hasta que Pedro tenía 6 años de edad. Después construyeron la casa que habitan hasta la fecha.

C) Descripción de los miembros de la familia y de otros ocupantes de la casa: edad, sexo, estructura social y cultural; composición de la personalidad de cada miembro individual, relaciones matrimonial, paterno-filial, y entre parejas fraternas.

El padre: Es originario del D.F. de 55 años de edad, de estatura media, mesomórfico, de tez morena, cabello obscuro. Fue el hijo mayor de 7 hermanos. 5 hombres y 2 mujeres. El abuelo se dedicaba a los transportes de carga y logró hacer un negocio floreciente. Deseaba que todos los hijos se dedicaran a esto mismo, pero solo el padre del paciente se encargó de administrarle el negocio. Solo que por dar esta satisfacción al abuelo, no estudió sino hasta la primaria lo que le hacía sentirse muy inferior respecto a quienes tenían estudios. Es por esto, que el que sus hijos estudiaran una carrera universitaria se convirtió en una especie de obsesión.

Desde muy chico (13 o 14 años) le ayudaba al padre a manejar los camiones de carga. A los 19 años conoció a la madre del paciente y en menos de un mes se casaron, empezando sus

responsabilidades de padre al año siguiente, para lo cual no se encontraba preparado. Continuamente les daba dobles mensajes a los hijos como por ej.:-"Ustedes deben de ser muy -hombrecitos-"...y por otro lado : "Las mujeres solo sirven para complicarles la vida a los hombres, Ustedes no se casen hasta que hayan logrado terminar sus estudios".....-"Yo me mato trabajando para todos uds. y son una bola de flojos"..... Pero cuando los hijos manifestaban el deseo de trabajar les decía que no tenían ninguna necesidad de hacerlo. Infravalora a la familia de la esposa porque el se considera superior a ella. Los considera maleducados, sin cultura y sin sentimientos de respeto, ni de ninguna clase. Se expresa siempre con groserías lo que le choca a la madre, pero a él no se atreve a decirle nada de lo que piensa, solo a los hijos les pide continuamente que no las digan. Con los tíos del paciente se lleva mal, pues todos le tienen coraje de que haya sido él quien se quedó con el negocio del padre el cual murió intestado. Existe entre todos los tíos una competencia para ver quién es el que mejor educa a sus hijos y quién es el que más estudios les da. Por períodos ha permanecido sin hablarles por las dificultades que siempre están latentes por lo del intestado.

La madre : Es una mujer de 53 años, morena, de estatura baja, ligeramente obesa, originaria del D.F., procede de familia campesina emigrada a la ciudad, de recursos económicos precarios.

Estudió solo la escuela primaria, nunca ha trabajado, dedicándose todo el tiempo a las labores del hogar. Nació de un hogar formado por la madre, el padre y 9 hermanos. Ninguno de ellos estudió, algunos (3) se regresaron al lugar de origen de los padres para comprar tierras y trabajarlas, los demás trabajan como obreros. Cuando se casó a los 17 años, toda su familia estaba contenta porque se casaría con uno de los "Ricos del barrio" y por lo tanto cambiaría de clase social. Con su esposo es sumisa y dependiente, le teme mucho y le tiene mucho coraje porque en realidad nunca fue como ella creía, ha luchado porque él mejore su forma de expresarse, pero no lo consigue, desviando todo su coraje hacia los hijos a los que presiona constantemente para que sean como ella quiere verlos.

Con sus hijos es manipuladora y culpígena; les da una imagen de mujer débil, indefensa, sumisa y dependiente a la cual hay que proteger y defender del padre y a la que es imposible agredir, desobedecer y abandonar. Esto ha obstaculizado a sus hijos para autorrealizarse y sentirse responsables y capaces de bastarse a sí mismos sin su vigilancia. Es una mujer que ambiciona éxitos sociales y toda su conducta esta dirigida a alcanzar esta meta, obligando a los hijos sin importarle lo que cada uno de ellos desea, es decir no tiene respeto hacia la individualidad de sus

hijos.

Es muy rechazante y fría con ellos. Con el hijo mayor es con el que tiene mas ligas, cuando este hijo se caso, antes de terminar sus estudios, ella se sintió muy desconsolada. A Pedro lo hace competir mucho con este hijo. Existe un rechazo importante desde la gestación de Pedro, pues no fue un hijo deseado; una vez concebido la madre prefería tener una hija. Esto lo ha comentado ella en diferentes ocasiones y Pedro lo ha escuchado. Cuando Pedro enfermó, el recurrió a ella diciendole que se sentía muy mal, ella le decía que se tomara unas vitaminas, que todo era cuestión de la alimentación deficiente que tenía por su falta de apetito, sin darle mayor importancia.

Su relación con Irene la mayor de las hijas, quien es tímida y retraída; es fría y rechazante. Parecería que le tiene envidia por su juventud, y porque el padre muestra con ella cierta predilección tratandola en forma especial.

Con Margarita se muestra muy distante (en realidad es así con todos), ha reprobado algunos años en la escuela y siendo esto tan importante para ella le ha dejado "Mal con el resto de la familia" y esto no se lo perdona a pesar de que ella ha tratado seriamente de recuperar el tiempo que perdió.

Con la menor de sus hijas Guadalupe es con la que aparentemente se siente más orgullosa pues ha logrado terminar la carrera de odontología, y el prestigio que esto representa es lo más importante para ella.

JUAN : Tiene 29 años de edad, está casado desde hace 6 años con una empleada de una gran casa comercial, estudio Licenciado en Derecho, sus padres se oponían a su matrimonio ya que se caso cuando aún no había terminado la carrera, el padre hizo lo imposible por evitar la boda y continuamente lo chantajeaba para que cediese. Una vez que se caso le ofreció que le montaba un despacho para así tenerlo bajo su control. Cuando él ha querido independizarse del padre éste lo amenaza con desheredarlo si lo hace. Actualmente tiene dos hijos de 5 y 2 años.

IRENE : De 27 años de edad, soltera, estudio Letras en la Universidad, la madre deseaba que ella naciera, pues quería una hija, solo que su carácter intróvertido fué la desilusión de la madre. Su relación con el padre es mala porque el padre hubiera querido tener solamente hijos varones pues su opinión de las mujeres es pésima y por lo tanto esta hija vino a hacerle perder el record de hijos que llevaba. A

pesar de que ella se ha esforzado por alcanzar la aceptación de los padres nunca lo ha logrado.

MARGARITA : Tiene 24 años de edad, también soltera, lleva malas relaciones con ambos padres por su problema escolar, que en esa casa es tan importante, no por el hecho mismo, pues en realidad el padre ha externado en algunas ocasiones que desearía que sus hijos e hijas al terminar sus estudios, se fueran a trabajar con él a su negocio, sino porque él siempre se sintió mal de tener dinero, pero no cultura. Es muy dependiente de sus padres, su vida gira en torno a ser aceptada por ellos y como no lo logra se deprime con gran facilidad. En una ocasión hace 5 años, hizo un intento de suicidio al intentar ser arrollada por un auto propositivamente, solo que una persona alcanzó a darse cuenta de su intención y la detuvo. Con sus hermanos se lleva bastante mal puesto que ve en ellos competidores del cariño de sus padres, y se comporta fría, lejana y poco comunicativa, ante la madre se comporta sumisa y obediente, y ante el padre alejada y temerosa, al igual que todos sus hermanos.

GUADALUPE : De 23 años de edad, soltera, estudió Odontología terminando brillantemente su carrera por lo que ambos padres están orgullosos de ella. Se dedicó por completo a los estudios para lo que tenía que aislarse y por lo tanto, nunca ha tenido amigos, ni novios. Es sumamente añorada, depende exageradamente de su madre, la imita en todo y se somete incondicionalmente a ella. A su padre lo mantiene a distancia pues le teme demasiado a su agresión, sobre todo por las opiniones que externa de las mujeres.

FUNCIONAMIENTO HABITUAL DE LA FAMILIA : RELACION MATRIMONIAL.

La relación entre los padres es bastante enferma, es sádico-masoquista, el padre se la pasa insultando a la madre, culpandola de todas las desgracias que le ocurren a la familia, quejandose continuamente de que los mantiene, es tiránico, despota y agresivo, es exigente con la esposa y con los hijos. La madre se muestra sumisa y débil frente a él, pero manipula las actitudes agresivas de su marido para que los hijos se fijen en ella; aun que delante de él permanece callada y no se atreve a protestar por los malos tratos que recibe de él, ni del que da a sus hijos. No existe ninguna comunicación entre ellos. Jamás se han externado afecto delante de sus hijos, ni verbal, ni en caricias. Nunca hablan frente a los hijos con naturalidad del matrimonio o noviazgo, sino para decir que son puros problemas.

IDENTIDAD Y ESTABILIDAD.

Como pareja matrimonial, se identifican en un plano superficial de ser reconocidos como tal pareja por el medio ambiente; entre ellos existe una relación sádico-masoquista que ha funcionado hasta este momento dentro de las frustraciones que ambos sienten por no cumplir el ideal que alimentaba su fantasía antes de casarse. Desde entonces se sintieron victimados el uno del otro, por que se consideraban niños que necesitaban protección y apoyo, no estando capacitados para asumir las responsabilidades de los adultos. Desde entonces cada uno exige recompensa al otro para vivir a su lado y son incapaces de establecer una relación más sana.

La estabilidad de esta relación matrimonial parece estar lograda en la patología de ambos: El un sádico que ha encontrado a una mujer para agredir y en quien descargar el fracaso de su vida; ella una mujer masoquista que ha hallado a un hombre capaz de satisfacer sus necesidades de autodestrucción y en quien escudarse para satisfacer su posesividad hacia sus hijos.

RELACION PATERNO FILIAL.

Entre el padre y los hijos no existe comunicación alguna, las relaciones entre ellos están caracterizadas por una actitud agresiva, de celos y destructiva por parte del padre y por una conducta sumisa, lejana y rechazante por parte de los hijos.

Las relaciones entre la madre y sus hijos están basadas en la sumisión y obediencia ciegas de estos hacia ella. La madre es posesiva y manipuladora y en apariencia sobreprotectora con sus hijos, a los que explota emocionalmente provocándoles sentimientos de culpa al mostrarse abnegada y sacrificada para que sus hijos permanezcan a su lado.

Ambos padres son totalmente destructivos con sus hijos porque no les han permitido conocerse a sí mismos, ni saber lo que quieren. En realidad ninguno de los padres siente el menor interés y respeto hacia sus hijos como individuos.

El padre no se encuentra identificado en su papel y sus hijos lo rechazan y no pueden aceptarlo como padre.

En la relación entre padre e hijos no existe una identidad como tales, puesto que ninguno está identificado en su papel de padre o de hijo.

La madre solo ha podido identificarse en su papel de madre en los aspectos de manipulación, posesividad y explotación, pero no siente afecto sincero hacia los hijos y estos solo se identifican como tales en los aspectos de sumisión y de pérdida de su individualidad para conseguir la aprobación de la madre. Es decir, que tampoco existe una verdadera identificación en las relaciones madre-hijos.

RELACION ENTRE LOS HERMANOS.

No existe ninguna identidad ni estabilidad en tal relación pues ninguno se identifica como hermano de los otros, ni existe una verdadera relación entre ellos pues no hay la menor comunicación ni el mínimo interés fraternal.

III. LA FAMILIA COMO GRUPO.

A) Organización interna.

1. Describir el clima emocional, comunicación, metas compartidas, actividades, placeres, enfoque de la autoridad, división del trabajo, actitudes ante la crianza de los hijos, etc...

El clima emocional existente en esta familia es de tensión, porque la madre y los hijos viven bajo la amenaza constante de las agresiones del padre, porque los hijos temen el rechazo de la madre y porque el padre siente que puede ser abandonado por su familia en cualquier momento si ellos optan por crecer; por lo que se pasa la mayor parte del tiempo amedrentándolos y recalcándoles que él es quien los mantiene.

No hay ninguna comunicación entre padres e hijos, ni entre hermanos, ni entre los padres. Existe una comunicación enfermiza entre la madre y sus hijos, comunicación que se lleva a cabo a través de las quejas de la madre respecto a la conducta del padre y sus preocupaciones económicas, jamás permite que se le acerquen para hacerle saber cuales son los verdaderos problemas importantes en sus vidas, como es el caso de Pedro cuando sentía que se estaba quebrando.

Las actividades de la familia se reducen a sus propios trabajos, pero ni dentro ni fuera del hogar comparten actividades o placer como grupo de familia. Sus distracciones son mínimas y cada quien por su lado, como ir al cine muy esporádicamente o visitar a sus primos.

La autoridad en el hogar la ejerce el padre, aunque la madre siempre está exigiendo reglas de urbanidad de los hijos. El padre grita y maltrata a todos los miembros de la familia e incluso ha llegado a golpearlos.

La aspiración más grande del padre es que sus hijos sean profesionistas, por que esto significa "Ser Alguien", por otro lado no le importa demasiado que lleguen a ejercer su profesión sino que le ayuden a administrar su negocio, como esto no ha ocurrido a pesar del chantaje moral que ejerce sobre ellos, se queja constantemente de que solo él aporta dinero. En varias ocasiones han intentado ponerse a trabajar, y él les dice: "que necesidad tienen de trabajar", haciéndoles sentir que no existe necesidad económica. La división del trabajo en esta

familia esta hecha en base al rol tradicional segun el sexo. Las mujeres se encargan del mantenimiento de la limpieza y funcionalidad del hogar, mientras los hombres de hacer las reparaciones de electricidad, o tareas pesadas como el podar el pasto, etc..

Es una familia muy conflictiva en la cual la actitud constante de reclamo del padre hacia los hijos como una carga espantosa, de decepción y amargura hacia la vida. así como a la de la madre de terror a la violencia del padre y de impotencia hacia los problemas de la vida, ha dado como resultado un aislamiento de todos los miembros de la familia y una falta absoluta de comunicación entre ellos que se ha puesto en evidencia con la enfermedad de Pedro.

2.- EVALUAR : Identidad del grupo familiar, impulsos, expectativas y valores.

El grupo familiar como tal, no se encuentra identificado a si mismo como una familia que persiga algun fin determinado y que brinde seguridad a sus miembros. Por el contrario, todo se les presenta confuso y conflictivo, pues nadie sabe que quiere, ni adonde va..

El padre ambiciona que sus hijos sean profesionistas y los ha impulsado a ello al grado de mantenerlos a pesar de ser ya adultos, para que lo logren. Al mismo tiempo, les reclama constantemente el que sea el quien lleve la carga económica de la familia, despertando en todos ellos una gran hostilidad, porque por otro lado no deja de dar el mensaje, de que aunque hayan estudiado una carrera universitaria, podrian en cualquier momento ayudarle en sus negocios.

Los hijos se sienten confusos acerca de lo que deben hacer en la vida, pues necesitan ser como la madre desea que sean para poder ser aceptados por ella, pero como ella nunca esta satisfecha, ellos nunca saben si lo que hacen esta bien o esta mal, como tampoco que es lo que quieren exactamente de sus vidas. El padre no comparte nada con sus ellos, porque estos no le importan en lo más mínimo, excepto para satisfacer su autoritarismo y para hacerlos competir con los hijos de sus hermanos. No encuentra otra satisfacción en su familia que no sea la de inspirar miedo, y continuamente se queja de no ser querido y respetado por ella. En resumen, la familia como grupo, no parece tener otro impulso u otro valor común que no sea el de la autodestrucción, ya que ninguno de sus miembros se siente satisfecho con la familia. La madre vive amargada y temerosa del padre, vive con él en un estado de continua tensión que consume todas sus energías, y le impide satisfacer realmente sus ambiciones. Todos los hijos se han ido aislando, tanto en el seno de la familia como fuera de ella, tienen serias dificultades para relacionarse con los demás, ninguno se

tiene confianza, permanecen en la familia, pues desconfían terriblemente del mundo que les rodea. Pedro tuvo que refugiarse en el mundo psicótico que le brindaba más posibilidades de seguridad que el real.

B) Estabilidad de la familia (Identidad y estabilidad tal y como se perciben desde dentro)

Como no hay una identidad de la familia como grupo, y todo se les presenta confuso, ninguno de sus miembros siente estabilidad alguna en ella como tal. Todo lo contrario, viven con la sensación de que de un momento a otro se va a derrumbar y de que todos ellos van a quedar a la deriva sin saber que hacer, pues los conflictos que a cada momento se suscitan por las actitudes agresivas del padre, y las manipuladoras de la madre, despiertan en esta familia una gran inseguridad.

C) Adaptación externa de la familia a la comunidad.

1.- Describir las asociaciones y transacciones de la familia con la comunidad, como grupo, como pareja matrimonial y paterna y como individuos.

No existe ninguna relación de la familia con la comunidad, ni como grupo familiar, ni como matrimonio, ni como pareja paterna o fraterna. Incluso en las relaciones que sostuvieron con el personal del hospital, jamás funcionaron como pareja, sino tan solo como individuos buscando cada uno obtener la atención para sí solo.

Como individuos las relaciones que sostienen son escasas, superficiales y poco duraderas. El padre tiene amigos ocasionales, pero su carácter no le permite conservar las amistades. Con sus hermanos se lleva solo para hacer alarde de los logros que han tenido sus hijos y para que vean que buen padre es.

La madre se mantiene en un aislamiento permanente y solo sale para hacer las compras que se requieren para la casa. Los hijos tienen amistades que nunca pueden llevar a la casa. Pedro logró algunas amistades en la escuela secundaria, pero ante la prohibición de llevarlos a su casa acabó perdiéndolos. Ahora desde hace mucho tiempo no se relaciona con nadie.

2.- Evaluar la identidad y estabilidad (percibidas desde afuera).

El grupo familiar no aparece con ninguna identidad y estabilidad. Para los observadores externos, impresiona como una familia enferma a punto de desintegrarse en cualquier momento, y lo que resulta inexplicable, es que puedan seguir viviendo juntos.

Esto hace pensar, que patologicamente necesitan mantener esta relación familiar a costa de su salud mental, y que la identidad de la familia descansa precisamente en una identificación de cada uno de sus miembros con un grupo enfermo, porque fuera de él no podrían sostenerse sin enfrentar su propia patología. La estabilidad de esta familia, se basa en la necesidad de sostener al grupo, para no enfrentarse a la soledad en la que realmente viven.

3.- Conflicto y complementariedad en las exigencias de los roles intra y extrafamiliares..

Tanto la familia como grupo, como cada uno de sus miembros, vive conflictivamente tanto su papel dentro del núcleo familiar, como fuera de él. Dentro de la familia ninguno se siente satisfecho ni de sí mismo, ni del papel que juega en ella, pues todos se sienten temerosos, inseguros e indecisos respecto a lo que son y a lo que esperan de la vida. Fuera de la familia se avergüenzan de pertenecer a ella, se sienten indignos de ser aceptados por la comunidad e incapaces de desempeñar bien ningún papel, ya sea este social o profesional, además de tener que aislar su papel fuera de casa, del que tienen dentro, pues los conflictos constantes que existen en el hogar, impiden que tengan cabida cualquier preocupación, alegría o satisfacción tenida fuera del grupo familiar

C) Relaciones con las familias respectivas de los padres.

Existe una relación de competencia exagerada en los planos social, económico e intelectual con todos los miembros de ambas familias. El hecho de vivir en una cercanía física con los demás, les ha causado mucho conflicto a todos los hijos, porque en temporadas los padres se han dejado de hablar con sus hermanos, y han involucrado a sus respectivos hijos en estos conflictos. El padre del paciente continuamente menosprecia el origen humilde de su esposa, y huye de la convivencia con su familia. Por otro lado los hermanos del padre, constantemente le han reclamado a lo largo de los años, el no haber repartido la herencia dejada por el abuelo, y esto de la herencia, se maneja en forma de chantaje tanto con el paciente, como con sus otros hijos. Sin embargo, cuando hay algún acontecimiento tal como la recepción profesional de los hijos, efectúan reuniones familiares para poderlos lucir.

IV. HISTORIA DEL DESARROLLO DEL PACIENTE. PROBLEMAS EN RELACION CON LA MADRE, CON EL PADRE Y CON EL GRUPO FAMILIAR.

Cuando Pedro nace, la situación tenía 4 años de ser conflictiva, y su nacimiento, vino a aumentar las tensiones ya existentes entre los padres. No fué un hijo que se hubiese deseado, ya que los padres tenían satisfecha su paternidad con una pareja que aún era pequeña. La madre aun amantaba a la hermana mayor de Pedro cuando este nació. Su deseo de hijo, se encontraba plenamente colmado, y Pedro vino a significar un monto más de trabajo y responsabilidades que ensombrecían, aun más, el carácter de la madre, la cual se manifestaba con Pedro fría, rechazante e hipercrítica.

Cuando Pedro cumple un año, nace Margarita quitándole la poca atención que la madre le daba. Así sus primeros años transcurren entre tres hermanos con los que se disputa al cariño y atención de la madre.

Respecto al padre, cada vez que nacía un hijo, aumentaba su agresividad hacia la madre, culpándola por embarazarse y diciéndole que era una desconsiderada. Cuando Pedro nació, el padre ya se sentía agobiado por la responsabilidad de los otros dos hijos. Los problemas de Pedro con su padre, son a todos niveles. No tolera de él su ambigüedad, puesto que siempre les enviaba mensajes contradictorios, por ejemplo cuando necesitaba comprar algún libro, primero le decía que no se lo daba y hacía todo un drama con lenguaje agresivo, y pasado un rato iba como si nada hubiese pasado y le daba el dinero del libro. Otras veces ocurría lo contrario; decía que si les daría lo que le pedían, y pasado un tiempo se los negaba en medio de diálogos terriblemente hostiles.

De su relación con sus hermanos, Pedro se lleva mejor con el mayor, quien fué su compañero de juegos en la infancia. Sin embargo desde que cursaba la preparatoria y empezó a aislarse, jamás le contó lo que sentía ni pudo acudir a él para comentarle sus problemas. Con las hermanas nunca ha podido hacer ninguna clase de relación, ya que les teme demasiado a las mujeres, como para poder acercarse a ellas.

V. INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO FAMILIAR Y DE LAS INTERRELACIONES ENTRE LA SALUD MENTAL DEL INDIVIDUO Y DE LA FAMILIA.

Pedro forma parte de una familia constituida por un padre tiránico, que tiene una vision catastrófica de la realidad, que se empeña en que los hijos vivan a su alrededor para protegerlos, al mismo tiempo reclamandoles esta situación; Una madre sobreprotectora, infantilizante, rechazante, culpígena, que se muestra sumisa, débil y abnegada ante el padre; y cinco hijos temerosos del padre y sumisos y dependientes de la madre que se muestran celosos y alejados entre si, una de las cuales ha presentado un intento suicida y el otro, (el paciente), con un cuadro de esquizofrenia.

La relación entre los padres, es francamente patológica, porque el padre es sádico, tiránico y despota con su esposa, y ésta es manipuladora, rechazante y frustrante hacia su marido, al cual se le muestra sumisa y débil en apariencia. Toda su vida matrimonial ha sido de conflicto y de tensión constantes, ya que desde que se unieron empezaron a agredirse, continuando en una situación de desconfianza, en una lucha por apoderarse el papel de Estelar en el hogar, aunque éste indiscutiblemente lo tiene el padre. Nunca han logrado establecer una relación íntima y calida. La liga que hay entre ellos obedece a necesidades patológicas de tipo sadomasoquista por ambas partes.

Hacia sus hijos no existe un interés real, sino de destrucción de ellos en servicio de sus propias necesidades: No tienen el menor respeto por la individualidad de sus hijos, no les han permitido autorrealizarse, y toda su conducta se ha encaminado a fomentar la inseguridad, la desconfianza, los celos, la confusión, tanto en si mismos, como en el ambiente, y la expresión de sus conflictos a través del área sexual (negandola, a excepción del hijo mayor que se casó).

En resumen, las actitudes rechazantes y destructivas de los padres hacia los hijos, la competencia entre los hermanos, el fomento de ligas incestuosas, la carencia absoluta de seguridad en el ambiente familiar y las actitudes exigentes e insaciabiles de la madre, han sembrado en los hijos, la confusión, inseguridad, sentimientos de minusvalía y deseos de autodestrucción extremos, que los han llevado a buscar solución a sus problemas dentro de la neurosis y en el caso de Pedro, de la psicosis.

CASO No. 2 BLANCA ESTELA.

Diagnóstico - Esquizofrenia Paranoide.

1. Presentación del problema.

A) Sintomatología de la paciente.

Blanca Estela es una mujer de 21 años, soltera, residente del D.F., originaria de Guanajuato. Estudió música en el Conservatorio Nacional de Música, se dedica a dar clases de violín y a dar audiciones.

Inició su padecimiento hace un año, con alteraciones de la conducta, la cual era agresiva tanto con sus familiares, como con sus compañeros de trabajo, y alumnos, de los cuales pensaba que conspiraban contra ella, agrediendo verbalmente. Con sus padres manifestaba agresión tanto física como verbal, reclamandoles que no la querían y desconfiando de la comida que la mamá les preparaba, decía que estaba envenenada, por lo que dejó de tomar alimentos preparados por ella. Dejó también de cumplir con sus compromisos de trabajo, y empezó a descuidar su higiene y aliño. Los padres preocupados por el cambio, la llevaron a internar a un sanatorio particular en donde recibió medicamentos neurolepticos, los cuales mejoraron la sintomatología después de tres meses de tratamiento. Siguió en control medicamentoso por algún tiempo. Empezó a trabajar nuevamente, formó un cuarteto de cuerdas, y consiguió varios contratos, para tocar musica de cámara. Nuevamente empezó tambien a dar clases particulares. En una ocasión compró un boleto para una rifa de un carro, sacandoselo. Lo vendió y depositó en inversiones el dinero que obtuvo de la venta, logrando con ello un nuevo ingreso. Decidió salirse de casa de sus padres e irse a vivir sola a un departamento. Al mes de esto, empezó con ideas delirantes de daño. Pensaba que sus vecinas no la querían y hablaban mal de ella, lo cual le molestaba mucho, reclamandoles y diciendoles groserías, hasta que llegó el momento en que los vecinos se quejaron con el dueño del edificio y le pidieron el departamento, lo que ella interpreto como la culminación del odio de sus vecinos. Ya en casa de sus padres, empezó a decir que tenía comunicación con Dios y que este le daba el poder de transmitir el pensamiento. Que ella con las manos podía mover las cosas y el sol. Con sus padres, manifestaba una gran ambivalencia, pues tan pronto les componía música, que hacía bajo la inspiración divina, como les insultaba y les decía que los odiaba. Se le veía hablando sola, totalmente ausente del mundo, pero si alguien quería acercarsele, era motivo suficiente para que ella los comenzara a agredir. Nuevamente fue internada, recibiendo medicación neuroleptica, con lo que poco a poco fueron disminuyendo las ideas delirantes, en el curso de cinco meses de internamiento.

B) Desarrollo temprano.

Blanca Estela nació en el D.F. en el año de 1964. Fue producto del 2o, y último embarazo de su madre. El embarazo fue de término, culminando con un parto eutócico atendido en medio hospitalario. El neonato fue normal, así como el desarrollo psicomotor.

Escolaridad : Ingresó al jardín de niños a los 4 años de edad, a los 6 a la primaria, la cual cursó con buen aprovechamiento, al igual que cuando cursó la secundaria y la preparatoria. Desde los 10 años ingresó al conservatorio estudiando allí durante 9 años, siendo considerada buena alumna. En la escuela siempre fue aislada y desconfiada, por lo que no se le conocen amigos cercanos.

Historia laboral.

Empezó a dar clases particulares de violín, desde los 17 años. Ha tenido éxito tanto siendo maestra, como siendo ejecutante. Cuando se presenta la sintomatología paranoide, es cuando se pelea con todos y acaba deshaciendo los grupos que forma.

Historia Psicosexual.

Sus primeras informaciones sexuales, las obtuvo de su hermana mayor a los 7 años de edad. Tuvo juegos sexuales con un vecinito a los 9 años de edad, el niño tenía 10 años, esto lo toma con naturalidad. Nunca ha podido establecer relaciones amorosas perdurables con nadie, lo más que ha durado son dos meses, pues la desconfianza que los manifiesta, impide que puedan durar más. Por otra parte, las pruebas psicológicas revelaron que considera el sexo, algo sucio que no le interesa mayormente. Hay en ella una marcada anhedonia.

C) Descripción de la personalidad de la paciente, y del tipo de relación que tiene con sus padres, hermana, medio ambiente e imagen que tiene de sí misma

Blanca Estela es una mujer inteligente, (superior al término medio), que se esfuerza mucho por alcanzar un desarrollo normal, pero cuya sintomatología está en contra de este desarrollo. Manifiesta un pensamiento cuyo curso es rápido, pasando de un tema a otro sin hilación aparente, pero de rico contenido simbólico. Guarda largos silencios, pero cuando logra dominar un poco su suspicacia se muestra vivaz y simpática. Esto es lo que la ha llevado a poder formar grupos de música, con relativa facilidad.

Con sus padres, se relaciona mal. A ambos les tiene un gran resentimiento, porque no la quieren como ella desea ser querida. Compite con la madre y la hermana, por el cariño y la atención del padre. A ambas les manifiesta alternativamente su amor y su odio, en ocasiones esta alternancia está separada solo por minutos de

diferencia. Constantemente reclama a la hermana el que los padres la quieran más que a ella.

Su actitud frente al mundo, es de aparente enfrentamiento, pero en realidad, hay un gran temor a responsabilizarse de sí misma, de sus actos, pero sobretodo de una relación interpersonal, verdaderamente íntima y cálida.

Se siente criticada y rechazada por todos. Teme ser engañada, aunque ésto no es sino una proyección del rechazo que siente hacia los demás.

Hacia el padre siente un gran resentimiento, porque que éste prefiere a la hermana. Compite por ganar su afecto, de manera compulsiva. El reconoce los éxitos profesionales de la hermana, pero no los de ella, lo cual le hace sentirse muy mal. En sus reacciones de agresividad lo insulta y le reclama su falta de amor. Desde niñas, hubo una marcada predilección del padre hacia la hermana mayor, con la cual se alió, haciéndola confidente de sus infidelidades hacia la madre. Le dijo que tenía una media hermana, un poco menor que ella, con otra mujer. La madre, luchaba porque la hija mayor fuera también su aliada, y nadie se ocupaba de la paciente la cual quedaba totalmente desplazada, como si no existiera, en el afecto de los padres.

Por lo tanto la relación que tiene con la hermana, es la de una gran rivalidad, celos y envidia.

Blanca Estela, se relaciona de manera superficial con las gentes. Logra cautivar en un momento dado a las personas que trata, porque le interesa sobremedida agradar, lo que la hace aparentar que es comprensiva y condescendiente, pero después de un tiempo, sale su desconfianza, y se aleja de las personas.

La imagen que tiene de sí misma es la de una mujer que necesita ser independiente (como la hermana), para así lograr el afecto y reconocimiento de los padres, pero que no puede lograrlo, porque en realidad se siente una niña desprotegida y no querida, lo que le resta la fuerza que necesita para ser ella misma. Siente una gran impotencia y frustración que sale a raudales en el contenido de sus ideas delirantes megalomaniacas, en donde proyecta sus deseos de omnipotencia.

II. LA FAMILIA.

A) Ambiente Físico.

Viven en una casa de la colonia del Valle, la cual es propiedad de los padres. Es una casa grande con 3 recamaras, sala, comedor, cocina, dos baños, cuarto de servicio, garage, patio y jardín.

En una recámara duermen los padres, y en las otras dos cada una de las hijas. Totalmente amueblada con muebles de buena calidad en buenas condiciones, siendo el aseo y orden, satisfactorios. La casa es moderna, con un arreglo frío e impersonal, cuyos adornos son de cristal o acrílico.

B) Movilidad Geográfica.

La paciente y su familia provienen de Guanajuato, en donde radicaron hasta que la paciente tenía 3 años de edad. Por razones de trabajo, el padre decidió que se vinieran a radicar al D.F., pues consiguió trabajo como profesor titular de una cátedra en la Facultad de Filosofía de la UNAM, y desde entonces han radicado aquí.

C) Descripción de los miembros de la familia y otros ocupantes de la casa, edad, sexo, estructura social y cultural, composición de la personalidad de cada miembro, relaciones matrimoniales, paterno-filial y entre parejas fraternas.

El padre es un hombre de 60 años de edad, alto, blanco, de complexión media, de apariencia agradable, que representa menos edad que la real. Estudió la carrera de Filosofía en la UNAM, yéndose al terminar, a ejercer a la Universidad de Guanajuato. Allí conoció a la madre de Blanca, casándose a los 31 años. Tuvo gran éxito profesional tanto en Guanajuato como en la UNAM. Editó varios libros de texto, y ocupó algunos puestos importantes en la Rectoría. Es un hombre inteligente, vivaz, narcisista. Siempre ha mantenido relaciones extramaritales y ha procreado dos hijos con dos mujeres diferentes. Estas relaciones han sido muy perjudiciales en la relación matrimonial, y han repercutido en la relación de él con sus hijas, y con su esposa, ya que ha sido el motivo de innumerables pleitos. Se muestra autoritario y autosuficiente frente a la familia.

La madre, de 60 años de edad, blanca de pelo oscuro, y ojos grandes expresivos, de facciones bonitas, representa también menos edad de la que tiene. Es la hija menor de una familia de 5. Estudió Estética y tiene un salón de Belleza. Cuando se casó, sentía una gran admiración por el padre. Su vida giró durante mucho tiempo alrededor de él. Pero al enterarse de sus infidelidades, empezó a verlo más realísticamente y sus relaciones con él empezaron a deteriorarse. Las hijas siempre han estado en un plano secundario, aunque hay una predilección hacia la hija mayor, a la cual logró que fuera su aliada, cuando era adolescente.

Siempre ha jugado el papel de mártir, víctima de las

infidelidades del esposo. Ha tratado siempre de manipular a las hijas para que la apoyen incondicionalmente en contra del padre, al cual ataca constantemente.

La hermana mayor, María del Carmen, tiene 28 años de edad, soltera, estudió Arte Dramático en la UNAM. Ha hecho una carrera brillante como actriz. Desde niña mostro una gran inteligencia. Se identificó de manera importante con el padre, por este motivo él quiso siempre hacerla su aliada. Desde los 12 años fue su confidente. Esto en realidad represento una terrible carga para ella que le daba un gran coraje por un lado, porque le forzaba a tomar partido por alguno de los padres, pero por otro lado le halagaba que ambos padres quisiesen tenerla como aliada. Ha tenido un buen desarrollo profesional, hace algún tiempo se independizo económicamente de los padres. Ella ayuda en una gran parte a solventar los gastos de la familia, pues el padre solo goza de una pequeña pensión de jubilado. Ha logrado varias relaciones amorosas que han durado varios años, pero hasta ahora no ha logrado una relación de permanencia. Siente mucho coraje hacia la paciente, pues siente que sin ella, la vida familiar transcurriría con más tranquilidad. Ha llegado a pensar que si B.E. va a seguir enferma durante mucho tiempo, y va a ser cada vez mas difícil que salga adelante, sería mejor que muriese. Estas ideas le ocasionan una gran culpa, pero ella lo justifica diciendo que la hermana la agrade mucho cuando está mal.

Durante muchos años, la familia tuvo una buena posición económica. El padre llegó a puestos importantes, que le dejaban bastante dinero. Las hijas estuvieron en una de las escuelas más caras de la ciudad. Pero cuando el padre perdió la posición que tenía, tuvieron que solicitar beca para las dos, las cuales les fueron concedidas, pero que ante sus compañeras de escuela, fue como un descenso social.

El matrimonio de los padres, funcionó como pareja, solo durante los primeros años de casados. A raíz de que la madre se enteró de las infidelidades del padre, se desintegró la unión que había, haciendose desde entonces la vida imposible, tanto entre ellos, como con las hijas, a las que involucraban en sus problemas.

Identidad y Estabilidad.

Los padres no se encuentran identificados ni como pareja, ni como padres, sino en un aspecto muy superficial. Ambos se sienten víctimas de una relación matrimonial con la que no pueden romper por sus convencionalismos sociales. El padre en ocasiones puede aparecer como una persona muy liberal, cambia radicalmente de

pensar en breves lapsos, pasando a un extremo conservadurismo. La madre le ha pedido en diferentes ocasiones el divorcio, pero él no se lo da.

Relación paterno-filial.

Entre el padre y las hijas, existe una relación de seducción de él hacia ellas, las pone a ambas a competir por su cariño, siendo Ma. del Carmen, quién ha coupado el lugar de predilecta. Con la paciente la situación es de total desventaja, porque siempre ha sido calificada de 'Hija Conflictiva', y la lucha que ella sostiene por mantener una vida normal, no es reconocida por él. Desde que apareció su sintomatología ha pasado a ser la carga de la familia. El padre le hecha la culpa de lo que pasa a la madre, y viceversa.

La madre siempre ha estado ocupada en mantenerse atractiva, aún cuando la relación con el padre de la paciente está por demás perdida. Por ello, ha habido cierto descuido de la relación con las hijas, a las cuales nunca ha podido acercarse para conocerlas, sino para que sean receptáculo de sus quejas contra el padre; más para tenerlas de aliadas, que para hacer una verdadera relación con ellas. Por tanto la maternidad la ha sentido siempre como una carga muy difícil de soportar.

Relación entre los hermanos.

La competencia, es la palabra que define la clase de relación que hay entre ellas. Compiten por el cariño de los padres, por el éxito profesional, por el número de novios, por la independencia, etc... Blanca Estela, tan pronto siente un gran cariño hacia Ma. del Carmen, como un gran odio, y a menudo, coexistiendo simultáneamente ambos. Y de Ma. del C. hacia B.E. sucede algo semejante, muestra gran preocupación por la hermana, que esconde una gran culpa por todos los pensamientos agresivos que tiene hacia ella. Ambas se encuentran muy solas, y desearían contar con un apoyo fraterno, pero al tratar de encontrarse, es la hostilidad lo que caracteriza sus relaciones.

III. LA FAMILIA COMO GRUPO.

A) Organización interna.

1.- Describir el clima emocional. comunicación, metas compartidas, actividades, placeres, enfoque de la autoridad, división del trabajo, actitudes ante la crianza de los hijos, etc....

Existe un clima casi constante de tensión, porque todos están a la expectativa de quién es el que va a empezar la discusión. Como en esa familia, todos se disputan el papel de mártir, todos se pelean el escenario para comenzar a actuar su papel, a la menor provocación.

La comunicación es difícil, ya que todos ellos están solo interesados en hablar de sí mismos, y no están capacitados para escuchar a los demás, sus problemas, conflictos etc. por lo que no solo se desconocen entre sí, sino que hasta el conocimiento que tienen de sí mismos es limitado. La comunicación entre todos es totalmente enferma, puesto que se basa en la competencia y en la hostilidad.

División del trabajo.

En esta familia el padre, quién en este momento se encuentra jubilado, hace actividades placenteras, como leer el periódico, salir a tomar café con los amigos, visitar a sus parientes. La madre quién trabaja dirigiendo su Estética, sale todos los días a trabajar, habiendo dejado la casa organizada, tanto en el aseo, como en la comida. (Comen allí, solo ella y su esposo, pues las hijas solo eventualmente o cuando esta enferma B. lo hacen.). Las hijas salen a trabajar, dejando sus cuartos limpios, ellas se encargan de su ropa y de sus necesidades.

La educación ha estado a cargo de ambos padres. En unos aspectos, el padre resulta totalmente superior a la madre en cultura, por lo que ha sido él, el encargado de motivar a las hijas hacia el desarrollo de las artes, a las que ambas se inclinaron como profesión. Por otro lado existe en él, una inestabilidad ideológica muy importante en su manera de pensar. De tal manera que puede un mes ser el más vehemente de los Marxistas, como a la semana, siguiente declararse Católico fanático. Lo que sin duda ha creado una confusión importante en las hijas.

2.- Evaluar: A) Identidad del grupo familiar, impulsos, expectativas y valores.

Este grupo familiar no se identifica en el logro de alguna meta en común. Cada quién persigue sus propias metas. No se logra brindar seguridad a sus miembros, porque la familia parece que en cualquier momento se va a desintegrar. La madre desearía una separación del esposo, al que no le perdonaría jamás las infidelidades que cometió. Por otro lado, la posibilidad de una separación, aterra a B.E. quien ha sido influida por esto en sus

recaidas. El padre no tolera la idea de vivir solo, separado de la familia, porque no tendría a quien manipular, si esto ocurriera, y no soportaría la soledad.

De los impulsos que se manejan constantemente, está la agresividad, la cual aparece entre los padres, entre las hermanas y de ellas a los padres. Esta se manifiesta claramente en la sintomatología de B.E. cuando no ha podido dominarlos. En cuanto a sus valores; están encaminados hacia el éxito profesional y social, a alcanzar el nivel que tuvieron en una época, a no seguir dentro de la clase media y poder convivir con los de la burguesía, a los que en un momento dado, tuvieron acceso.

B) Estabilidad de la familia (identidad y estabilidad, tal y como se perciben desde dentro).

No se puede hablar de que exista estabilidad en esta familia, porque ésta se encuentra perdida desde hace bastante tiempo. Sin embargo el padre quiere a toda costa mantener la unión familiar, aunque ésta se base en la infelicidad de todos sus miembros. Las hijas se dan perfectamente cuenta de que ambos padres tratan de echarse mutuamente la culpa de la problemática que ellos viven, para hacerles tomar partido y forzarlas a contribuir, a la estabilidad familiar.

C) Adaptación externa de la familia a la comunidad.

1. Describir las asociaciones y transacciones de la familia con la comunidad, como grupo, como parejas matrimonial y paterna, y como individuos.

No establecen ninguna relación social con la comunidad como grupo. Cada uno de ellos trata por su lado de establecerla, sobretudo en relación con sus respectivos trabajos, pero nunca identificados como familia. MC, se siente avergonzada cuando su hermana, o su padre la van a ver al trabajo, con la primera porque teme que se vayan a percatar de su enfermedad mental, y con el segundo porque es clara la admiración que siente hacia ella, que es de tal manera grande que ella teme que los demás lo perciban.

Como pareja matrimonial, los padres no comparten ni amigos, ni gustos en común. Hay una cantidad tan grande de rencor de parte de la madre, que no permite por ningún motivo salir con él. De vez en cuando sale con las hijas, pero la mayor parte del tiempo, lo hace sola. Lo mismo hacen el padre y las hijas. Todos tienen relaciones con compañeros de trabajo, o amigos de otros trabajos, o de la escuela. En realidad ninguno a excepción de B.E. cuando esta enferma, tienen problema para relacionarse individualmente con los demás.

2.- Evaluar la identidad y estabilidad percibidas desde afuera.

Tampoco desde afuera se percibe a esta familia con estabilidad, ya que como nunca aparecen juntos como grupo, es difícil que la comunidad tenga de ellos una identidad de familia estable.

Para el padre sobre todo, sería muy importante que los demás pensarán que él tiene una buena familia, pero como él es el único que se empeña en esto, no lo logra adecuadamente, por lo que la impresión que dan desde afuera, también es la de una desintegración inminente.

3.- Conflicto y complementariedad en las exigencias de los roles intra y extra familiares.

Hay conflicto en el desempeño de los roles de esposos, sobretodo en la madre de Blanca, a quién desde hace tiempo no le interesa seguir unida al padre, este conflicto se manifiesta tanto dentro de la familia como fuera, porque ella constantemente lo anda diciendo a quién quiere escucharla, es como pedir ayuda externa para que poder cortar esa relación que cada vez es más enferma. Al padre le cuesta muchísimo trabajo el ocultar que la esposa no quiera acompañarlo a ninguna de sus actividades sociales, sin embargo siempre trata de justificar su ausencia de alguna manera. A la paciente le afecta mucho esta situación en la que los padres, ni están juntos en realidad, ni están separados, ella tiene constantemente la tendencia a fantasear que las cosas marchan mucho mejor, pero cuando se confronta con la realidad, esto contribuye a que reaparezca su sintomatología.

C) Relaciones con las familias respectivas de los padres.

En realidad con quienes mantienen relaciones más cercanas, es con la familia del padre, ya que la familia de la madre ha permanecido en Cuauajato, en cambio la del padre que son, 2 hermanas mayores que él, se vinieron a vivir poco después que él. Ambas tías de la paciente son personas que han trabajado siempre, hasta este momento en que ya están jubiladas, sin embargo tienen varios negocios que atienden ellas personalmente. La paciente y su hermana tienen buenas relaciones con ambas, siempre les han servido como ejemplo de superación y de optimismo. Pero desde que crecieron, ya cada quien las visita por su cuenta.

Con la familia de la madre, las relaciones son más difíciles,

ya que el nivel cultural de ellos es más bajo que el de la paciente, lo que los hace mantenerse distantes y no identificarse con sus vivencias.

IV. Historia del desarrollo de la paciente: Problemas en relación con la madre, con el padre y con el grupo familiar.

Blanca Estela fue una hija no deseada, sus padres no querían hijos por el momento. Sin embargo ya embarazada, la madre esperaba tener un hijo varón, para así completar la pareja. La hermana mayor de BE, tenía 7 años, y acaparaba la atención de los padres con sus buenas notas en la escuela.

Su madre se comportaba con ella sobreprotegiéndola y haciéndola sentirse incapaz de valerse por sí misma, con lo cual encubría la hostilidad que le despertaba. Pese a que desde temprana edad su inclinación hacia la música era evidente, no fue sino hasta los 12 años, cuando una de sus tías paternas la llevó a inscribir al conservatorio. La madre se mostraba celosa de esta tía, pues no podía darle el afecto que ésta les daba. Siempre sintió que la maternidad de BE le hizo perder sus mejores años de juventud, por tener que cuidar de ella, y una manera de hacerle pagar este sacrificio, es hacerla su aliada contra el padre, y que continuamente pensara en los múltiples sacrificios que hizo por ella, dándole la imagen de una madre abnegada y sacrificada.

El padre es un hombre aparentemente muy seguro de sí mismo, pero en el fondo sumamente débil, que necesita que todo el mundo le rinda vasallaje para sentirse bien. Siente que al casarse con su esposa le hizo "el gran Favor", ya que siendo todo un intelectual, ella resultaba "muy poca cosa". Esto mismo les hizo sentir a las hijas todo el tiempo, poniéndolas a competir por él. De BE, esperaba aún más logros que de MC, lo cual era agobiante de soportar, y aunque obtenía buenas calificaciones en la escuela, el padre se comportaba insaciable en sus expectativas. En BE no ha podido ver a una hija a quien debe proteger y querer, sino a una obligación que no le ha dado ninguna satisfacción, ya que no parece nunca haber pensado en lo que era el papel de padre y menos tratándose de una hija y no de un hijo. Es frío y rechazante con ella, como si fuera incapaz de comprender el porque tiene una hija y quien es ella.

Con MC la relación siempre ha sido mala, pues al nacer ella, de inmediato fue vista como rival en el cariño de los padres. BE no podía entender el rechazo de su hermana, por lo que poco a poco

fueron naciendo emociones contradictorias hacia ella. La ambivalencia es lo que caracteriza su relación, y esto es también por parte de MC. Durante su internamiento MC la fue a visitar, y BE mostró toda su agresividad hacia su hermana, portandose demandante e incluso en un momento dado la quiso golpear.

V. INTERPRETACION RESUMIDA DE LA SALUD MENTAL DEL GRUPO FAMILIAR Y DE LAS INTERRELACIONES ENTRE LA SALUD MENTAL DEL INDIVIDUO Y DE LA FAMILIA.

Blanca Estela se ha desarrollado en un ambiente familiar compuesto por unos padres sobreprotectores, egoístas, que han dificultado el crecimiento de sus hijas, haciendoles sentir inútiles e incapaces de valerse por si mismas. Por otro lado les exigen una conducta responsable y encaminada a alcanzar éxitos profesionales y sociales.

La madre es sobreprotectora y dominante, rechaza a sus hijas, pero les impide darse cuenta del rechazo, porque se comporta como una madre abnegada, mártir y aparentemente débil. Crea sentimientos de culpa en sus hijas, cuando ellas tratan de independizarse de ella para actuar libre y espontáneamente, siguiendo sus propias inclinaciones, pues les ha hecho sentir que deben permanecer a su lado, tanto para agradecerle constantemente los sacrificios que ha hecho por ellas, como para ayudarla en su lucha contra el padre.

El padre es débil e inseguro, no se interesa realmente por su familia, sino que se siente ligado a ella por un gran sentimiento de soledad y desamparos. Pero en esta relación, solo le interesa recibir el afecto y no darlo

La relación entre las hijas es de celos y envidia, peleando continuamente por ganar el reconocimiento de hijas predilectas, tanto del padre, como de la madre.

La comunicación que existe entre los distintos miembros de la familia es superficial. Los padres solo se comunican entre si peleandose. Las hijas deben mantenerse alejadas entre si, para impedir que sus celos las hagan aparecer como malas hermanas

En conclusión : Blanca Estela se vió imposibilitada para bastarse a si misma, sintiendose inútil e indigna del afecto de los padres, por no conseguir los éxitos que de ella se esperaban, a pesar de esforzarse por ello, pues siempre se le consideró incapaz de lograr nada. El fracaso de todos sus esfuerzos por ser

reconocida, condiciono' de manera importante éste, su segundo internamiento.

CASO No. 3 : JORGE.

Diagnóstico : Esquizofrenia paranoide.

1.- Presentación del problema: A) Sintomatología del paciente.

Jorge tiene 24 años de edad, es soltero, pasante de la carrera de psicología, trabajaba en Psicología Clínica en una dependencia del Ejército. Es delgado, de regular estatura, regularmente vestido y aliñado, y en el transcurso de su internamiento se fué haciendo cada vez más descuidado en su arreglo personal.

Lo interna su padre mediante engaños, por recomendación de su hermano mayor, que es Médico.

Su padecimiento lo inicio' 7 meses antes de ser internado. Comenzo' con ideas delirantes de daño y perjuicio, pensaba que todos estaban en su contra, enpecialmente su padre y su hermano mayor, a los que evitaba hablar y acercarse; movimientos estereotipados de la lengua y la cabeza; parpadeos y reverencias en la calle, escupía constantemente; repetía frases en forma estereotipada como "Yo arreglare la faz del mundo", daba las gracias por todo, o constantemente pedía perdón; presentaba apatía, o gran sumisión a todos. Descuidó su trabajo, su tesis y su arreglo personal, el cual fué sumamente notorio porque siempre andaba obsesivamente bien arreglado. Se queda durante horas ensimismado, hace dos meses no habla casi con nadie, y cuando lo hace expresa ideas "extrañas". Sus ideas delirantes siempre han sido de contenido persecutorio. Constantemente piensa que todos lo miran; si esta, con su novia piensa que todos lo critican por estar con ella. Ha manifestado ideas obsesivas, como por ejemplo, el jamás querer que ningún hombre se parara detras de él. Cuando tenía que hacer alguna cola, para comprar algo, se ponía sumamente nervioso, al grado de salirse y no comprar nada por el grado de angustia que sentía. No podía jamás inclinar el cuerpo de manera que sus caderas quedaran expuestas, pues una angustia incontrolable se apoderaba de él. Algunas veces llego' a escuchar voces que lo acusaban de ser homosexual y lo insultaban. Ha tenido fallas de juicio importantes tales como: regalar sus cosas, comprar todo lo que se necesita en su trabajo, sin decir nada, para que se lo remuneren, y quedarse casi sin dinero para comer. Su lenguaje es abundante y detallista,

en ocasiones perseverante, coherente e incongruente, sobre todo en relación con sus delirios persecutorios, se encuentra bien orientado en las tres esferas; no tiene conciencia de enfermedad mental, piensa que lo llevaron al hospital porque tiene alguna enfermedad gastrointestinal que le ocasiona un fuerte escozor en el ano. También porque frecuentemente se enferma de la faringe y aunque le han hecho múltiples cultivos, todos han salido negativos.

B) Desarrollo temprano del paciente.

Jorge nació en un pueblito del Estado de Morelia, es el penúltimo de 6 hijos. El parto y el embarazo cursaron sin complicaciones. Su desarrollo psicomotor fue normal.

Esolaridad: Entró a la escuela primaria los 6 años. Nunca le ha gustado ir a la escuela. Los primeros días que su mamá lo llevó, fue cuando él recuerda sus primeras angustias incontrolables. Repitió dos veces el 4o. año por lo que su papa pensaba que estaba retrasado mental y le quiso poner maestra especial, solo que los hermanos se opusieron a ello, y se comprometieron a ayudarlo con la escuela. Para él, ir a la escuela, representaba el peor de los tormentos imaginables, cuando era Domingo en la noche, lloraba de pensar que tendría que ir al día siguiente a clases. Se sentía terriblemente avergonzado de haber repetido año, siendo que todos sus hermanos habían sido los más aplicados y llevaban siempre la bandera, los lunes, siendo esto el máximo honor de la escuela.

La misma sensación de derrota e impotencia matizó el resto del tiempo que pasó en la escuela. Siempre tenía fija la idea de que sus hermanos eran mejores que él. Cuando ingresó a la profesional, lo hizo a la escuela de química, porque sus hermanos mayores siempre decían que esta carrera era verdaderamente científica. Solo curso dos semestres y fue un verdadero fracaso, reprobo el 90% de las materias. No salía de su casa por estar estudiando, sin embargo, no entendía nada, y al presentar los exámenes sacaba 0 o 2 de calificación lo cual le mantenía perpetuamente deprimido.

Historia de trabajo.

Su hermano mayor, que es Director de, una Clínica del Ejército, le dio trabajo como Psicólogo desde hace un año. También aquí lo perseguía la sensación de fracaso e impotencia. Sin embargo logró dar unas clases que le pidieron, con buen éxito.

Historia psicosexual.

Su vida en el pueblo, en donde casi todos los habitantes, incluyendo la familia del paciente, tiene animales, le permitió desde muy pequeño tener información sobre el sexo. Recuerda cuando

vió unos perros queriéndose cruzar, y oía los aullidos de la perra, él le suplicaba a sus hermanos, que salvaran a la perra. A los 10 años, tuvo una experiencia homosexual con un niño un año menor que él, experiencia que recuerda con gran angustia y culpa. A los 19 años tuvo relaciones por primera vez, con una mujer casada. La vio durante un año y recuerda que fueron satisfactorias. Siempre andaba de novio con muchachas de muy bajo nivel social e intelectual, por lo que sus hermanos y su padre siempre lo criticaron. A todas las mujeres les encuentra muchísimos defectos físicos y las considera seres inferiores.

C) Descripción de la personalidad del paciente y del tipo de relación que tiene con sus padres, hermanos y medio ambiente. Imagen que tiene de sí mismo.

Jorge es un hombre que no sabe lo que quiere, pero que está dispuesto a todo, por darle gusto al deseo de su padre y de su hermano mayor, a los que admira teniéndolos en un pedestal. Ellos le han dado una idea de lo que debería ser: un hombre de éxito profesional, que controle al grupo donde se desarrolla, que domine a las mujeres, las use, las deseché, que nunca se enamore, ni se case. Que tenga la visión de hacerles favores a quienes le pueden ayudar a relacionarse. Lo engloban en una palabra: "Ser un Cabrón".

Ante estas demandas de lo que debería ser, Jorge siente una gran impotencia y frustración. Constantemente tiene la sensación de ir corriendo exhaustivamente dando hasta su último esfuerzo, sin ver nunca el resultado y sintiéndose agobiado. En el trabajo, no puede relacionarse con los compañeros de trabajo, porque cree que van a pensar que debería estar trabajando, en vez de estar platicando, por lo que se aísla mucho y esto es motivo de que el hermano lo moleste continuamente. Siempre que platica con alguien, está dispuesto a hacer lo que el otro quiere, aunque esto sea en contra de su persona, por ejemplo: acompañar a alguien a pesar de no querer, prestar o regalar dinero o sus cosas, aunque no pueda hacerlo, dar la razón a personas que lo atacan o agreden, portándose sumiso o sonriéndoles, aunque por dentro esté sintiendo odio. Sus actos, están siempre encaminados a darles gusto al hermano o al padre, pero como esto nunca lo ha logrado, porque jamás ellos le han expresado que haga algo bien, lo asaltan constantemente las dudas tanto si hace algo, como si deja de hacerlo. Ante tanta angustia que lleva consigo, utiliza su tiempo libre en dormir. Pasa mucho tiempo durmiendo, porque así no tiene que decidir que hacer. Lo único que se permite sin culpa es: trabajar, o estudiar, todo lo demás, es perder el tiempo. Cuando está con alguna persona, no puede concentrarse en lo que le está

platicando, lo único que piensa es en irse cuanto antes. Por esto no tiene capacidad para establecer relaciones interpersonales significativas y profundas. Es incapaz de dar una respuesta emocional a los estímulos externos y se aleja de este tipo de estímulos, hasta poco antes de su internamiento en que tuvo que romper el contacto con la realidad. Superficialmente es excesivamente atento, actitud que encubre la gran hostilidad que siente hacia los demás y que le sirve de defensa para que nadie se acerque a él y para impedir que se le pueda juzgar porque tenga un comportamiento inadecuado. En ocasiones es abiertamente agresivo, pero no es consciente de ello, como tampoco lo es de sus impulsos, deseos, etc..

Jorge no está conforme con la realidad, ni identificado con lo humano; se ha llegado a comparar con una piedra en un largo camino terregoso, de la que nadie se percata al pasar, o con algún pequeño orificio en la pared, al que nadie haría el menor caso. Esto obedece a sus experiencias con su familia de rechazo afectivo desde muy temprana edad. La primera vez que sintió que existía para su padre, fue cuando a los 9 años, enfermó gravemente de los bronquios, el padre se preocupó mucho y por primera vez él sintió que existía. Desde entonces ha somatizado constantemente para que le sigan haciendo caso. Otra forma que utiliza también para llamar la atención, es hacerse el tonto. Se le olvidan los encargos que le hacen, no se fija en lo que le dan, o en el trabajo, hace lo posible para que le estén llamando la atención, lo que ocasiona que el hermano esté sobre él.

Ha introyectado gran parte de las ideas y de la manera de ser del padre, lo que lo hace muy desgraciado, pues como él, constantemente se está quejando de todo y sintiendo que pierde el tiempo al relacionarse con los demás o al intentar divertirse. La actitud que tiene frente al padre, es de total sumisión. Y ante la madre, es de desprecio, de no tomarla en cuenta para nada, como si no existiese. Encierra esta relación una gran agresividad hacia ella, ha llegado a pensar en su muerte.

Con sus hermanos: Hacia el mayor, Víctor, es al que admira profundamente, se muestra sumiso; por él, es capaz de sacrificarse en lo que más aprecia, con tal de que lo acepte. Hay una relación de enamoramiento con este hermano. Cuando tiene una novia, siempre piensa que dirá él, si le gustara, si la criticara, teme constantemente que lo vaya a ver con ella. Cuando Víctor se casó, sentía unos celos enormes hacia la mujer. Se dolió tanto de su matrimonio, que dejó de hablarle por mucho tiempo. Como es médico, Jorge se mantiene enfermo con tal de que le haga caso. Cualquier cosa que él le dice, le preocupa enormemente.

Con Francisco, que es dos años mayor que él, la relación es de envidia y celos, este hermano tiene una problemática muy parecida a la de J., siente hacia él una gran desconfianza y coraje, porque todos los errores que él comete, este hermano corre a contarlos al mayor, que se encarga de regañarlo.

Con la hermana mayor, Rosa Ma., casi no tiene relación, porque vive en un estado del interior de la República. Con la que le sigue, Graciela, vive en Morelos, la ha identificado con la figura del padre, porque tiene muchas cosas parecidas a él. y con la menor de las hermanas, Olga, es con la que mejor se lleva. Con ella ha logrado mejor comunicación que con ningún otro hermano, la admira porque ha logrado darse cuenta de la relación de dependencia que todos tienen entre si, y ha tratado de independizarse un poco.

En estas condiciones, Jorge se siente carente de apoyo y seguridad en el mundo que le rodea, inútil e indigno de recibir afecto, porque no ha encontrado nadie que se lo de. Tiene la sensación de que todo está perdido, y se ha hundido en la apatía y la abulia extremas, para no enfrentar lo que le pasa.

II. LA FAMILIA.

A) Ambiente físico.

La familia vive en una casa vieja, construida poco a poco, que cuenta con ó cuartos, tres son recámaras, sala-comedor, cocina y un baño. Tienen un gran patio, en donde el padre ha sembrado, hasta arboles frutales, que cuando empiezan a dar fruto, los corta, para volver a sembrar otras plantas. En el patio guardan todo tipo de cosas: cemento, varilla, tabiques, madera. Todo esto el padre lo acumula porque siempre tiene la intención de modificar la casa, agrandarla, o hacer algún mueble. El problema es que nunca lo hace y en el inter, se la pasa quejándose de que nadie le ayuda.

B) Novilidad Geográfica.

Todos son originarios del Estado de Michoacán. De Zitácuaro. Allí viven actualmente los padres solamente, porque todos los hijos se han ido: el mayor vive en el D.F. y está recién casado. La mayor de las hijas hace 10 años está casada y vive en Guanajuato. Francisco vive en una casa de huéspedes junto con el paciente, en el D.F., las otras dos hermanas viven en Puebla, en donde la más

grande trabaja y la menor estudia.

C) Descripción de los miembros de la familia y otros ocupantes de la casa: edad, sexo, estructura social y cultural; composición de la personalidad de cada miembro, relaciones: matrimonial, paterno-filial y entre parejas fraternas.

El padre: Tiene 64 años de edad. Estudió solo la primaria, pero ha sido autodidacta desde entonces. Ha leído mucho y se ha ganado el puesto de inspector de salubridad. Sabe bastante de Medicina, Literatura, Política. Fue hijo natural. Su madre era sirvienta y se embarazó de él. El padre nunca lo reconoció, en una ocasión cuando tenía 4 años, pasaba (el padre) a caballo y él salió corriendo a abrazarlo, el padre se hizo disimulado y no lo volteó a ver. Esto fue algo definitivo y muy doloroso en su vida. La madre lo regaló a un hacendado del pueblo, el cual lo trataba a latigazos y lo explotaba en labores del campo que eran muy pesadas para su edad. Nunca le perdonó a la madre este abandono. Posteriormente fue a vivir con su padrino, que tenía recursos económicos y lo quiso bastante. Le proponía a su madre llevarse a vivir a E.U., pero la madre no quiso. Esto tampoco se lo perdonó nunca. Luchó por salir adelante escalando puestos, desde intendencia en la SSA, hasta llegar al que ocupa en este momento de inspector sanitario. Su principal meta en la vida era darles carrera a sus hijos para que fueran "Alguien".

Es un hombre muy dominante, necesita que todos giren bajo su mando para estar contento. Con la esposa ha sido despota y cruel, la tiene bajo su control absoluto, de tal manera que ella no existe en la vida de los hijos. Es además sumamente envidioso y avaro, tanto con sus cosas, como con su afecto. Se lleva mal con los vecinos, no cuenta con ningún amigo. Siempre está pensando que los demás quieren sacar ventaja de él, y si él hace algún favor, se siente totalmente infeliz y se la pasa quejándose por días enteros. Piensa que hacer vida social es una pérdida lamentable de tiempo, critica constantemente a todo el mundo, incluyendo a sus hijos que ya odian ir a verlo. El único que es constante es el paciente, quien religiosamente los va a ver todos los fines de semana y días festivos.

La madre tiene 63 años, estudió hasta 2º de primaria, era la única hija de una familia de regular posición. Esto se lo reclama el padre constantemente, al decirle que era una niña mimada. Al casarse tuvo que irse a vivir a la casa de la suegra y la cuñada, quienes la atacaban y metían en chismes con su esposo. La relación que ha tenido con el marido, es de una gran sumisión y abnegación. Ha cumplido un papel tradicional en la familia, pero no ha sido reconocido por los hijos, pues el padre ha sido siempre la figura

estelar, pasando ella a un plano totalmente secundario.

Hace 5 años, tuvo un derrame cerebral que le dejó como secuela, una gran lentitud tanto en los movimientos, como en el pensamiento. Ante ésto el padre ha mostrado una actitud de intolerancia extrema, y todo el tiempo se la pasa peleando con ella, porque no está a tiempo la comida, o la ropa. Ella nunca se queja de nada de lo que le pasa. Trata a toda costa de que cuando los hijos la visitan, acaparar algo de su atención, haciendo esfuerzos inauditos por platicar. Al contrario del padre que es avaro y desconfiado, la madre siempre hace favores a los vecinos, por lo que es querida y aceptada por los del pueblo. Sin embargo en su familia todos la ven devaluada, y no aprecian sino las actividades que realiza el padre. Jorge casi no habla con ella, le molesta su presencia. Ella está ansiosa de comunicarse y se pone a platicarle las noticias que oye en el radio, porque se ha dado cuenta de que otro tipo de temas, a los hijos no les interesan, pero en cuanto empieza a hablar el paciente piensa de inmediato en otras cosas, y siente un impulso muy grande a huir de su presencia.

Victor : Tiene 32 años, casado desde hace un año, Médico Cirujano, es el hermano que posee la imagen ideal tanto del padre, como de Jorge. Siempre obtuvo los primeros lugares en la escuela. En la preparatoria fue el presidente de la sociedad de alumnos. Ha sido para todos sus hermanos, un segundo padre, siempre se ha puesto ante todos ellos, como un hombre audaz, inteligente, de mucho éxito con las mujeres, que domina a sus compañeros de trabajo, domina la manera de explotar las relaciones interpersonales, siempre se relaciona con los que tienen el poder. Tiene una gran necesidad de controlar a todos los hermanos, imponiéndoles su manera de pensar. Si algo les sale mal, él les hace sentir su superioridad, sobajándolos, y al mismo tiempo diciéndoles lo mucho que los quiere. Les ha llegado a decir que los quiere más que a su esposa.

Rosalía : De 30 años de edad. Casada desde hace 9 años con un militar. Estudió enfermería, siendo brillante como estudiante y como profesionista. Tiene una relación sado-masoquista con el esposo. En muchas ocasiones le ha pegado dejándola muy malherida, y toda la familia acude a Guanajuato en donde vive, a auxiliarla. Todos sus hermanos dispuestos a ayudarla para separarse de él, pero ella nunca ha querido, y acaba diciéndoles que no se metan en su vida.

Francisco : De 28 años, estudió Ingeniería, pero nunca se recibió, cosa que le atormenta y le hace sentir inferior frente a sus hermanos. Fue brillante en la escuela primaria, secundaria y

preparatoria, También él fue representante de la sociedad de alumnos, tanto en la preparatoria, como en la escuela de Ingeniería. Es incondicional de su hermano mayor al que admira e imita.

Guadalupe : De 26 años, soltera, estudió enfermería. Vive separada de la familia con sus dos hijas. De diferente padre. Se ha identificado profundamente con el padre. Tiene un gran conflicto con la figura masculina, a la que teme y desea al mismo tiempo. Vive muy aislada, casi su única relación con el mundo, es su familia y sus hijas. Continuamente está trabajando, ya sea en su trabajo o en la casa, no tiene ninguna diversión o placer en su vida.

Irma : de 22 años, soltera, estudió psicología, no se ha recibido. Ha tratado de luchar por independizarse de la familia. Entró a psicoterapia desde hace algunos meses y ha logrado ver algunos de sus problemas, que le han ayudado a sentirse mejor. Es con la hermana que más comunicación tiene Jorge, pues se identifica mucho con su problemática y es con la que podía platicar de sus conflictos, antes de enfermar. Vive con su hermana Guadalupe en Puebla, en donde estudia.

RELACION MATRIMONIAL : El padre es dominante y sádico. Se siente totalmente satisfecho con la relación de dominio que tiene sobre la esposa y algunos de los hijos. Es desconsiderado y rechazante con la mujer, siempre le ha demostrado su desprecio. Envidia la infancia que ella tuvo, porque ésta fue feliz y de despreocupación, comparada con la de él. La madre totalmente sumisa, se muestra siempre dispuesta a satisfacer las exigencias del marido sin importarle el precio que paga por ello. Es, ante la familia un 0 a la izquierda.

Desde hace mucho tiempo (el paciente estaba muy niño), los padres no duermen en la misma habitación, pues el padre se molesta con cualquier ruido, o con la luz. El paciente recuerda que se dormía con el padre cuando era chico, y por ese entonces el padre trabajaba en otro pueblo y solo iba a dormir a la casa los fines de semana.

Ha tenido diversas relaciones extramatrimoniales de las que todos se han enterado. También se supo que en una ocasión en que estaba tomado, les ofreció a unos hombres una relación homosexual, lo que impactó mucho a los hijos que se enteraron.

La estabilidad de este matrimonio se basa en la simbiosis establecida entre ambos.

RELACION PATERNO-FILIAL.

El padre se relaciona con sus hijos en este momento, solo para quejarse con ellos, de lo mucho que trabaja, de que nadie lo quiere, ni lo ayuda; se queja de su esposa, de sus compañeros de trabajo, de sus vecinos y parientes. A todos los critica constantemente, jamas habla bien de nadie. Nunca tiene tiempo de divertirse, ni de platicar con nadie. Al único que admira profundamente, porque ha realizado lo que el nunca pudo hacer, es a su hijo mayor, solo de él se expresa bien; aunque muchas veces se queja de que nunca los viene a ver. A todos los demas los ve como a un cúmulo de problemas que lo agobian.

La madre se esfuerza por que los hijos la quieran y la acepten, pero dadas sus limitaciones físicas (el problema de la embolia cerebral), y la imagen tan pobre que los hijos tienen de ella, no lo logra. Los hijos la tratan y explotan como si fuera la sirvienta de la casa, y solo se relacionan con ella para pedirle las cosas que necesitan.

RELACION ENTRE PAREJAS FRATERNAS.

Existe entre todos, una relación clánica, en la que siempre están pendientes de los demás. Para ayudarse, pero al precio de dejarse controlar sus vidas con las normas de la familia, que son las del padre. El hermano mayor, es el que ejerce el poder principalmente, todos le rinden una especie de culto. El se siente muy satisfecho de poder dominar a sus hermanos y las mujeres se sienten protegidas por él. Los hombres compiten por alcanzar la imagen ideal que el padre les ha transmitido. La hermana mayor se ha identificado totalmente con la madre, y se siente muy satisfecha de que los hermanos la protejan. La que sigue, se identificó parcialmente con el padre, pero se somete a las reglas de la familia. Y la mas chica, lucha por liberarse y encontrar en si misma su propia seguridad, rebelandose en múltiples ocasiones a recibir ayuda de sus hermanos.

LA FAMILIA COMO GRUPO.

A) Organización interna.

1.- Describir el clima emocional, comunicación, metas compartidas, actividades, placeres, enfoque de la autoridad, Division del trabajo, Actitudes ante la crianza de los hijos,

etc.... .

El clima emocional es frío y el ambiente familiar, rechazante. Al padre le molesta todo. Si los hijos van a verlos, se queja de ello, si no van, también. Al verlos llegar, de inmediato empieza su alud de quejas. La madre aunque más cálida, esta tan necesitada de cariño, de hablar con alguien que la escuche, que en en cuanto ve a los hijos, se suelta hablando de cualquier cosa con tal de llamarles la atención, cosa que abruma a los hijos, que de por sí la rechazan.

No ha existido nunca una comunicación adecuada entre ningún miembro de la familia, que no sea el criticarse y molestarse mutuamente. El que acapara las conversaciones es siempre el padre. Cuando deja de quejarse, puede hablar de cosas interesantes, aunque sea por breves lapsos de tiempo. Los hijos admiran el esfuerzo que ha hecho por superarse, porque ha sido autodidacta, a diferencia de la madre que es muy ignorante, y siendo para ellos el intelecto un valor tan grande, no establecen comunicación con ella.

La meta que todos comparten con el padre, es el de lograr terminar su carrera. Esto es una verdadera obsesión, que les impide lograr disfrutar las cosas placenteras de la vida, pues todo lo que no sea estudiar, es perder el tiempo.

Entre las actividades que algunas veces comparten los hermanos del paciente, con el, o entre si, es la de visitar algunos parientes. Generalmente a los parientes que visitan, son adinerados, o con posiciones políticas o militares de cierta importancia. Esto le hace sentir a J. totalmente en desventaja, y desadaptado frente a ellos. Desarrolla fuertes sentimientos de inferioridad e impotencia, al sentirlos ricos, o con poder, tiene impulsos a salir corriendo de allí. Adopta posiciones de alejamiento, de distancia y siempre con un fondo importante de rechazo hacia los demás.

Esta familia, a excepción del hijo mayor, actúa como si los placeres les estuvieran vedados. Se comportan como si todo en la vida fuera o trabajo, o estudio y fuera de eso no hubiera ninguna otra posibilidad. Aparentemente el hijo mayor es el que se da más libertades para buscarse el placer, solo que hace tanto alarde de ello, que podría pensarse que lo hace para tener con quienes presumir de sus actividades placenteras, para hacer sentir menos a los demás.

La autoridad ha sido indiscutiblemente el padre, los hijos han introyectado a tal grado sus mandatos, que constantemente lo

obedecen sin darse siquiera cuenta de ello, a excepción de la hija menor, que a raíz del tratamiento se está dando cuenta de algunas cosas y las empieza a cuestionar. También el hermano mayor ejerce bastante autoridad sobre los hermanos, constantemente les dice lo que deben o no hacer, y les recalca que es por su interés hacia ellos, que lo hace.

En la actualidad, solo viven en la casa, los padres, ya que todos los hijos o están estudiando, o casados. La división del trabajo es la tradicional, para la mujer y el hombre. La madre cocina y se encarga de la ropa, el mandado, etc.etc...., el padre continuamente está trabajando. Siempre tiene algunos proyectos pendientes y que nunca termina. Por ejemplo : acumula materiales de construcción porque dice que va a construir un cuarto, o a levantar un muro...Nunca lo hace. Derrumba algún árbol cuando ya va a dar frutos, porque va a sembrar otro, que corta cuando ya está grande. En la casa, existe un gran desorden porque acumula grandes cantidades de aparatos, herramientas, materiales, que pone por todos lados, de manera que la casa es caótica, tanto por dentro, como fuera de ella. Los hijos tratan de poner el orden cuando van, le sacan todas las cosas al padre, las acomodan bien en algún sitio, y cuando el padre ve esto, se indigna, los regaña. Si no hacen nada, dice que nadie le quiere ayudar a hacer nada en la casa, que solo la usan como si fuera un hotel.

La madre siempre se mostró cuidadosa con los hijos en lo que se refiere a los cuidados alimenticios y también en la responsabilidad de asistir a la escuela a tiempo. De pequeños siempre los levantaba temprano y les preparaba su desayuno o su almuerzo para llevar a la escuela. El padre fué el encargado de transmitirles toda su ideología y su manera de ver la vida.

2.- Evaluar : A) Identidad del grupo familiar: impulsos, expectativas y valores.

Esta familia funciona como un clan, en el cual todos se mantienen en interacción importante. Los problemas de cada uno, son comentados por todos. Se han impuesto que lo más importante de la vida, es mantenerse unidos, porque todos los de fuera, son enemigos en potencia, por lo cual son un grupo muy cerrado. Jamás externan su problemática familiar con extraños.

La agresividad juega un papel muy importante en la relación entre ellos, porque parece que solo a través de ella se pueden relacionar entre si. Esta agresividad está enmascarada por la "preocupación" que se manifiestan. Pero el padre, ya no puede encubrirla, y cuando lo van a visitar, insulta constantemente a los

hijos. El paciente tampoco la puede manejar ya, por eso enfermó. Sus fantasías previas al internamiento, eran las de golpear a los hombres, hasta matarlos, y con las mujeres, también golpearlas y hacerles mucho daño.

Los valores más importantes, son: el poder, el éxito profesional, el éxito económico, y el éxito social, poderse relacionar con la clase alta a los que intentan imitar, pero de la cual se encuentran cada vez más lejos. El hijo mayor, es el que tiene más posibilidades de alcanzar las metas que el padre no logró, puesto que fue el más estimulado por él, los otros, se sienten muy frustrados de no poder llegar a esas metas, por más que el hermano trata de compartir con ellos sus relaciones, ellos se sienten en demasiada desventaja como para poderse relacionar independientemente de él. El hermano mayor quisiera que los hermanos formaran un bloque, para así defenderse contra los demás.

B) Estabilidad de la familia (Identidad y estabilidad, tal y como se perciben desde dentro).

Esta familia ha logrado su estabilidad, gracias al lugar que le han dado al padre, a cuyo deseo se han sometido todos sus miembros. Cuando alguno de ellos intenta independizarse, de inmediato todos hablan con él, hasta que lo convencen que solo dentro de la familia encontrara seguridad y afecto. El hermano mayor a pesar de estar casado, continuamente les dice que los quiere más que a su esposa. Parecería que solo se caso por dar una apariencia de normalidad en su vida. La psicoterapia que lleva la hermana menor, le ha hecho tomar conciencia de las relaciones incestuosas de la familia, y lo han percibido los demás, que desde entonces se han dedicado a atacar el tratamiento, tratando de que lo deje, porque "solo es pérdida de tiempo y dinero", lo que realmente pasa es que perciben un peligro para la estabilidad familiar.

C) Adaptación externa de la familia a la comunidad.

1.- Describir las asociaciones y transacciones de la familia con la comunidad, como grupo, como parejas matrimonial y paterna y como individuo.

Las relaciones sociales de la familia son diferentes para los diferentes miembros: el padre siempre ha sido una persona mal adaptada, insociable, su desconfianza lo lleva a aislarse, así como su avaricia, porque siempre esta temiendo que la gente lo busque solo para pedirle favores, y el odia hacer favores. Se lleva mal

con toda la gente, siempre está temiendo que le quieran hacer daño los demás. No soporta a los vecinos, con los cuales ha tenido pleitos muy graves. La madre busca relacionarse fuera de casa, porque adentro, no encuentra aceptación de nadie, siempre busca agrandar a los demás, portandose tan sumisa como se, porta adentro. Hay mucha gente que la estima, y no la visitan mas seguido, solo porque temen las agresiones del esposo.

Los hijos, buscan la aceptación de la comunidad, que los respeta, porque son profesionistas. Principalmente el hermano mayor, al que consideran el prototipo del éxito y guardando las debidas proporciones, los demás.

Constantemente los hijos tienen problemas con el padre, porque se viste como auténtico pordiosero, con los zapatos rotos y la ropa vieja; le dicen que se compre ropa, porque tiene dinero para ello, sin embargo él se situa en la miseria. A los hijos les avergüenza lo que la comunidad pueda pensar de ellos, con un padre que da esa imagen, es por eso que el hijo mayor, ya casi no va al pueblo.

En realidad ellos funcionaron poco tiempo como verdadera pareja matrimonial. El padre buscó al poco tiempo de casado, varias relaciones extramatrimoniales, y con una de las mujeres con las que se relaciono, tuvo un hijo. Siempre ha despreciado a su esposa y el trato que le ha dado es el de una sirvienta.

C) Relaciones con las familias respectivas de los padres.

Existen en el pueblo, muchísimos parientes de ambos padres. Los hay de recursos económicos altos, y bajos. Se relacionan con ambos, pero principalmente con los que los han podido ayudar a salir adelante. Tienen varios primos militares que ocupan puestos importantes dentro del ejército, estos viven en el D.F. y en Puebla, son parientes de la madre y los visitan constantemente. El paciente ante ellos se siente sumamente inferior, casi no puede hablar, le sudan las manos, se le va la voz y las ideas, y en realidad los tratan bien, los estiman porque pudieron estudiar y salir adelante, a pesar del humilde origen del padre.

Uno de estos primos representa el ideal de honestidad, esfuerzo y lucha, que el paciente admira, pero que entra en gran contradicción con el ideal de hombre que le ha impuesto el padre.

La última novia que tuvo el paciente, es una prima lejana que vive en el pueblo, se sabe que su padre ha matado algunos hombres con los que tenía rivalidades familiares ancestrales, y la fantasía del paciente era que lo mataría a él también.

IV. Historia del desarrollo del paciente: problemas en relacion con la madre, con el padre y con el grupo familiar.

La situación de los padres en el momento de su nacimiento, era de total desaveniencia. El padre no deseaba que naciera, durante el embarazo del paciente, la golpeó fuertemente, porque en realidad por ese entonces, lo que quería era vivir con otra mujer, a la que también tenía embarazada, e interpretaba el embarazo de la esposa como una forma de atarlo a ella, lo cual es muy posible que fuera verdad. Cuando estaba por nacer el paciente, la corrió de la casa, ella se fue a refugiar a casa de su suegra, la cual habló con el padre convencienándolo de que lo mejor era permanecer en su hogar y seguir adelante.

La madre se encontraba abrumada con el cuidado de 5 hijos y un esposo, por lo que le hacía poco caso al paciente. El padre notó su presencia en una ocasión en que se puso gravemente enfermo de bronconeumonía y estuvo a punto de morir, por ese entonces tenía 5 años.

Ingresó a la escuela a los 6 años, siendo la experiencia escolar el inicio de una serie de situaciones de angustia, que se fueron extendiendo al resto de las actividades que hacía. Habiendo sido los hermanos siempre quienes ocuparon los primeros lugares de la escuela, él entró a la primaria, de antemano derrotado y abrumado por tantos triunfos fraternales, pensando siempre que él jamás alcanzaría tan grandes logros. Se sentía incapaz de aprender, ni de dibujar, cuando lo hacía, pensaba siempre que eran horribles, que todos los niños lo hacían mejor que él. Así repitió dos años de primaria, lo que ocasionó la total pérdida de su prestigio como estudiante. El padre lo declaró retrasado mental, y gracias a que los hermanos se sintieron tocados en eso de tener un hermano retrasado y se propusieron ayudarlo en la escuela, salió adelante. Desde entonces optó por desempeñar el papel de "tonto", porque solo así sentía que existía para los demás. Al verse imposibilitado para lograr la atención por medio del éxito, se propuso lograrlo a través del fracaso. Y desde entonces los regañones llovieron sobre su vida. Otra forma que empleaba para llamar la atención, era a través de la enfermedad, continuamente somatizaba y se encontraba con los cuidados del hermano mayor sobre de él. De todas formas su sueño dorado era poder competir con los hermanos y tener éxito. Cuando iba por la calle, sentía que lo miraban todos, ... como si fuera un personaje muy importante..... como un presidente o un artista muy conocido.

Su más grande anhelo en la infancia, era que su hermano mayor jugara con él. Siempre le rogaba que lo hiciera, pero casi nunca tenía tiempo porque siempre tenía que estudiar. Su infancia fue muy solitaria.

Cuando entra a la Universidad, escoge como carrera Química, no porque le gustase, sino porque era la que había oído a sus hermanos era la que daba mayor prestigio. El paso por esa Facultad fue un verdadero tormento, ya que sacaba calificaciones de 0, 3, y fue el tiempo en que más horas pasaba estudiando, tratando de entender. Cambió a Psicología, porque todos decían que era la más fácil, y él pensaba que sería la única posibilidad de hacer carrera Universitaria.

Jorge nunca disfrutó los estudios, recuerda el sufrimiento que tuvo que pasar desde su primer día de escuela. Él quería ser charro. Hacer labores de domesticación de potros, montar a caballo, estar en un rancho, era y ha sido su más grande fantasía. Le encanta el campo. Ha sustituido este gusto por la equitación, cuyo acceso le fue facilitado por su primo el militar que radica en el D.F..

El padre ha proyectado en sus hijos sus propias ambiciones, sin importarles lo que estos quieran, y todos ellos lograron terminar la carrera universitaria que escogieron, aunque faltan 3 de recibirse.

Emocionalmente Jorge se encuentra en un estadio de adolescencia temprana, en donde no ha encontrado una verdadera identificación sexual, porque rechaza a las mujeres a las que considera inferiores, o inalcanzables. Y al hombre lo tiene en un pedestal, sin embargo, él no ha logrado percibirse como hombre, se siente impotente, e incapaz de responsabilizarse de su propia vida, de ser adulto, de ser el mismo. Por esta razón se explica parte de su sintomatología, las estereotipias (Daba las gracias por todo, y de todo pedía perdón, hacía reverencias en la calle, era exageradamente amable y sumiso con todos, regalaba sus cosas, etc...), que tienen que ver con la necesidad que siente de ser aceptado siendo "Bueno", y negando todo lo que pueda ser traumático o doloroso para él.

V. Interpretación resumida de la salud mental del grupo familiar y de las interrelaciones entre la salud mental del individuo y de la familia.

La familia está integrada por un padre con rasgos paranoides y obsesivos, agresivo, dominante, que ha depositado en sus hijos sus deseos frustrados de poder, pero esto no lo recompensa, y siente una gran envidia hacia los hijos que han logrado lo que él quería para sí. Por esto el paciente nunca ha logrado saber con claridad que es lo que se esperaba de él, porque estaba implícito en el deseo del padre una fuerte ambivalencia. La madre no ha podido figurar en el afecto del paciente, porque siempre ha tenido un papel totalmente secundario y despreciable. Su total sumisión al padre y la debilidad que ha mostrado, comprueban a los hijos la idea que de ella tiene el padre, al que todos se someten. Por otro lado, el paciente ha introyectado muchas de las ideas obsesivas y persecutorias del padre, así como sus deseos e ideas que tiene del mundo, lo que le hace sentir una gran inseguridad. pues en realidad nunca se ha logrado experimentar a sí mismo. Sus ideas no son de él, ni sus pensamientos, siempre es vivido por el padre, o por el sustituto del padre, que es el hermano mayor, al que se encuentra muy ligado por el amor y el odio. En sus ideas obsesivas hay un gran contenido homosexual que tiene que ver con esta liga hacia el hermano, y hacia el padre.

Hay un deseo incestuoso entre todos los miembros de esta familia que funciona como una especie de clan, sujeto a normas inviolables, que entran en contradicción constante con el deseo de ser ellos mismos. En el paciente, tal contradicción ha acabado en un cuadro cuyos síntomas están simbolizando toda esta problemática tan compleja.

La relación entre los padres es sado-masoquista. Estimulan entre los hijos una conducta competitiva para que satisfagan las aspiraciones que han depositados en ellos, esto por parte del padre. La madre siendo tan débil como es, no ha podido hacer nada por modificar esto, ha ayudado a los hijos a que logren los objetivos que el padre les ha marcado.

La estabilidad familiar se ha logrado en base a que sus miembros se han sometido a la autoridad del padre en forma incondicional y al que solo pueden agredir pasivamente, por ej. no recibiendo.

Como individuos los miembros de esta familia no se encuentran identificados consigo mismos, se han identificado los hombres y la hermana de en medio con el padre, la hermana mayor, con la madre y la única que está luchando por alcanzar su propia identidad, es la menor. El padre se siente frustrado porque no está donde desearía (su fantasía es que si su madre lo hubiera dejado irse a los E.U., él no hubiera sufrido lo que sufrió y su vida habría sido otra.).

Continuamente se queja de ocupar un puesto que no le corresponde por no tener palancas que se lo den. Por otro lado dice que todos le tienen envidia por el puesto que ocupa.

Los integrantes de esta familia necesitan estar unidos para sobrevivir, porque consideran enemigos a todos los que no forman parte de ella, la unión es la base de su seguridad. La madre se siente frustrada, porque nunca ha sido tomada en cuenta para nada de lo que sucede en la familia; el paciente no ha logrado identificarse a si mismo como hombre, porque la actitud fría y rechazante de su padre, se lo ha impedido, esto ocurrió desde antes de su nacimiento. El mayor es el que está más adaptado, porque ha sido plenamente aceptado por todos, por haber alcanzado las metas del padre en forma ideal.

CASO No. 4 : MARIA INES.

Diagnóstico: Esquizofrenia de tipo paranoide.

Presentación del problema.

la paciente. Se trata de una mujer de 25 años de edad, casada, que es traída por sus padres porque empezó a manifestar ideas delirantes.

Es de mediana estatura,, en buen estado de nutrición, de tez blanca, regularmente alñada y cuyo arreglo personal es de tipo infantil.

El padecimiento inició 7 meses antes de ser internada y a raíz del fallecimiento de su único hijo. Este murió a los 48 días de nacido, en forma súbita y sin que se hubiesen determinado las causas del suceso.

Cuando la paciente se enteró de la muerte de su hijo, sufrió un desmayo y al volver en sí, se mostró impavida, distraída, aislada, y aplanada afectivamente. Se pasaba horas enteras contemplando la ropa de su hijo. Presentó varios retrasos menstruales que ella confundió con un nuevo embarazo, sintiéndose frustrada cuando apareció su menstruación de nuevo.

Poco antes de ingresar al hospital, fué a visitar a su suegra, quien le habló acerca del pecado, y de que la muerte de su hijo, pudiera ser un castigo divino.

La sintomatología se hizo más evidente dos días antes de ser internada, cuando al regresar del cine, empezó a hablar de la felicidad y a decir que iba a destruir todo lo malo, como lo había hecho Úrsus (Protagonista de la película que acababan de ver). No cesó de hablar en esta forma, en toda la noche, la madre le pedía que se callara, pero ella estuvo muy inquieta y sin poder dormir.

Al día siguiente fué con una amiga, a la fábrica donde trabajaba su esposo, para pedirle que trabajara menos y le dedicara más tiempo a ella. Estuvo colocando por diversas partes de la fábrica, collares y aretes, que su madre le había regalado al regresar de un viaje. Daba como explicación a su conducta, que la cantidad de regalos que llevaba, no alcanzarían para todos los trabajadores de la fábrica, y esto hubiera provocado disgustos entre ellos.

Por la noche de ese mismo día, su esposo le informó que su madre se encontraba enferma, motivo por el cual inició agitación psicomotriz. Comenzó a hablar de duendes y brujas, de que a las 12 de la noche iba a ocurrir algo terrible. De una mosca que voló cerca de ella, dijo que la quería distraer para que las brujas y los duendes le hicieran daño; habló también de que alguien le había preguntado por su hijo y que ella había contestado que estaba muy grande porque de ella nadie se burlaba.

Al día siguiente, en medio de una gran excitación psicomotriz, revolvió la comida con papeles, y quería que fueran de inmediato a Michoacán, porque su suegra había fallecido. Pasó en ese estado el día y la noche. La madre la encontró, mojóndose las ropas, explicando su conducta diciendo que fué su suegra quien le dijo que de esa manera se quitaba todo lo malo. Rompió un espejo arrojándole un frasco porque reflejaba "cosas malas". Pidió a su madre una imagen de San Martín de Porres, porque su padre quería hacer daño a su madre por medio de esa imagen; reunió unas estampas más, y las quemó.

La madre decidió llevarla a un médico particular, quien le recomendó que vieran un Psiquiatra.

Ingresó al hospital, en estado de intensa agitación psicomotriz, diciendo que ella no está loca y que querían hacerle daño. Durante su hospitalización, se la pasa caminando por todas partes, hablando entre dientes y en forma incoherente. Se acerca a cualquier persona y dice: "El hipnotismo si existe, porque yo lo he sentido". Continuamente habla de destruir la maldad, de que ella tiene que ser como Ursus, que todos deberíamos ser buenos, que las brujas y los duendes quieren hacerle daño.

Desarrollo temprano de la paciente.

María Inés, nació en el D.F., fué el primero de los seis embarazos de su madre, el cual duró 8 meses y curso sin complicaciones, pesando 2,600.Kg., siendo el parto y neonatos normales. Su desarrollo psicomotor estuvo dentro de los límites normales: inició la dentición a los 4 meses, caminó a los 10 meses, habló y controló esfínteres a los 2 años.

Antecedentes Patológicos.

Padeció las enfermedades propias de la infancia: sarampión, tosferina y varicela, sin complicaciones. Amógdallectomizada a los 7

años. Ha padecido otitis media del lado izquierdo desde los 8 años.

Escolaridad: Ingresó al jardín de niños desde los 4 años de edad, donde duró 3, adaptándose al medio escolar.

Comenzó la educación primaria a los 7 años, en una escuela oficial, en donde cursó del 1o. al 4o.. Al año siguiente fue cambiada a un colegio particular porque su madre tuvo dificultades con la madre de un condiscípulo de M.I., motivadas porque ésta señora frecuentemente regañaba a la paciente; en éste colegio cursó el 5o.; al año siguiente fue nuevamente inscrita en un colegio oficial porque los padres carecían de recursos. Presentó al terminar la primaria, un examen de admisión para la secundaria que no logró aprobar, por lo que entró a estudiar la carrera comercial, misma que no terminó, porque sus padres tenían problemas economicos, y tuvo que trabajar.

En la escuela era poco sociable.

Historia de trabajo. Comenzó a trabajar a los 15 años como empleada de una fábrica. Fracasó a los pocos meses porque se sentía incapaz de cumplir bien con el trabajo. Poco después entró como facturista en una fábrica de hilados y tejidos donde permaneció por tres años y de donde renunció para casarse.

Historia Psicosexual:

Menarquia a los 11 años. De su madre obtuvo sus primeras informaciones sexuales. Tuvo un solo novio, que es con quien se casó, duró dos años de noviazgo. Se le dificulta hablar sobre la sexualidad, es frígida, y el sexo le parece algo sucio que solo cumple por obligación con su marido.

C) Descripción de la personalidad de la paciente y del tipo de relación que tiene con sus padres, hermanos, medio ambiente. Imágen que tiene de si misma.

M.I. es una mujer de inteligencia normal, la cual no ha aprovechado y no ha desarrollado porque no ha tenido interés en ello, aunque si ambiciona ser reconocida como persona inteligente, productiva y con éxito. El rendimiento que tiene al ingresar al hospital es de una subnormal.

Su pensamiento es rápido, de tipo simplista y concretista, esto es algo que le impide organizar sus experiencias y manejar los problemas. Existen fallas de juicio. Sus capacidades de planeación, atención y concentración están muy disminuidas.

Su actitud ante la vida es la de temor a responsabilizarse de si misma y a tener relaciones profundas con las personas que le rodean. Teme ser rechazada y engañada. La manifestación que hace de sus afectos es en forma infantil y estereotipada, solicitando afecto y aceptación, a cambio de sumisión y dependencia exageradas,

lo que le impide manifestar su hostilidad.

Se siente criticada y rechazada por el ambiente, e inconscientemente se siente indigna de recibir afecto, mala e inútil. Su actitud hacia las personas es de aparente humildad, colaboración y responsabilidad tras de lo cual esconde su narcisismo: "Yo no se porque todo mundo me quiere tanto", "Si yo fuera vanidosa y presumida, nadie me querría", etc...

Presenta problemas de identificación sexual originados en la percepción confusa que tiene de los papeles que han desempeñado sus padres en el hogar. Por lo que no ha podido obtener seguridad en si misma, ni identificarse como mujer adulta. Ha tratado de identificarse con su madre, pero siempre manteniendose en el papel de hija pequeña e indefensa, porque teme crecer y perder su afecto. Para la madre el peor pecado es la desobediencia. Por esta razón ella es una hija sumisa, obediente y dependiente de la madre, a la que no puede manifestar su hostilidad sino cuando se le escapa en forma inconsciente bajo la forma del temor a que pueda sufrir algun daño. Esta hostilidad afloró en el delirio de la paciente, desplazado hacia su suegra, cuando decía que ésta, había fallecido. A la suegra si se atreve a criticarla, detrás de ella, porque enfrente, se porta igual que con su madre: sumisa.

Con su padre la relación es lejana. Le manifiesta temor y se muestra también sumisa con él.

Ambos padres luchan por el papel de autoridad, siendo la madre la que percibe como más fuerte, y de la que adopta sus valores, metas y actitudes frente a la vida, siendo una aliada en contra del padre al que desprecia por débil e infantil, pero al cual necesita ver fuerte y agresivo, para no detectar en la madre la agresividad.

La relación con los hermanos se caracteriza por un sentimiento de envidia, ya que siendo ella la mayor, es la que mas probabilidades tiene de perder el afecto materno en el momento en que se de cuenta de que es una adulta. Esto la lleva a rivalizar con los hermanos en actitudes infantiles.

Este mismo temor a crecer y a la posibilidad de ser considerada como una adulta por su madre, identificandose con ella en esta forma, parece ser su motor principal en sus problemas para aceptar la maternidad y su ambivalencia frente a ésta. Por una parte no puede aceptar las responsabilidades de un adulta porque desea seguir siendo una niña, mimada como tal; por otra parte siente que una mujer solo puede obtener seguridad en si misma teniendo hijos. Esto último motivado por la aceptación de los convencionalismos sociales como único medio para ser aceptada por el medio ambiente. Durante todo el embarazo se quejó de nauseas, vomito y un intenso dolor en el epigastrio. (el hijo nació por cesárea, y no hubo trabajo de parto).

A los 48 días de nacido, el niño amaneció "rígido", con la mirada inmóvil. Fue trasladado al hospital infantil muriendo 12

horas más tarde. Cuando María Ines supo de la muerte de su hijo, sufrió un desmayo y al recuperarse de él, se mostró impávida. A partir de entonces su retraimiento fue haciéndose cada vez mayor hasta culminar con el cuadro que presentó 6 meses más tarde.

Dada la actitud de abnegación y sacrificio aparente de la madre, que crea sentimientos de culpa en los hijos, M.I. considera la maternidad como algo doloroso y peligroso, como un sacrificio tan grande que puede implicar incluso la muerte. Sus sentimientos de culpa hacia su madre y hacia su hijo por no aceptarlo, parecen haberse incrementado a la muerte de su hijo, la que ella vivió como un castigo a su maldad.

Su misma negativa para aceptarse como mujer adulta, hace que su relación con su marido sea totalmente inadecuada: pretende ser tratada por él en una forma sobreprotectora y paternal, exigiéndole que la premie como niña por haber cumplido sus obligaciones de ama de casa. Buscó para casarse un hombre igualmente infantil, frío y lejano, con el cual fuera imposible lograr una relación madura y con el que fuera posible descargar su hostilidad, y el desprecio que siente hacia su padre.

En consecuencia, su vida sexual no es satisfactoria puesto que no puede aceptar la sexualidad sin sentimientos de culpa por una parte, por haberla considerada pecaminosa y por verla como una obligación más de su vida de mujer casada, razón por la cual es frígida. Además, la sexualidad tiene para ella el único fin de la procreación, y no la satisfacción, y no puede aceptar ninguno de estos aspectos por que se salen de la concepción infantil que tiene de la vida.

En resumen, la imagen conciente que tiene de si misma, es la de una niña con responsabilidades de adulta, con las que no puede cumplir; bondadosa, abnegada, agradable y simpática, que hace todo lo que esta de su parte para cumplir con el papel que se le ha asignado en la vida.

Inconscientemente se vive inútil. indigna de recibir afecto. incapaz de conseguir nada por si sola, rechazada porque es 'mala', ya que su madre es una mujer abnegada y sacrificada que todo se lo ha dado a cambio de nada.

II. LA FAMILIA.

A) Ambiente Físico:

Viven en una casa de la colonia Portales. Es propiedad de los padres de la paciente. Esta y su esposo viven en un pequeño departamento construido en el patio de la casa. El Departamento está constituido por una pieza grande que esta distribuido adecuadamente como: dos recamaras, sala y comedor; el techo es de

lamina impermeabilizada. Aparte se encuentra la cocina y un medio baño.. La entrada a ese departamento se hace por la casa de los padres de la paciente..

El mobiliario con el que cuentan consta de: dos camas, dos roperos, un juego de sala, desayunador, estufa de gas y una mesa en la cocina.

El orden y el aseo de la casa son satisfactorios, y la paciente arregla la casa con flores y gran cantidad de adornos y carpetas, así como de cortinas que sirven tanto de ornato, como para separar entre las dos recámaras y la sala comedor, que queda entre ambas recamaras.

En este pequeño departamento viven desde hace 8 meses, es decir, dos meses antes de que naciera su hijo. Al casarse vivieron en un departamento en San Angel, pero la madre de la paciente les hizo ver la conveniencia de que construyeran su propia casa con lo que se ahorraran de la renta que pagaban en ese entonces. Para ello, les regalo el terreno que ocupa el departamento.

B) Movilidad Geografica.

La paciente y toda su familia son originarios del D.F. y siempre han radicado aquí, el esposo de la paciente es originario de La Palma, Michoacán, de donde vino después de terminar sus estudios de Ingeniería Química que realizó en la Universidad de Morelia.

C) Descripción de los miembros de la familia y otros ocupantes de la casa; edad, sexo ; estructura social y cultural; composición de la personalidad de cada miembro, relaciones matrimonial, paterno-filial y entre parejas fraternas.

El padre: Es un hombre de 58 años de edad, moreno, corpulento y que no representa la edad que tiene, sino unos 10 años menos. Estudió hasta la preparatoria y suspendió por carecer de recursos economicos. Comenzo a trabajar a los 17 años. Hace 6 años fué incapacitado por haber sufrido un derrame cerebral, y desde entonces recibe una pensión que corresponde a la mitad del sueldo.

Se casó a los 35 años con su mujer 15 años menor que él. Frente a ella se muestra autoritario y autosuficiente, igual ante sus hijos y cualquier otra persona, cuidando siempre de aparentar amabilidad, cuando se encuentra frente a personas extrañas. Necesita ser reconocido como la única autoridad de la casa.

Manipula a toda la familia demandando de todos, cuidados y atenciones por el accidente que sufrió hace 6 años, y tiene a este respecto una actitud hipocondriaca, que aunque ya estaba latente desde antes, parece haberse recrudecido con lo del accidente cerebral. De este accidente cerebral, parece estar totalmente

recuperado, lo que le hace sentirse orgulloso.

Trata de aparecer como una persona muy inteligente y capaz de bastarse a si mismo, sin necesitar de nadie. Exige una actitud servil de los demás, que cuando no logra, se convierte en agresiones, mostrandose depótico y resentido.

Trata a su esposa como a una hija mas, exigiendole obediencia y sumisión, puesto que la considera "joven e inexperta", incapaz de hacer nada sin su protección y ayuda. Inconscientemente se siente frustrado por haber sacrificado su libertad, para cuidar a una mujer inútil, que lo agrede y lastima, al no reconocerlo constantemente como a una persona muy valiosa y al no doblarse a su voluntad

Es muy posesivo y sobreprotector con todos sus hijos; no tiene ningún respeto por su individualidad y los considera como objetos de su propiedad. Se encuentra tan compenetrado en su papel de proveedor y protector, que vigila estrechamente cada uno de los actos de los hijos y de la esposa.

La madre: Es una mujer de 40 años de edad, de estatura baja y tez blanca, su constitución es gruesa. Estudió hasta el 6o. de primaria, nunca ha trabajado fuera del hogar. Se casó a los 18 años con un hombre que le doblaba la edad.

Es sobreprotectora, posesiva y manipuladora tanto con sus hijos, como con su esposo. Se escuda tras una fachada de abnegación y sacrificio para manipular a su familia, negandole toda posibilidad de independencia, por los sentimientos de culpa que les genera, haciendoles sentir inútiles e indignos de todos sus sacrificios. Por otra parte les exige una conducta responsable frente a sus estudios y al trabajo, porque es una mujer muy apegada a los convencionalismos del ambiente, que necesita ser reconocida como una madre que ha tenido éxito con los hijos. Por eso mismo, ha impulsado a las hijas a que solo estudien una carrera corta que no les impida lograr casarse. Y a sus hijos les impulsó a ser profesionistas, para con ello lograr mayor status. Todos, deberían trabajar lo mas pronto posible, para que contribuyeran economicamente a lograr mayores ingresos, que le ayudasen a satisfacer sus ambiciones.

Para con la paciente, es especialmente sobreprotectora. Le ha hecho sentir que es incapaz de vivir sola; no la deja que decida nada en absoluto.

En apariencia es sumisa y dependiente de su marido, porque considera que ésta es la conducta aceptada socialmente, pero se siente frustrada de estar casada con un hombre autoritario en apariencia, pero débil y fracasado en realidad pues no ha logrado colmar sus ambiciones. Su hostilidad hacia él la manifiesta en forma

velada, burlandose de sus arranques de cólera y de sus pretensiones de ser una persona madura y responsable. Como procura guardar una apariencia de dulzura y de amabilidad, el no puede defenderse de ella y cuando se exaspera, queda colocado en una situación de falta de control, de autoritarismo estúpido y de incomprensión hacia su esposa.

En resumen, la madre es una mujer infantil, necesitada de protección. Siente que carga con una responsabilidad superior a sus fuerzas; está resentida contra toda su familia porque no le han satisfecho todas sus ambiciones económicas y sociales, por lo que necesita vengarse en los hijos y en el esposo. Su forma de adquirir seguridad, es manipulando a toda su familia, adoptando una actitud de posesividad y sobreprotección hacia sus hijos, y convirtiéndose en el eje de toda la organización familiar.

María Inés : La paciente.

Arturo : Es el esposo de la paciente, tiene 27 años, estudió la carrera de Ingeniería Química, pero no se ha graduado hasta la fecha. Presta sus servicios como Químico Textil, en una fábrica de Tintes.

Es un hombre débil, sumiso, muy reservado, incapaz de relacionarse en forma cálida con nadie y que ve en cada mujer, un sustituto de su madre.

Dentro de la familia de su esposa, funciona como un hijo más, sumiso y obediente, en un papel similar al que jugaba en su propia familia.

Como no puede dar afecto, necesita dar cosas. Con su suegro la relación es también de sumisión. Con sus cuñados, prácticamente no hay relación, se muestra lejano hacia ellos y procura permanecer el menor tiempo posible en la casa, para no verse comprometido en una relación mas cercana con su familia política.

Francisco: Tiene 20 años de edad, cursa el 1o. año de preparatoria y trabaja desde hace algunos meses en la misma compañía en la que presta sus servicios la hermana de 16 años.

Es tímido, padece dermatitis de origen psicógena. Es mal estudiante, ha perdido 4 años, mostrando su rebeldía hacia la madre en forma pasiva.

Es sumiso y dependiente tanto con su padre, como con su madre, con la que es más acentuado. Con el padre no hay mucha comunicación, porque la madre impide un acercamiento entre ambos, además de la actitud del padre autoritaria y agresiva.

Con sus hermanos, la relación es de competencia. Aunque esta no se expresa abiertamente porque la madre les ha inculcado la idea conciente del respeto que debe haber entre ellos.

Actualmente tiene una novia dos años menor que él, a la que ve en su casa, y la que ha pasado a ser como una hija más de sus padres.

Rebeca : De 17 años de edad, estudió la primaria y Carrera Comercial. Actualmente trabaja en una empresa como secretaria. La relación que tiene con sus padres y hermanos es muy similar que la de sus hermanos. No ha satisfecho las ambiciones de la madre, a pesar de que se ha desempeñado bien en su trabajo. Padece úlcera péptica.

Carmen : Tiene 16 años de edad, al igual que su hermana Rebeca estudió la primaria y la Carrera Comercial; trabaja actualmente como auxiliar de Contador en una oficina descentralizada. Quiere alcanzar éxito en su trabajo, a diferencia de sus hermanos Rebeca y Francisco. Ella fue quien consiguió el empleo a su hermano.

Alfonso : De 12 años de edad, cursa el 10. de secundaria. Es muy buen estudiante. Trata de conseguir lo que su madre esperaba del hijo mayor. Alfonso expresa con más libertad los celos que siente hacia sus hermanos y su necesidad de sobresalir de entre los hermanos siendo el hijo modelo, muy parecido en esto a Carmen.

Martha : Tiene 5 años de edad, es caprichuda y voluntariosa, se niega a asistir a la escuela alegando que es "muy chiquita". Se escuda en su papel de hija menor, para que le toleren sus berrinches. Interrumpe las conversaciones para dar sus propias opiniones, en forma inoportuna, juzga a sus hermanos y se burla de ellos. Sus padres le festejan todo y son incapaces de llamarle la atención. Su rivalidad es más acentuada hacia su hermana mayor, ya que esta compete con ella a ser la "hijita", sobre todo porque es la que más tiempo pasa con la madre, por eso se siente celosa de ella.

Funcionamiento habitual de la familia: Relación Matrimonial. La relación que guardan los padres de la paciente está fundada sobre la base de que la madre debe funcionar como 'hija de su marido, por ser este mucho mayor que ella. El se muestra autoritario y despota con ella, ya que tal conducta le permite aparecer como un hombre fuerte y autosuficiente. A través de su actitud y sus palabras, deja entrever que se siente sacrificado porque debe funcionar como protector y salvador de la esposa. A su vez la madre se siente frustrada por tener que relegar su autoridad y toda su personalidad, ya que ha visto frustradas sus ambiciones, y ha pasado a convertirse en una subordinada de su marido.; solo puede permitirse "bromas inocentes", tras las que se escuda para agredirlo, y una actitud velada de autoritarismo, posesividad y

manipulación con sus hijos, para alejarlos de su marido.

Identidad y Estabilidad :

Los padres de la paciente, forman un matrimonio estable socialmente hablando, porque su apego a los convencionalismos les impide romper la relación matrimonial que han establecido. Emocionalmente la estabilidad esta lograda a base de canalizar su hostilidad en las frecuentes dificultades que tienen, y en la huida de una relación mas cercana entre ambos, refugiándose en su propio trabajo, en la posesividad y sobreprotección de la que hacen víctima a los hijos.

No se encuentran identificados ni como pareja matrimonial, ni como padres ni esposos, sino en un aspecto muy superficial, porque en el fondo los dos se sienten sacrificados el uno por el otro y víctimas de una relación matrimonial que no pueden romper.

Relación matrimonial de la paciente:

Su relación es muy inmadura, porque ninguno de los dos se siente preparado para asumir las responsabilidades propias de un adulto. Ambos se viven a si mismos como niños indefensos que necesitan ser protegidos y ninguno ha logrado romper la dependencia hacia sus propias familias.

Parecería que la paciente se hubiera casado porque socialmente era algo aprobado, dado su apego a los convencionalismos, y era algo aceptado en su medio familiar.

Se siente frustrada porque su esposo no premia y elogia los esfuerzos que ella hace por atender su casa, como se premia y elogia a un niño pequeño. Esta situación ha provocado hostilidad de la paciente hacia su conyuge. El se siente culpable hacia ella, porque no sabe que hacer o decir para darle gusto. Más culpable ahora que se enfermó, se vió en la necesidad de demostrarle su afecto, comprándole muebles, enviándole flores, visitandola, con lo cual ella se sintió muy bien.

Este matrimonio ha sido manejado por su madre; las metas que tiene son las mismas que su madre: tener hijos que permanezcan siempre a su lado, tener casa propia, que el esposo se dedique a conseguir suficiente dinero para mantenerla y subirla de estrato social. Ella para atender la casa. En estas condiciones no tienen una visión clara del porque quieren tener un hijo, como van a educarlo, que esperan de él, ni que piensan darle, pero al parecer no les preocupa demasiado ya que cuentan con la asesoría de la madre que les indicara el camino a seguir.

Su vida sexual es insatisfactoria; la paciente considera la sexualidad como algo pecaminoso y de lo que no se puede hablar, ve su vida sexual como un incidente de su vida matrimonial, como una obligación. El esposo las ve, como una satisfacción física, pero no como un medio de acercamiento íntimo y afectivo.

Relacion Paterno-Filial.

Ambos padres son sobreprotectores con todos sus hijos. Actitud que enmascara el rechazo que sienten hacia ellos. Esta es más exagerada hacia Arturo y hacia la paciente. Al mismo tiempo les exigen que tengan éxitos sociales y económicos, para cuyos logros no están preparados.

Relación entre los hermanos:

Es de envidia, celos, rivalidad, temor de ser descubiertos en estas actitudes y necesidad de mostrarse amables y cariñosos unos con otros, para no ser castigados, perdiendo el afecto de la madre.

2. Evaluar : A) Identidad del grupo familiar, impulsos, expectativas y valores.

La familia pretende estar perfectamente identificada como perteneciente a su grupo familiar, pero lo que pasa es que están forzados a convivir entre ellos. Si no lo hacen se sienten muy culpables, pero al mismo tiempo esto les crea resentimientos porque cada uno de ellos se siente sacrificado en aras de una unión que no ha sido planificada por ellos.

En estas condiciones, todos sus impulsos, expectativas y valores están centrados en mantener esta unión familiar. Aunque aspiran a un mejoramiento social y económico, se ven imposibilitados a salir del mismo medio, pues esto implicaría una posible ruptura de los vínculos familiares.

Como la paciente es una persona en extremo débil y dependiente, no ha cambiado su actitud al casarse.

B) Estabilidad de la familia (identidad y estabilidad tal y como se perciben desde dentro).

La estabilidad de la familia está conseguida a través de la sumisión de los hijos y el yerno hacia la madre de la paciente. Sin embargo, la estabilidad del matrimonio de los padres, parece tambaleante por las dificultades que existen entre ellos.

La paciente y su esposo tienen una relación relativamente estable, sostenida a base de la identificación superficial que ella ha logrado hacer con su papel de ama de casa; debe tener cuidado de atender las labores del hogar y satisfacer al esposo en un plano por demás superficial. Ella se frustra porque continuamente espera que él alabe sus esfuerzos. En el fondo ella no se encuentra identificada con su papel de esposa, sino que continúa sintiéndose una niña a que debería ser protegida. De hecho el esposo tiene hacia ella una actitud de sobreprotección.

Las desavenencias que hay entre ellos no pueden manejarse

abiertamente, porque ninguno de los dos se atreve a encarar una situación de este tipo, de tal manera que todo se reduce a guardar las apariencias y a almacenar una serie de resentimientos de uno hacia otro. Como ninguno de los dos se identifica a si mismo como adulto, no están preparados para enfrentar la responsabilidad que un hijo significa, pero desean tenerlos para no sentirse socialmente rechazados.

B) Adaptación externa de la Familia a la Comunidad.

1. Describir las asociaciones y transacciones de la familia con la comunidad, como grupo, como parejas matrimonial y paterna, y como individuos.

En esta familia parecería que el ideal a cumplir es que las necesidades de contacto social, se vean satisfechas en la misma familia. Esto los incapacita para establecer relaciones íntimas fuera de sus miembros. Por otro lado han desarrollado la habilidad de manejar el medio externo y de ser aceptados socialmente.

Como parejas matrimonial, paterna o filial, no logran relacionarse adecuadamente con el medio ambiente. La pareja formada por la paciente y su esposo no tienen amigos en común, de tal manera que sus relaciones sociales se reducen como pareja, a las establecidas con sus familias respectivas.

La madre no tiene relaciones sociales con ninguna persona fuera de la familia, tampoco logra relacionarse en el barrio. El padre se relaciona con sus compañeros de trabajo, relaciones que son superficiales, pues con ninguno de ellos ha logrado una verdadera amistad.

Los hijos tienen amistades poco duraderas, porque no pueden visitar a sus amigos, sino que tienen que ser visitados por estos porque los padres necesitan conocer cualquier amigo de sus hijos para aprobarlos y de esta manera seguir teniendo el control sobre ellos.

Al parecer tanto los hijos como el padre son personas responsables en su trabajo. El padre ha sido pensionado a causa del accidente vascular que sufrió, y actualmente tiene otro empleo que le permite mantenerse ocupado y aumentar sus ingresos.

La paciente ha sido poco sociable desde niña. Nunca tuvo amigas en la escuela. Después en su trabajo, solo logró relacionarse con dos compañeras, relación que es superficial y conserva hasta la fecha. La paciente dice que la única amiga que tiene, es su madre. Nunca pudo hacer amistad con hombres.

Su adaptación al medio del trabajo, nunca fue buena, siempre se sintió rechazada por sus jefes y compañeros de trabajo.

El esposo de la paciente es una persona reservada que tuvo algunas amistades con las que convivió cuando era soltero, pero una

vez que se casó , las perdió. En la actualidad solo tiene compañeros de trabajo. Al parecer es una persona responsable, sin grandes aspiraciones para destacar.

2. Evaluar la identidad y estabilidad percibidas desde afuera.

Es una familia que consigue dar la impresión de que forman un grupo unido por lazos afectivos firmes. Todos sus esfuerzos están encaminados a lograr la aprobación precisamente por ser un ejemplo de integración familiar.

A pesar de esta fachada se puede percibir la falta de respeto hacia la individualidad de los miembros que la componen. Toda la estabilidad se logra a base de sentimientos de culpa que la madre ha creado para impedir que los hijos se independicen.

Es muy importante que los hijos colaboren económicamente al sostenimiento del hogar, lo hacen en una forma desproporcionada, que los deja en la imposibilidad de poder establecer compromisos sociales fuera del núcleo familiar.

3. Conflicto y complementariedad en las exigencias de los roles intra y extra familiares.

Como la comunicación extrafamiliar está muy disminuida, no parece existir conflicto entre el papel desempeñado fuera de la familia y el que se tiene dentro. De hecho cada uno de ellos regresa a casa después de salir del trabajo y no se da oportunidad de tratar a las personas de su ambiente laboral, lo que refleja su incapacidad para independizarse de la familia.

Esta situación de vivir una vida de adultos responsables en el trabajo, y de niños dependientes en competencia infantil dentro de la familia, les trae a todos ellos un sentimiento muy fuerte de irrealidad frente al mundo.

C) Relaciones con las familias respectivas de los padres.

Actualmente no existen este tipo de relaciones, porque los abuelos de la paciente han fallecido y esto ha sido aprovechado como pretexto para aislar más a los hijos del contacto familiar con sus primos, y que así permanezcan en un núcleo cerrado. Los abuelos paternos de la paciente fallecieron cuando el padre tenía 12 años, motivo por el cual tuvo que independizarse de su familia y ser autosuficiente. Cree que no necesita de nadie y por eso no visita a sus hermanos, ni a los familiares de su esposa.

El abuelo materno falleció cuando la madre estaba recién casada y la abuela materna, hace 5 años. Esta última vivía con ellos. Mantenía una relación muy íntima con la madre. Al morir, los celos y rivalidad de la madre con los tíos, hizo que acabaran distanciándose.

IV. HISTORIA DEL DESARROLLO DEL PACIENTE : PROBLEMAS EN RELACION CON LA MADRE, CON EL PADRE Y CON EL GRUPO FAMILIAR.

Cuando nació Ma. Inés, su madre tenía 19 años, era considerada por todos como una niña inexperta. La relación de dependencia que tenía con su propia madre aumentaba en ella la inseguridad para cuidar a su hija.

Un año después nace su hermano, con lo cual pierde gran parte de las atenciones que antes recibía, y esto continúa así con el nacimiento de cada hermano.

La madre sintió la maternidad como una carga muy pesada y difícil de soportar. Le ha hecho sentir a la paciente que perdió su juventud en la crianza de ella y sus hermanos, y que este sacrificio debe ser recompensado con su sometimiento incondicional a ella.

Esto ha incapacitado a M.I. para crecer y madurar. Por otra parte, como la madre ambiciona mejorar tanto su posición económica como social, presiona a sus hijos a trabajar y a colaborar con el gasto familiar. Como M.I. no trabaja, siente mucho esta presión de la madre y tiene que recurrir a una actitud de niña desvalida para sentir que se compeadece de ella y le dá su cariño.

El padre también ha fomentado la competencia entre los hijos. Siempre les ha hecho sentir que son incapaces de alcanzar lo que él desea de ellos, pues son inútiles y no podrán nunca compararse con él que es tan grande.

Ambos padres han vivido disputandose el afecto, la sumisión y la obediencia incondicional de los hijos. En este ambiente de posesividad y rivalidad con los hermanos para obtener la aprobación de los padres, M.Inés no pudo madurar, ni obtener un sentimiento de seguridad en si misma.

Se casó con un hombre frío y lejano con el que era imposible establecer una relación íntima y madura para así proteger su papel de niña y evitar con ello la responsabilidad que implicaría el ser adulta.

A raíz de la muerte de su hijo, hubo cambios notables en su personalidad que no fueron notados por sus familiares, quienes lo adjudicaban al duelo que estaba sufriendo por el hijo. Cuando el cuadro fué evidente, los padres empezaron a culparse mutuamente, porque ellos viven la enfermedad de la hija como un fracaso cuya responsabilidad no quieren aceptar ninguno de los dos. Para evitar la culpa encontraron al yerno, que resulta ahora el culpable.

V. Interpretación resumida de la Salud Mental del grupo familiar y de las interrelaciones entre la salud mental del individuo y de la familia.

El ambiente en el que M.I. se desarrolló, impidió que ella pudiese alcanzar una maduración plena de su personalidad. Sus padres se empeñaron en que todos sus hijos satisficieran metas convencionales que ellos mismos no habían podido alcanzar, exigiéndoles responsabilidad y sumisión, pero no brindándoles el apoyo y la seguridad necesarios para alcanzarlas.

M.I. se casó, más por la necesidad de cumplir socialmente un rol que le permitiera llenar el vacío de su vida, que por un verdadero interés de ejercitar una vida plena.

La relación entre los padres es de competencia por el papel de autoridad absoluta en el hogar y por conseguir la obediencia y sumisión de los hijos. La relación entre los hermanos es de rivalidad y celos.

La familia como grupo tiene una identificación y estabilidad falsas y endebles. La sumisión a los padres, en especial hacia la madre, les ha imposibilitado para independizarse. Los hijos se ven forzados a vivir un doble papel: el de niños indefensos dentro del hogar y el de adultos responsables fuera de él, lo que los hace sentirse inseguros y viviendo un mundo de irrealidad.

CASO No. 5 : FRANCISCO.

Diagnóstico : Esquizofrenia Paranoide,

1. Presentación del problema.

A) Sintomatología del paciente.

Francisco es un hombre de 25 años, de estatura regular, rubio, delgado, de edad aparente menor a la real (representa como 18 años). Estudió la preparatoria. En la actualidad no trabaja en nada; en el pasado fué vendedor de libros.

Inició su padecimiento hace 11 meses con la idea de que por medio de la televisión y el radio, se estaban comunicando con él seres extraterrestres que querían conquistar la tierra. Pensaba también que tenía colocado en el estómago un aparato con el que captaba el pensamiento de los demás. Esto le molestaba mucho y quería que lo operaran para sacárselo. Dejó de trabajar y de sentir deseos de salir de su casa. Pasaba muchas horas abstraído en sus pensamientos. Sus padres intentaban comunicarse con él, pero no lo lograban porque sus respuestas carecían de sentido.

Empezó a decir que él no era hijo de sus padres, que estos lo

habían adoptado de recién nacido. Pensaba que su verdadero padre era Maximiliano, y exigía a su madre que reconociera públicamente su origen real, poniéndose con ella sumamente agresivo verbalmente. Quienes le habían hablado de su verdadero origen, eran los seres que se comunicaban con él, y querían compartirle el poder.

Descuidaba su higiene y aseo y se salía de la casa, permaneciendo en la calle por varios días sin que nadie supiera a donde había ido. Permanecía sin dormir durante noches enteras, hablando solo, viendo T.V. y platicando con ella.

Esta sintomatología se fué agrabando al paso del tiempo, hasta que los padres decidieron traerlo al hospital. Permaneció internado por espacio de 5 meses, administrándole neurolépticos, con lo que disminuyó sin desaparecer totalmente, el cuadro delirante.

B) Desarrollo temprano del paciente.

Francisco nació en 1960, en un rancho de Temascalcingo, Edo. de México. Es el primer hijo del matrimonio de sus padres y fué producto de un embarazo y parto normales.

Su desarrollo psicomotor estuvo dentro de la normalidad.

Antecedentes Patológicos:

Padeció las enfermedades propias de la infancia al parecer sin ninguna complicación. Existen alcoholismo y tabaquismo positivos, desde los 17 años, moderados.

Escolaridad:

Ingresó a la escuela primaria a los 6 años de edad. Nunca tuvo problemas en la escuela. Su aprovechamiento fué bueno. En la escuela se mostraba retraído, nunca tuvo amigos.

Historia de Trabajo :

Ha trabajado como vendedor de libros en diferentes compañías, durando en ellas un promedio de 4 o 5 meses. Ha tenido dificultades en estos trabajos, porque es sumamente desconfiado y siempre acaba sospechando que lo quieren perjudicar. Desde hace más de 15 meses está sin trabajar.

Historia Psicosexual:

Niega haber tenido prácticas masturbatorias. Tuvo su primera relación sexual a los 20 años con una prostituta. Vivió con ella en calidad de amante por espacio de 6 meses. Rompió esta relación porque la mujer era alcohólica.

C) Descripción de la personalidad del paciente y del tipo de relación que tiene con sus padres, hermanos, medio ambiente. Imagen que tiene de sí mismo.

Francisco es un hombre inteligente, cuyo rendimiento se encuentra muy disminuido porque se ha sumido en una pasividad extrema, negándose a dar nada al mundo y fantaseando una omnipotencia que debe serle reconocida, negando su propio origen y

realidad. Su megalomanía está manifestada en su delirio de filiación que revela profundos sentimientos de minusvalía, compensados en él.

No tolera ninguna liga afectiva porque le tiene miedo a la responsabilidad que ella implica y porque teme ser víctima de un rechazo, ya que para él están íntimamente ligados dar afecto y ser lastimados. Necesita evadir sistemáticamente este tipo de situaciones, para lo cual ha desarrollado una actitud narcisista de alejamiento del mundo, que le crea la sensación de seguridad en el manejo de las personas que le rodean al tratar de que se ocupen de él en forma egocéntrica, manteniéndose al margen de toda liga afectiva.

En el fondo desea ser querido, mimado, aceptado, anhela recibir afecto como pudiera recibirlo un infante, pero no se atreve a pedirlo. Ante la frustración de su necesidad de afecto, ha desarrollado una hostilidad que se manifiesta como actitud crítica moralista hacia el mundo. Dicha actitud es al mismo tiempo proyectiva, dado que él se siente malvado por abrigar deseos hostiles y por ser culpable del rechazo que recibe.

Dentro de su familia F. se siente como un extraño que no puede ni sabe como comunicarse con los demás. En forma autista espera que sus padres se acerquen a él y lo comprendan, que adivinen sus deseos y sentimientos, aunque en realidad él mismo está confuso y no sabe cuales son sus deseos. La relación con su madre fué de dependencia y sumisión exageradas hacia ella, quin se le mostró siempre como sacrificada y abnegada. Inconscientemente la percibe fría y rechazante.

Con el padre la relación ha sido poca, por necesidades de su trabajo, siempre ha tenido que viajar. Cuando llega a venir a la casa, se sienten como desconocidos, sin tema de conversación y se tratan con mucha desconfianza. Francisco no tiene una imagen clara de él.

Solo tuvo un hermano, el cual murió hace dos años después de una larga agonía. Siempre lo vivió como a un intruso que le robaba el afecto y la atención de los padres. Al morir se generó en él una culpa muy grande porque fué como si se hubiesen realizado sus deseos inconscientes.

II. LA FAMILIA.

A) Ambiente Físico.

La familia vivió durante toda la infancia y adolescencia de Francisco en una casa de la colonia Garza. Es un barrio muy pobre que carece de agua potable y drenaje. Por iniciativa de la madre quién quería mejorar de ambiente, decidieron cambiarse a una colonia mejor. Compraron una casa chica en la colonia obrera que cuenta con todos los servicios. La casa consta de 2 recámaras, un baño y cocina. El mobiliario es modesto y se encuentra en buen estado. El orden y aseo son adecuados.

B) Movilidad geográfica.

La familia es originaria de Temascalcingo, Edo. de México. Vinieron a esta ciudad cuando el paciente tenía 4 meses de edad. La razón por la que decidieron venirse a vivir aquí, fué por mejorar social y económicamente.

C) Descripción de los miembros de la familia y de otros ocupantes de la casa: edad, sexo, estructura social y cultural; composición de la personalidad de cada miembro individual, relaciones: matrimoniales, paterno-filial y entre parejas fraternas.

El padre es un hombre de 50 años de edad, moreno, robusto, como de 1.80m de estatura, de cabello negro y usa bigote. Viste en forma pulcra y cuidadosa con ropas nuevas. Estudió la secundaria y se dedicó a las ventas, siendo agente viajero desde hace casi 20 años. Se sabe que tiene otras familias, (por lo menos dos más) en dos estados de la ruta que visita como agente de ventas, y con cada una de las mujeres, tiene por lo menos tres hijos. Con la madre del paciente se casó a los 21 años de edad. Su relación con ella es un poco distante, porque no quiere enfrentar con responsabilidad, la carga que significa la familia. Prefiere que sea la esposa quién solucione los problemas que se van presentando. En los últimos años se la pasa la mayor parte del tiempo, fuera de la ciudad, (viene como 4 meses).

La madre de 45 años, blanca, de estatura regular, de complexión delgada, con arreglo juvenil que la hace verse más joven. Nació en el mismo rancho en que naciera su esposo e hijo, estudió la primaria. Quedó huérfana de padres muy chica, quedando bajo la tutela de los abuelos maternos, hasta que se casó a los 16 años. Al venirse a México logró entrar a trabajar al IMSS como recepcionista. Es ella quién en los últimos tiempos ha sido la responsable del hogar, porque el padre poco a poco se ha ido retirando de la familia. Se dedicó en cuerpo y alma a cuidar al menor de sus hijos quién nació con una cardiopatía congénita.

Estuvo internado en el hospital de Pediatría del CMN, durante el último año que vivió. Pasó los últimos 11 años de su vida cuidándolo, porque le fueron practicadas varias intervenciones muy delicadas, que requerían de sus cuidados.

La relación matrimonial que tienen los padres del paciente fué buena en un principio de su matrimonio, pero poco a poco la ha ido deteriorandose. La madre sabe de la existencia de las otras mujeres del esposo, y esto es motivo de constantes discusiones. El padre cada vez se aleja más de ella. No tolera estar solo, y desde que nació el hijo menor le molestaba terriblemente tener que compartir el tiempo de la esposa con él, ahora que murió se enfema Francisco y la madre tiene nuevamente a quién seguir cuidando.

El padre ha tenido una relación de competencia con Francisco. Lucha por obtener la atención de la madre de la cual depende. Es incapaz de acercarse a él porque tiene temor de expresar el afecto y verse involucrado con este hijo al que considera débil y del cual se avergüenza porque está enfermo. Su trato con él se reduce a darle ordenes que deben ser cumplidas sin protesta y cuya finalidad es satisfacer los deseos de la madre.

El hermano menor de Francisco se llamaba Ernesto, nació cuando él tenía 12 años de edad. Su relación fué de celos intensos y de un gran deseo de que muriese, porque la madre le dedicaba casi todo el tiempo y no se percataba de la envidia que esto le ocasionaba. Lo molestaba mucho cuando estaba en la casa y en ocasiones llegó a pegarle por cualquier motivo, lo que ahora le ocasiona enorme culpa.

III. LA FAMILIA COMO GRUPO.

A) Organización interna.

1. Describir el clima emocional, comunicación, metas compartidas, actividades, placeres.

El clima emocional de esta familia es frío, no hay palabras ni gestos de afecto entre ellos, incluso los regalos eran dados solo a la madre, y esto obedecía a la necesidad de colmarla de cosas, para apaciguar sus sentimientos de culpa.

La comunicación entre los miembros de la familia es escasa y superficial, se hace a través de comentarios acerca de los hechos de la vida cotidiana; lo que cada uno siente, es comunicado restandole toda la importancia, pero nunca hay comunicación de hechos esenciales.

Cuando alguno de ellos tiene algún problema de importancia, lo plantea a solas y unicamente a la madre, porque las ausencias prolongadas del padre, no le permitian a Francisco sentir la suficiente confianza con él como para plantearle sus problemas.

Cuando los padres hablan, lo hacen entre sí, como si Francisco no existiese. A pesar de que tienen una casa muy pequeña, en la que es difícil evitar la convivencia, pasaban días y aún semanas en que no le dirigian la palabra, porque se encontraban ensimismados con el problema de Ernesto.

En esta familia cada miembro está ocupado en lograr sus propias metas, y no existen metas que quieran alcanzar en común. Al padre le interesa mantener una situación en la que no se le exija compromiso. Las metas en el trabajo ya las alcanzó, puesto que su preparación es limitada, es difícil que pueda alcanzar más logros.

La madre quería lograr una mejoría económica, pero le ha sido sumamente difícil por su falta de preparación. No ha podido ascender en el trabajo como ella hubiera deseado. Tenía muchas esperanzas en Francisco para mejorar, pero éste se enferma cuando ya podría ayudarla económicamente. Por otro lado la ayuda que el padre aporta es mucho menor que la de la madre.

La madre carga toda la responsabilidad de la casa, tanto dentro como fuera, lo que la mantiene en constante tensión, que se manifiesta en su mal humor. Las actividades placenteras que realizan son escasas. Cada dos o tres meses, van al cine, o a dar un paseo. Sobre todo cuando viene a verlos el padre. Pero de estas salidas a pasear, Francisco casi no participa, es necesario que le rueguen muchísimo para lograr que vaya con ellos.

La autoridad aparente, la ejerce el padre, pero debido a sus ausencias prolongadas, es la madre quien marca las pautas de conducta a seguir. Durante algún tiempo Francisco estuvo fumando marihuana, la madre ya no sabía que hacer y el padre rehuía decirle

algo. Fué poco tiempo antes de enfermarse, y pareciera que lo que pretendía era calmar la angustia que sentía por su desintegración inminente.

2. Evaluar : A) Identidad del grupo familiar, impulsos, expectativas y valores.

Los impulsos, expectativas y valores de esta familia, se refieren a la necesidad de superación económica, para colocarse en un plano de superioridad frente a sus familiares, pero procurando no cambiar de Status social porque esto implicaría entrar en un nuevo grupo en donde se sentirían en circunstancias inferiores y dejarían de ser envidiados y admirados por su propio grupo.

Estas expectativas son más bien de los padres, que de Francisco, quién manifiesta en su delirio un deseo de ser reconocido dentro de otra clase social que compense su minusvalía.

B) Estabilidad de la familia (identidad y estabilidad tal y como son percibidas desde dentro).

La familia, como grupo, no está identificada como tal, porque ninguno de ellos encuentra la suficiente seguridad y apoyo dentro de ella. Esto les crea una gran confusión que no les permite darse cuenta clara de lo que les sucede y les hace sentir una gran inestabilidad en sí mismos, y en su grupo familiar y social.

La identificación del padre radica en la ostentación del reconocimiento de su esposa e hijo como autoridad indiscutible dentro del hogar. Esto ocurría antes, ahora las cosas han cambiado porque su actitud de miedo a enfrentar los problemas de la familia, le ha restado autoridad frente a ellos. La madre siente que en cualquier momento el padre va a dejar de ir a la casa. De hecho solo viene de vez en cuando. Ella percibe una gran inestabilidad en su matrimonio y siente una gran inseguridad.

C) Adaptación externa de la familia a la comunidad.

1. Describir las asociaciones y transacciones de la familia con la comunidad como grupo, como parejas matrimonial y paterna y como individuos.

Como grupo familiar, hace algún tiempo, sostenían relaciones de amistad con compañeros del trabajo, tanto del padre, como de la madre. Invitaban a todos a que fueran a su casa. Pero a raíz de que le fué detectada la enfermedad al hijo menor, las relaciones sociales se fueron haciendo cada vez más lejanas y todos fueron

aislandose, tanto hacia fuera de la familia, como hacia adentro:

Como individuos los padres no tienen problemas para relacionarse dentro del trabajo. El padre se muestra como una persona muy sociable y es apreciado. La madre tiene que tratar un gran número de personas del público en su trabajo y en esto ha tenido problemas, porque muchas veces aquí es donde saca más las tensiones familiares.

2. Evaluar la identidad y estabilidad (Percibidas desde afuera).

Ante la comunidad esta familia está a punto de desintegrarse, porque se perciben las ausencias cada vez más largas del padre. Francisco vive en un marcado aislamiento y la madre solo sale al trabajo y a hacer las compras para la casa. Rara vez salen juntos. Se puede percibir desde fuera la gran inestabilidad que está viviendo dentro.

C) Relaciones con las familias respectivas de los padres.

Tanto los abuelos paternos como maternos, y varios de los tíos por ambas líneas, han permanecido en el pueblo de donde son originarios. Se visitaban periódicamente durante mucho tiempo. Cuando Ernesto el hermano menor del paciente enfermó, disminuyeron las visitas, hasta desaparecer en el momento actual.

También ellos venían a visitarlos del pueblo, solo que la madre con tanto trabajo que tiene tanto dentro como fuera de la casa, casi no tiene el ánimo para atender a los familiares y se ha alejado de ellos, con lo cual Francisco cada vez queda más aislado dentro y fuera de la familia.

IV. Historia del desarrollo del paciente : Problemas en relación con el padre, con la madre y con el grupo familiar.

Francisco nació al poco tiempo de haberse casado los padres, siendo estos muy jóvenes. Tenían muchos problemas económicos, y su nacimiento vino a recrudecer tal situación, aumentando las responsabilidades de ambos padres. Los dos se sentían desprotegidos, abandonados en una lucha por la vida para la que no se encontraban preparados.

Al poco tiempo de haber nacido Francisco, sus padres decidieron venirse a vivir a México, en busca de mejores

perspectivas para satisfacer sus ambiciones económicas y sociales, siguiendo a algunos familiares que habían emigrado con la misma finalidad

La madre, que de pronto se ve confrontada (con Francisco), a enfrentar un papel de adulta y madre, sintió un gran sacrificio al cuidarlo y atenderlo. Siempre se ha sentido como una huérfana que nunca pudo ser querida cuando niña y a la cual, de pronto se le exigían una serie de responsabilidades para las que no se encontraba preparada y que se reflejaron en el rechazo que sintió por su hijo.

El padre siempre se ha relacionado con el paciente en forma distante, nunca ha podido brindarle afecto, porque que esto sería visto como debilidad. Ha sentido que la vida ha sido muy dura para él y en cambio su hijo no ha tenido que esforzarse, para conseguir las cosas. Lo trata como a un niño indefenso e inútil, incapaz de lograr lo que él ha hecho.

Ambos le hicieron sentir a Francisco que el medio exterior era peligroso y que había que ser muy fuerte para sobrevivir en él. Solo los padres podrían soportar las tensiones externas. Al mismo tiempo le reclamaban que no sea como ellos.

Francisco fue siempre retraído. Le costaba un gran esfuerzo vencer su timidez. Ingresó a la primaria a los 6 años, nunca se le conocieron amigos en esta etapa. En la secundaria se le consideraba "raro" por sus compañeros de escuela, un maestro detectó esto y lo envió a consultar al Psicólogo de la escuela con el que logró hacer una buena relación. Esta persona lo ayudó al acercarse a él, pero al poco tiempo cambió de trabajo y Francisco lo vivió como una pérdida muy importante en su vida.

V. Interpretación resumida de la Salud Mental del Grupo Familiar y de las interacciones entre la salud mental del individuo y la familia.

Este grupo familiar formada por un padre débil y necesitado del apoyo constante de una familia, (tuvo que constituir tres, en diferentes partes de la República para no sentirse solo), nunca constituyó un verdadero soporte para esta familia tan necesitada de él. Su lejanía y autosuficiencia aparentes solo servían para ocultar su debilidad y su miedo. No ha podido ser tierno con sus hijos y ha luchado todo el tiempo con su esposa por ser reconocido

como la única autoridad en el hogar. A la madre le convenía mostrarse débil ante él delante de sus hijos para que no se percataran de su actitud autoritaria, fomentaba en su esposo su actitud de autosuficiencia, impidiendo un acercamiento entre padres e hijos.

En estas condiciones ambos padres hicieron de sus hijos seres débiles e indefensos, con terror para enfrentar el mundo que les presentaron como terrible ya que había que luchar en él con unas fuerzas de las que carecían. No favorecieron con su actitud la comunicación con el ambiente exterior, lo que los privó de relaciones interpersonales que hubieran mejorado su desarrollo emocional. Fomentaron los celos y envidia entre los dos hermanos al dedicarle la madre un tiempo exagerado al hijo menor, y esto condicionó en Francisco una sensación de inexistencia en la familia, que existía incluso antes de que naciera su hermano.

Nunca les importaron los intereses y ambiciones de Francisco, sino querían implantarles sus propias metas: sobresalir social y económicamente por encima de sus familiares. También debían mostrarse fuertes y seguros frente a la familia, para despertar con ello la envidia, metas que el paciente no pudo lograr sino en su delirio, en donde negaba que ellos fueran sus verdaderos padres y se dió un origen real. Solo así pudo sentirse fuerte y poderoso.

CAPITULO V.

DISCUSION.

En los cinco casos estudiados, existe una dinámica familiar que se caracteriza por la combinación de varios factores, que sobre un terreno biológico propicio, dió por resultado el rompimiento psicótico con la realidad de uno de los hijos.

Estos factores podrian resumirse así: 1) Rasgos de personalidad de los miembros de la familia, y 2) La familia como grupo.

En el primer grupo el estudio de la personalidad de: a) La madre : Cuatro de ellas funcionan como mujeres sumisas ante sus esposos, y abnegadas, mártires y sacrificadas por sus hijos, que aparentemente lo dan todo, sin pedir nada a cambio, y una es dominante, rechazante y autosuficiente. (Caso 5).

Sin embargo todas tienen en común el ser mujeres manipuladoras, posesivas y ambiciosas social y económicamente. Se sienten frustradas en sus ambiciones y exigen a sus hijos que las cumplan ellos, sin importarles sus propios deseos. Por otro lado nunca quedan satisfechas con los logros de los hijos, creando en ellos un sentimiento de inutilidad, pues hagan lo que hagan, no obtienen la recompensa que premia sus esfuerzos, es decir su aceptación.

Son mujeres que se han sentido poco gratificadas en su infancia, que siguen anhelando ser mimadas y que todo gire a su alrededor. Por este motivo no aceptan la responsabilidad de enfrentar la vida como esposas, ni como madres. Han sido dependientes de sus propias familias y se encuentran muy apegadas a los convencionalismos sociales.

Su resentimiento por verse obligadas a cargar con las responsabilidades de una mujer adulta, les hace exigir de sus hijos un apego absoluto a ellas y una actitud de sumisión y obediencia ciegas a su autoridad

Con estas actitudes impiden que sus hijos crezcan, haciendolos sentir indefensos, inútiles e incapaces de enfrentarse al mundo, al mismo tiempo exigiendoles que satisfagan sus propias metas.

Se muestran como mujeres que han sacrificado su vida por ellos, manejando a la familia a base de sentimientos de culpa e impidiendo que puedan darse cuenta de su actitud y de luchar contra ella.

b) El padre : Cuatro de ellos se muestran como personas autoritarias y dominantes; dos de ellos (casos 1 y 3) con rasgos paranoides y obsesivos muy importantes, y uno se muestra débil y

sumiso ante su esposa y fracasado en su familia.

Tienen en común ser fríos y ambiciosos; frustrados por sentir que a causa de las responsabilidades que tienen con la familia no han podido realizar sus propias metas. Sienten que se han sacrificado por ella. Han tenido que trabajar desde muy jóvenes, quieren ser la máxima autoridad del hogar. No pueden aceptar a sus hijos, ni interesarse en ellos. Hacia sus hijas se muestran seductores pretendiendo que se desliguen de sus madres, pero siempre tienen una actitud de rechazo hacia ellas haciéndolas sentir inferiores por el hecho de ser mujeres.

c) Los hijos : En términos generales son individuos reservados, tímidos, con sentimientos profundos de rechazo, abandono, y de vacío interno; incapaces de relacionarse íntimamente con nadie, ni dentro, ni fuera de la familia; se sienten inútiles para luchar en el mundo sin la ayuda de los padres. Se sienten confundidos porque no saben a que atenerse con los padres ya que exigen por un lado apego absoluto y por el éxito que solo lograrían si fueran independientes. Fomentan la competencia y rivalidad y les piden actitudes de fraternidad.

2. Los hallazgos de la familia como grupo, se caracterizaron por la falta muy importante de comunicación interna. El clima emocional que prevalece es de frialdad y alejamiento, pero aparentando un buen funcionamiento interno, para lo cual cada uno tiene su papel asignado, y del cual no puede salirse.

En todas las familias se considera al medio externo como peligroso, se fomenta la desconfianza hacia personas ajenas a la familia. Las metas comunes están encaminadas a que los hijos satisfagan las ambiciones de los padres, siempre y cuando no se desliguen del núcleo familiar.

La estabilidad que existe en estas familias es tan solo aparente porque todos necesitan creer que es estable y así sentirse más seguros.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

El estudio de la dinámica familiar requiere de un trabajo en equipo, constituido por lo menos por Trabajadores Sociales, Psiquiatras y Psicólogos.

Aunque no se puede llegar a conclusiones generales y válidas respecto a la dinámica familiar del esquizofrénico mediante los resultados obtenidos en el presente estudio, por tratarse de una muestra muy pequeña, se puede considerar que el método empleado en este trabajo parece llenar los requisitos necesarios para llegar a una comprensión de la dinámica familiar dado que aparecen rasgos comunes de interacción familiar que pueden explicar la distorsión de la personalidad del hijo esquizofrénico.

Este método ofrece la ventaja, de que se estudian una serie de factores que abarcan no solo la personalidad de los miembros de la familia y la forma en que interactúan, sino abarca la imagen que la familia tiene de sí misma, y la que proyecta a la comunidad. Estudia a la familia en su propio medio y con las interacciones de sus distintos miembros presenciados al menos por dos personas del equipo. Por otro lado, es posible aplicarlo al estudio de familias de pacientes comparándolos con el de familias normales como grupo control, lo que hubiera sido deseable en este estudio.

Parece existir una dinámica familiar especial, que sobre un terreno biológico propicio, da por resultado que aparezca un hijo esquizofrénico en una familia.

Los datos obtenidos coinciden en parte con los encontrados por otros autores (cuyas referencias bibliográficas aparecen entre paréntesis). Dicha dinámica estaría caracterizada por rasgos de personalidad anormales en ambos padres (2, 6, 8, 25, 26, 33, 34, 36) ; por una interacción conyugal inadecuada entre los padres basada en la lucha y la competencia por la autoridad en el hogar y por ganarse a los hijos como partidarios en la contienda (18, 25, 32); por la falta de interés real de los padres en los hijos y que da por resultado que los padres les impongan sus propias metas y ambiciones en una forma rígida, ocasionando en éstos confusión, inseguridad, e incapacidad para interactuar con el medio ambiente (6, 18, 25).

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, N.W.: Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiare Edit. Hormé. Paidós. Buenos Aires 1961.
2. Arieti, S. : Interpretación de la Esquizofrenia. Edit. Hormé, Paidós.1961.
3. Bellak, L.: Esquizofrenia. Editorial Heerder. Barcelona. 1962. Cap.I.
4. Bleuler E.: Demencia Precoz. Ed. Horme Paidos. Buenos Aires. 1960.
5. Brown GW, Birley JL and Wing JK: Influence and family life on the course of schizophrenic disorders : A replication. Br.J.Psychiatry 121:241-258. 1972.
6. Iworin, J.,and Wyant,O. Authoritarian patterns in the mothers of Schizophrenics. J.Clinical Psychol. 1957.
7. Dysinger, R.H.: and Bowen,M.: Problems of Medical practice presented by Families with a schizophrenic member. Amer.J.psychiat. 1959 116:514-517.
8. Freeman, and Grayson : Maternal attitude in Schizophrenia. J.Abnormal Soc.Psychol.1955, 50: 271-273.
9. Freud S.: Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de Paranoia. Obras Completas. 1516-1518.Tomo II
10. Freud.S.: Lecciones de Psicoanálisis. 2381. Obras completas. Ed. Pallesteros.Tomo II.
11. Freud S. : Introducción al Narcisismo. 2017-2019.Tomo II.
12. Freud S.: Perdida del sentido de realidad en las Neurosis y en las Psicosis.2745-2747.Tomo III.
13. Freud S. : Nuevas Observaciones sobre las Neuropsicosis de Defensa.169-177. Tomo I.
14. Freud S. : Neurosis y Psicosis.2742-2744 Tomo III.
15. Fromm-Reichmann, Frieda.: Psicoterapia en las Psicosis. Ediciones Hormé. Buenos Aires 1962.
16. Goldstein, A.P. and Corr.: The attitudes of mothers of male Catatonics and Paranoid Schizophrenics towards child behavior. J.Consult. Psychol. 1956 20:190.
17. Hollingshead A.B. and Redlich F.C., Schizophrenia and Social Structure. Amer.J.Psychiat. 1954. 110:695-701.
18. Horner, R.F.: Important stimulus variables in the early family relationships of Schizophrenics patients. J.Clin.Psychol. 1964. 20, No. 3: 127.
19. Jackson, D.D.: Schizophrenic syntoms and family interaction. AIA Arch. Gen.Psychiat. 1959. 1:618-621.
20. Jung C.: Schizophrenia. Collected works vol.3 N.Y. 1960. 256-271.
21. Jung C. : On the psychogenesis of Schizophrenia. Collected

works Vol.3 1960 233-249.

22. Jung Carl : The Psychology of Dementia Praecox. Collected Works Vol.3 1960. 5-151.

23. Lidz T,y Colbs.: Intrafamilial environment of the schizophrenic patient. *AMA Arch.Neurol.Psychiat.* 1958, 79:305-345.

24. Lidz and Fleck: Schizophrenia, human interaction and the role of the family. Basic Books Inc.N.Y. 1960 323-345.

25. Lidz and colbs. : The role of the father in the family environment of the schizophrenic patient. *Amer. J. Psychiat.* 1956. 113:126-132.

26. Mark, J.C.: The attitude of mothers of male schizophrenics towards child behavior. *J. Abnorm. Soc..Psychol.* 1953. 48: 185-189.

27. Ryckoff, I, y colbs. : Maintenance of stereotyped roles in the family of schizophrenics. *Arch. Gen.Psychiat.* 1959 1:93-98.

28. Sanna V.: Sociocultural factors in families of schizophrenics. *Psychiat.* 1961. 34: 246-265.

29. Sharp V.: Sociopaths and Schizophrenics. Family interactions. *Psychiat.* 1964, 27 No.2: 127-134.

30. Singer, J.L. Projected Familial Attitudes as a function of Socioeconomic status and psychopathology. *J.Consult. Psychol.* 1954. 18, :99-104.

31. Sullivan, H.S.: *Concepciones de la Psiquiatria Moderna.* Edit. Psique. Buenos Aires. 1959.

32. Wahl, C.: Some antecedents factors in the family histories of 568 male schizophrenics in the US Navy. *Amer.J.Psychiat.* 1956. 113:201-210.

33. Wahl C. : Some antecedents Factors in the family histories of 392 schizophrenics. *Amer.J.Psychiat.* 1954. 110:668-676.

34. Waxler E., Mishler E.: Parental interactions with schizophrenic children and well siblings. *Arch. Gen. Psychiat.* 25:223-230. Sept. 1971.

35. Winder y Kantor: Rorschach maturity scores of the mothers of schizophrenics. *J. Consult. Psychol.* 1958. 22:438.

36. Zuckerman : The parental attitudes of mothers of schizophrenics, *J.Consult. Psychol.* 1958. 22:307-310.