



1
2ej 01962
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO OBSERVACIONAL:
RELACION ENTRE LOS SINTOMAS DEL
PACIENTE DIAGNOSTICADO COMO
ESQUIZOFRENICO Y LA INTERACCION
CON SU GRUPO FAMILIAR DESDE
EL PUNTO DE VISTA DE LA TEORIA
DE LA COMUNICACION.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A:

LIC. FLORES GUTIERREZ JOSE LUIS

SINODALES:

DIRECTOR DE TESIS. DRA. RAQUEL RADOSH H.
DRA. CELIA DIAZ.
DR. RAYMUNDO MACIAS.
DR. MARIO CICERO FRANCO.
DR. JORGE CAPPON.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

SEPTIEMBRE DE 1991.



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE PSICOLOGIA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

TITULO;

ESTUDIO OBSERVACIONAL :RELACION ENTRE LOS SINTOMAS DEL
PACIENTE DIAGNOSTICADO COMO ESQUIZOFRENICO Y LA
INTERACCION CON SU GRUPO FAMILIAR DESDE EL PUNTO DE VISTA
DE LA TEORIA DE LA COMUNICACION.

TESIS que para optar por el grado de :
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA.

Presenta;
LIC. FLORES GUTIERREZ JOSE LUIS.

INDICE;

- 1.- INDICE. 1.
- 2.- RESUMEN.11.
- 3.- INTRODUCCION. 1.
- 4.- ANTECEDENTES. 5.
- 5.- MARCO TEORICO.12.
- 6.- METODOLOGIA. 21.
- 7.- PROCEDIMIENTO. 24.
- 8.- PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS.29.
- 9.- INTERPRETACION Y COMENTARIOS. 51.
- 10 - SUMARIO Y CONCLUSIONES .54.
- 11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. 55.

RESUMEN;

ESTUDIO OBSERVACIONAL ; RELACION ENTRE LOS SINTOMAS DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO COMO ESQUIZOFRENICO Y LA INTERACCION CON SU GRUPO FAMILIAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEORIA DE LA COMUNICACION.

Por medio de esta tesis de investigación se respondió a la pregunta; " Cual es la relación entre los síntomas de ciertos pacientes cuya sintomatología es descrita dentro de lo que se denomina un cuadro de tipo esquizofrónico según la clasificación del DSM III, y la peculiar interacción con su grupo familiar," se tomo como punto de referencia la hipótesis de E Pichon Riviere, la cual dice " En el grupo familiar, el enfermo desempeña un rol, es el portavoz emergente de esa situación total, es el depositario de las tensiones y ansiedades grupales, opera como denunciante de esa situación conflictiva, el paciente con su conducta se convierte en el portavoz del grupo".

Se respondió a dicha pregunta mediante una serie de observaciones registradas sobre 5 grupos familiares interactuando cada uno de ellos en 5 situaciones específicas denominadas psicoterapia familiar, sumando en total 25 sesiones de observación de 5 familias diferentes cada una de ellas con un miembro diagnóstico como esquizofrónico, tomadas al azar. Dichas sesiones se grabaron para posteriormente efectuar un análisis de las formas específicas de los códigos comunicacionales de dichos grupos familiares utilizando para ello los elementos de la Teoría de la Comunicación propuesta por Ruesch y Bateson, y Watzlawick, tales como doble vínculo, respuesta tangencial, doble mensaje, colusión, y desconfirmación, los cuales son definidos rigurosamente y cuidadosamente en la parte referente a la metodología.

La hipótesis a enunciar es la siguiente; " Si en ciertos grupos familiares en el que se incluye un miembro cuya sintomatología es descrita dentro de lo que se denomina un cuadro esquizofrónico de acuerdo al criterio mundial (DSM III), es posible observar formas de comunicación como contradicción, mensaje doble, doble vínculo, respuesta tangencial, colusión, o desconfirmación, como manifestación de la inadecuada distribución de las ansiedades y estereotipos de los roles en el grupo familiar, entonces las anteriores formas de comunicación están insidiendo en dicho miembro cuyos síntomas son explicados en virtud de que funciona como depositario de las ansiedades y tensiones de su grupo familiar".

Dichas formas de comunicación se ajustaron a criterios de valoración acordes con el método científico, y de los 5 grupos familiares en 4 de ellos se encontraron formas de comunicación que confirmaban la hipótesis original, por lo que puede afirmarse que para el tipo de familia estudiada con ese tipo de paciente (sintomatología esquizofrónica (DSM III), la comunicación en la familia desempeñaba un factor importante en la evolución del cuadro respectivo, sin pretender por ello negar ni restar importancia a otro tipo de factores (orgánicos, hereditarios, etc).

Este trabajo realizado es de índole puramente observacional y no se rige por los lineamientos que marca el método experimental, es un estudio observacional de campo que se guio de acuerdo a las normas de este tipo de estudios.

Flores Gutiérrez Jos Luis.

TESIS DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA.

ESTUDIO OBSERVACIONAL ; "RELACION ENTRE LOS SINTOMAS DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO COMO ESQUIZOFRENICO Y LA INTERACCION CON SU GRUPO FAMILIAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TEORIA DE LA COMUNICACION".

INTRODUCCION;

Por medio de esta tesis de investigación, se pretende responder a la pregunta;

¿Cuál es la relación entre los síntomas de ciertos pacientes diagnosticados como esquizofrénicos y la peculiar interacción con su grupo familiar ?.

Debe enfatizarse que el grupo familiar es concebido en este trabajo como un producto del sistema social en el cual la familia esta insertada , que a la vez produce individuos capaces de adaptarse a tal sistema.

Esta tesis de investigación toma como punto de referencia la hipótesis de E. pichon Rivière , la cual dice . "En el grupo familiar, el enfermo desempeña un rol, es el portavoz emergente de una situación total, se convierte en el depositario de las ansiedades del grupo, como integrante desempeña un rol específico ; es el depositario de las tensiones y conflictos grupales , se hace cargo de los aspectos patológicos de la situación; en ese proceso de adjudicación y asunción de roles que compromete tanto al sujeto depositario como a los depositantes . El estereotipo se configura cuando la proyección de aspectos patológicos es masiva, el sujeto queda paralizado, fracasa en su intento de elaboración de una ansiedad tan intensa que salta de lo cuantitativo a lo cualitativo y enferma (1977, pág. 60,61). De acuerdo con dicho autor , a partir de este momento, el ciclo desencadenado por un incremento de las tensiones se cierra, tan ciclo consiste en la depositación masiva en uno de los miembros de las ansiedades que se generan en el grupo, posteriormente el depositario es segregado a causa de los contenidos peligrosos depositados en él, sin embargo opera como denunciante de la situación conflictiva y del caos subyacente, que el dispositivo patológico de seguridad intenta controlar, el paciente con su conducta se convierte en el portavoz del grupo.

La pregunta inicial se pretende responder mediante una serie de observaciones registradas sobre 5 grupos familiares interactuando cada uno de ellos en 5 situaciones específicas denominadas psicoterapia familiar, haciendo un total de 25 sesiones de observación de 5 familias diferentes cada una de ellas con un miembro diagnosticado como esquizofrénico . La psicoterapia familiar se define como una situación " en la cual la familia aborda libremente un tema bajo la coordinación de observadores participantes llamados psicoterapeutas" (p. Riviere. 1977; pag 544-55), las sesiones de terapia familiar serán grabadas para efectuar posteriormente un análisis de las formas específicas de

Los códigos comunicacionales de dichos grupos familiares.

La hipótesis a demostrar es la siguiente;

" En cierto grupo familiar con el que se incluye un miembro diagnosticado como esquizofrénico es posible observar formas de comunicación como contradicción ,mensaje doble, respuesta tangencial, como manifestación de la inadecuada distribución de las ansiedades y estereotipos de los roles en el grupo familiar; y estas contradicciones afectan en dicho miembro cuyos síntomas son explicados en virtud de que funciona como depositario de las ansiedades y tensiones de su grupo familiar ".

MOTIVACION;

El interés en realizar este trabajo radicó en comprobar si es posible o no explicar los síntomas del paciente diagnosticado como esquizofrenico en función de la peculiar interacción con su grupo familiar, tomando como base la teoría de la comunicación, así como para comparar los resultados que se obtengan con los de otras investigaciones que analizan la situación familiar en función de la teoría psicoanalítica. Por otra parte, no se había realizado dentro de la Psicología Clínica un intento por unir la teoría de la Comunicación con la hipótesis enunciada por E Pichon Riviere referente a el enfermo segregado de su grupo familiar en México, ambas tienen gran importancia dentro del campo científico y así mismo bases teóricas fuertes por lo que se considera importante dicho intento para la Psicología.

Se ha escogido a La Psicosis Esquizofrénica como enfermedad a analizar en este trabajo por la siguiente razón:

La esquizofrenia figura como una de las Psicosis de mayor proliferación en nuestros días y forma lastimosamente uno de los cuadros más desconcertantes debido a el gran número de hipótesis presentadas en relación con su Etiología (Jackson 1974) en donde la investigación con referencia a la situación familiar de este tipo de pacientes es por ahora una línea importante de investigación.

Ronald Laing afirma "Datos actuales arrojan que es la Esquizofrenia la Psicosis de mayor incidencia, y resulta por tanto, el motivo alrededor del cual se han invertido mayores horas de estudio e investigación" (1977,pág.65).

Por otra parte la riqueza informativa que proporcionan sus estudios muestra una parte altamente representativa del proceso Psicótico en sí.

JUSTIFICACION

Los Autores en que esta tesis esta fundamentada son gente reconocida como valiosa dentro del marco de la Psicología Clínica, así se puede mencionar dentro del campo de la Psicoterapia Familiar a: E. Pichón.Rivière, A. González, E. Liendo, C. Gear, R. L. Laing, I. Berenstein, Ackerman. En el campo de la teoría de la comunicación a : J. Ruesch, G. Bateson, Jackson y dentro de la Teoría del Campo a K. Lewin, lo cual da su valor a este trabajo.

Por otra parte y como ya se ha mencionado, el valor de este trabajo radica en que hasta donde se sabe no se ha realizado en México en el campo de la Psicología Clínica un intento de unión de la Teoría de la Comunicación con la Teoría del enfermo segregado de su grupo familiar.

Es un estudio Observacional, dentro de la investigación científica se denomina "Investigación Expost Facto", la cual es definida de la siguiente forma:

"Investigación Expost facto es investigación empirica sistemática en la que el científico no tiene control directo de variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. se hacen inferencias acerca de relaciones entre variables sin intervención directa." (Kerlinger, 1975, pag 395).

De esta forma es una investigación que tiene un fundamento científico y metodológico que la justifica, ya que sus bases están dentro del marco de investigación científica. Kerlinger, 1975, página 408, señala que el valor de la investigación Expost-Facto radica en que "A pesar de sus debilidades, debe hacerse mucha investigación Expost-Facto en Psicología simplemente porque muchos problemas de investigación en las ciencias sociales no se prestan a investigación experimental ...", lo cual se aplica a las circunstancias del presente estudio, puesto que se trabaja con personas, dentro de una situación de enfermedad. lo cual por sí mismo, es delicado, más adelante el mismo autor menciona: "Una buena regla es ignorar los estudios Expost-Facto que no presenten hipótesis a comprobar", (obra citada, pág. 408). con lo cual hace referencia a que todo estudio de este tipo debe presentar hipótesis a comprobar para tener cierto valor científico. Es importante señalar que en toda investigación científica la observación es el paso primero y fundamental anterior a la elaboración de las hipótesis. En esta investigación la observación de la problemática de comunicación en las familias con algún miembro diagnosticado como esquizofrénico juega un papel esencial, ya se ha expuesto en pasadas líneas, la hipótesis que guía esta investigación con lo cual se cumple el requisito de científicidad en este trabajo.

Las razones que justifican el tomar a la familia del sujeto diagnosticado como esquizofrénico, como campo de estudio en su interacción con él, son las siguientes:

1.- La familia es el grupo de interacción y relaciones primeras del paciente, por lo que pueden subyacer en ellas las causas de la enfermedad.

2.- La familia es una reproducción a escala (generalmente) del sistema sociocultural prevaliente de la sociedad.

Por lo anterior se considera que este trabajo puede ser valioso dentro del campo de la Psicología Clínica pues contribuye al estudio y clarificación de la relación entre los síntomas del sujeto denominado como esquizofrénico y la peculiar interacción con su grupo familiar.

ANTECEDENTES;

Para responder a la pregunta: ¿Cuál es la relación entre los síntomas de el paciente diagnosticado como esquizofrénico y la peculiar interacción con su grupo familiar?, Se tomaron en cuenta los siguientes antecedentes Teóricos;

I.-La Teoría de la Comunicación propuesta por Bateson y Ruesch (1956), la cual sirvió para analizar el tipo de mensajes emitidos en las comunicaciones que inciden en el paciente identificado.

II.- Algunos teóricos referentes a la familia como lo son P. Rivière, E. Liendo, C Gear, A. González, Ackermán, Fromm, Maslow, Malinowski, Mead, y Kardinner, que permiten ubicar el estudio de la familia de acuerdo a sus características.

III.-Finalmente para entender a la familia como producto de un determinado sistema social se consultaron las obras de S. Freud (1920), C. Marx (1848), Bachofen (1976), además, fué necesario tomar en cuenta los conceptos de Althusser (1974) referentes a los aparatos ideológicos del Estado.

Este marco referencial sirvió para analizar las formas específicas de los códigos comunicacionales de determinado grupo familiar y de ésta manera comprobar o refutar la hipótesis referente a las formas de comunicación (contradicción, mensaje doble, doble vínculo, respuesta tangencial) que al estar siendo emitidas, están incidiendo en el miembro diagnosticado como esquizofrénico, cuyos síntomas son explicados en virtud de que funciona como depositario de las ansiedades y tensiones de su grupo familiar.

Este trabajo utiliza los siguientes criterios para el diagnóstico del trastorno esquizofrénico tomados del DSM III, los cuales están en concordancia con aquellos que propone la organización mundial de la salud (OMS), los cuales son ;
A. Uno de los siguientes síntomas, como mínimo, durante alguna de las fases de la enfermedad;

- 1) Ideas delirantes extrañas (con contenido claramente absurdo y sin base), como ideas ~~delirantes~~ de creerse controlado o difusión, imposición o robo del pensamiento;
- 2) Ideas delirantes somáticas de grandeza, religiosas, nihilistas, u otras ideas ~~delirantes~~ sin contenido de persecución o de celos;
- 3) Ideas delirantes persecutorias o celotípicas si se acompañan de cualquier tipo de alucinaciones;
- 4) Alucinaciones auditivas en las que las voces comentan los pensamientos o la conducta del sujeto, o las voces conversan entre sí;
- 5) Alucinaciones auditivas que en ocasiones contienen más

de una o dos palabras, sin relación con la depresión o euforia.

6) incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, pensamiento ilógico notable, o notable pobreza del contenido del lenguaje si se acompaña de uno de los siguientes síntomas;

- a) afectividad embotada, aplanada o inapropiada.
- b) ideas delirantes o alucinaciones.
- c) conducta catatónica o gravemente desorganizada.

B. Deterioro del nivel previo de actividad laboral, de las relaciones sociales y del cuidado personal.

C. Duración; signos continuos de enfermedad durante 6 meses como mínimo a lo largo de la vida del sujeto, con algunos signos de enfermedad en la actualidad. El periodo de 6 meses debe incluir una fase activa durante la cual se presentan síntomas de criterio A, con o sin fase prodrómica o residual.

Se eligió el anterior criterio diagnóstico debido a que los síntomas mencionados, (hay concordancia con la mayoría de los autores), son típicos del sujeto esquizofrénico en todos sus tipos, y por otra parte, para los casos presentados en la medida en que los cuadros clínicos pueden verse alterados por la ingestión de drogas, se hablará de la presencia o ausencia de síntomas esquizofrénicos en los pacientes identificados, tomando como base los anteriores criterios del DSM III, que servirán para la identificación de los mismos. Es importante recalcar que los síntomas mencionados importan sobre todo por su relación con las formas comunicacionales que fue el objetivo de este trabajo.

Sobre la esquizofrenia se han realizado gran cantidad de estudios, se cita el de Henry Hey (1977), en dicho trabajo se refirió a la frecuencia entre la edad y el sexo de los sujetos, el factor genético de predisposición (herencia), a factores de predisposición biotipológica, a factores caracteriales, neurobiológicos, todos ellos en gran número, cuyas conclusiones no son definitivas; sin embargo, son menores los estudios que toman en cuenta a la familia del sujeto esquizofrénico y no hacen referencia al aspecto comunicativo, lo cual es una justificación teórica importante, ya que este estudio aporta una clarificación sobre ciertos aspectos que en investigaciones realizadas se dejaron de lado como es el aspecto interpersonal y sobre todo el referente a los tipos de comunicación.

Hay por otra parte estudios sobre factores Psicosociales (Henry Hey, 1977), los cuales hacen referencia a la familia y al ambiente del sujeto esquizofrénico, dichas investigaciones señalan:

- 1.- El papel de los acontecimientos
- 2.- El papel de los factores socioculturales
- 3.- El papel de la familia, dentro de la cual están presentes las siguientes escuelas.

- a.) Palo Alto, California
- b.) Los Padres del Esquizofrénico, Lidz
- c.) La Seudomutualidad, Wynne
- d.) La posición insostenible, Laing
- e.) Estudios Psicoanalíticos sobre la familia

De entre dichos estudios, destaca por sus particularidades y contribuciones a este trabajo, el referido a los padres del esquizofrénico, de Lidz, (1957), dicho autor ha buscado el origen de la psicosis en una microsociología del grupo familiar el resume las siguientes tesis como características de una familia normal;

1.- Los roles familiares deben ser precisos y fijos, comprendidos y aceptados por todos.

2.- deben permitir la confianza, la comunicación y la estima.

3.- deben definirse con claridad, las fronteras entre las generaciones y entre los sexos, las obligaciones ligadas al matrimonio deben ser asumidas y la emancipación de la tutela paterna debe ser efectiva; los miembros de la pareja no deberán comportarse ni como el hijo del conjunto, ni como rival a los ojos del niño. El papel de los padres debe ser asumido para permitir una identificación correcta de los hijos;

4.- Los distintos papeles deben ser una fuente de amor y de buen entendimiento.

Dicho autor menciona lo que llama inversión patógena en la familia del esquizofrénico, afirmando que en dicha familia no se permite al niño identificarse adecuadamente, presentándole modelos contradictorios que determinan pensamientos paralogicos. La división de la pareja por trastornos de la comunicación entre los padres, la incapacidad de cada uno para vivir sus emociones y soportar las del otro, ocasiona ya sea una dominación viril de la que la mujer resulta excluida, ya sea una dominación femenina que excluye al marido, ya sea una doble dependencia con disminución mutua. La desviación de la pareja se caracteriza por rasgos francamente patológicos en uno de sus componentes. Sin embargo se establece en la familia una especie de equilibrio alrededor de ese personaje que impone a los otros miembros de la familia sus ideas irreales, creándose para todo el grupo un ambiente irreal y patógeno.

Podremos apreciar de que manera las observaciones de Lidz nos son de utilidad en el estudio e identificación de la familia del paciente cuya sintomatología es descrita dentro del denominado cuadro esquizofrénico.

Por otra parte Alice Cornelison y Stephen Fleck junto con Lidz mencionan en su estudio "Esquizofrenia, rol de la familia y integración humana" (1957), que el medio intrafamiliar en que crecen los pacientes esquizofrénicos proviene de hogares en los cuales la rivalidad y excentricidad en los progenitores esta siempre presente, afirman que la familia es la portadora primaria de los medios instrumentales que el niño debe tomar de su cultura para convertirse en persona, sin embargo en la familia del sujeto esquizofrénico se presenta una conducta de rechazo hacia éste, que tiene que ver con inquietudes y problemas con respecto al esposo del conyugé, "puede reflejar su deseo de librarse del lazo conyugal, que se siente obligada a mantener por causa del niño",

el padre que considera a su hijo un intruso en la relación matrimonial, o, a la inversa el que lo utiliza como sustituto del cónyuge, debe influir en la actitud y conducta de este con respecto a aquel. A su vez en el niño gravita, no solo la autoestima del padre, sino también la estima que siente la madre por su esposo. Un padre que siempre denigra a la madre influye en el concepto de mujer y madre que se forma la hija de ambos, y abre el camino para que esta establezca una verdadera relación de competencia con la madre." Un padre constantemente "castrado", por la madre ofrece una imagen distorsionada del rol masculino en la familia, e inicia en el hijo varón el temor a las mujeres que parece constituir un importante factor en la génesis de las tendencias homosexuales.

En las familias de los pacientes esquizofrénicos, varias deficiencias en los roles de los padres y en las funciones de estos ejercieron una profunda influencia en sus miembros. Muchas de dichas familias ofrecieron un pobre refugio emocional debido a las escisiones que existían, aparece entonces lo que dichos autores llaman el rol de víctimas propiciatorias que interesa particularmente en este trabajo, el cual a decir de dichos autores recayó en ciertos miembros cuyos problemas se convirtieron en el vínculo que mantenía unida a la familia, el sujeto podía ser utilizado como una excusa que explicaba la infelicidad del grupo. Asimismo como características importantes en la familia del paciente esquizofrénico, dichos autores mencionan lo siguiente;

- a) la dependencia infantil de uno de los padres hacia el otro.
- b) las rivalidades entre estos para conquistar el afecto y la lealtad de un hijo.
- c) intensos celos entre uno de los progenitores y el hijo en relación con el otro progenitor.
- d) las tendencias incestuosas de ambos padres y los hijos.

Dichos autores además amplían lo anterior mencionando algunas características propias de las familias con miembros identificados como esquizofrénicos, "El miembro de la familia que se convierte en paciente puede mostrar una conducta más distorsionada y una conducta más irracional que la de sus hermanos o padres, pero son los progenitores quienes distorsionan en forma crónica los significados y las comunicaciones con el fin de defender el equilibrio en la familia", esto último es importante para los objetivos de este trabajo, debido a que se analizará el papel que juega el miembro identificado dentro del equilibrio del grupo familiar, y como los demás miembros de la familia mediante la comunicación distorsionada lo inducen a tomar ese lugar.

Otro autor importante tomado en cuenta en este trabajo, es Silvano Arieti, el cual en "Interpretación de la esquizofrenia", (1974) menciona lo siguiente referente a la familia del esquizofrénico, "en cada caso de esquizofrenia se han encontrado en varios autores disturbios serios en los patrones de comunicación familiar", menciona además que el núcleo familiar es frecuentemente destructivo, no solamente para el niño, sino también para los demás miembros de la familia, si bien afirma que los disturbios en el núcleo familiar no son una condición suficiente para explicar la esquizofrenia, es presumiblemente

una condición necesaria para la aparición del trastorno esquizofrenico. Dicho autor menciona la importancia de la comunicación adecuada para el sano crecimiento del sujeto, y hace referencia de como la comunicación distorsionada en el núcleo familiar afecta el adecuado desarrollo del mismo, y de como en la familia del esquizofrenico la distorsión comunicacional es un factor importante en dicho trastorno.

De la información revisada no se encontro estudio alguno que se aproximara al problema basado en la conjunción de la Teoría de la Comunicación propuesta por Bateson y la Teoría del Campo propuesta por K. Lewin, realizando un corte en el aquí y ahora dentro de la situación específica denominada Psicoterapia Familiar, por lo cual se consideró al presente trabajo como valiosa aportación desde el punto de vista teórico.

De los estudios mencionados, únicamente, el de Palo Alto, California, toma en cuenta el aspecto comunicacional propuesto por Bateson, sin tomar en cuenta la Teoría del Campo de Lewin, ni explicar la familia como producto de un determinado sistema social, (Henry Hey, 1978). Dicho estudio se realizó en los Estados Unidos debido a lo cual, los resultados habrá que incluirlos en ese contexto socioeconómico y cultural. La presente investigación tomó en cuenta los enunciados propuestos por Bateson, además de las teorías mencionadas anteriormente y poder apreciar los resultados que se obtienen en un país como México.

De las demás escuelas mencionadas, todas indican el papel de la familia dentro del sujeto esquizofrenico haciendo referencia a diferentes factores en los que centran su atención, sean los padres del sujeto según Lidz, la simbiosis de la madre según Wynne, la posición existencial de acuerdo a Laing, los estudios psicoanalíticos con el complejo de Edipo, sin embargo dejan de lado los factores comunicacionales y más aun no toman en cuenta la hipótesis de E Pichon Riviere acerca de como el paciente identificado es el depositario de las tensiones y ansiedades del grupo familiar.

Esto me pareció una laguna en el conocimiento de la familia del sujeto esquizofrenico por lo cual se considera valioso este intento desde el punto de vista teórico con el fin de poder contribuir a aportar claridad en esto.

A continuación se mencionaran las tesis publicadas en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. tanto a nivel licenciatura como a nivel Maestría y Doctorado con el objeto de mostrar las diferencias con el trabajo que se realizó. Asimismo, resaltaremos los métodos con los que se han aproximado al problema, el tipo de población utilizada y sobre todo las lagunas en su conocimiento que este trabajo pretendió subsanar o por lo menos aportar alguna respuesta a dichas cuestiones que quedaron como una interrogación.

La tesis de la Doctora Celia Hernandez de Estevez de la Facultad de Psicología de la U.N.R.M.(1977) Es un estudio observacional de un paciente psiquiátrico en el hospital del ejército mexicano ,analizando los códigos comunicacionales entre los miembros de su familia en la situación de psicoterapia familiar , dicho estudio toma como base la Teoría Psicoanalítica para explicar la patología del paciente y explica a la familia como resultado de un determinado sistema social.

Se considero que en este trabajo no se toman en cuenta los aspectos comunicacionales que implica la situación de entrevista denominada Psicoterapia Familiar , por otra parte ese trabajo se realizo en una Institución publica (hospital del ejército mexicano) y sus resultados son valiosos solo para ese tipo de Institución. La conclusión de dicho trabajo es que debe tomarse al paciente psiquiátrico como portavoz de la enfermedad del grupo familiar.(I977 pag 120).

La tesis de la maestra Beatriz Orozco (1978) de la Facultad de Psicología de la U.N.R.M.(División de Estudios superiores).Cuyo titulo es Psicoterapia Familiar, se realizo en los Centros de Integración juvenil, en dicho trabajo se analiza en base a la Teoría Psicoanalítica a un miembro diagnosticado como drogadicto y su interacción familiar y se explican los síntomas del paciente, en virtud de la interacción con los demás miembros de su familia, puede afirmarse que en el trabajo mencionado se dejan de lado los aspectos relativos a la comunicación en la situación de psicoterapia familiar.

Como otro antecedente se mencionara mi propia Tesis de Licenciatura titulada; "La familia del esquizofrénico ,sus delirios afecto inadecuado, y dificultad en diferenciación de estímulos desde el punto de vista de la teoría de la comunicación. En dicho trabajo se realizo un analisis de síntomas en relación con la interacción familiar de un sujeto diagnosticado como esquizofrénico y se mostro su relación con su propia familia en base a la Teoría de la comunicación.

Esta tesis realizada pretendo continuar y ampliar aquel trabajo fundamentando que el enfermo diagnosticado como esquizofrénico es el depositario de lastensiones y ansiedades de su grupo familiar que en aquel trabajo se esbozo brevemente tomándose el caso de una sola familia, este trabajo ha ampliado y continuado aquel estudio cimentandolo mejor científicamente para un mejor esclarecimiento del problema.

Se mencionará tambien la tesis de Licenciatura de Cardeña Amaya Ivette la cual analizo en base a la teoría psicoanalítica con orientación Kleiniana la familia de una paciente internada en una clínica particular privada (Clínica Mendao), analizando la situación de psicoterapia familiar en dicho trabajo se concluye que los síntomas de la paciente en cuestión pueden ser explicados en base a la particular interacción entre sus miembros ,los aspectos comunicacionales se mencionan brevemente sin ser ampliados ni explicitados ya que el fundamento esencial se

refiere a la Teoria psicoanalitica.

Otro trabajo importante que deseo mencionar se refiere a la tesis de Doctorado de la Dra Raquel Radosh H quien analizo en base a la Teoria Psicoanalitica, el discurso de 6 madres de sujetos esquizofrenicos, en dicho trabajo sus resultados son trabajados en base a la Teoria Psicoanalitica tomando en cuenta aspectos comunicacionales y familiares, es un trabajo interesante e instructivo que me aporfo conceptos y resultados que he tomado en cuenta en la elaboracion de este trabajo.

MARCO TEORICO.

Esta investigación tomó como marco Teórico de referencia los siguientes supuestos Teóricos enunciados por los doctores ; E. Pichón Riviére y G. Bateson (1977), los cuales afirman que:

a.) Existen algunas formas de comunicación prevalecientes en el sistema social y por ende en el grupo familiar descritos como mensajes confusionales , doble vínculo, doble mensaje, contradicción.

b.) Estas formas de comunicación prevalecientes en el sistema social se reproducen en el grupo familiar y causan un efecto específico en uno de sus miembros especialmente vulnerable.

c.) En la familia el enfermo es fundamentalmente el portavoz de las ansiedades del grupo, es el depositario de las tensiones y conflictos grupales que son comunes al grupo familiar.

Con respecto al punto A, la Teoría de la Comunicación propuesta por Bateson y Ruesch afirma lo siguiente; (1959);

La Matriz social es el fenomeno en el cual se lleva a cabo la percepción y transmisión de la información (comunicación) en las relaciones interpersonales , siendo sus características determinadas por los valores (canales preferidos para conducir la comunicación) de cada uno de sus integrantes.

Partiendo de la Teoría de la comunicación de dichos autores, se enfoco gran parte de este estudio. Esta Teoría propone la comunicación como el unico modelo científico que puede explicar la conducta humana, sus aspectos físicos, intrapersonales, interpersonales y culturales dentro de un mismo sistema.

Califican asimismo cualquier variación de psicopatología, como un disturbio en la comunicación, definiendo esta, no solo como la transmisión verbal e intencional de un mensaje, sino como todos los procesos mediante los cuales la gente se influye mutuamente.

Estos disturbios y trastornos de la comunicación, estan definidos en parte, por la cultura donde acaecen.

En resumen es la comunicación una via eficaz para entender la relación de la persona consigo misma, de la persona con otras personas de grupo con grupos y en ultima instancia de civilización con civilización.

Un postulado basico de Bateson y Ruesch en su Teoría de la Comunicación, es referente a que los hechos sociales gozan de un cierto caracter repetitivo , con patrones preestablecidos que enseñan a la gente a reaccionar en forma estereotipada y que a su vez crean un ambiente estereotipado ; esta información semeja un bombardeo al que el individuo esta expuesto desde que nace y se enfrenta a su medio social, el cual es asimilado a su vez de tal manera que el mismo individuo involucrado , generalmente, no puede darse cuenta de la verdadera naturaleza de esta matriz social , sino que es aceptada sin reparos como un hecho dado, esta situación se da desde la relación del niño con la madre, posteriormente con el padre, hermano y familia en general, poco despues al relacionarse con sus amigos, compañeros y demás vínculos sociales que se presenten a lo largo de su vida.

El problema surge cuando nos trasladamos de sistemas de comunicación simples a sistemas de comunicación más complejos. Estos se diferencian porque los primeros ofrecen la posibilidad de que los participantes puedan rastrear un mensaje desde su origen hasta su destino y con ello la corrección de una posible distorsión, con esto la transmisión de un mensaje y su recepción están vinculados a una circularidad que le permite al individuo sentir que puede dominar su situación; en sí, el sistema de comunicación es simétrico. El segundo caso incluye un grupo o varios grupos de personas que mantienen una comunicación asimétrica, en este caso tiene que considerarse en juego una red cultural compleja en la que tienen que comunicarse muchas personas entre sí, de acuerdo a esa misma red. La perturbación se debe a que tanto el origen como el destino del mensaje permanecen anónimos y se hace imposible su corrección; con esto queda mejor explicada la afirmación anterior de que generalmente el individuo no conoce la naturaleza de la matriz social en que se desenvuelve y que tiende a aceptar los sucesos y premisas de la educación como un "hecho dado".

La información relacionada con las costumbres (generalmente de origen anónimo) suele transmitirse constantemente a través del tiempo y de generación en generación; pero constituye esto una herencia tan implícita que los mensajes suelen ser aceptados como mensajes divinos sin apelación, sin réplica, cuestionamiento ni selección alguna.

En el momento en que algún miembro de esta red cultural y social toma en conocimiento que los mensajes pueden o "debieran poder" ser rastreados hasta sus fuentes humanas surge la angustia y la impotencia de no poder detectar la fuente de origen ni el destino de sus mensajes de información (en el caso de una comunicación asimétrica de un sistema complejo). El individuo sufre entonces una crisis ontológica y cuestiona su existencia, su origen su identidad y su ubicación en el mundo, debido a esta falta de un punto de referencia.

Es por esto que se puede considerar a este carácter repetitivo de los patrones de comunicación, como agentes creadores de conductas estereotipadas, como una alteración, distorsión y perturbación de la comunicación, propiciadoras de un desajuste social, alienación y por ende enfermedad mental.

Estos patrones de conducta repetitivos van determinando en el individuo su experiencia particular y debemos tomar esta, como el centro de orientación único y particular en virtud del cual se mueve con intención y acción.

Según los autores mencionados, en el paciente de tipo esquizofrénico sus procesos de comunicación están ampliamente perturbados, provocando ausencia de identidad y precaria diferenciación del resto del mundo, lo cual lleva implícita la falta de autonomía y de continuidad temporal debido todo esto al bloqueo de una comunicación simétrica con su mundo.

Como afirman Ruesch y Bateson, un niño que crece en un ambiente humano en el que prevalecen los sistemas de comunicación simétricos tiene mayores posibilidades de ser mentalmente sano; pero de lo contrario, las perturbaciones de toda índole van implícitas.

Dentro del marco Teórico mencionado J Ruesch y G Bateson

proponen el concepto Teorico denominado "DOBLE VINCULO" al cual definen como sigue ;

La situación de doble vínculo supone 2 o más personas una de las cuales es considerada la victima, una persona comunica a otra que debe hacer una cosa y al mismo tiempo, pero en otro nivel, que no debe de hacerla, o que debe hacer otra cosa incompatible con la primera, al mismo tiempo hay la imposición ulterior que le prohíbe salir de la situación o diluirla haciendo comentarios sobre ella.

Para dichos autores los ingredientes necesarios son;

- 1.- 2 o más personas.
- 2.- una experiencia repetida.
- 3.- una imposición negativa primaria.
- 4.- una imposición secundaria en conflicto con la primera en un nivel más abstracto que al igual que esta, se hace cumplir mediante castigos o señales que amenazan la supervivencia.
- 5.- una imposición negativa terciaria que prohíbe a la victima escaparse de la situación.

6.- Finalmente ,una vez que la victima ha aprendido a percibir su universo bajo las pautas del doble vínculo, la serie completa de ingredientes deja de ser necesaria y entonces casi cualquier parte de la secuencia del doble vínculo puede ser suficiente para producir el derrumbamiento de la capacidad de cualquier individuo para discriminar entre tipos lógicos.

Dicho concepto tiene importancia para este trabajo ya que debido a sus bases teoricas sera utilizado como uno de los criterios para analizar los codigos comunicacionales de las familias con un miembro diagnóstico como esquizofrénico.

Otro concepto enunciado por ambos autores que tambien sera utilizado en este trabajo es el de respuesta tangencial la cual definen de la siguiente manera;

-RESPUESTA TANGENCIAL;

- 1.- La contestación no se atiende adecuadamente a la afirmación inicial.
- 2.- La contestación tiene un efecto frustrante.
- 3.- La contestación no caza con la intención de la afirmación original tal cual se percibe por las palabras, los actos y el contexto de la situación.
- 4.- La contestación acentua un aspecto incidental de la afirmación.

Bateson propone asimismo el concepto de mensaje doble que sera utilizado en este trabajo, dicho concepto es definido de la manera siguiente;

" Un sujeto le ordena a otro que haga una cosa en un cierto nivel, pero en otro nivel que no debe de hacerlo, no son permitidos los comentarios aclaratorios.

Un concepto Teorico de Laing (1974) que Bateson y Ruesch mencionan y que será de utilidad en este trabajo es el de "colusión", es definido de la forma siguiente;

" Es como un juego entre dos o más personas mediante el que se engañan a si mismas, un juego que consiste en un autoengaño mutuo, la colusión apunta basicamente a la falsificación de la realidad y a la erección de una barrera que impedira el acceso a

aquellos índices que no convaliden esta falsificación. El área de colusión sería aquello de lo que no se habla, debido a que el mismo acuerdo es secreto u oculto para la conciencia de los participantes en él.

WATZLAWICK. UNA TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA.

Con esta exposición se pretende enriquecer el material antes expuesto por G Bateson, acerca de la Teoría de la comunicación, y su importancia en las relaciones humanas.

Watzlawick, comunicólogo también, esboza claramente la situación del individuo psicótico dentro de un sistema (familiar y social) en el que han fallado las vías de comunicación interpersonal.

Resulta una contribución valiosa para este estudio, ya que describe tentativamente como el individuo enfermo ha sido colocado en un lugar predestinado para él, por todos los miembros de la familia (o sistema).

Se exponen de manera sucinta, los postulados básicos de dicha Teoría.

I.- La imposibilidad de no comunicar.

Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar, actividad o inactividad, palabra o silencio, tienen siempre valor de mensaje; influyen sobre los demás quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende, también comunican.

Es un hecho entonces, que cualquiera que sea la conducta de dos o más personas que se encuentren en interacción (cuando menos contacto físico), no podrán evitar la comunicación hagan o no algo por evitarlo.

La comunicación, al ser intentada por un miembro de una interrelación dada; puede sufrir las siguientes respuestas;

a) Rechazo de la comunicación. Es una negación clara definida y rotunda, del acto de comunicarse.

b) Aceptación de la comunicación. Representa el ceder absolutamente a la comunicación con su interlocutor.

c) Descalificación de la comunicación. Esto es, puede comunicarse de tal modo que su comunicación o la del otro queden totalmente invalidadas. (autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, tangencialidades, oraciones incompletas, maleentendidos, etc.

Resta acentuar que el individuo que se encuentra con su comunicación invalidada, no posee la integridad y oica necesaria para poder establecer una comunicación en todo el sentido de su responsabilidad.

d) Por último, nos encontramos con el fenómeno del síntoma como comunicación. Esto consiste en la Técnica de recurrir a la fuerza de motivos que están más allá del propio control conciente de los propios impulsos, y comunicar mediante los síntomas aquellos conflictos subyacentes a la enfermedad.

2.- LOS NIVELES DE CONTENIDO Y RELACION DE LA COMUNICACION.

Una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo impone conductas. El aspecto referencial de un mensaje transmite información y por ende, en la comunicación humana es sinonimo de contenido del mensaje, por otro lado, el aspecto conativo se refiere a que tipo de mensaje debe entenderse que es, y por ende, en ultima instancia, a la relación entre los comunicantes.

Estos 2 aspectos inherentes a toda comunicación, significan una de las áreas de mayor conflicto y distorsión en la comunicación humana debido a la confusión y mezcla entre ambas, sin una discriminación sana y realmente comunicativa.

Las posibilidades de combinación entre ambas, son las siguientes;

a).- Los participantes están en desacuerdo en el nivel de contenido pero ello no perturba su relación.

Quizá ésta sea la forma más madura de manejar el desacuerdo; Los participantes acuerdan en estar en desacuerdo.

b).- Los participantes están de acuerdo en el nivel de contenido, pero no en el de relacional. Ello significa que la estabilidad de su relación se vera seriamente amenazada en cuanto deje de existir la necesidad de acuerdo en el nivel del contenido.

Este mismo mecanismo es de particular importancia en el campo de la dinámica familiar, a saber, la función del chivo emisario cuyo "problema" (bajo rendimiento escolar, enfermedad física, delincuencia, etc) impone a los padres la necesidad constante de tomar decisiones de crisis, cosa que confiere a su relación una pseudo estabilidad que en realidad no existe.

c) Otra posibilidad son las confusiones entre los dos aspectos "contenido y relación" que ya se menciono previamente. Pueden consistir en un intento por resolver un problema relacional en el nivel de contenido o al contrario. Esto crea una confusión y conflicto general en la relación misma, sin posibilidad de solución mientras no se analice dicho punto. Un ejemplo clasico de esta situación es el ejemplo de la madre que manda al hijo a fin de mantenerlo (inconcientemente) atrapado en su propia insuficiencia ante la separación; "si me amaras no me contradeciras".

d) finalmente, vemos todas aquellas situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u de otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona.

Examinaremos ahora ;las 3 posibilidades de respuesta relacional universales en toda relación interpersonal.

a) Confirmación; Consiste en que en la relación A-B, B acepta la definición que A da de si mismo.

Watzlawick observa que gran parte de la comunicación humana tiende basicamente a ese proposito; el de la confirmación; parecería que completamente aparte del mero intercambio de información, el hombre tiene que comunicarse con los otros a los fines de su autopercepción y percatación.

b) Rechazo; Consiste en el rechazo abierto de B hacia la definición de si mismo de A. El rechazo presupone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y por lo tanto no

niega necesariamente la realidad de la imagen que A tiene de sí mismo.

c) Desconfirmación; No se refiere a la verdad o falsedad, sino más bien se niega la realidad de A como fuente de toda información, esto es para este trabajo sumamente indicativo en lo que a patología se refiere, ya que el individuo esquizofrénico es aquel cuya identidad ha sido continuamente descalificada en su medio social principalmente familiar por un grupo de miembros que la ejercen sobre él (debido a la peligrosidad de su afirmación) a fin de preservar una aparente autoafirmación.

LA FAMILIA COMO SISTEMA SOCIAL.

Watzlawick describe la interacción humana como un sistema de comunicación, caracterizado por las propiedades de los sistemas generales; totalidad, no sumatividad, retroalimentación y homeostasis, etc.

a) La familia como sistema; " La teoría de las reglas familiares se adecua a la definición inicial de un sistema como estable con respecto a algunas de sus variables si estas variables tienden a mantenerse dentro de límites definidos".

Este modelo fue sugerido por el concepto de homeostasis familiar, en el cual se observó que familias de los pacientes psiquiátricos a menudo sufrían repercusiones drásticas (depresión, episodios psicósomáticos, etc.) cuando el paciente mejoraba. Así la enfermedad del paciente era un mecanismo homeostático que intervenía ante la perturbación familiar, para que esté recuperara su equilibrio.

b) Totalidad.- La familia es vista como un sistema total y unificado en el cual la conducta de cada miembro repercute en los demás miembros participantes. Todas las conductas están interrelacionadas y unas influyen sobre otras, de esta forma la conducta del miembro enfermo se encuentra totalmente relacionada con los demás miembros del grupo familiar.

c) No sumatividad.- El análisis de una familia no es la suma de los análisis de sus miembros individuales, ya que existen características del sistema, o sea, patrones interaccionales, que trascienden las cualidades de los miembros individuales.

d) Retroalimentación y homeostasis.- El sistema actúa sobre las entradas (acciones de los miembros o del medio) al sistema familiar y las modifica. Deben por lo tanto, examinarse la naturaleza del sistema y sus mecanismos de retroalimentación así como la naturaleza de la entrada.

KURT LEWIN Y LA TEORIA DEL CAMPO.

Debido a sus fundamentos Teóricos La Teoría de K Lewin constituye parte importante de esta tesis, se expondrán a continuación sus fundamentos;

K Lewin (1970) fundamenta el estudio de la personalidad, considerándola siempre en relación y en función de su ambiente; al estudiar la psicología del individuo, el campo al cual el científico debe ocuparse es el "espacio vital"; dicha construcción teórica consiste en la unicidad de la persona y su ambiente psicológico tal como existen para ella, es decir no es posible estudiar a un individuo aisladamente de su medio ambiente como hecho objetivo, sino como existe ese individuo en particular, generando entre ambos una combinación única.

La construcción teórica "campo" es estudiada como toda conducta incluyendo acción, pensamiento, deseo, esfuerzo, valoración, ejecución, que se concibe como un cambio de cierto estado del espacio vital en una unidad de tiempo dada.

El espacio vital debe incluir todos los hechos que tengan existencia y acción en el presente, y excluir aquellos hechos físicos, sociales o geográficos que aunque existan físicamente, no existen u operan en la psicología presente del individuo.

Lewin atribuye existencia a todo lo que tenga efectos demostrables dice que puede calificarse de existente; "...en la psicología del individuo, el ambiente y la persona tal como está última los percibe conscientemente por lo general es en el espacio vital; pero también se incluyen estados inconcientes en la medida en que por observación directa o inferencia el científico puede determinar que producen efectos".

"El espacio vital incluye metas, estructuras cognitivas y necesidades entre otros y excluye aquellos que suceden a distancia fenómenos sociales, físicos, políticos, etc, que no tienen efecto directo sobre el individuo.

La zona limítrofe es definida como la zona vecina del espacio vital central, que constituye acontecimientos políticos, físicos, económicos, legales y sociales, que sí tienen efectos sobre el estado de la persona.

CONTEMPORANEIDAD.

Este principio expone que los únicos factores determinantes de una conducta determinada en un tiempo dado (el campo psicológico), son las propiedades del campo en ese tiempo, ya que únicamente el sistema contemporáneo puede tener efectos en cualquier momento.

Esto no quiere decir que Lewin no repare en la historicidad del individuo y en sus hechos pasados, ni que descarte la teleología del mismo (sus anhelos, esperanzas, metas), sino que toma estos solo cuando en el presente siguen ejerciendo influencia. Esto corresponde a la expresión Lewiniana del análisis de una situación "en un momento dado", lo cual se refiere no a un momento sin extensión temporal, sino a cierto período de tiempo que estará determinado por el alcance o dimensión de la situación a tratar; cuanto más macroscópica sea la situación a tratar, mayor será el período que se ha de observar para determinar su naturaleza.

Se puede decir que se trabaja con "unidades situacionales", las cuales han de concebirse con una extensión respecto de sus dimensiones de campo y temporales.

Obviamente, para cada "dimensión de unidad conductual" ha

de coordinarse una "dimensión situacional diferente", o bien, estudiar siempre el hecho de acuerdo a su perspectiva temporal, la cual incluye la totalidad de criterios del individuo acerca del pasado y futuro existentes solo en ese momento dado.

Hay que recordar finalmente, que el campo Psicológico pasado, es uno de los "origenes" del campo presente, el cual a su turno influye en la conducta.

La objetividad en Psicología exige representar correctamente el campo, tal como existe para el individuo en cuestión, en ese momento determinado.

Para este campo, las amistades, las metas conscientes o inconscientes, los sueños, los ideales, y los temores, son por lo menos, tan esenciales como cualquier situación física.

Enfatizando lo anteriormente dicho, "una de las características básicas" de la teoría del campo en Psicología, es el requisito de que el campo que influye sobre un individuo, se describe no en términos fisicalistas objetivos, sino de la manera en que éste existe para la persona en ese momento.

"Describir objetivamente, una situación en Psicología, significa describir la situación como una totalidad de aquellos hechos y solo de aquellos, que configuran el campo de ese individuo."

En resumen, Lewin afirma que de acuerdo a la Teoría del campo cualquier tipo de conducta depende del campo total, incluyendo sus perspectivas temporales.

Estudiando las propiedades del campo como un TODO, (analizando su grado de diferenciación, su atmósfera, sus estímulos, necesidades, y relaciones sociales, grados de libertad, etc) se podrá determinar la verdadera posición del individuo.

La observación del individuo con su grupo (el campo y espacio vital del individuo esta configurado generalmente en primera instancia por un grupo, básicamente el familiar) contribuye más precisamente a analizar su posición como individuo, que si se analiza individualmente.

La observación del grupo proporcionará más y mejor material para la caracterización de la posición y el papel del individuo dentro del grupo; determinará, por consiguiente, el significado de su conducta, con mayor precisión de la que se conseguiría observándolo más o menos como una entidad superada.

La clase de interdependencia de los miembros (lo que mantiene unido al grupo) es una característica del grupo tan importante, como el grado de su interdependencia y su estructura.

El grupo es visto como un todo dinámico, el todo dinámico que conforma en gran medida, el presente del paciente.

El hecho de estudiar de esta manera al paciente y no en forma individual, supone un estudio por medio de mecanismos circulares y autorreguladores, mientras que las tendencias que consideran un estudio individual a través de su historia y experiencia total, utilizan mecanismos de causalidad lineales (Bateson) las cuales afirman Bateson y Ruesch, solo comprenden una mínima parte de un gran sistema suprapersonal, y son propias sólo dentro de un marco de conceptualizaciones muy estrechas.

Resumiendo; basada en la conceptualización de Kurt Lewin acerca de que los únicos factores determinantes de una conducta

en un momento determinado, son las propiedades del campo en ese tiempo, considerando también aquellos eventos pasados en la historia del individuo.

Solo en la medida de que puedan ser inferidos del presente (es decir que aun tengan efectos sobre la situación presente) , es que se puede planear el modelo de investigación tomando como "unidad situacional" de estudio , un determinado número de sesiones de Psicoterapia Familiar de aquellos pacientes previamente elegidos para la realización de este trabajo.

Estas sesiones serán observadas como una unidad situacional cuya extensión temporal dependerá de su situación presente ; es decir, que eventos pasados serán considerados solo en virtud de que la situación presente delate que aun ejercen influencia o efectos sobre ella. De esta manera , un corte transversal en la distancia y en el tiempo (espacial, temporal) de la vida de los 5 pacientes y de sus 5 grupos familiares , representan la peculiar interacción entre ellos así como su interacción a través de la historia misma de ellos y sus grupos familiares.

Apoyando lo anterior Lewin utiliza el concepto de la Geometría Topológica el cual en psicología se contrasta con el de la geometría Euclídeana, al respecto menciona lo siguiente;

"Así como en la geometría Euclídeana lo que interesa son las medidas de los ángulos , las dimensiones de los segmentos , etc, estas son medidas cuantitativas , el concepto de la geometría Topológica es distinto ya que propone un análisis cualitativo y no cuantitativo debido a que lo que interesa es responder a un tipo de preguntas diferentes que se plantea la Psicología . En ocasiones el interes del psicólogo se focaliza no en los aspectos cuantitativos sino en el tipo de estructuras que configuran cierto fenomeno".

Así en esta Tesis de Maestría consistente en un estudio observacional interesa apreciar el tipo de comunicación , como son los mensajes, qué características tienen , y como se relacionan con el discurso del paciente cuya sintomatología es descrita dentro de lo que se denomina un cuadro de tipo esquizofrénico.

METODOLOGIA.

=====

La Hipótesis general de esta Tesis es la siguiente;

" EN CIERTOS GRUPOS FAMILIARES EN LOS QUE SE INCLUYE UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO COMO ESQUIZOFRENICO ES POSIBLE OBSERVAR FORMAS DE COMUNICACION COMO CONTRADICCION ,MENSAJE DOBLE, DOBLE VINCULO, RESPUESTA TANGENCIAL, COMO MANIFESTACION DE LA INADECUADA DISTRIBUCION DE LAS ANSIEDADES Y ESTEREOTIPOS DE LOS ROLES EN EL GRUPO FAMILIAR ,ENTONCES ESTAS CONTRADICCIONES AFECTAN EN DICHO MIEMBRO CUYOS SINTOMAS SON CONSECUENCIA DE QUE FUNCIONA COMO DEPOSITARIO DE LAS ANSIEDADES Y TENSIONES DE SU GRUPO FAMILIAR.

De esta hipótesis se derivan hipótesis secundarias mediante las cuales se enfocó esta investigación, ellas son;

HIPOTESIS SECUNDARIAS.

1.- Existen en la comunicación familiar, una emisión peculiar de mensajes confusos, ambiguos, y contradictorios que afectan al miembro identificado como paciente esquizofrenico, de manera diferente que a los demás miembros del grupo.

2.- Toda conducta en una situación de interacción, incluyendo el silencio, el sinsentido, y la inmovilidad (silencio postural), tienen un valor de mensaje y por ende comunican.

3.- En la familia del paciente cuyos síntomas son identificados dentro de lo que se denomina un cuadro esquizofrénico tienden a manejarse mensajes que confirman o descalifican la existencia de un miembro, principalmente del paciente identificado (desconfirmación).

4.- En la familia del paciente cuyos síntomas son identificados dentro de lo que se denomina un cuadro esquizofrenico, principalmente la pareja parental, tienden a manejarse la comunicación ,con confusión en los niveles de contenido y relación (mensaje confusional, Watzlawick 1970).

5.- Existe en la comunicación familiar un tipo de mensaje denominado doble vínculo (Bateson 1977) que afecta al paciente cuyos síntomas son identificados dentro de lo que se denomina un cuadro esquizofrénico.

6.- Existe en la comunicación familiar un tipo de mensaje denominado " respuesta tangencial"(Bateson 1977) que afecta al paciente cuyos síntomas son identificados dentro de lo que se denomina un cuadro esquizofrénico.

7.- Existe en la comunicación familiar un tipo de mensaje denominado "colusión" (Laing 1979) que afecta al paciente cuyos síntomas son identificados dentro de lo que se denomina un cuadro esquizofrenico.

DEFINICION DE TERMINOS;

Para el análisis de los códigos comunicacionales se tomará como base la Teoría de la comunicación propuesta por Bateson y Ruesch, dichos autores proponen los siguientes conceptos Teóricos; (Bateson y Ruesch 1965);
DOBLE VINCULO;

Se entenderá por dicho concepto toda situación de 2 o más personas, una de ellas será considerada como la víctima, en dicha situación una persona comunica a la víctima que debe hacer una cosa y al mismo tiempo, pero en otro nivel que no debe hacerla, o que debe hacer otra cosa incompatible con la primera, al mismo tiempo hay la imposición ulterior que le prohíbe salir de la situación o diluirla haciendo comentarios sobre ella.

RESPUESTA TANGENCIAL; Se entenderá por dicho concepto, toda respuesta que tengan las siguientes características;

1.- La contestación no se atiende adecuadamente a la afirmación inicial.

2.- La contestación tiene un efecto frustrante.

3.- La contestación no casa con la intención de la afirmación original tal cual se percibe por las palabras, los actos y el contexto de la situación.

4.- La contestación acentúa un aspecto incidental de la afirmación.

CONCLUSION;

Laing (1977) define dicho concepto de la siguiente forma;

Se define como un juego entre 2 o más personas mediante el que se engañan a sí mismas, apunta básicamente a la falsificación de la realidad y a la erección de una barrera que impida el acceso a aquellos índices que no convaliden esta falsificación.

CONFIRMACION, DESCONFIRMACION, Y RECHAZO.

Estos conceptos se definirán juntamente tomando como punto central el de desconfirmación el cual interesa particularmente en este estudio; (Laing 1976);

CONFIRMACION; Reconocimiento por parte del otro de la definición que un miembro hace de sí mismo.

DESCONFIRMACION; Se niega la realidad del sujeto como fuente de sí mismo, se pone entre parentesis su existencia como sujeto reconocido por los otros.

RECHAZO; Reconocimiento parcial de las cualidades de un sujeto, sin embargo est es confirmado en cierta forma al reconocerse.

MENSAJE CONFUSIONAL; (Watzlawick 1976);

Es definido de la siguiente forma;" Ante un mensaje falso acerca de cierto contenido de la realidad, la persona acepta dicho mensaje a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona.

PROCEDIMIENTO:

El estudio realizado es de índole puramente observacional y en ningún momento se manejara de acuerdo a los lineamientos del metodo experimental, por lo cual la "Unidad situacional" fue enfocada tal y como se presenta en un " momento dado" (Lewin, ver marco teorico en la metodologia) siempre que cumpla con las condiciones a continuación citadas, sin hacer manejo de variables ni modificaciones al respecto.

Fueron elegidas por azar 5 familias en las cuales debia existir un miembro cuyos sintomas se encontraban entre lo que clinicamente se define como un cuadro esquizofrenico de acuerdo a la definición presentada en los Antecedentes de este trabajo.

Dichas familias debieron reunir las siguientes condiciones;

- a).- Encontrarse dicho miembro en tratamiento dentro de una Institución Psiquiatrica, la cual avalo el diagnostico.
- b).- Dichas familias así como sus miembros diagnosticados, deberian encontrars en Terapia Familiar dentro de la Institución.

Pasos que se siguieron;

1.- Se eligieron al azar una serie de 5 sesiones familiares abarcando un periodo de 2 y medio a 3 meses, con un rango de 2 cada mes, cuyo contenido fue grabado y transcrito fielmente para posteriormente realizar un análisis de los codigos comunicacionales en dichas sesiones lo anterior se realizo con cada una de las 5 familias, totalizando una suma de 25 sesiones familiares.

El periodo de 3 meses se considera un tiempo adecuado de acuerdo a la experiencia y juicio de los psicoterapeutas familiares para poder apreciar y conocer los codigos comunicacionales de dichas familias así como estimar los cambios que pudiera o no haber en el discurso y comportamiento de los miembros de las familias en virtud del trabajo de "psicoterapia familiar" incluyendo a áquel identificado como esquizofrnico.

2.- Se procedio al análisis de las interacciones y comunicaciones familiares en referencia a los pacientes identificados, con base en los marcos teoricos expuestos anteriormente (en cada una de las 5 familias).

3.- Se observaron los resultados.

4.- Se afirmaron o refutaron las hipotesis secundarias.

5.- Se afirmó o refutó la hipótesis principal.

6.- Se elaboraron las conclusiones.

7.- En base a los mismos se generaron las sugerencias.

8.- Se marcaron los alcances y limitaciones del estudio.

SUJETOS; Se trabajo con 5 grupos familiares y sus respectivos miembros, constituidos por aquellos sujetos que estan presentes dentro de la situación denominada psicoterapia familia, (padre, madre, hermanos, tíos, abuelos, etc.)

ESCENARIO; La unidad situacional denominada psicoterapia familiar fue desarrollada en uno de los cubiculos de dichas instituciones destinados al trabajo de la psicoterapia familiar. Reunieron los siguientes requisitos;

a.- Tamaño adecuado (suficiente para que cada uno de los miembros de la familia así como los terapeutas y el observador se ubiquen con comodidad.

b.- Iluminación adecuada (permitiendo la comunicación visual interpersonal).

c.- Aislamiento suficiente del medio exterior, para evitar todo ruido ajeno a la sesión familiar, lo cual permite hablar y escuchar sin perturbaciones.

d.- Un número de asientos suficientes para cada uno de los miembros así como para los terapeutas y el observador.

INSTRUMENTOS; El instrumento principal fué la situación de entrevista denominada "psicoterapia familiar" la cual fue grabada para posteriormente sobre las comunicaciones entre los miembros realizar un análisis en base a las hipótesis planteadas en esta investigación.

Los terapeutas del grupo familiar no tuvieron un papel activo en la consecución de datos de la investigación, y fungieron como jueces validando los resultados para obtener una mayor confiabilidad.

ANALISIS;

OBJETIVO GENERAL; Se analizaron los procesos de comunicación entre los miembros, la forma en que se maneja esta y los productos de ella, (tipo de vínculo, mensajes dobles, respuestas tangenciales, manejo de la agresión y afecto entre las figuras parentales y los hijos,) así como la posición, relación y trato del paciente identificado en la familia.

METODO DE ANALISIS DE LOS CODIGOS COMUNICACIONALES; Para el analisis de los codigos comunicacionales se procedió a analizar 2 aspectos fundamentalmente con los cuales se cumplieron los objetivos de esta investigación;

1.- **ANALISIS DEL CONTENIDO DE LOS MENSAJES;** Consistió en una cuidadosa investigación sobre la significación que dichos

mensajes tienen para el paciente identificado, el afecto que se está manejando en el contenido de dicho mensaje, el objetivo al cual apunta, y la insidencia que tiene sobre el paciente así como la significación para el grupo familiar en general.

Mediante el análisis del contenido del mensaje fue posible apreciar la posición del paciente identificado en su familia, la relación con los demás miembros de ella, y el trato que los demás integrantes del grupo familiar tienen para con el paciente identificado.

Es importante recalcar que se apreció la situación global de dicho grupo familiar realizando esto con la grabación y estudio del número de sesiones mencionado además se contó con una historia previa de dicho grupo familiar la cual fue proporcionada por la Institución en donde se realizó el proyecto propuesto, como se mencionó en el marco Teórico (teoría de K Lewin) en el momento del corte (aquí y ahora) van a insidir tanto la historia del grupo familiar con todas las vicisitudes que haya tenido, así como las expectativas actuales en dicho momento, para de esta manera apreciar la situación total global y presente a lo largo de dicho tiempo (el momento de la grabación de las sesiones, el momento del corte) lo cual se realizó mediante el análisis del contenido de los mensajes.

En este trabajo se entendió por contenido del mensaje el sentido y la significación que dicha comunicación tiene en la situación de "psicoterapia familiar" para cada uno de los miembros proveniente de los demás y haciendo énfasis en las comunicaciones sobre el paciente identificado.

2.- ANALISIS DE LA PRESENCIA O AUSENCIA DE LAS SIGUIENTES FORMAS DE COMUNICACION; (doble vínculo, Respuesta tangencial, colusión, desconfirmación, y mensaje confusional):

Consistente en registrar la presencia o ausencia durante las sesiones mencionadas de las formas de comunicación descritas anteriormente, lo cual se llevo a cabo mediante los "criterios de valoración de las formas comunicacionales" que se mencionan en seguida para mediante dicho análisis probarse las hipótesis secundarias o de investigación y junto con el análisis del contenido del mensaje afirmar o refutar la hipótesis principal de este estudio; "En un grupo familiar en el que se incluye un miembro diagnosticado como esquizofrénico es posible observar las siguientes formas de comunicación; doble vínculo, respuesta tsangencial, colusión, desconfirmación, mensaje confusional, como manifestación de la inadecuada distribución de las ansiedades y estereotipos de los roles en el grupo familiar".

En base a los resultados se elaboraron las conclusiones y limitaciones del presente trabajo.

CRITERIOS DE VALORACION DE LAS FORMAS COMUNICACIONALES ;

Los siguientes criterios fueron utilizados para el análisis de la presencia o ausencia de determinada forma de comunicación;

DOBLE VINCULO; Se entenderá por doble vínculo toda situación que contenga los siguientes elementos;

- a.- Dos o más personas
- b.- Una experiencia repetida.
- c.- Una imposición negativa primaria.
- d.- Una imposición secundaria en conflicto con la primera en un nivel más abstracto que al igual que está, se hace cumplir mediante castigos o señales que amenazan la supervivencia.
- e.- Una imposición negativa terciaria que prohíbe a la víctima escaparse de la situación.

Dichos elementos para considerar al doble vínculo con esas características han sido propuestos por Bateson y Ruesch (1965).

RESPUESTA TANGENCIAL; Se entenderá por dicho concepto toda respuesta con los siguientes elementos;

- 1.- La respuesta no se atiene adecuadamente a la afirmación inicial.
- 2.- La respuesta tiene un efecto frustrante.
- 3.- La respuesta no caza con la intención de la afirmación original tal cual se percibe por las palabras, los actos y el contexto de la situación.
- 4.- La respuesta acentúa un aspecto incidental de la afirmación . Dichos elementos han sido propuestos por Bateson y Ruesch (1965).

COLUSION; Se entenderá por dicho concepto toda comunicación interpersonal que contenga los siguientes elementos;

- a.- Dos o mas personas
- b.- Una experiencia repetida.
- c.- Una comunicación falsa acerca de la situación familiar.
- d.- Una resouesta confirmando la afirmación falsa anterior.
- e.- Ninguna comunicación aclaratoria acerca de lo anteior, lo cual refuerza la falsificación de la realidad.

Dichos elementos han sido propuestos por Laing (1974).

DESCONFIRMACION;

Se entenderá por dicho concepto toda respuesta que contenga los siguientes elementos;

1.- Dos o más personas

2.- Una experiencia repetida.

3.- Una afirmación inicial del sujeto "A" sobre sí mismo o sobre cierto aspecto de la realidad.

4.- Una respuesta del sujeto "B" a dicha afirmación inicial comunicándole que su afirmación queda descalificada y sin valor porque su fuente (sujeto A) no es reconocida como confiable y por lo tanto sin valor y sin existencia.

Dichos elementos han sido señalados por Laing (1974).

MENSAJE CONTRADICTORIO (CONFUSIONAL);- Contiene los siguientes element

a.- Una comunicación entre dos o más personas acerca de alguna característica o atributo de alguna cosa o persona.

b.- Una segunda comunicación en franca contradicción con la primera afirmación.

c.- La imposibilidad para el sujeto de hacer comentarios denunciando dicha contradicción a fin de no poner en peligro una relación esencial y muy importante en su vida, (por ejem con sus padres).

NOTA; El anterior concepto es designado con los mismos elementos por otros autores como "doble mensaje", o contradicción. (Watzlawick 1975).

Dichos elementos han sido señalados por Watzlawick. (1975).

PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS.

Presento en esta seccion el trabajo llevado a cabo con las familias ,asi como los aspectos más relevantes obtenidos durante la observación de lo ocurrido en las sesiones familiares , se presenta además como se mencionó anteriormente el informe de la historia clínica extrayendo de él los datos mas esenciales para este trabajo con el objeto de dar idea acerca del paciente, del tipo de problematica familiar que lo envuelve en el momento del trabajo con su familia, y del tiempo de evolución de la enfermedad con el objeto de enmarcar la situación social de cada paciente.;

CASO I. SUJETO A SITUACION PERSONAL INTERPERSONAL

A es un sujeto de 28 años de edad, diagnosticado como esquizofrénico Paranoide en el momento de la realización del trabajo familiar ,hasta poco antes de su internamiento, A pasó todos los días en su casa fumando y tomando café y ha estado internado en una clínica psiquiatrica por un periodo de 4 años aproximadamente , los principales síntomas presentados por A son los siguientes;

1.- Aislamiento; es un sujeto muy retraido aunque amable con las personas.

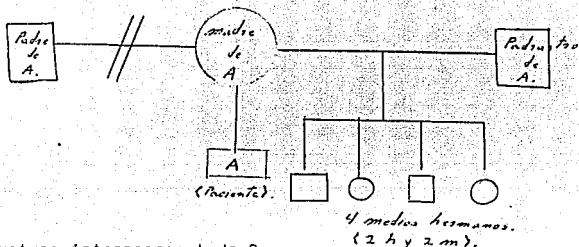
2.- Delirios; consistentes estos en la creencia de seres extraterrestres de otros planetas que le hablan por medio de la telepatia, construye historias acerca del origen de la nobleza de su familia , asi como dice hablar en las noches con fantasmas, recibir mensajes del demonio etc.

3.- Agresión; En ocasiones A toma actitudes violentas para con su madre (sobre todo), a los demás miembros de la familia (hermanos)casi no los agrede , sin embargo su actitud agresiva se centra sobre todo en relación a la madre a la que golpea por minimos detalles, dice de está que lo envenena, se burla de él, que no le da dinero, todos estos aspectos propician a decir de él la situación agresiva para con ella.

ESTRUCTURA DE LA FAMILIA DE A

La familia de A se componé además del paciente (A), de la madre de está, 2 medios hermanos de A (hijos del segundo matrimonio de la madre), A es el hijo del primer matrimonio de la madre, a partir del divorcio el padre de A no se ocupa en lo más mínimo de está y el abuelo materno ha suplido dicha función para él en la familia. Existen asimismo otros 2 medios hermanos de A (un hombre y una mujer) que no viven con él, sino con el padrastro de A, la madre de A se divorcio despues de algunos años de su segundo matrimonio.

FAMILIA DE A



Estructura interpersonal de A.

En general todos los miembros de la familia de A no se comunican en lo más mínimo con él, aislandolo y no permitiendole tomar parte en las situaciones sociales compartidas de la familia dicen que está enfermo, y que lo que dice no tiene sentido lo cual tiene el efecto de aislarlo de toda situación de intercambio social, y sumirlo en un mundo sin comunicación con los demás, para ellos A es un enfermo y por lo tanto no posibilitan su intercambio con miembros de fuera del círculo familiar, el lugar de A para su familia es su cuarto donde no debiera salir más de lo necesario, y esto necesario sería a tomar un café a un restaurante de la esquina a donde asiste solo realizando esto diariamente (a veces no), y después regresando a su casa en donde después de tomar los medicamentos, se encierra en su cuarto a escuchar música y posteriormente se duerme.

Su rutina es la misma al día siguiente en ocasiones cuando A tiene algún momento de agresión la familia piensa en internarlo de inmediato.

A carece de amigos y relaciones interpersonales fuera de su círculo familiar y en el momento del trabajo familiar esta internado en una clínica psiquiátrica a raíz de un altercado con uno de los medios hermanos (R) con el cual se peleó a golpes después de lo cual fue internado a pedido del mismo paciente.

Se planteó el trabajo familiar como una medida previa a la reinsertión de A en su grupo familiar a lo cual la familia accede; A continuación se transcriben los aspectos más relevantes de lo ocurrido en las sesiones familiares en donde se evidencia la problemática de A y sus relaciones familiares.

SESION FAMILIAR.

participación en las sesiones familiares la madre de A (Sra de 44 años,) B (medio hermano de A, 24 años.), R (medio hermano de A, 19 años), y A el paciente.

La sesión la comienza la madre con el siguiente diálogo; madre; Que bueno que estamos reunidos aquí, porque así ante el

Doctor podremos hablar de cuales son nuestros problemas y de las cosas de la familia, no lo creen hijos.

B (hermano); si, asi es creo que es importante hablar de las cosas.

R (hermano); yo creo que en casa no pasa nada, y no veo para que hablar;

Madre; Como que no pasa nada, si R casi no sale de casa ,se la pasa todo el dia fumando y tomando cafe,yo creo que eswta deprimido algo le ha de hacer falta.

A (paciente); Tu como sabes que estoy deprimido, Doctor vea como esta señora me dice cosas que luego ni siquiera sabe.

Terapeuta; Si las cosas se hablan se podran aclarar y poner de acuerdo.

Madre; yo nunca dije que tu estuvieras deprimido, solo digo que veo que ya tienes varios años asi y que no sales adelante en la vida.

R (hermano); si mi Mamá no te ha dicho nada.

A paciente; Me acabas de decir que estoy deprimido y luego dices que no lo estoy ,yo no entiendo lo que pasa en la casa parece una casa de locos,donde solo hay enfermos.

R (hermano); nosotros no estamos enfermos.

PODEMOS OBSERVAR EN LO ANTERIOR LA PRESENCIA DE UNA COMUNICACION DE DOBLE VINCULO (la madre afirma primero que su hijo esta deprimido y posteriormente niega su propia afirmación).

Madre; yo lo digo porque veo que luego uno se ha de sentir mal de estar todo el dia fumando en la cama, como si estuvieras enfermo y eso es estar deprimido.

A paciente; Tu como sabes cuando estoy bien o mal, si ni siquiera hablas conmigo, todo lo inventas.

Madre; yo si hablo contigo, aunque a veces no tengo tiempo de hablar contigo.

LO ANTERIOR SE PUEDE ENTENDER CON BASE A LOS ELEMENTOS MENCIONADOS COMO UN MENSAJE CONFUSIONAL.(hablo contigo, pero no tengo tiempo de hablar contigo).

B hermano; Creo que hay cosas de las cuales si es importante hablar y una de ellas, es que desde que mis padres se divorciaron siento la casa muy sola.

A paciente; siempre he creido que mi madre se siente muy sola y por eso creo que es nuestro deber cuidarla y acompañarla.

R (hermano) mi madre sabe que nosotros vamos a hacer nuestra vida y siempre nos ha dejado hacerla.

Madre; yo siempre he querido que todos ustedes hagan su vida y tengan su familia, claro aunque yo me quede sola.

NEUAMENTE ES POSIBLE APRECIAR UN DOBLE MENSAJE .(quiero que ustedes hagan su vida, aunque si la hacen me quedare sola.).

A paciente ; si yo me fuera tu te quedarias sola y yo no quiero que tu te quedes sola ,luego por eso no salgo de casa, por si tu regresaras y me necesitaras.

madre; yo no te necesito , para que quiero alguien que solo esta

fumando todo el día.

EN ESTO ULTIMO APARECE LO QUE SE CONSIDERA UNA DESCONFIRMACION. (Se niega la validez de el paciente en su existencia y como fuente de toda afirmación; "yo no te necesito", lo descalifican como persona, A no es alguien necesario en la casa para nadie, por lo tanto no tiene lugar).

En otro momento del trabajo con la familia ,se presenta otro diálogo significativo;

A paciente; Es que no me toman en cuenta, yo hablo de cosas importantes, del rey arturo, de un reino magico, de la biblia, y ustedes me salen con trivialidades .

R (hermano); esas cosas no existen y nosotros si hablamos de cosas reales , no de cosas que solo los locos inventan.

A paciente; Son cosas que estan escritas en la biblia y que se pueden encontrar en los libros.

EN LA RESPUESTA DEL HERMANO SE PUEDE APRECIAR LA DESCALIFICACION DE A COMO FUENTE DE INFORMACION (solo los locos hablan de eso).

madre; son cosas muy elevadas que nosotros no podemos entender y que pueden ser de esas que se inventan o que a lo mejor son de verdad, o que son de esas que no existen.

A paciente; yo necesito que ustedes me digan que es lo que piensan verdaderamente de lo que yo les digo, necesito hablar para saber que existo.

Madre; nosotros te decimos verdaderamente lo que pensamos.

R (hermano); si te decimos que estamos interesados en ellas.

HACE UN INSTANTE LE MENCIONO QUE ERAN COSAS QUE SOLO LOS LOCOS INVENTAN . (mensaje confusional).

A paciente; a veces me dicen que si estan interesados y otras veces que lo que les digo, no es cierto, y son cosas de locos como me lo acaban de decir.

madre; nosotros no hemos dicho tal cosa.

R (hermano); si nosotros no hemos dicho nunca eso.

UNA COLUSION MESCLADA CON DOBLE MENSAJE DONDE NUEVAMENTE SE NIEGA LO QUE SE HA DICHO.

A paciente; siento que a veces me dicen las cosas por darme por mi lado, pero que no hablan verdaderamente conmigo.

EN OTRO MOMENTO DE TRABAJO CON LA FAMILIA SE PRESENTA EL SIGUIENTE FRAGMENTO DE DISCURSO.

madre; Hay algo que siempre te hemos dicho y eso es que siempre te hemos dicho la verdad, nunca te hemos mentido.

A paciente; Recuerdo que cuando yo tenia 5 años tu me dijiste que mi padre verdadero era el señor B tu segundo esposo y yo te lo crei, hasta cambiaste el acta de nacimiento y que un día que te peleaste con él me dijiste que él no era mi verdadero padre.

Madre; Te lo dije para que no te sintieras mal de que yo tuviera, luego a tus medios hermanos y creyeras que eras menos por no ser hijo verdadero del señor B mi segundo esposo.

A paciente; pero ahí sí me mentiste, o no fue cierto que me mentiste.

Madre; siempre te hemos dicho la verdad, en esa ocasión fue una mentira piadosa, y además creíamos que no te íbas a dar cuenta, veo que eres un ingrato, después de todo lo que uno hace por ti.

LA MADRE LE DICE QUE SIEMPRE LE HAN DICHO LA VERDAD Y POSTERIORMENTE QUE ESO FUE UNA MENTIRA, (esto último nos sugiere nuevamente la presencia de un mensaje confusional en este fragmento de discurso).

R (hermano); después de todo lo que mi Mamá hace por nosotros todavía te atreves a reclamarle.

A paciente; Hay ocasiones en que no sé lo que es verdad y lo que es mentira, ustedes me dicen que yo recibo dinero de las comisiones por las ventas que hice para la fábrica hace 10 años, pero otras gentes me dicen que no es posible que después de tanto tiempo todavía me lo estén dando.

Madre; Tu recibes un dinero que te manda tu abuelo y el dice que son comisiones, aunque yo no sé si todavía te pueden dar comisiones después de 10 años, puede ser cierto, o puede no ser cierto.

A paciente; como saber la verdad, si no me hablan claramente.

NOTA; EN LA REALIDAD LA MADRE LE DIJO A EL PACIENTE DESDE LOS 5 AÑOS HASTA LOS 10 QUE EL ERA HIJO DE SU PADRASTRO (el señor B) Y DESPUES DE UN DISGUSTO CON ESTE LE DIJO LA VERDAD, (anteriormente le había mentido). (A recibe cierta cantidad de dinero mensualmente que su abuelo materno le manda para ayudar a su madre con los gastos, pero a A no se le dice que ese dinero es una ayuda sino que se le hace creer que fue por las ventas que hizo hace 10 años a la fábrica del abuelo, a decir de la madre para que no se sienta "mal", lo anterior nos sugiere nuevamente la presencia de un DOBLE VINCULO en virtud de que al sujeto se le da una información contradictoria en dos niveles.

CASO 2. SUJETO B.

SINTOMATOLOGIA:

B es una muchacha de 32 años de edad, diagnosticada como esquizofrenia paranoide, y en el momento de realización del trabajo con la familia B se encuentra internada en una clínica psiquiátrica, un síntoma en B es la recurrencia a la droga (marihuana), sistemáticamente con el objeto a decir de ella, de calmar sus ansiedades y de estar tranquila, otra característica en B es su promiscuidad sexual, al no tener dinero para obtener la droga ofreció su cuerpo a cambio de está para así poder obtenerla, B ha recurrido a diversos tipos de drogas desde la edad de 22 años, por lo tanto hace 10 años que recurre a ellas, las principales han sido marihuana (principalmente), ha estado internada en varios hospitales psiquiátricos por cortos espacios de tiempo, y el diagnóstico se fundamenta en su aislamiento, conducta retraída, evitación de todo vínculo social, escucha de voces, soliloquios, y afecto inadecuado, de acuerdo a los síntomas presentados es posible ubicar a B como un tipo de paciente cuya sintomatología está en concordancia con los criterios expuestos por la definición del DSM III, y que son descritos dentro de lo que se denomina sintomatología esquizofrénica.

En ocasiones anteriores y con el fin de obtener la droga B robaba objetos de casa de su familia y los vendía por poco dinero, esto ocasionó en varias ocasiones internamientos a pedido de la familia como castigo por los actos cometidos.

La familia de B esta compuesta por la madre (figura primordial en el hogar), el padre (un hombre a decir de todos débil y cansado), y dos hermanas, una mayor de 35 años, que llamaremos S, y una de 24 años que llamaremos M. Esta familia proviene de clase alta, por lo que para ellos es inadmisibles que B frecuente los barrios bajos de la ciudad que es en donde consigue la droga y realice sus actividades de todo tipo (amistades y sexuales).

B ha estado en la cárcel en una ocasión por conducta delictiva y ha abortado en 3 ocasiones, acerca de lo cual ella menciona que hubiera querido tener el producto, más sin embargo a su decir fue obligada a abortar en 2 ocasiones por su madre, lo anterior ha generado en B intensos sentimientos de culpa persecutoria y reproches hacia su madre por haberla obligado a hacerlo.

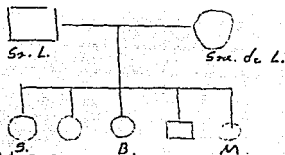
La ocupación de B durante los años anteriores a su enfermedad e intermitentemente durante está, es la danza moderna, actividad en donde fue en un tiempo independiente y llegó a vivir sola en la ciudad de Nueva York regresando a México a pedido de la madre debido a que el padre había abandonado el hogar y según la madre ella podía hacer que esté regresará.

El comienzo de la enfermedad de B ocurre hace aproximadamente 4 años en donde su conducta empieza a cambiar transformandose en una persona solitaria que se ríe sola, de conducta deshinbida, (en el aspecto sexual), empezando a escuchar voces que la llaman por su nombre cuyo contenido se refiere a la madre mencionándole que está ha muerto.

Por el tiempo en que comienza la enfermedad a decir de la familia B abandona la danza moderna, y se dedica a actuar en cabarets en espectaculos de desnudos, strip tease, y burlesque sin importarle las criticas de su familia a dichas actividades, y aumentando su promiscuidad sexual.

En el momento del trabajo familiar B lleva 10 meses internada y en la familia existe el temor de que si vuelve a casa la conducta anterior se repita, sobre todo los robos de objetos valiosos así como lo referente a la drogá, se considera conveniente proponer a la familia dicho trabajo con el objeto de permitir la reintegración de B a su nucleo familiar a su salida del hospital, una vez que esté haya producido cambios sustanciales en la comunicación del sistema familiar, en un comienzo el padre no quiere asistir bajo el pretexto de estar cansado del trabajo, sin embargo las hijas logran convencerlo de la necesidad de esté, por lo que acepta.

FAMILIOGRAMA;



participantes; madre de 55 años Sra de L.
padre de 58 años Sr L.
S (hermana) 35 años.
M (hermana menor) 24 años.
B (paciente) 32 años.

Fragmentsos significativos de las sesiones familiares;

Madre; Pues si estamos aquí es para hablar de porque las cosas no han resultado con esta niña, que es lo que ha fallado, porque yo le he dado todo y he puesto todo de mi parte, he hecho todo por mis hijas de nada se pueden quejar.

B paciente; hubiera querido que se me dejara en paz desde niña, recuerdo que siempre has andado detras de nosotros.

madre; tu no sabes lo que dices, tu siempre lo has tenido todo, siempre fuiste una niña rebelde que no servia para nada, más que para acostarte con quien se te ponga enfrente, o que no es cierto?.

EN LO ANTERIOR PODEMOS ENCONTRAR UN ELEMENTO POR PARTE DE LA MADRE HACIA B EN DONDE DESCONFIRMA SU DISCURSO (tu no sabes lo que dices).

S (hermana); bueno Mamá, pues es que B siempre tuvo su pegue con los muchachos, dejalá, ha tenido suerte.

madre; si suerte, pero que tipo de hombres se consigue, para gente del pueblo que no sirve para nada.

B (paciente); Quisiera que mi Papá dijera algo.

Padre; Que quieres que diga hija, si no tengo nada que decir.

B (paciente); Pues que piensas tú de lo que dice mi madre, estás o no de acuerdo.

Padre; Yo hay muchas cosas de ustedes, mis hijas que no sé, no conozco mucho de ustedes y se lo puedo decir aquí al Doctor, he estado alejado de la familia durante muchos años.

M (hermana); Si, como cuando te fuiste con esa otra mujer y nos dejaste.

Padre; eso ya paso, no tiene caso recordarlo.

B (paciente); Mi Papá tiene razon, para que recordar cosas que ya pasaron.

Madre; Estamos aquí para hablar del problema de B y no de otras cosas que ya no tienen por que salir ahorita.

B (paciente); Si, como lo del aborto, verdad Mamá que tu me obligaste en dos ocasiones.

Madre; si te obligue porque yo iba a tener que mantener a ese hijo tuyo, ya que ni marido tenias, no sabias de quien era, así como no sabes nada.

PODEMOS APRECIAR COMO UN ELEMENTO DE DESCONFIRMACION SE REPITE NUEVAMENTE .(tu no sabes nada).

B (paciente); yo queria tenerlo y tú me obligaste a hacerlo.

padre; Tuviste un aborto hijita, y porque yo no me enteré?

S (hermana); Como te vas a enterar, si nunca te enterás de nada como si no estuvieras.

M (hermana); Tampoco te enteraste que B estuvo bailando en los teatros como bailarina de burlesque y que salia casi desnuda.

B (paciente); Eso es arte, y si es arte, no importa como salgas.

padre; Tampoco me enteré de eso hijita, hay muchas cosas que yo no sé.

madre; Bueno, lo que importa es que esta niña cambie, porque si va a regresar a la casa, no vamos a volver a lo mismo, y a estar cuidando las cosas.

S (hermana); Recuerdo que era terrible, estar siempre cuidando las bolsas, porque podía faltar dinero en cualquier momento.

B (paciente); Yo estoy dispuesta a cambiar si es que ustedes cambian y me tratan diferente.

Madre; Y como quieres que te tratemos si siempre te hemos tratado bien.

B (paciente); Siempre le han dado lo mejor a mis hermanas, ustedes se avergüenzan de mi ante la familia, siempre quieren que esté en mi cuarto, dicen que estoy loca.

madre; Yo nunca he dicho que nos avergüenzamos de tí, aunque acepto que eres la vergüenza de la familia.

ESTO ULTIMO TIENE ELEMENTOS PARA PENSAR EN UN MENSAJE CONTRADICTORIO (CONFUSIONAL);(no me avergüenzo de tí, pero eres la vergüenza de la familia).

B (paciente); a veces con las cosas que me dicen no sé, si estoy enferma o estoy loca por culpa de ustedes.

madre; una cosa es estar enferma y otra estar loca, loca no estas aunque haces cosas de locos.

NUEVAMENTE HAY UN MENSAJE CONTRADICTORIO (no estás loca, pero haces cosas de locos, por lo tanto estas loca).

B (paciente); una cosa de locos sería querer ser independiente y no que lo traten a uno como a una niña, me siguen diciendo niña a la edad que tengo.

Madre; para mí siempre serás una niña, tengas la edad que tengas, aunque debo aceptar que ya eres grande.

MENSAJE CONTRADICTORIO (eres una niña y a la vez ya eres grande).

M (hermana); Mi Mamá te lo dice de cariño.

B (paciente); si no me tratan como a una persona normal, como pueden pedirme que lo sea.

madre; comportate como debe de ser y así te ganarás el trato de una persona normal, no de una loca, que es eso de salir casi encuerada a bailar en los teatros, eso no es decente.

B (paciente); la danza y el arte son cosas que van muy unidas, si yo lo hacia era para demostrar que puedo ser artista y que puedo mantenerme sola.

Madre; eso no es de gente decente, o no es así hijas (las mira fijamente en ese momento).

M (hermana); tienes razon Mamá.

S (hermana); habria que pensarlo mejor, tu Papá no dices nada.
padre; no tengo nada que decir.

NOTA; Run cuando no se encuentre en el padre ningún mensaje comunicacional contradictorio a nivel de su discurso es importante señalar su desvalorización y silencio frente a la madre y sus hijas, podemos pensar en un padre completamente anulado en cuanto a su función en la familia.

En otra de las sesiones de trabajo con la familia, se presenta el siguiente fragmento significativo.

madre; hijas, su padre no me da dinero, y yo ya no tengo, no sé que es lo que vamos a hacer.

M (hermana); si estamos aquí en este tratamiento, es para hablar de lo que pasa en casa, sería bueno hablar de eso aquí.

padre; lo que sucede es que no me han pagado.

madre; tienes diciendo de eso hace meses, y sin embargo veo que te compras buena ropa y sales con tus amigos, y dices que no tienes dinero, veo que tu dices una cosa y luego otra.

B (paciente); eso es cierto Papá, tu dices una cosa y luego nos damos cuenta que no es cierto, no sostienes lo que dices.

padre; yo hija, he tenido muchos problemas en la vida y prefiero de eso no hablar.

B (paciente); para mí ha sido importante darme cuenta de que no sostienes lo que dices, porque me ha perjudicado mucho en la vida y me ha hecho que no crea mucho en ti, ni en general en la palabra de los hombres.

madre; eso es cierto los hombres son todos unos mentirosos.

S (hermaná); si no creemos en los hombres como es que vamos a casarnos.
madre; si mis hijas no se casan, tal vez eso sea lo mejor, así no tendran una mala vida, aunque claro yo si quisiera que se casarán.

NUEVAMENTE UN MENSAJE CONTRADICTORIO; (tal vez sea mejor que no se casen, aunque si quisiera que se casarán).

B (paciente); madre, a veces dices una cosa y luego dices otra al mismo tiempo, yo me confundo mucho y no sé lo que quieres decir.
madre; si te confundes es porque estás loca, yo soy muy clara, o no es así hijas?

m (hermaná); yo sé Mamá que tu nos quieres mucho.

S (hermaná); tal vez si mi Papá nos dice alguna cosa esto se aclaré, o tu que dices Papá?.

APARECE EN LO ANTERIOR UN MENSAJE DESCALIFICATORIO HACIA B (estás loca, por eso te confundes).

padre; no se hija.

B (hermaná); parece ser que no sabes nada de nada Papá, nunca nos apoyas, es que no te importamos, nos dejas a merced de mi madre.
padre; si las apoyo hijas, pero sólo que no me gusta contradecir a tu madre.

madre; nada más faltaba que tu me atacarás, despues de lo que has hecho.

CASO # 3. SUJETO C.
SINTOMATOLOGIA;

C es un sujeto de 29 años, diagnosticado como esquizofrenico simple, cuyos sintomas principales son ; la presencia de alucinaciones visuales y auditivas, la pobreza en su lenguaje, durante algún tiempo la ingesta de drogas (marihuana), la agresión física y verbal hacia la madre, el aislamiento y el autismo ante la sociedad.

C lleva aproximadamente 10 años de internamientos en diferentes hospitales psiquiatricos , el primero de los cuales ocurrió cuando cursaba los 15 años, por ingesta de droga (marihuana) el segundo fue entre los 18 y los 19 años, por las agresiones físicas y la ingesta de droga (marihuana) de ahí en adelante el cuadro se ha repetido continuamente, C cuando esta en su casa solo piensa en drogarse y agredir física y verbalmente a la madre, ha sido diagnosticado en diferentes instituciones como esquizofrenico simple, despues de cada episodio de agresión la familia solo piensa en internarlo como castigo y despues de a decir de la familia tenerlo unos días "guardado", al regresar a su casa nuevamente la situación se repite.

El delirio de C es referido a la madre de la siguiente forma ; " mi madre, no es mi madre, en realidad es el demonio el que se ha metido en el cuerpo de ella, y quiere matarme, yo a quien golpeo no es a mi madre , sino al demonio que se metio dentro de ella".

" mi madre tiene una navaja con la que quiere matarme , la saca por las noches y me la quiere enterrar, por eso me defiende".

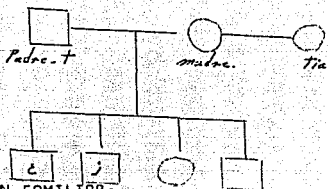
" mi madre en realidad no es mi madre, sino otra persona que solo me quiere hacer daño".

C es un sujeto de condición socioeconómica humilde , cuyo nivel de instrucción alcanza hasta el primer año de vocacional, despues comenzo la historia de los internamientos, es importante señalar los antecedentes familiares en este sujeto , el padre de C fue tambien drogadicto (utilizabá marihuana) , muere cuando C tiene 16 años, (justamente al comienzo de la enfermedad de C) fueron 4 hijos de este padre, C el primero de ellos, M el segundo, este es tambien un sujeto diagnosticado como esquizofrenico e internado en otro hospital psiquiatrico, luego siguen J (hermano de 24 años aparentemente normal , y por ultimo S (hermana de 19 años, tambien normal). la familia esta formada por la madre de C, señora A (57 años), y una tia hermaná de la madre (soltera que vive con ellos desde hace mucho tiempo).

C es un sujeto cuyo vínculo social con los demás es a través del cigarro (en ausencia de la droga (marihuana) solo se relaciona para pedir cigarrros), y practicamente carece de toda relación social con los demás, a excepción de su familia, en el momento del trabajo familiar esta internado desde hace un año en una clínica privada y se plantea el trabajo familiar como una medida previa a la posible reinserción de C en la sociedad.

A continuación se transcriben los aspectos más relevantes de lo ocurrido en las sesiones familiares, en donde se evidencia la problemática de C y sus relaciones familiares.

FAMILIOGRAMA DE C.



- SESION FAMILIAR -

participantes; madre de 57 años =señora A.
J hermano de 24 años.
T (tia del paciente) 55 años.
C (paciente. 29 años).

La sesión comienza con el siguiente diálogo;

C (paciente); porque me tienen encerrado aquí, si yo no estoy loco, no he hecho nada para que me tengan aquí.

madre; el otro día me agrediste, después de salirte a drogarte.

C (paciente); no te agredí a tí, lo que pasaba es que era el demonio el que estaba como tú, y por eso le pegue al demonio para que se fuera.

T (tia del paciente); no es cierto lo que esta diciendo C, es una broma como las que le gusta hacer seguido, verdad que es una broma?.

madre; debe de ser una broma, por que lo que dice no puede ser verdad.

Terapeuta; Es importante escuchar lo que C tiene que decirnos.

C (paciente); es cierto, yo vi como era el demonio, el que tenia una navaja y me queria matar con ella.

T (tia del paciente); este muchacho tiene mucha imaginación, desde niño me acuerdo que era así, no lo recuerdas hermana?.

madre; si, si claro, C desde niño fue muy imaginativo, el problema fue cuando comenzó a drogarse.

J (hermano); yo creo que es importante lo que C nos dice, porque si no le tomamos atención, entonces no nos damos cuenta de su enfermedad.

madre; dice esas cosas por bromas y por que se ha drogado mucho, todo el problema es la droga.

Terapeuta; es importante preguntarnos el porque de la droga, que ocurre en la familia, que alguien tiene que recurrir a la droga.

madre; a veces siento la familia, como algo que se esta hundiendo, C aquí internado, tu otro hermano en el otro hospital, algo falta que nos esta hundiendo.

J (hermano); Nos ha hecho falta alguien que ponga orden, cuando mi padre vivía, solo nos decía que habia que trabajar, sin embargo el se drogaba también.

C (paciente); Yo no recuerdo a mi padre, el también estaba loco,

y le sacaron los medicos el cerebro.

T (tia del paciente); no sigas bromeando, como se ve que te gusta mucho hacer bromas.

C (paciente); si esw cierto, yo recuerdo que como estaba loco, le tuvieron que sacar el cerebro.

madre; siempre con tu imaginación, y con tus inventos esas cosas tu sabes que no son ciertas, por eso estas aquí, y porque te drogas y me pegas.

C (paciente); yo le pego al demonio no a ti.

ES POSIBLE OBSERVAR LA NEGACION POR PARTE DE LA MADRE DE LA ENFERMEDAD DEL HIJA APOYADA POR LA TIA EN ESTE ASPECTO . (sin embargo no se observa ninguna forma de comunicación contradictoria que deposite al sujeto en el lugar den enfermo, sin que esté tenga alguna salida).

T (tia del paciente); es un muchacho con mucha imaginación.

J (hermano); tal vez si aceptamos la enfermedad de C, podamos estar concientes y tratar de ayudarlo verdaderamente.

madre; C no es un enfermo, lo que sucede es que como se droga se pone mal y entonces dice y hace cosas que no deben ser; pero no esta loco.

T (tia del paciente); Es como dije, solo un muchacho con mucha imaginación.

PODEMOS APRECIAR UN PUNTO INTERESANTE EN EL DISCURSO DE ESTA FAMILIA . (mientras la madre y la tia del paciente, parecen formar una alianza para negar la enfermedad de C, lo reprimido en ellas retorna en el hermano y en el mismo paciente haciendo reaparecer la enfermedad, sin embargo como mencioné anteriormente en este caso, no se observa en el discurso el tipo de comunicación contradictoria).

C (paciente); yo he visto como mi madre, se salé volando en su escoba y va como una bruja a acostarse con todos los hombres.

Madre; ay, hasta me da risa lo que te imaginas y lo que estas diciendo, mira que decir esas cosas.

T (tia del paciente); deberias de escribir un libro donde pusieras esas cosas, se venderia muy bien.

C (paciente) ; son cosas ciertas que yo he visto;

T ; lo que pasa es que ves mucha televisión.

Terapeuta; y si lo que C dijera fuera en parte verdad para él.

madre; si eso fuera estaria loco, y no lo está, lo que pasa es como se ha drogado se le ha desatado la imaginación.

T (tia del paciente); Tanta televisión le ha afectado el cerebro, pero esta bien.

MENSAJE CONTRADICTORIO (CONFUSIONAL); (le ha afectado el cerebro, pero esta bien).

J (hermano); mi hermano, no esta bien, tia, yo creo que verdaderamente algo le pasa.

T (tia del paciente); no le pasa nada, lo que sucede es que bromea y nos hace reir imaginando cosas.

madre; si lo que pasa es que es muy bromista'

SINTOMATOLOGIA.;

D es una muchacha de 25 años de edad, diagnosticada como esquizofrenica Paranoide , desde hace 5 años. Esta internada en un hospital psiquiatrico en el momento de la realización del trabajo a causa de intentos de autoagresión a si misma , acostumbra cortarse las venas y hacerse marcas en el cuerpo, escucha voces dialogando con ellas, que le dicen lo que debe y no debe de hacer, por otra parte D recurre sistemáticamente a la ingesta de ansioloticos sin ningún control medico como forma de calmar su angustia.

D es una muchacha de escolaridad universitaria que llevo incluso a ser pasante de una carrera universitaria, la cual no ejerce, por lo que tiene buen nivel de estudios así como un coeficiente intelectual ligeramente superior al termino medio.

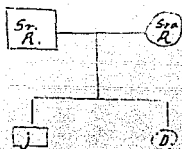
La historia personal de D nos puede asimismo dar algunos datos interesantes sobre su patologia así como el tipo de familia a la cual pertenece; los padres de D son de condición socioeconomica de clase media baja, y en las entrevistas familiares revelaron que durante su infancia ambos fueron muy carentes de muchas cosas, por lo que al casarse tuvieron la idea de formar a decir de ellos una familia perfectamente " feliz ", que no tuviera ningún problema y que fuera un ejemplo a la sociedad mexicana, solo tuvieron 2 hijos, el mayor un varon al que llamaremos J quien tiene actualmente 27 años, es administrador de empresas y ha estado en tratamiento psicoterapeutico a causa de una neurosis obsesivo compulsiva, persistiendo aún en dicho tratamiento, y D la paciente de la cual hablamos, los padres mencionan con orgullo la infancia de sus dos hijos mencionando que no hubo ningún problema en la infancia de ambos, fueron unos niños modelos que inclusive fueron galardonados con medallas escolares, así como premios por ser siempre lo más limpios, los más puntuales, inclusive los padres guardan con orgullo las calificaciones y reconocimientos otorgados a sus hijos mencionando la idea de que toda la gente que los conocia hablaba de ellos como una familia modelo en la sociedad mexicana, ellos mismos tomaron cursos sobre como educar a sus hijos, fueron a una escuela para padres en donde les enseñaron conocimientos de psicología educativa, así como consejos de bienestar y salud para el bienestar de la familia.

Al llegar a la adolescencia las cosas empiezan a cambiar la hija (D), ya no es tan obediente, ni se deja conducir por los consejos de sus padres que pretenden guiarla como cuando era una niña, el hijo empieza a desarrollar formas de conducta obsesiva que preocupan a sus padres, D comienza a ir a fiestas y los padres al comienzo pretenden ir con ella, ante la negativa de está , esperan en su casa despiertos hasta que ella regresé por miedo a lo que le pudiera pasar debido a los peligros de la ciudad, preocupados por la conducta de su hija al decir de ellos la ven muy angustiada consultan a un psiquiatra quien receta ansiolíticos, con los cuales se inicia la adicción de D a dichos medicamentos, así como adicción a medicamentos para adelgazar los cuales toma como los anteriores sin ninguna prescripción medica.

A medida que pasa el tiempo y durante los estudios

universitarios de D, la preocupación de los padres por lo que pasa con su hija, acentúa los síntomas de está, empieza a hacerse cortes en las manos y luego en el cuerpo como una manera de sentir "como es la sangre", posteriormente a decir de los padres pasa varias noches sin dormir hablando sola, leyendo novelas donde a decir del padre se siente la protagonista, para posteriormente dejar de alimentarse durante varios días, y finalmente intentar suicidarse ingiriendo una gran dosis de medicamentos para así a decir de ella "terminar sus días, como muere una flor en invierno", los acontecimientos anteriores llevan a una internación de D en una clínica privada donde se realiza el diagnóstico mencionado y se sugiere una psicoterapia familiar como una medida previa a la reinserción de D en su grupo familiar.

FAMILIOGRAMA DE D.



- SESIONES FAMILIARES -

participantes; madre de 49 años Sra R. (ama de casa).
 padre de 52 años Sr R. (dueño de una imprenta).
 hijo de 27 años. J. (administrador de empresas).
 paciente de 25 años D. (pasante de una carrera universitaria).

La sesión es iniciada por D (paciente), con el siguiente diálogo.
 " Siempre he pensado que falta libertad en la casa, y ahora que estamos aquí, creo que es una buena oportunidad, para poder hablar de eso"

Sr R (padre); Creo que siempre en la casa ha habido mucha libertad, y eso no les ha faltado hijita, o no es así mujer?.

Sra R (madre); por supuesto que siempre en la educación de ustedes, hemos cuidado ese aspecto, claro pero siempre cuidando de ustedes, como lo mandan las buenas costumbres.

D (paciente); pues, yo no estoy de acuerdo, con lo que ustedes dicen, si hubiera libertad, no estarían cuidando de uno tanto, por ejemplo el otro día después de la fiesta en casa de mis amigas.

Sr R (padre); que paso, el día de la fiesta hijita?.

D (paciente); pues según recuerdo me fueron a dejar a la casa una de mis amigas y al llegar vi que tu estabas en la esquina con mi Mamá esperandomé en la esquina de la casa, imagínate lo que pensarían mis amigas!

Sr R padre; Pues tu sabes, que hay en estos tiempos muchos peligros en la calle, y no es por lo que tu puedas hacer, claro que yo confío en ti, aunque quien sabe.

MENSAJE CONTRADICTORIO (CONFUSIONAL); (confío en lo que tu hagas, pero quien sabe que puedas hacer).

D (paciente); pero imagínate la reacción de mis amigas, al verte a ti y a mi Mamá esperandomé a las dos de la mañana sin haberse dormido.

Sra R (madre); Al contrario, van a ver que todavía hay buenos padres que se preocupan por ti, unos padres irresponsables se van a dormir sin importarles lo que pasé.

D (paciente); pero yo tengo 25 años Mamá, no crees que eso ya no va con la época y mi edad.

Sra R (madre); Yo recuerdo con mucho cariño cuando ibas al kinder y yo te llevaba de la mano, a veces quisiera que esos tiempos volvieran.

Sr R; En esos tiempos ,eramos una familia muy feliz, sin problemas como ahora, creo que al crecer algo paso en la familia, pero sigue siendo muy feliz.

MENSAJE CONTRADICTORIO; (algo pasó pero sigue todo en la familia feliz, como intentando negar el acontecimiento que pudo haber perturbado la felicidad en los padres).

D (paciente); Que pudo haber pasado?

J (hermano); Yo recuerdo que un día mi hermana se intento suicidar tomando pastillas.

D (paciente); Lo hice porque la vida, ya no tenía sentido, pensé que para que vivir si todo ya esta marchito.

Sra R (madre); eso de marchito es de tus novelas que luego te pones a leer, y que nada más te hacen mal, deberías de pensar que con esos dramas, nos ocasionaste un mal.

D (paciente); Lo hice verdaderamente porque la vida ya no tenía sentido Mamá.

Sra R (madre); Para mí fue como un juego, un juego de niña donde no sabes lo que haces.

D (paciente); Tu crees que no se lo que hago, tu hablas por mí sin saber lo que yo siento.

SE PRODUCE UN SILENCIO DE ALGUNOS MINUTOS.

TERAPEUTA; Parece que algo sucede en la familia cuando D dice que hablan por ella.

Sra R (madre); No, Doctor, lo que pasa es que esta muy cansada y no tiene ganas de hablar.

D (paciente); como sabes que estoy cansada y sin ganas de hablar, ni siquiera me lo has preguntado!

Sra R (madre); pues porque sé lo que sientes y te pasa, por algo eres mi hija.

D (paciente); eso me recuerda. cuando por ejemplo en la secundaria a los 15 años, si preguntaban si yo tenía novio, tu contestabas, luego, luego, mi hija no piensa en esas cosas, como podías saberlo, yo si quería tener novio.

Sra R (madre); pues, es que estabas muy chica y a esa edad mi

hija no puede pensar ese tipo de cosas.

TERAPEUTA; Como puede Ud saberlo señora?

Sra R (madre); pues , por que es mi hija, y yo sé lo que le pasó.

D (paciente); no sabes, lo que me pasó Mamá.

Sra R (madre); Como no voy a saberlo, hija, si hasta compartimos la misma ropa, como super amigas.

D (paciente); Siempre me ha molestado mucho que te pongas mi ropa, es como si yo no tuviera intimidad, asi como que andes husmeando en mis cosas, hasta mi ropa interior revisas.

Sra R (madre); Bueno, yo lo hago por tu bien, que tal si tienes alguna infección y no te has dado cuenta.

TERAPEUTA; Que tipo de infección podria ser?

Sra R (madre); pues, no sé, una de esas infecciones del sexo que se contagian por cualquier cosa, aunque claro que yo tengo plena confianza en mi hija.

MENSAJE CONTRADICTORIO; (tengo plena confianza, pero ando husmeando en tus cosas).

D (paciente); tienes plena confianza, pero andas detrás de mi.

Sra R (madre); por que dices, que ando detrás de ti?.

D (paciente); por que será, si traigo mi morral de la escuela quieres ver que hay adentro, y hasta mis cuadernos investigas.

Sr R (padre); tu Madre, lo hace por tu bien ,hijita.

D (paciente); mi bien, que quieren decir con eso.

Sra R (madre); pues el hecho de cumplir con nuestro deber como padres, cuando tomamos el curso en la escuela para padres, nos enseñaron que no deberiamos de descuidar a nuestros hijos, sobre todo despues de la adolescencia por que ahí podian pasar los problemas, no es así esposo.

Sr R (padre); Eso nos dijeron los expertos en la escuela para padres, y conste que tenemos nuestro diploma.

D (paciente); pues con diploma o sin él yo siento que me han fastidiado mi vida con tanta vigilancia.

J (hermano); mis padres lo hacen por que eso debe de ser.

D (paciente); Leía un libro de una muchacha que estaba en una prisión y que solo podia terminar con su vida encontrando en la muerte la unión plena con su ser, creo que eso es lo mejor.

Sra R (madre); cuando te pones a leer tus libros y a hablar sola te fugas de la realidad, por eso creo que no te hace bien.

D (paciente); me fugo de la realidad?

Sra R (madre); Hasta cortadas te hiciste el otro día.

D (paciente); Fue por que una persona que estaba más alla de mí, me dijo que eso es lo que debería de hacer, una hermana en la otra vida.

Sr R (padre); La otra vida, hijita?.

D (paciente); Si, en la otra vida, yo tengo a otra mujer que soy yo, y somos varias personas, todas en una sola.

Sra R (madre); Cuando te oigo hablar así, pienso que estas loca, aunque claro está, creo que eres normal.

MENSAJE CONTRADICTORIO (CONFUSIONAL); (pienso que estás loca, pero eres normal).

Sr R (padre); no mi hija, no puede estar loca, solo está un poco desorientada, nada más.

TERAPEUTA; Que podría implicar el que su hija, estuviera enferma señor.

Sr R (padre); pues, un golpe terrible para la familia, porque nosotros hemos hecho todo bien, no hemos tenido ningún error en su educación, todo lo que nos han dicho lo hemos puesto en práctica, como podría ser que hubieramos fallado.

D (paciente); ustedes nunca cometén errores?

Sr R (padre); No somos perfectos, pero hacemos todo de acuerdo con las reglas y las normas de la buena conducta.

J (hermano); mis padres son para mí perfectos y en mi educación fue siempre de lo mejor, yo no noté nunca ninguna falla.

- En otro momento de las sesiones familiares, se produce el siguiente fragmento significativo.-

Sra R; Una de las cosas, que me pregunto, es por que será que mi hija anda tomando esas pastillas a cada rato, siempre anda como mareada, toda atarantada, que sé yo.

D (paciente); Pues si ando así, es porque de esa manera puedo conectarme con mi Yo más profundo, y con mi otra vida que está más alla de los cielos.

Sra R; Esas son cosas que inventas, y que tu sabes que no son ciertas, desde luego.

D (paciente); Como sabés, que no son ciertas?

Sra R; Pues, aquí tu hermano o el Doctor, podrán decir acerca de eso que dices.

Sr R (padre); Desde Luego hijita, que eso no puede ser cierto, creo que si tomás esas pastillas es porque tienes algún problema, que no quieres decirnos.

J (hermano); Como puede haber problemas, si todo debe de estar bien.

D (paciente); si todo estuviera bien, no estaría yo aquí.

Sra R (madre); Tu estás aquí, no porque estás mal, sino porque no estas bien, o sea creo que estás mal, pero estas bien.

MENSAJE CONTRADICTORIO (CONFUSIONAL); (estás mal, pero estas bien).

Sr R (padre); Creo que mi hija, va a salir adelante, aunque ahora este aquí.

D (paciente); Ustedes no saben, lo que es ser una drogadicta, que solo puede encontrar la felicidad en él más allá de las cosas de este mundo.

Sra R (madre); Como puedes hablar así, van a pensar que estás loca, pero ahora ya lo estoy creyendo.

J (hermano); Mi hermana es una desobediente que no sigue los buenos consejos que se le han dado.

D (paciente); Seré una desobediente, pero quiero vivir mi propia vida.

J (hermano); Tu debes de vivir la vida que mis padres te indiquen.

SINTOMATOLOGIA;

E es un muchacho de 19 años de edad, diagnosticado como esquizofrénico simple desde la edad de 16 años, su historia personal y familiar puede resumirse de la siguiente forma; Es hijo de un matrimonio de clase alta, siendo el primero de solo 2 hijos, desde muy niño, fue muy sobreprotegido por la madre, porque a decir de está "no sabía hacer las cosas, por sí mismo", "todo le salía mal", "siempre, había que ponerle maestro especial, para todo, nada podía hacer bien", en su infancia E realiza las actividades escolares, siempre con maestros especiales, y lleva una relación con la madre afectivamente más cercana, por contraste con su relación con el padre, al que rechaza, esté alcohólico, tiene frecuentes peleas con su mujer lo que determina un divorcio cuando E tiene 16 años, (comienzo de su enfermedad), todo comienza cuando E al irse el padre de casa comienza el también a aficionarse al alcoholismo (tal vez para substituir la figura del padre faltante ante la madre), por consejo del terapeuta de la madre (ella inicio dicho tratamiento, a causa de la depresión surgida por la partida del esposo), E es enviado a estudiar la preparatoria a la ciudad de Guadalupe, (con la intención de que se baste por sí mismo), una vez allí, empieza a escuchar voces, dice ser el cantante de moda de la república (Luis Miguel), se pone a cantar en una plaza pública, así como en el colegio, donde es expulsado también a causa de su alcoholismo, posteriormente de regreso en la Ciudad de México, va a vivir un tiempo a la casa de la abuela materna, y allí intenta violar a una sirvienta de la casa de al lado, lo que determina su hospitalización en un hospital Psiquiátrico privado, en donde se plantea la realización de una psicoterapia familiar, como una medida previa a la reinserción de E en su grupo familiar.

La hermana de E, a la que llamaremos L, es un año menor que él, no ha presentado ningún problema psicológico durante su vida.

E estudio únicamente hasta el primer año de la preparatoria sin poder hasta la fecha continuar sus estudios.

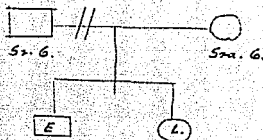
A raíz del divorcio la madre de E determinó que ella y sus 2 hijos, (E y L), fuesen a vivir a la casa de la abuela materna en donde E realizó el episodio ya mencionado.

La abuela materna de E es propietaria de una fábrica de muebles por lo que una de las ideas centrales de E, es el pedido de que le pongan una fábrica para hacerse cargo de ella.

A continuación transcribo lo más relevante de lo acontecido durante las sesiones familiares.

Podemos apreciar que en E se presentan algunas de las características que lo ubican dentro de lo que se denomina un cuadro de sintomatología esquizofrénica (DSM III, en Antecedentes en este trabajo), por lo que fue elegido el y su familia como parte de la muestra en este estudio.

FAMILIOGRAMA DE E;



SESION FAMILIAR;

participantes; E (paciente).
Sra G (madre).
L (hermana).

La sesión se inicia con el siguiente diálogo;

E (paciente); Yo, creo que ahora, que salgá de aquí, quiero hacer muchas cosas, como tener novia, trabajar, y que me pongan una fabrica para poder ser todo un gerente .

Sra G (madre); Tienes que tener calma, siempre fuiste un niño con muchos problemas, y creo que eso de la fabrica tu sabes que no es posible.

E (paciente); por que no si mis primos son gerentes.

L (hermana); el hecho de que ellos lo sean , no quiere decir que tu tambien puedas serlo, tienes mucho que estudiar y solo tienes apenas 19 años.

E (paciente); la edad no tiene nada que ver.

Sra G (madre); si tiene que ver, recuerda que siempre has tenido problemas para valerte por ti mismo.

E (paciente); yo podria valerme por mi mismo, si me dejaran hacerlo.

Sra G (madre); Creo que si podrias valerte por ti mismo, aunque no sé, siempre has sido alguien que no has podido, recuerda la escuela necesitaste maestro para todo, si no no salias adelante.

doble vínculo; (podrias valerte por ti mismo, pero siempre has sido alguien que no has podido).

E (paciente); por ejemplo si me ponen una fabrica de muebles, nada más es cosa de que yo los exporte a Europa y haga mucho dinero como mi abuelo.

L (hermana); pero piensa que aún no estas preparado, no tienes experiencia y nunca has trabajado, además que te hace pensar en que mi abuela te va a poner una fabrica.

E (paciente); y por que no si tiene mucho dinero.

Sra G (madre); no es cuestión de dinero, sino de que estes bien, y como digo tu necesitás de mi, eres como un niño pequeño en mis brazos, no puedes valerte por ti mismo, siempre me has necesitado.

E (paciente); Yo siento que cuando no estoy contigo, es como si fuera otra persona, como el cantante Luis Miguel.

Sra G (madre); si creo que pudieras valerte por ti mismo, aunque creo que tu no puedes hacerlo y me necesitas para todo.

MENSAJE CONTRADICTORIO; (puedes valerte por ti mismo, aunque no puedes y me necesitas para todo).

L (hermana); ya olvidate de Luis Miguel, tu no eres esa persona, ni cantante ni nada, tu no sirves ni vales para nada, todo lo que dices son locuras.

DESCONFIRMACION; (tu no eres nada, ni vales para nada, solo dices locuras, se niega a E como fuente valida de informacion).

E (paciente); a poco, si me dejara crecer el pelo, no seria yo como el cantante Luis Miguel, que tiene mujeres por montones.

L (hermana); Te digo que te olvidas de eso, además tu siempre has sido un fracasado con las mujeres, nunca te han hecho caso.

G (madre); Tu no estás en edad, de tener una mujer todavía.

E (paciente); y por que no, si ya tengo 19 años de edad.

G (madre); Estas todavía muy chico para pensar en mujeres, aunque otros de tu edad ya hasta tienen novia.

MENSAJE CONTRADICTORIO; (no tienes edad, para pensar en mujeres, aunque otros de tu edad, ya tiene novia).

E (paciente); por ejemplo, te acueras de Mariela, la muchacha que vivía en el pedregal, cerca de nuestra casa.

G (madre); Recuerda que además de ser una muchacha muy atractiva, su padre se enteró de lo que quisiste hacer con la sirvienta de la casa de al lado, eso es suficiente para que no te hagan caso, tu no puedes tener a esa muchacha admitelo, no eres capaz.

DESCONFIRMACION; (tu no eres como hombre capaz de tener a una mujer).

E (paciente); que quise yo hacer con la sirvienta de la casa de al lado?

L (hermana); Recuerda que te metiste y la quisiste violar, y que el dueño de casa salio con una ametralladora.

E (paciente); yo sólo queria jugar un rato con ella, como pasa en las películas, no era en serio.

G (madre); pues en serio, o no, estuviste en peligro de perder la vida, que tal si el dueño te mata.

E (paciente); En las películas, al muchacho bueno nunca le pasa nada.

L (hermana); pero tu no eres un muchacho bueno de una película, sino un inútil que no sabe lo que dice, ni lo que hace.

DESCONFIRMACION; (Tú eres un inútil, que no sabes lo que dices, ni lo que haces).

G (madre); Recuerdas que el otro día, en la privada donde vivimos, te dijeron que no entrarás, tan rapido en el auto porque podías atropellar a los niños que estan jugando, y que no hiciste caso.

E (paciente); Me dijeron eso?, cuando fue?

G (madre); Hace como dos meses.

E (paciente); por cierto que día es hoy?

L (hermana); no sabes, ni que día es ahora?

E (paciente); Ah, ya sé, estamos a 20 de abril.

NOTA; La fecha real era 30 de agosto.

L (hermana); Vés, no sabes ni en que día vives.

E (paciente); Estoy desorientado en el tiempo, a veces creo que escucho voces, que me dicen que soy Luis Miguel, y que debo de ponerme a cantar.

L (hermana); Eso que hiciste en Guadalajara, en Plaza del Sol, que pena, que dirian nuestros conocidos que te vieron que te pusiste a cantar, no quiero ni que sepan que eres mi hermano, me averguenzas.

G (madre); no creo que mi hijo, esté loco, aunque lo parece.

MENSAJE CONTRADICTORIO (CONFUSIONAL); (no esta loco, aunque lo parece).

L (hermana); y tambien, cuando les prestaste el coche a tus amigos y que lo chocaron, eso fue tremendo;

NOTA; En cierta ocasión despues de una fiesta E presto el auto de su madre a unos amigos que lo estrellaron.

E (paciente); Lo hice para que fueran amigos míos, creia que si lo prestaba ellos me presentarían a una muchacha que me gustaba.

G (madre); nunca tengas amigos, nunca confies en ellos, yo pienso que no hay que tener amigos nunca en la vida por las cosas que luego hacen, aunque son necesarios.

MENSAJE CONTRADICTORIO (CONFUSIONAL); (nunca tengas amigos, aunque son necesarios, o sea tenlos).

INTERPRETACION Y DISCUSION.

Presento en esta sección la interpretación de los resultados obtenidos así como la discusión, observaciones y conclusión de los mismos.

A los fines de claridad en la presentación presentaré, primeramente las formas comunicacionales encontradas en cada caso en las sesiones familiares presentadas, para posteriormente realizar una tabla general de resultados incluyendo las 5 familias estudiadas.

En la familia de A los elementos encontrados fueron los siguientes;

- doble vínculo; 2.
- mensaje contradictorio 5.
- respuesta tangencial; 0.
- descalificación; 2.
- colusión; 1

dichos elementos han sido validados de acuerdo a los criterios de valoración de las formas comunicacionales.

En la familia de B los elementos comunicacionales encontrados fueron a la vez los siguientes.

- doble vínculo; 0.
- descalificación; 3
- Mensaje contradictorio; 4.

En la familia de C los elementos comunicacionales a su vez fueron ;

- mensaje contradictorio 1.

En la familia de D los elementos encontrados fueron a su vez;

- mensaje contradictorio; 5.

En la familia de E se encontraron los siguientes elementos;

- doble vínculo; 1.
- mensaje contradictorio; 4.
- descalificación; 3.

Es posible a partir de los resultados anteriores construir la siguiente tabla con el total de los elementos comunicacionales encontrados en las 5 familias, teniendo en cuenta como se mencionó en el marco Teórico que esto corresponde a lo encontrado en un "momento dado", de un proceso Psicoterapéutico (Lewin K), y que se refieren a un corte realizado dentro del mismo proceso, sin dejar por ello de considerar que en un estudio longitudinal también de tipo observacional que abarque un mayor número de sesiones los elementos encontrados seguramente tendrían una totalidad sumatoria diferente, sabemos que los procesos Psicoterapéuticos en las familias pueden en algunos casos durar años, o interrumpirse después de cierto trabajo para retomarse después de algún tiempo, lo que nos arrojaría una cantidad de información diferente.

DOBLE VINCULO= 3.
MENSAJE CONTRADICTORIO= 19.
DESCALIFICACION= 8.
COLUSION= 1
RESPUESTA TANGENCIAL =0.

Los anteriores elementos creemos que son suficiente prueba para hacer constar de la presencia de una comunicación distorsionada en las familias estudiadas, y asimismo permiten una respuesta a la pregunta planteada inicialmente al inicio de esta investigación; ¿Cual es la relación entre la sintomatología del paciente cuyos síntomas entran dentro del cuadro denominado clínicamente como esquizofrenia y la peculiar interacción con su grupo familiar?, dicha respuesta puede a partir de los resultados obtenidos intentar plantearse de la siguiente forma; El grupo familiar en algunos casos produce un tipo de comunicación caracterizada como doble vínculo, mensaje contradictorio, respuesta tangencial, colusión, y descalificación, que tiene incidencia en el paciente identificado contribuyendo a su enfermedad, y depositándolo en el lugar de ser el reservorio de las tensiones y conflictos (chivo emisario ;Pichon Riviere), que se producen en el grupo familiar.

La pregunta inicial, se pretendió responder mediante una serie de observaciones que han sido registradas cuidadosamente en la situación específica denominada psicoterapia familiar, definida como una situación en la cual " la familia aborda libremente un tema bajo la coordinación de observadores participantes, llamados psicoterapeutas". (P Riviere 1977, pags 544,55). La hipótesis enunciada al comienzo de esta investigación; " En ciertos grupos familiares en los que se incluye un miembro cuya sintomatología es descrita dentro de lo que se denomina un cuadro esquizofrénico observar formas de comunicación como contradicción, mensaje doble, respuesta tangencial, doble vínculo, como manifestación de la inadecuada distribución de las ansiedades y estereotipos de los roles en el grupo familiar, entonces estas contradicciones afectan a dicho miembro cuyos síntomas son explicados en virtud de que funciona como depositario de las ansiedades y tensiones de su grupo familiar". puede a partir de los resultados obtenidos encontrar una respuesta que satisfaga dicha pregunta, esta puede enunciarse así; En los grupos familiares estudiados en esta investigación, durante el tiempo en que se realizo este estudio, fue posible encontrar efectivamente un tipo de comunicación contradictoria que incluía el doble vínculo, la respuesta tangencial, el mensaje doble, la contradicción, y puede afirmarse que en dichas familias, esas contradicciones insidían en dicho miembro pudiendo relacionar los síntomas presentados en virtud de que funcionaba como depositario de las ansiedades y tensiones que se presentaban en esos momentos en su grupo familiar.

Lo anterior nos informa acerca de haber alcanzado o no el objetivo perseguido con esta investigación, es posible afirmar que de las 5 familias estudiadas de acuerdo a la tabla presentada anteriormente, únicamente en la familia de C, no puede afirmarse que el tipo de mensaje contradictorio no desempeñara un papel esencial en la dinámica familiar, en dicho caso sólo se pudo

apreciar unicamente un forma de comunicación denominada mensaje contradictorio (confusional), por lo que es posible pensar en que quizás la enfermedad de este paciente es fundamentalmente de tipo organico y en dicho caso los factores psicodinamicos y de influencia familiar no juegan un papel esencial, sino que se vienen a agregar al cuadro en cuestión, sin que por eso sean o hayan sido determinantes en el curso de la enfermedad, por el contrario en el caso A, es en donde mayor cantidad de mensajes contradictorios y comunicación distorsionada encontramos (10), por lo que es posible afirmar que en dicho caso la comunicación distorsionada haya desempeñado un papel mas preponderante en la evolución de la enfermedad y contribuido al agravamiento del estado del paciente.

En los casos de B, D y E, considero que es posible apreciar el nivel de comunicación distorsionada a un termino medio de acuerdo a los datos de esta investigación, en dichos casos puede asimismo señalarse como el tipo de mensajes contradictorios insiden y se agregan a el cuadro de los pacientes en cuestión, por otra parte como se menciono en la introducción de este trabajo, no se pretende negar, ni poner en duda los factores organicos, hereditarios que tienen tambien su lugar de importancia dentro de la Etiología de la esquizofrénia, solamente afirmar que al lado de dichos factores organicos se agrega el factor llamado Funcional el cual esta directamente en relación con la comunicación interfamiliar y contribuye seguramente en el cuadro final, es posible pensar que investigaciones ulteriores podrán asimismo dar un peso diferente en una mayor proporción a el factor organico o al funcional, o finalmente a la interrelación entre ambos contribuyendo al mejor esclarecimiento del problema que esta Tesis no se proponia sino arrojar una poca de mayor comprensión, así como llamar la atención sobre la influencia del factor comunicacional en la enfermedad del esquizofrénico.

Otro aspecto importante a resaltar dentro de los objetivos alcanzados en la realización de este trabajo, es el de la posible interrelación en el campo de la Psicología clínica de la Teoría de la comunicación, con la Teoría del enfermo segregado de su grupo familiar, como se menciono en la introducción dentro de los trabajos revisados la unión de dichas teorías para aplicarse al estudio del paciente cuya sintomatología es descrita dentro de lo que se denomina un cuadro esquizofrénico y su familia era algo no realizado hasta ahora en México, por lo que el haber logrado esto es una contribución importante para la comprensión del enfermo cuya sintomatología es descrita dentro del denominado cuadro esquizofrénico y su grupo familiar.

Este estudio realizado es un estudio observacional denominado dentro de la investigación científica Expos-facto definida por Kerlinger (1975) como una "investigación empirica sistemática en la que el científico no tiene control directo de variables independientes porque sus manifestaciones son inherentemente no manipulables", de esta forma solo es posible observar las manifestaciones de las variables en juego en el grupo familiar, sin pretender influir sobre ellas, ni asimismo modificarlas, esto ultimo seria una limitación de este trabajo, y se podria sugerir en el futuro así como la realización de un

mayor número de estudios de este tipo para así poder comparar los resultados que se obtendrían, como el intento de realizar alguno de tipo experimental cuyos fundamentos Teóricos habría que definir en dicho momento.

SUMARIO Y CONCLUSIONES;

Esta investigación pretendió responder a la pregunta ¿Cuál es la relación entre el paciente cuya sintomatología entra dentro de lo que se denomina un cuadro de tipo esquizofrénico (DSM III) y la peculiar interacción con su grupo familiar? tomando como punto de referencia la hipótesis de E Pichon Riviere la cual afirma que el paciente en su grupo familiar, es el emergente de una situación que concierne a todo el grupo familiar, ya que el funciona como depositario de las ansiedades y conflictos grupales y se hace cargo de los aspectos patológicos de la situación que conciernen a todo su grupo familiar, la pregunta anterior se pretendió responder mediante una serie de observaciones registradas sobre 5 grupos familiares, interactuando cada uno de ellos en 5 situaciones específicas denominadas psicoterapia familiar haciendo un total de 25 sesiones de observación de 5 familias diferentes, para el análisis de los códigos comunicacionales se hizo uso de la Teoría de la Comunicación definiendo ciertas formas específicas de comunicación de acuerdo a ciertos elementos comunicacionales; dichas formas se denominan a su vez como; a) doble vínculo, b) mensaje contradictorio, c) respuesta tangencial. d) colusión. e) descalificación.

En base al análisis de los códigos comunicacionales de dichas familias en las que se incluía un miembro cuya sintomatología se ajustaba a la definición de síntomas esquizofrénicos de acuerdo a la definición del DSM III presentada en el capítulo de Antecedentes, realizando dicho análisis en la situación denominada "Psicoterapia Familiar", pudo encontrarse que en 4 de las 5 familias estudiadas se encontraron elementos que señalaron la presencia de elementos comunicacionales contradictorios (Doble vínculo, mensaje contradictorio, etc) en la comunicación de dichas familias hacia el paciente identificado por lo que puede afirmarse en base a la hipótesis inicial que la comunicación contradictoria contribuye a agregarse a la patología del cuadro así como desempeñar un factor fundamental en la evolución y patología de dichos paciente esquizofrénicos.

Este estudio esta limitado únicamente a la patología del paciente cuya sintomatología se inscribe dentro de lo que se denomina un cuadro esquizofrénico (def en Antecedentes) y en ningún momento niega la presencia de otro tipo de factores que pudieran agregarse al cuadro del paciente esquizofrénico (orgánicos, hereditarios, etc), contribuye de manera importante a señalar en que forma los aspectos comunicacionales influyen y afectan al paciente identificado acentuando su enfermedad y contribuyendo a su deterioro.

Toma como base para el estudio del paciente en la situación de Psicoterapia familiar a la Teoría del campo propuesta por K Lewin, y para el estudio de los códigos comunicacionales a J Ruesch y G Bateson, además de la referencia ya mencionada a E Pichon Riviere.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Ackermann, N.W. Family Therapy . En S. Arieti (comp) American Book of Psychiatry . Nueva York Basic Books 1966, vol 3.

Ackermann, N.W. ; Psychotherapy with the family Group. En Science and Psychoanalysis, vol 4 1960 pag 150.

Arieti, S ; Schizophrenic Patient in office Treatmente , En Psychotherapy of Schizophrenia, Third International symposium, Lausana , 1964.

Arieti S ; Schizophrenia cognition . Psycopathologi of schizophrenia, grune y stratton . N.Y. 1966.

Arlow , J A, y C Brenner (1964) Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory , Nueva York , Int Univ Press.

Bion W R (1957) Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities . Int J Psycho Anal 38 pages 266/75.

Bleger J. (1967) Simbiosis y Ambigüedad. Estudio Psicoanalítico . Buenos Aires Paidós.

Bleger J. (1976) Entrevista y Grupos. Ed Nueva Visión.

Berenstein I. Familia y Enfermedad Mental . Ed Paidós.

Cooper D. La muerte de la familia. Ed paidós (1977).

Didier Anzieu. La dinamica de los grupos pequeños. Ed Kapeluz 1980.

Engels F. El origen de la familia , la propiedad privada y el estado. Editores Mexicanos Unidos. 1980.

Esterson A . Dialectica de la Locura. F.C.E. Mxico. 1978.

Flügel . Psicoanálisis de la Familia . Ed Paidós 1975.

Frazier y Carr . Introducción a la Psicopatología. Ed El Ateneo. 1977.

Fromm Reichmann F (1939); Transference problems in schizophrenics. Psychoanal. Q 8 pages 412-426.

Fromm Reichmann F. (1956) Principles of Intensive Psychotherapy. Chicago . Univ of chicago press.

González A. Analisis de la Relación de Pareja. Ed Nueva Visión 1980.

Henry Hey. Tratado de Psiquiatria. 1980.

Jackson D . The Etiology of Schizophrenia. Basic Books. Nueva York . Grunne y Stratton. 1965.

Kenberg O. Teoria Psicoanalitica de las Relaciones Objetales. Ed Paidos 1978.

Kernberg O ; (1967) Borderline personality organization. J Am Psychoanal Ass 15 pags 641,685.

Laing R D. El Yo dividido. F.C.E. Mxico. 1978.

Laing R D. El Yo y los Otros. F.C.E. Mxico 1980.

Laing R D . Cordura, locura y Familia. F. C. E. Mxico. 1985.

Laing R.D. Critica a la Teoria de la esquizofrenia. Ed Cuervo. 1978.

Laplanche y Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis. Ed Labor 1980.

Lewin , K. Principles of Topological psychology. Mc Graw Hill, Nueva York. 1936.

Lewin, K. Field Theory in social Science; Selected Theoretical Papers. D. Cartwright (dir) . Harper y Row, Nueva York. 1936a.

Lewin ,K. A Dynamic Theory of personality. Mc Graw Hill, Nueva York, 1935.

Liendo E . Psicoanálisis del paciente y de su agente . Ed Nueva Visión. 1979.

Liendo E . Psicoanálisis del paciente y del ambiente. Ed Nueva Visión. 1979.

Liendo E y C Gear. Psicoterapia Estructural de la pareja y del grupo familiar. Ed Nueva Visión. 1980.

Little M (1958) ; On delusional transference (transference psychosis). Int J. Psycho Anal. 39 , pags 134, 138.

Little M (1966) Transference in borderline states. Int J Psycho-Anal 47 pags 476,485.

Mahler, M s. (1963): Thoughts about development and individuation. Psychoanal Study , Child 18.

Mahler M S , y M Furer (1960) ; Certain aspects of the separation

individuation phase. Psychoanal Q. 32 pags 1, 14.

MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. DSM III. American Psychiatric Association. versión 1986, y versión ISM9 1990. Masson.S.A.

Noyes y Kolb. Psiquiatria clínica Moderna. La prensa Mdica Mexicana. 1988.

Pichon Riviere E.; Algunas observaciones sobre la trasferencia en los pacientes psicoticos. Rev Psicoanálisis, 18. (1961), pags 131, /138.

Pichon Riviere E. La Psiquiatria una nueva problematica. Ed Nueva Visión. 1978.

Pichon Riviere E. El proceso Grupal. Ed Nueva Visión. 1978.

Pichon Riviere E. Teoría del Vínculo. Ed Nueva Visión. 1980.

Pichon Riviere E. (1964). Contribución a la Teoría psicoanalítica de la esquizofrenia. Rev. Psico Anal, 4 (1); pags 1/22.

Rosenfeld H. Estados psicoticos. Ed Horm. 1987.

Searles H. F. (1963). Transference psychosis in the psychotherapy of chronic schizophrenia. Int J. Pscho Anal 44 (3); pags 249, 281.

Searles H. F. (1974). The patient as therapist. En p Giovacchini (comp) Tactis and Techniques in Psychoanalytic Treatment - Countertransference aspects, Nueva York, Jason Aronson, Press.

Searles H. F. (1972). Función de las percepciones que el paciente tiene de la realidad del Analista en la trasferencia delirante. Practicas psicoanaliticas comparadas de las psicosis. Ed Paidos. (comp ; L Grinberg).

Searles H. F. Integration and Differentiation in Schizophrenia; An Over all View, British J of Med Psychology 32, 1959, pags 261-281.

Scalita Alberta B. Empleo combinado de las entrevistas familiares y la terapia individual en la esquizofrenia. American Journal of Psychotherapy, vol 22, 3, 1968.

Scalita Alberta B. The Intuitive Process, and its relation to work with Squizophrenics. J.Am.Psichoanal. Ass, 3; 10, 1955.

Ruesch y Bateson ; Comunicación, La matriz social de la psiquiatria. Ed paidos. 1978.

Referencias II. Tesis ;

Cardeña Amaya Ivette. La Psicoterapia familiar en un caso de una Clinica particular. (La orientación Psicoanalitica). Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicologia.U.N.A.M. 1982.

Flores Gutierrez Jos Luis. La familia del esquizofrénico, sus delirios, afecto inadecuado y dificultad en diferenciar los estímulos internos de los externos desde el punto de vista de la Teoría de la comunicación. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicologia U.N.A.M. 1980.

Hernández de Estevz Celia. Estudio Observacional de un paciente Psiquiátrico en el Hospital del ejercito Mexicano. (Psicoterapia Familiar). Tesis de Maestría. Facultad de Psicologia U.N.A.M.1977.

Orozco Beatriz . Psicoterapia Familiar. Tesis de Maestría. Facultad de Psicologia U.N.A.M. 1978.

Radosh Heiblum Raquel. La madre del sujeto esquizofrénico. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicologia. U.N.A.M. 1959.