

55
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*“Estados Emocionales en Pacientes
con Lupus Eritematoso Sistémico”*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

angelica
Laura Elena A. Ferrón Martínez

DIRECTOR: Dra. Anne Marie Brüggmann



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

México, D.F.



Noviembre de 1999

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
SECRETARIA ESCOLAR**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

277447



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la UNAM y su Facultad de Psicología por seguir siendo la institución en la que se gestan los proyectos y los sueños de sus estudiantes.

Gracias muy especialmente a la Dra. Anne Marie Brüggmann por su trato y disposición, al Dr. David Aurón quien me iniciara en el psicoanálisis, a la Lic. Ma. Carmen Montenegro por sus consejos y amistad. Al Dr. José de Jesús González y la Dra. Bertha Blum, por su tiempo, dedicación y conocimiento no solo para la realización de este trabajo sino en mi formación como profesionista.

Gracias al Dr. Miguel Romero Medina, por su apoyo y asesoría teórica y transferencial durante todo este tiempo.

Gracias al Dr. Manuel Martínez Lavín y a toda la gente del Instituto Mexicano de Cardiología Ignacio Chávez, por su apoyo que hizo posible esta tesis. Así como al Dr. Alejandro Arce Salinas y al Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX, donde surgió la idea de este proyecto.

Gracias, finalmente a los pacientes que con su colaboración nos ayudan a aprender de ellos y de nosotros.

*A la memoria de
Mayte Delfin Madariaga
(1958 - 1994)*

*A través del tiempo
seguiré los pasos
de tu sombra...*

RESUMEN

El presente estudio es una investigación no experimental, transversal comparativo de tipo exploratorio. La muestra estudiada se compone de 10 pacientes lúpicos que cumplen con los criterios diagnósticos del ACR. El estudio fue realizado en el servicio de Reumatología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX y en el servicio de Reumatología del Instituto Mexicano de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

El propósito del estudio surge del planteamiento de si las emociones negativas (principalmente el enojo y la agresión) que presentan los pacientes al inicio y durante la enfermedad interfieren con su afrontamiento y el curso de ésta.

Si bien el estudio es de tipo exploratorio, se plantearon dos hipótesis de investigación: que el manejo de la agresión en los pacientes con LES es de tipo intrapunitivo; y que existe una relación ente los estados emocionales y los episodios de LES.

Para medir el manejo de la agresión y su dinámica se utilizó el Test de Frustración de Rosenzweig en su versión traducida y adaptada a la población mexicana. Para observar los estados emocionales a lo largo de la vida y en el inicio de la enfermedad, se realizó una entrevista clínica con cada paciente. Con base en esta entrevista se elaboró la historia clínica de cada uno.

La primera hipótesis planteada fue refutada por los resultados aceptándose la hipótesis nula: el manejo de la agresión en pacientes con LES no es predominantemente intrapunitiva sino impunitiva.

La segunda hipótesis planteada si fue comprobada por los resultados: existe relación entre los estados emocionales de los pacientes y los episodios de activación de la enfermedad.

Además de las hipótesis planteadas, se encontraron los siguientes resultados:

- El inicio de la enfermedad coincide con situaciones existenciales críticas como la propia adolescencia (40%), la enfermedad de la madre (40%), el embarazo (20%) y la adolescencia de los hijos (20%).
- La reacción familiar ante la enfermedad fue de preocupación (50%) o bien de indiferencia (50%) y ambos tipos de reacción influye significativamente en la atención médica oportuna que el paciente recibió.
- Ante situaciones frustrantes, los pacientes reaccionan con necesidad de persistencia y referencia al objeto frustrante, por lo que tienden a bloquearse sintiéndose impotentes e indefensos.
- Los pacientes dirigen su agresión de forma predominantemente impunitiva, racionalizando sobre sus reacciones emotivas ante la frustración. Se les dificulta expresar su agresión de forma extrapunitiva ya que esto les genera sentimientos de culpa (manejo intrapunitivo).
- Los pacientes han vivido situaciones frustrantes consistentemente a lo largo de su vida principalmente en la relación con la madre (90%) y la pareja (60%). Las situaciones frustrantes predominantes son la vivencia de abandono (60%) y relaciones conflictivas (60%).

Los resultados nos permiten formular la siguiente hipótesis psicodinámica:

Los pacientes con LES tienden a expresar sus sentimientos de agresión, ira, insatisfacción, frustración afectiva y enojo dinámicamente contra sí mismos. La expresión mas clara de esta dinámica auto agresiva es la depresión que presentan los pacientes y la misma autodestrucción que corre a cargo de su sistema inmunológico.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1: Lupus Eritematoso Sistémico LES

1. Historia de la Enfermedad 1
2. Sistema Inmunológico
3. Enfermedades Autoinmunes
4. Relación entre Respuestas Emocionales y Sistema Inmunológico
5. Referencias

CAPÍTULO 2: Aspectos Médicos del LES

1. Síntomas Generales 8
 - Manifestaciones Dermatológicas
 - Manifestaciones Musculoesqueléticas
 - Manifestaciones Renales
 - Manifestaciones Neuropsiquiátricas
 - Manifestaciones Ginecológicas
 - Otras Manifestaciones
2. Tratamiento
 - DAINE
 - Corticoesteroides
 - Drogas inmunosupresoras
3. Referencias

CAPÍTULO 3: Aspectos Psicológicos del LES

1. La Psicología y las enfermedades Crónicas 15
2. Aspectos cognoscitivos de los pacientes con LES
3. Aspectos emocionales y personalidad de los pacientes con LES
4. Referencias

CAPÍTULO 4: Test de Frustración de Rosenzweig

1. Tipos de reacción ante la frustración 21
2. Dirección de la agresión
3. Aplicación
4. Calificación
5. Referencias

CAPÍTULO 5: Método

1. Diseño Experimental 25
2. Hipótesis
3. Variables
4. Muestra
5. Instrumentos
6. Procedimiento
7. Procesamiento de los Datos
8. Referencias

CAPITULO 6: Resultados	
1. Análisis Descriptivo	29
Descripción de la muestra	
Descripción de variables	
2. Análisis Cuantitativo: Test de Frustración de Rosenzweig	35
Tipo de reacción	
Dirección de la agresión	
3. Análisis Casuístico: Historias Clínicas	41
Situaciones frustrantes	
Relaciones familiares	
CAPÍTULO 7: Análisis y Discusión	
1. Análisis Descriptivo	47
Circunstancias psicosociales al inicio de la enfermedad	
Reacciones familiares ante la enfermedad	
2. Análisis Cuantitativo: Test de Frustración de Rosenzweig	
Tipo de reacción	
Dirección de la agresión	
3. Análisis Casuístico: Historias Clínicas	
Situaciones frustrantes y relaciones familiares	
4. Referencias	
CAPÍTULO 8: Conclusiones	54
CAPÍTULO 9: Limitaciones y Sugerencias	56
APÉNDICE 1: Cronogramas	
APÉNDICE 2: Historias Clínicas	
APÉNDICE 3: Pruebas Aplicadas	

Estados emocionales en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas implican para quienes las padecen un cambio radical en su vida. Los medicamentos, los cuidados necesarios y la connotación de "enfermo" hacen que la vida del paciente sea diferente. El enfermo requiere un cambio de hábitos y actitudes que repercuten en las esferas social, laboral y emocional.

Anteriormente, las enfermedades eran tratadas sólo desde el aspecto físico, dejando de lado las inquietudes, miedos y cambios en la vida del paciente. Actualmente existen cada vez más asociaciones mundiales que se preocupan por la calidad de vida del paciente y le procuran información dentro del contexto de su enfermedad.

Es decir, el conocimiento de la enfermedad no ha sido suficiente para el manejarla. Es conveniente un apoyo psicológico para ayudar a estos pacientes a entender las emociones que les despierta la enfermedad, que se convierte en un compañero no deseado para el resto de sus vidas.

En el caso de las enfermedades reumáticas el miedo a las deformaciones físicas, manchas en la piel y el tener que vivir con el dolor repercuten en la personalidad de los pacientes y pone a prueba su estilo de afrontamiento a la enfermedad.¹

Si bien en la actualidad el Lupus detectado a tiempo permite al paciente llevar una vida casi normal tomando sus medicamentos, visitando al médico a menudo para su seguimiento y limitando algunas actividades diarias, la enfermedad está siempre presente.

Es importante tomar en cuenta que siendo una enfermedad autoinmune, la homeostasis biopsicosocial es muy importante; ya que se ha comprobado que la actividad del sistema inmune disminuye en situaciones de estrés prolongado haciendo al organismo propenso a enfermedades del medio. En pacientes con Lupus este estrés puede llevar a cuadros de activación de la enfermedad.

Como además el 90% de los pacientes que padecen de Lupus son mujeres, los aspectos de maternidad, embarazo y parto cobran matices diversos debido a la enfermedad ya que su rendimiento físico y emocional se ve afectado. Los aspectos emocionales que giran en torno a esto se ven también afectados.

El autoconcepto de las pacientes repercute en sus relaciones sociales y afectivas, tanto en el núcleo familiar como en la relación de pareja y en las relaciones amistosas. Las relaciones afectivas son la principal fuente de satisfacciones y frustraciones para la persona. Vivir con una enfermedad crónica siempre desencadena frustración, enojo y agresión que se ven reflejadas, fomentadas o aminoradas por estas relaciones.

Cuando además el Lupus se presenta en adolescentes, se aumenta a la enfermedad en sí, la problemática propia del adolescente con respecto a los cambios hormonales y psicológicos. El adolescente en busca de independencia y socialización con su grupo de pares se ve coartado por la enfermedad. La familia puede tomar diversas actitudes ante el

padecimiento, desde el rechazo hasta la sobre protección. Los conflictos dentro de la familia ante la enfermedad pueden llevar al paciente a manifestar sentimientos de culpa y rebeldía por haberse enfermado afectando su autoestima y su personalidad. Estos cambios repercuten en la vida del paciente y en su actitud ante la enfermedad y su tratamiento.

Existen factores psicológicos determinantes en el curso del desarrollo de toda enfermedad. Como ya se mencionó, ante una enfermedad crónica, después de la angustia del comienzo, surge el enojo y la culpa en los pacientes. Preguntas como ¿por qué a mí?, o ¿qué hice para merecerlo? Son frecuentes entre ellos¹

La forma como el paciente exprese éstos sentimientos es fundamental para el tratamiento. Un paciente enojado es un paciente que no colabora con el tratamiento. Un paciente que se siente culpable y angustiado desarrolla un estado de estrés permanente que repercute en su sistema inmune, interfiriendo con el tratamiento.

Siendo el ser humano una unidad bio-psico-social, es de suma importancia entender los factores psicológicos que influyen en el desarrollo de la enfermedad física y acompañan su curso. En la bibliografía es posible encontrar abundantes trabajos sobre la influencia del estrés en las enfermedades físicas. Sin embargo, la investigación enfocada en las relaciones interpersonales del sujeto como fuente de frustración y gratificación son pocas. El papel de la familia o la pareja del paciente es básico para la intervención psicológica y el apoyo a éste².

El presente estudio pretende contribuir sobre éste aspecto, buscando la relación entre los estados emocionales provocados por la frustración, y las reacciones lúpicas, principalmente al comienzo de la enfermedad. Cuando el padecimiento se presenta, el paciente tiene ya una estructura de personalidad que va a determinar su estilo de afrontamiento a la enfermedad. Ya que la personalidad se desarrolla a lo largo de la vida con la influencia de las relaciones afectivas del sujeto, éstas juegan un papel muy importante en éste afrontamiento.

Como ya se mencionó, las relaciones afectivas a lo largo de la vida son fuentes de gratificaciones y frustraciones que estructuran la personalidad del sujeto. Desde el establecimiento del vínculo materno, se establecen formas de relación determinantes para el sujeto. Las frustraciones aparecen también desde esta etapa y la forma como la persona las tolere y/o las enfrente influyen en el desarrollo de su personalidad y a la vez depende de ésta.

Basado en las observaciones en pacientes lúpicos y la revisión bibliográfica realizada, se sugiere que existe en estas paciente una personalidad previa con características de pasividad ante la frustración de las necesidades afectivas y manejo intrapunitivo de la agresión. Este manejo genera devaluación y baja autoestima. Las relaciones interpersonales frustrantes que agreden física y/o psicológicamente a la persona, contribuyen al desarrollo de esta estructura de personalidad. Por esta razón, es importante para el objetivo de esta tesis, evaluar la tolerancia a la frustración de los pacientes y su manejo de la agresión.

Debido a la poca investigación con respecto al manejo de la agresión de los pacientes con LES, se plantea un estudio de tipo exploratorio en el cual se llevará a cabo un análisis causístico de 10 pacientes que padecen LES. Se llevará a cabo una historia clínica de cada uno con el fin de observar las situaciones que han forjado la personalidad del paciente a lo largo de su vida hasta el desarrollo de la enfermedad. Con esta observación será posible inferir las reacciones y estilos de afrontamiento del paciente.

Por otra parte se aplicará el test de Frustración de Rosenzweig para evaluar el manejo de la agresión ante situaciones frustrantes. Con esta prueba se pretende obtener un perfil de las reacciones de los pacientes con LES ante situaciones frustrantes en el medio cotidiano.

¹Wallace DJ, Hahn BH, Quismorio FP. Guía par el paciente sobre el Lupus Eritematoso. Sociedad Americana para el Lupus. 1993.

²Blau SP, Schultz D. Lupus The Body Against Itself. 2ªed. New York: Doubleday & Co.; 1984

CAPÍTULO 1: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO LES

1. PERSPECTIVA HISTORICA DE LA ENFERMEDADⁱ

Hace ya varios siglos, Hipócrates describía una enfermedad que atemorizaba tanto a los médicos como a sus víctimas. La describía como un mal que erosionaba y desfiguraba la piel y la carne de la cara de los pacientes. Realmente se desconoce a que enfermedad específicamente se refería Hipócrates; sin embargo, a mediados del siglo XIX, varios autores comenzaron a llamar a ésta enfermedad *lupus*.

La palabra *lupus* deriva del latín lobo y fue utilizada para nombrar un número de enfermedades cuyos síntomas en la piel simulaban la mordedura de un lobo rabioso. En 1840, el médico vienés Ferdinand von Hebra hace una distinción de la enfermedad llamada *lupus* indicando que a diferencia de otras que afectaban igualmente la piel, ésta presentaba una mancha predominante en la cara que se extendía de mejilla a mejilla, pasando por el puente de la nariz, simulando las alas de una mariposa.

En 1851, el médico francés Pierre Cazenave introdujo el término *lupus eritematoso* para definir una enfermedad caracterizada por su coloración roja (derivado del latín). De esta forma diferenciaba esta enfermedad no contagiosa de otras con síntomas dermatológicos similares. A partir de éste momento, la terminología en latín de *lupus eritematoso* se utilizó internacionalmente para definir la misteriosa enfermedad.

Posteriormente el médico vienés Moritz Kaposi (quien diera su nombre al Sarcoma de Kaposi) observó que otros síntomas como la fiebre, artritis y otros fenómenos sistémicos podían ser parte de la nosología del *lupus*.

Sin embargo, fue hasta los inicios del presente siglo que el médico canadiense Sir William Osler de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore publicó una serie de escritos que concluían, aún de manera incierta, que el *lupus eritematoso* era una enfermedad sistémica que afectaba a varias partes del cuerpo, no solo la piel, sino también el sistema musculoesquelético y los órganos internos, e incluso que podía presentarse sin manifestaciones cutáneas.

En las décadas siguientes, se logró hacer una distinción entre un sinnúmero de afecciones relacionadas y denominadas “*lupus eritematoso agudo diseminado*” diferenciándolas del “*lupus eritematoso discoide*”, el cual presenta únicamente síntomas cutáneos en forma de discos. El “*lupus eritematoso agudo diseminado*” fue posteriormente denominado “*lupus eritematoso sistémico*” (LES).

Definitivamente, la variedad de manifestaciones lúpicas es uno de los rasgos mas controversiales del *lupus*, ya que en los últimos 50 o 55 años, se han encontrado artículos de todas las especialidades médicas que describen síntomas de *lupus*.

En 1940, el *lupus* fue clasificado al igual que la artritis reumatoide y otras enfermedades crónicas como “enfermedades de la colágena”. Debido a las afecciones

musculoesqueléticas y a que la enfermedad se presentaba en adultos, fue catalogada dentro de la especialidad de la medicina interna y la reumatología.

Con los avances tecnológicos recientes, otra especialidad de la medicina ha tomado interés por el lupus tratando de encontrar su etiología. Se trata de la inmunología. Una de las respuestas inmunológicas es la inflamación, comúnmente generada por el sistema inmunológico en reacción a un agente externo de infección. En el lupus, la inflamación aparece sin un correlato de infección.

No existe aún una explicación de por que el sistema inmunológico ataca al propio organismo. Se ha demostrado que ciertos anticuerpos se encuentran activos en los brotes lúpicos; sin embargo, su actividad parece sin dirección o mejor dicho, con una dirección equivocada. En el lupus, a diferencia de otras enfermedades del tejido conjuntivo, o inflamatorias, el organismo parece dirigir su sistema defensivo (nada despreciable) contra sus propios órganos y tejidos, atacando furiosamente y en ocasiones destruyendo su propio ser.

En la actualidad, las enfermedades del tejido conectivo son conocidas también como enfermedades autoinmunes, haciendo referencia a sus manifestaciones de auto ataque a nivel celular. La artritis reumatoide entra también en esta categoría, pero es el lupus el prototipo de la enfermedad autoinmune en la que el organismo se ataca a sí mismo.

Para entender una enfermedad tan compleja es necesario contar con los conocimientos sobre el sistema inmunológico y las enfermedades autoinmunes. Además, para el propósito de esta tesis, las relaciones entre el sistema inmunológico y las reacciones psicológicas son de gran importancia teórica.

2. SISTEMA INMUNOLÓGICOⁱⁱ

La función fundamental del sistema inmunológico es proteger al individuo de organismos infecciosos (antígenos ajenos o no propios). Los linfocitos juegan un papel clave en este proceso, ya que están equipados con receptores únicos de los antígenos a los que está expuesto el individuo.

La palabra inmunidad viene del latín *immunitas*, que se refiere a las excepciones legales de varias obligaciones cívicas y penales de los senadores romanos. Históricamente, inmunidad significa protección contra la enfermedad, específicamente infecciosa. En su empleo clásico la inmunidad se refiere a la resistencia relativa del huésped para la reinfección iniciada por un microbio determinado.

La definición moderna de inmunidad es la reacción ante sustancias ajenas al organismo, incluyendo microbios y macromoléculas sin implicación fisiológica o patológica. La inmunología es el estudio de la inmunidad en su más amplio sentido, y de los eventos moleculares y celulares que ocurren después de que el organismo se enfrenta a los microbios o macromoléculas ajenas.

Actualmente se sabe que las respuestas inmunitarias no siempre son beneficiosas ni se relacionan únicamente con la resistencia a la infección. Por el contrario, pueden incluso ejercer efectos desagradables y peligrosos en el huésped. Este efecto nocivo se denomina hipersensibilidad o alergia.

Las respuestas de inmunidad pueden clasificarse en dos categorías: respuestas inespecíficas y respuestas específicas. Las respuestas inmunes específicas dependen de la exposición a una configuración extraña seguida de un reconocimiento y una reacción contra ella. Las respuestas inmunes inespecíficas se producen después de la exposición inicial y de la subsiguiente a una configuración extraña y aunque son efectivas para reconocer lo propio de lo no propio, no dependen de un reconocimiento específico.

El sistema inmunológico está destinado no solo a ejercer una función de defensa contra agentes infecciosos, sino que se ocupa también de las funciones biológicas de homeostasis y vigilancia.

La función de defensa es la resistencia a la infección por microorganismos. Si los elementos celulares de defensa intervienen sucesivamente el huésped saldrá victorioso en la lucha contra los microorganismos, sin embargo, estos elementos están hiperactivos y pueden observarse algunas consecuencias indeseables como la alergia o la hipersensibilidad. A la inversa, cuando éstos elementos son hipoactivos puede haber un aumento de susceptibilidad para infecciones repetidas según se observa en los trastornos por deficiencia inmunológica o en el efecto de los tratamientos y las drogas inmunosupresoras.

La función reguladora de la homeostasis consiste en la supresión de componentes propios gastados. Esta función cubre la necesidad universal de todos los organismos multicelulares de conservar la uniformidad de un tipo celular determinado. Se ocupa de las funciones normales degenerativas o catabólicas del cuerpo y de la eliminación de los elementos celulares lesionados. Los trastornos de la homeostasia tienen como ejemplo las enfermedades autoinmunes en las cuales estos mecanismos están anormalmente estipulados.

Por último la función de vigilancia consiste en la percepción y destrucción de las células mutantes. Esta función tiene a su cargo reconocer los tipos celulares anormales que constantemente se producen en el cuerpo. Estos mutantes pueden ocurrir espontáneamente o ser provocados por algunos virus y productos químicos. Los trastornos en la función de vigilancia se observan en los problemas cancerígenos.

Hay cierto número de factores que modifican los mecanismos inmunes: genéticos, edad, metabólicos, y ambientales.

Factores genéticos

Todas las respuestas inmunológicas están bajo control genético. Hay diferencias genéticas de susceptibilidad para infección en relación con la capacidad del sistema inmunológico para reaccionar ante un antígeno determinado. Además, se han encontrado

diferencias raciales de susceptibilidad para la tuberculosis, demostrando el factor genético en la actividad del sistema inmunológico.

Factores de edad

La edad cronológica influye en la inmunidad y se cree que existe un estado hipofuncional del sistema inmunológico en los seres muy jóvenes y en los muy viejos. Esto se basa en el hecho de que ambos grupos de edad son más susceptibles a la infección.

La disminución de muchas funciones inmunitarias y la inmunidad mediada por células en personas de edad avanzada puede acompañarse de la conocida alta frecuencia de fenómenos autoinmunológicos y de procesos malignos, es decir, son inmunosupresores.

Factores metabólicos

En estados hipoadrenales e hipotiroideos aumenta la susceptibilidad para infecciones. Los pacientes tratados con esteroides son muy susceptibles a enfermedades bacterianas. Los esteroides afectan varias modalidades de la respuesta inmunológica pues ejercen un efecto inhibitorio sobre la fagocitosis y la inflamación, así como sobre la inmunidad humoral y celular.

Factores ambientales y de nutrición

Un aumento del número de infecciones puede relacionarse con disminución de resistencia por desnutrición. Se ha comprobado que la privación nutricional en edades muy tempranas se acompaña de un desarrollo insuficiente de la respuesta inmune.

Factores Psicológicos

Se ha encontrado evidencia de depresión asociada a inmunosupresión en pacientes de edad avanzada y pacientes hospitalizados (Schleifer, 1989)ⁱⁱⁱ. Así mismo, se ha demostrado que en los sujetos clínicamente deprimidos disminuye la respuesta proliferativa a ciertos anticuerpos, así como la actividad de las células K y el número de linfocitos B, T y T auxiliares (Herbert y Cohen, 1993)^v.

Las células y moléculas encargadas de la inmunidad constituyen el sistema inmunológico y sus respuestas colectivas y coordinadas ante las sustancias ajenas constituyen la respuesta inmune.

El sistema inmunológico opera a través de varios mecanismos. Estos incluyen barreras físicas, células fagocíticas en la sangre y los tejidos, linfocitos llamadas asesinos naturales (natural killers o células K), y varias moléculas contenidas en la sangre que participan en la defensa del organismo contra el medio hostil.

Algunos de estos mecanismos están presentes antes de la exposición a los microbios y macromoléculas y no discriminan entre las diferentes sustancias ajenas. Estos son los componentes de la inmunidad natural, nativa o innata.

Otras defensas son creadas o estimuladas por la exposición a las sustancias ajenas y son específicas para distinguir las macromoléculas, aumentando su actividad potencial ante

la exposición a las macromoléculas particulares. Estos mecanismos constituyen la inmunidad específica o adquirida. Las sustancias ajenas que inducen inmunidad específica son llamadas antígenos.^v

3. ENFERMEDADES AUTOINMUNES^{vi}

En una minoría de la población se producen trastornos conocidos como enfermedades autoinmunes. En ella lo principal es la lesión tisular causada por una reacción inmunológica del huésped con sus propios tejidos. En la mayoría de los individuos existe por parte del huésped el autoreconocimiento y la tolerancia para todos sus componentes corporales; pero en la enfermedad autoinmune existe un estado anómalo que Ehrlich denominó "*horror autotoxicus*" en el cual tiene lugar un proceso auto destructivo dirigido por el propio sistema inmunológico.

Se han propuesto varias hipótesis para explicar el mecanismo y las manifestaciones de enfermedades autoinmunes. La primera es la *teoría de la clona prohibida* que postula la existencia de una clona de linfocitos mutantes nacidos por mutación somática. Las células mutantes que llevan un antígeno de superficie reconocido como extraño por lo general serían destruidas. Pero según esta teoría, las células mutantes que carecen de antígenos de superficie (mutantes antigénicamente negativos) no sería destruidas. Con la proliferación de estos mutantes deficientes en antígenos estas células serían capaces de reaccionar con tejidos blanco por desemejanza genética. El tipo de reacción es análogo al de una reacción de incompatibilidad genética de linfocitos de tipo injerto contra huésped.

Una hipótesis mas moderna plantea que para poder reconocer el universo de antígenos ajenos, los receptores de antígenos celulares se generan al azar. Como resultado de esto, se generan también auto- antígenos y para permitir al organismo sobrevivir, deben ser eliminados o controlados. Estos autoantígenos son los causantes de las enfermedades autoinmunes, en las cuales el sistema inmunológico ataca al propio organismo.

Los mecanismos para evitar la autoinmunidad son sofisticados y se traslapan, por lo que los mecanismos primarios de las enfermedades autoinmunes son desconocidos. Mientras la etiología y patogénesis de las enfermedades autoinmunes humanas es aún desconocida, existen varias claves importantes en estudios con cepas de ratones autoinmunes.^{vii}

Las enfermedades autoinmunes se clasifican en sistémicas y específicas de órgano. Los trastornos sistémicos son aquellos en los que se observa una participación mayor de varios órganos y los trastornos específicos son aquellos cuyo efecto principal ocurre en un solo órgano.

Dentro de las enfermedades autoinmunes sistémicas se encuentra el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide, el síndrome de Sjögren, la poliomyelitis, dermatomiositis, y la esclerosis sistémica progresiva (escleroderma)

Algunas enfermedades autoinmunes específicas de órgano son la anemia, leucopenia, encefalitis alérgica, tiroiditis, colitis ulcerosa, enfermedad crónica del hígado, fiebre reumática y lupus eritematoso discoide.

4. RELACIÓN ENTRE RESPUESTAS EMOCIONALES Y SISTEMA INMUNOLÓGICO.

Existe evidencia experimental que demuestra interacciones bidireccionales entre el sistema neuroendócrino y el sistema inmunológico. Una serie de reguladores en común como hormonas esteroides, neuropéptidos y citocinas, aportan bases moleculares para la comunicación entre estos sistemas.

El sistema inmune participa en el ciclo de retroalimentación del eje hipotalámico hipofisiario suprarrenal que regula la producción de hormonas. Éste eje es activado por varios estresores físicos y psicológicos, y el sistema inmune aumenta potencialmente la actividad del eje.

Los corticoesteroides son los inhibidores endógenos más potentes de procesos inmunes e inflamatorios. El estrés provoca elevaciones de cortisol. El cortisol es una hormona liberada por la corteza suprarrenal, que inhibe la respuesta inmune. (Wick, 1993)^{viii}

Se ha demostrado que ciertos rasgos de personalidad y ciertas condiciones psicológicas adversas están relacionadas con el comienzo y la incidencia de trastornos psicósomáticos.^{ix} En estos trastornos, el sistema inmunológico se ve afectado por los reacciones fisiológicas del estrés emocional.

Como ya se indicó, las situaciones de estrés liberan hormonas llamadas corticotrofinas como el cortisol, que inhiben el sistema inmunológico. Las formas psicológicas como la frustración, la ira, la agresión, el miedo y la angustia comprometen severamente el funcionamiento del sistema inmunológico.

Comúnmente se cree que los eventos estresantes de la vida alteran la inmunidad haciendo al sujeto susceptible a enfermar. Cuando las demandas del medio exceden las capacidades de adaptación del sujeto, se produce una respuesta de estrés psicológico compuesta por estados emocionales y cognitivos negativos. Esta respuesta psicológica influye en la función inmune. (Cohen, 1996)^x

En cuanto a la influencia de las relaciones interpersonales en el funcionamiento del sistema inmune, se ha encontrado que las personas que reportan estados de soledad presentaban una actividad NK menor y altos niveles de ciertos anticuerpos que las personas que reportan no sentirse tan solas (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1985)^{xi}. Así mismo, se ha demostrado que las defensas inmunológicas disminuyen en hombres y mujeres divorciados o separados. (Kiecolt-Glaser, 1987)^{xii}

Las relaciones entre características de personalidad e inmunidad han recibido poca atención en los estudios recientes. Entre las características que se han estudiado, destacan la baja en la motivación de logro (Jemmott, 1983)^{xiii} y extremo pesimismo (Kamen-Siegel,

1991)^{xiv}. En otros estudios se han encontrado evidencias del uso excesivo de mecanismos de represión y negación como estilos de afrontamiento en pacientes con trastornos psicósomáticos. La represión y la negación son estrategias de afrontamiento caracterizadas por la negación o minimización del malestar y las emociones negativas. Las personas reprimidas reaccionan ante los estímulos estresores con respuestas autonómicas mayores que las personas que reportan ansiedad (Weinberger, 1979)^{xv}.

ⁱ Blau SP, Schultz D. *Lupus The Body Against Itself*. 2^oed. New York: Doubleday & Co.; 1984

ⁱⁱ Bellanti JA. *Inmunología*. Cap 1: Principios de inmunología. p 1-17 3^o ed Ed. Interamericana. 1987

ⁱⁱⁱ Schleifer SJ, Keller SE, Bond RN, Cohen J, Stein M. 1989. Major depressive disorder and immunity: role of age, sex, severity, and hospitalization. *Arch. Gen. Psychiatry* 46:81-87.

^{iv} Herbert TB, Cohen S. Depression and immunity: a meta-analytic review. *Psychol. Bull.* 113 (1993) :472-86.

^v Abbas AK, Lichtman AH, Pober JS: *Cellular and Molecular Immunology*. Ed. W.B. Saunders Co. 1991

^{vi} Bellanti JA. *Inmunología*. Cap 20: Enfermedades mediadas inmunitariamente. P 451- 455. 3^o ed Ed. Interamericana. 1987

^{vii} Elkon KB. Autoimmunity: Self versus nonself. *In: Klippel J.H. editor. Primer on Rheumatic Diseases*. 11^oed: Arthritis Foundation, U.S. 1997, p. 84-88.

^{viii} Wick G, Hu Y, Schwarz S, Kroemer G: Immunoendocrine communication via the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in autoimmune diseases. *Endocrine Rev* 14:539-563, 1993

^{ix} Garduño P. Tolerancia a la frustración en adolescentes con lupus eritematosos sistémico según el test de S. Rosenzweig. Tesis licenciatura. Facultad de Psicología UNAM 1996.

^x Cohen S, Hebert T.B. Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology [Review]. *Annual Review of Psychology* Vol 47 (1996) pp 113- 142.

^{xi} Kiecolt-Glaser JK, Garner W, Speicher.CE, Penn GM, Holliday J, Glaser R. 1984. Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosom. Med.* 46:7-14.

^{xii} Kiecolt-Glaser JK, Fisher LD, Ogrocki P, Stout JC, Speicher CE, Glaser R. 1987a. Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosom. Med.* 49:13-34.

^{xiii} Jemmott JB III, Borysenko JZ, Borysenko M, McClelland DC, Chapman R, et al. 1983. Academic stress, power motivation, and decrease in secretion rate of salivary secretory immunoglobulin A. *Lancet* I:1400-2

^{xiv} Kamen-Siegel L, Rodin J, Seligman MEP, Dwyer J. 1991. Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychol.* 10:229-35.

^{xv} Weinberger DA, Schwartz GE, Davidson RJ. 1979. Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *J. Abnorm. Psychol.* 88: 369-80.

CAPÍTULO 2:
ASPECTOS MEDICOS DEL
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
LES

El lupus eritematoso sistémico (LES) es el prototipo de las enfermedades autoinmunes. Se caracteriza por la producción de anticuerpos ante los componentes de los núcleos celulares, asociada con diversas manifestaciones clínicas. El LES es principalmente una enfermedad que ataca a mujeres jóvenes, entre 15 y 40 años.

Las manifestaciones patológicas del LES se presentan en todo el cuerpo y se manifiestan por inflamación, alteraciones de los vasos sanguíneos y depósito de complejos inmunes.

Existe una predisposición hereditaria a la enfermedad. Sin embargo, ésta se ve afectada por factores ambientales como agentes infecciosos; estrés, que puede provocar cambios neuroendócrinos que afectan el funcionamiento inmune celular; la dieta nutricional, que puede afectar la producción de mediadores inflamatorios; toxinas, incluyendo drogas; y luz solar, que puede causar inflamación y daño al tejido.¹

1. SÍNTOMAS GENERALES¹

Es importante indicar que los síntomas de LES no se presentan por fases o etapas como otras enfermedades. Su aparición es intermitente y no sigue un patrón específico. Algunos pacientes cursan con cuadros muy leves de la enfermedad; en otros el deterioro es progresivo y en otros es repentino.

La fatiga está presente en los periodos de actividad lúpica. Éste es uno de los síntomas más prematuros y en casos de remisión es también un predictor de la recaída. La fiebre está presente también en el 90% de los casos. La pérdida de peso se presenta en el 85% de los pacientes y se acompaña de la fatiga.

Frecuentemente, este primer síntoma pasa inadvertido y es atribuido a diversas causas, como el estrés o el cansancio por actividad física. El inicio de la enfermedad comienza a presentar dificultades para el paciente en su vida diaria. Las tareas cotidianas se vuelven difíciles y agotadoras y frecuentemente, la gente a su alrededor no cree en la enfermedad de la paciente ya que no se expresan más síntomas que la fatiga.

Cuando aparece la fiebre, ésta es frecuentemente atribuida a pequeñas infecciones o catarrros. Probablemente el paciente asista a un médico para atenderse la fiebre, pero es difícil que se relacione con una enfermedad mayor como el LES.

El aspecto silencioso de éstos primeros síntomas hace que en muchas ocasiones la enfermedad pase desapercibida en su inicio. Esta fase inicial puede durar semanas o meses, en los que el paciente siente el malestar que le dificulta su vida diaria pero no es capaz de atribuirlo a algo específico. Los pacientes reportan este inicio como angustiante por la incertidumbre y falta de comprensión que éstos síntomas provocan.

Manifestaciones Dermatológicasⁱ

Las anomalías de la piel, cabello y membranas mucosas son la segunda manifestación más común en LES. La fotosensibilidad manifiesta por manchas después de la exposición al sol es frecuente. La clásica mancha en ala de mariposa se localiza en ambas mejillas y el puente de la nariz se presenta en el 52% de las pacientes.

Otras lesiones dermatológicas provocadas por el LES son: lesiones agudas o subagudas en la piel, alopecia, lesiones vasculíticas de la piel, úlceras en las mucosas y piernas, y urticaria.

La aparición de estas manifestaciones en la piel hace que el primer médico especialista al que recurran las pacientes sea frecuentemente un dermatólogo. Las manchas y lesiones vasculíticas son claramente visibles y repercuten seriamente en la vida social del paciente y en su autoconcepto.

Cuando la paciente comienza a notarse manchas en el cuerpo tiende a preocuparse y trata de ocultarlas a la vista de los demás. Pero cuando las manchas aparecen en la cara, implican un problema para la socialización. Las pacientes no quieren salir, se sienten incómodas ante las miradas curiosas de los demás. Al mirarse ellas mismas al espejo se sienten extrañas y "feas".

Aquellas pacientes que ya presentaban síntomas de fatiga, al aparecer las manchas en la piel comienzan a sentirse deprimidas y desmotivadas. Además del cansancio y el malestar físico, su autoestima se ve afectada por la imagen corporal y física alterada por las manifestaciones dermatológicas.

Manifestaciones Musculoesqueléticasⁱ

Los problemas en articulaciones son una de las manifestaciones más frecuentes de LES. Evidencia objetiva de dolor durante el movimiento, y alteraciones en articulaciones son comunes en un 85% de los casos. Es frecuente que el primer diagnóstico que recibe el paciente con LES es el de Artritis reumatoide u otra afección de las articulaciones.

Las articulaciones más afectadas son las rodillas, metacarpos, tobillos, codos y hombros. Las expresiones más comunes son artritis y artralgia. Algunos pacientes desarrollan posteriormente enfermedades de las articulaciones.

El dolor que provoca la inflamación en las articulaciones es comúnmente la causa por la cual el paciente se ve más incapacitado. En ocasiones el dolor y la inflamación misma casi imposibilitan el movimiento. El paciente se ve inhabilitado para realizar sus actividades cotidianas y comienza a depender de la ayuda de los que lo rodean, tanto en el trabajo como en la familia.

En ocasiones, la inflamación puede provocar hasta deformaciones en las articulaciones. Esto sucede sobre todo cuando no se recibe la atención médica apropiada por un padecimiento reumático. Desgraciadamente esto es muy común en la población

mexicana. Al no acudir oportunamente a un servicio médico especializado, la inflamación y el dolor aumentan gradualmente y pueden presentarse complicaciones mas serias. Por otra parte, la falta de atención médica impide el diagnóstico oportuno y en el caso del LES, la enfermedad continua manifestándose abarcando otros órganos y sistemas del cuerpo.

Manifestaciones Renalesⁱ

Existe evidencia clínica de enfermedad renal en el 50% de los casos. Típicamente se trata de lesiones glomerulares, cuadros de pielonefritis y nefropatía lúpica, sin embargo varían. Las complicaciones que implica la enfermedad renal son la principal causa de muerte en las pacientes con LES.

La presencia de complicaciones renales puede llevar en varios casos al paciente a necesitar diálisis periódicas y en ocasiones el uso de máquinas mas sofisticadas. El malestar físico que provoca la nefropatía es generalizado. Frecuentemente, el daño renal es causa de hospitalización y largas estancias en cama, sin poder llevar una vida cotidiana normal.

Al verse incapacitados y muchas veces hospitalizados, los pacientes se deprimen, se sienten dependientes e inútiles. Generalmente la nefropatía tiene un impacto sobre los familiares mayor que las manifestaciones dermatológicas o musculoesqueléticas, por lo que el paciente ya es considerado como tal y su enfermedad ya no es silenciosa, sino evidente.

Comúnmente, cuando el paciente ya presenta manifestaciones renales, el LES ya ha sido diagnosticado previamente. De no ser así, es mas factible que se diagnostique en este momento y que el diagnóstico no sea erróneo debido a la gravedad que presentan los pacientes con daño renal.

Manifestaciones Neuropsiquiátricasⁱⁱ

Dentro de las manifestaciones neurológicas se presentan neuropatías periféricas y signos de los nervios craneales con disturbios motores y sensitivos. Los dolores severos de cabeza son comunes. Así mismo, se presentan casos de convulsiones y episodios psicóticos que requieren tratamiento psiquiátrico.

Estas manifestaciones generalmente se van presentando como parte del deterioro que sufre el paciente por la enfermedad. Es raro encontrar casos en los que los primeros síntomas de LES sean manifestaciones neuropsiquiátricas. Sin embargo, se ha encontrado que todos (o caso todos) los pacientes presentan cuadros depresivos importantes en el inicio y durante la evolución del LES.

Los cuadros depresivos van desde la depresión debida a la hospitalización y las circunstancias de la enfermedad misma, hasta la manifestación de rasgos depresivos en la personalidad del paciente aún después de controlada la enfermedad o bien cuadros severos de depresión psicótica.

Manifestaciones Ginecológicasⁱ

Los problemas ginecológicos mas comunes son en relación con el embarazo. Se dan también casos ocasionales de menorrea, y trastornos hormonales debido al tratamiento con corticosteroides. Los abortos espontáneos son comunes en las fases activas de la enfermedad, de hecho, el embarazo en pacientes con LES es generalmente de alto riesgo y requiere estricta vigilancia médica.

No se han observado anomalías congénitas en los hijos de pacientes lúpicas ni complicaciones específicas en el parto debidas al LES. El impacto del embarazo y el uso de anticonceptivos en pacientes con LES ha cobrado importancia recientemente.ⁱⁱ

Existe una preponderancia contundente de enfermedades autoinmunes en mujeres, caracterizada por la activación inmune humoral. Los estrógenos parecen jugar un papel muy importante en la patogénesis de enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES).

Esto se demuestra en las observaciones del inicio de la enfermedad en la menopausia, y el aumento de síntomas en algunas pacientes durante el periodo menstrual o el embarazo. El uso de anticonceptivos orales y terapias a base de estrógenos pueden complicar el LES y las pacientes pueden presentar remisiones en la menopausia.ⁱⁱⁱ

Ya que el 90% de los enfermos con LES son mujeres, el aspecto ginecológico es de especial importancia. El uso de esteroides en el tratamiento puede repercutir en cambios hormonales e implica complicaciones para el embarazo de las pacientes.

El embarazo y la maternidad son frustraciones frecuentes entre las pacientes lúpicas. Como generalmente se trata de mujeres jóvenes, en edad reproductiva, el deseo del embarazo y de formar una familia casi siempre está presente. El embarazo de la paciente debe ser cuidadosamente planeado en conjunto con el reumatólogo y el ginecólogo para evitar posibles complicaciones durante el embarazo.

Otras Manifestacionesⁱ

Se presentan también síntomas cardiovasculares, gastrointestinales, pancreáticas, hepáticas, linfáticas, oculares, alérgicas, y pulmonares. Es común la cardiopatía y neumopatía lúpica, en las cuales el paciente generalmente requiere ser hospitalizado e incluso puede presentar infartos debidos al LES.

Debido a la naturaleza impredecible de la enfermedad, las manifestaciones lúpicas pueden ser diversas, combinarse entre sí, presentarse simultáneamente o bien no presentarse. El factor sorpresa está siempre presente para el paciente con LES.

La enfermedad se inicia frecuentemente de manera silenciosa, con manifestaciones leves que suelen pasar desapercibidas fácilmente. En otras ocasiones el inicio es brusco e impactante. Ambas formas de inicio generan por sí mismas una gran angustia y tensión emocional en el paciente y en su familia.

La incertidumbre que despierta la enfermedad genera siempre la duda de la muerte y la posibilidad de cura. En muchas ocasiones el diagnóstico se prolonga y los paciente pasan semanas o meses sin saber como se llama su enfermedad. El no poder nombrar su malestar los angustia mas. Es frecuente que el paciente o su familia piense en otras enfermedades como cáncer o incluso SIDA; pero el lupus no es una enfermedad que haya recibido la difusión informativa que éstas han recibido, por lo que es desconocida por una buena parte de la población.

Una vez recibido el diagnóstico, es frecuente que ni el paciente ni su familia entienda en primera instancia el sentido y las implicaciones de su enfermedad. Una de las reacciones iniciales frecuentes es la duda de no saber que es lupus y si eso implica la muerte.

Cuando se logra una comprensión y una educación sobre la enfermedad, el paciente logra hacer consciencia de la gravedad de su situación. Si bien el conocimiento reduce su ansiedad, aumenta su preocupación, ya que comprenden que su vida debe limitarse de ahora en adelante y la connotación permanente de "paciente" es difícil de afrontar.

El LES es una enfermedad que cambia radicalmente el estilo de vida del paciente. A partir del diagnóstico, el médico indica una serie de recomendaciones que repercuten en la vida social, afectiva y hasta sexual del paciente.

En el caso de los pacientes rebeldes o inconscientes que no hacen caso de las recomendaciones médicas, las recaídas son evidentes. Estas constantes recaídas son desgastantes, frustrantes y mantienen al paciente y a su familia en un estado permanente de tensión.

Por otra parte, los pacientes conscientes de su enfermedad pueden tener un mejor afrontamiento; sin embargo, el miedo a una recaída está siempre presente. Las repercusiones en su imagen corporal y en su capacidad para continuar con su vida cotidiana despiertan sensaciones de inutilidad y desesperanza, así como frustración y enojo.

La imagen corporal es un factor importante sobre todo en los casos en los que el paciente es una mujer joven y la apariencia física es especialmente importante. Su imagen distorsionada por la enfermedad lleva a estas pacientes a aislarse socialmente sintiéndose rechazadas e inadecuadas para su núcleo social.

2. TRATAMIENTO

Hay varios métodos eficaces de tratamiento que están disponibles.

Desafortunadamente, en todos los medicamentos utilizados para tratar el LES puede haber riesgo. Lo mejor es usarlos en cantidades mínimas y por poco tiempo. Por lo regular el tratamiento requiere de varios meses a dosis alta y posteriormente, ésta se dosifica para evitar efectos secundarios.

A menudo se requiere de varios medicamentos para tratar los diversos síntomas y sistemas afectados por el LES. Para los problemas dermatológicos se suelen recomendar cremas y filtros solares. La aspirina es recomendable también para las molestias articulares, la fiebre y el malestar general. Sin embargo, debido a la complejidad de la enfermedad, se hace necesario el uso de medicamentos mas específicos.

DAINE

Este tipo de medicamentos son desinflamatorios y se utilizan para disminuir los síntomas musculoesqueléticos como artralgias y dolor muscular. Los pacientes con daño renal deben tomar estos medicamentos bajo estricta vigilancia médica debido a lo delicado de su sistema excretor.

Corticoesteroides

Los corticoesteroides son derivados sintéticos de hormonas suprarrenales con propiedades desinflamatorias. Estas drogas se utilizan principalmente para tratar los cambios internos provocados por el LES. La cortisona y la hidrocortisona pertenecen a este grupo.

El uso prolongado de estas drogas provoca efectos secundarios indeseables. El mas importante es la disminución en la producción de la hormona natural por las glándulas suprarrenales, aumento en el apetito (con su repercusión en el peso), propensión a la diabetes, hipertensión, cataratas, glaucoma, edema, desmineralización de los huesos y úlceras.

Los corticoesteroides son administrados por el médico a dosis específicas y regulados igualmente para una disminución gradual del medicamento procurando reducir los efectos secundarios. Su administración es por vía oral o intravenosa. Algunas medicamentos con corticoesteroides son el *Meticorten* y el *Hydrocortone*.

Drogas Inmunosupresoras

Los inmunosupresores son drogas supresoras de anticuerpos y se utilizan en el LES grave principalmente. Se utilizan en dosis moderadas e intermitentes debido a su toxicidad. Su vía de administración es oral. Algunos medicamentos que contienen estas drogas son el *Imuran* y el *Cytoxan*.

Además del tratamiento farmacológico, es importante el descanso, el ejercicio físico, y en ocasiones el apoyo psicológico. Es importante notar que debido a la naturaleza y manifestación por intervalos de la enfermedad, el paciente con LES debe atender regularmente a la consulta con un Reumatólogo para regular el tratamiento farmacológico y mantener un seguimiento con análisis clínicos y pruebas de gabinete.

El tratamiento es generalmente costoso y el seguimiento médico se vuelve una rutina molesta. Además de todas las implicaciones de la enfermedad por sí misma, el tratamiento presenta efectos secundarios como la retención de líquidos, el sobre peso y problemas hormonales por los esteroides.

¹Bevra HH. Systemic Lupus Erythematosus. *In*: Wilson, Braunwald, Isselbacher, Petersdorf, Martin, Fauci, Root, editores. Harrison's Principles of Internal Medicine. 12º ed. U.S. Mc GrawHill 1991 vol 2 p. 1432-1436.

²Buyon JP: Systemic lupus erythematosus and the maternal- fetal dyad. *In* Pregnancy and the Rheumatic Diseases. Editado por A.L. Parke. Baillieres Clin Rheumatol., 1:53-68, 1990

³Lahita RG: The importance of estrogens in systemic lupus erithematosus, Clin Immunol Immunopathol 63:17-18, 1992

CAPÍTULO 3:
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
LES

1. LA PSICOLOGÍA Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Una enfermedad crónica es un problema de salud de larga duración y que depende de la naturaleza de la enfermedad misma. Los pacientes que padecen este tipo de enfermedades se ven seriamente afectados en su estilo y calidad de vida. Los servicios médicos de algunas instituciones se han visto en la necesidad de recurrir a los expertos en salud mental (psiquiatras y psicólogos) para apoyar a sus pacientes en su vida diaria con la enfermedad.

La definición de calidad de vida según la Organización Mundial de la Saludⁱ es “el estado de bienestar completo físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”. El bienestar general en cuanto a la calidad de vida depende directamente de los factores psicológicos del individuo a través de los cuales se percibe a sí mismo y sus circunstancias sociales con respecto a la enfermedad.

La disminución en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas se relaciona directamente con la discapacidad que la enfermedad le genera. Se define discapacidad como la expresión de una limitación física o mental en el contexto social; es decir, la brecha entre las capacidades del sujeto y las demandas del medio ambiente (Pope y Tarlov, 1991)ⁱⁱ. De esta forma, la discapacidad es vista como un proceso que tiene su origen en una circunstancia biomédica (la enfermedad) pero evoluciona hacia los estratos psicológicos y sociales del individuo.

La repercusión más evidente en el paciente con una enfermedad crónica es la connotación permanente de “enfermo”. Al definirse el paciente a sí mismo como “enfermo”, su autoconcepto y su autoestima se ven afectadas. Las limitaciones que esta connotación implica afectan su vida cotidiana, sus relaciones con la familia y el núcleo social y a su propia persona.

Un sujeto normalmente se relaciona con otros a partir de su propio autoconcepto; y éste se retroalimenta de las relaciones sociales. En el paciente crónico, la enfermedad le implica una forma específica de relación, ya sea a partir de sentimientos de inadecuación social, desvalorización de sí mismo o bien a partir de la manipulación de su condición de enfermo.

En el caso específico de las enfermedades reumáticas, como el lupus, algunas asociaciones mundiales como la Sociedad Americana para el Lupus y la Sociedad Mexicana de pacientes con Lupus, le han dado mucha importancia a los factores psicológicos en la enfermedad y a la necesidad de la evaluación e intervención psicológica con los pacientes reumáticos.

Se han escrito artículos sobre los aspectos psicológicos que influyen en las enfermedades reumáticas destacando la importancia de la atención psicológica para estos pacientes para mejorar su calidad de vida. Entre los factores psicológicos que influyen predominantemente en la calidad de vida de los pacientes reumáticos están la depresión y el estrés (Parker y Wright, 1997)ⁱⁱⁱ.

La enfermedad reumáticas es un agente provocador de depresión y estrés. Por una parte el malestar físico genera desesperación, enojo y falta de motivación. Todo esto conforma un talante deprimido. La misma desesperación y la incertidumbre generan estrés. Los pacientes se deprimen por el simple hecho de estar enfermos y por todo lo que la enfermedad les afecta.

Presentan además sentimientos de abandono y falta de lucha ya que perciben su situación como irremediable. Se utiliza el término "indefensión aprendida" para definir la actitud de ciertos animales (perros) al aprender que son incapaces de cambiar una situación estresante. El término se utiliza en humanos para definir el estado de inercia e inactividad que presentan ciertos sujetos ante eventos estresores (o frustrantes) incontrolables (Seligman y Maier, 1967)^{iv}.

Los enfermos reumáticos presentan frecuentemente esta actitud ante su enfermedad, abandonándose a sí mismos ante la impotencia por la lucha contra la enfermedad. Estas actitudes los llevan a sentirse aún más inadecuados y desvalorizados, evolucionando generalmente hacia estados depresivos mayores.

La enfermedad reumática lleva a una incapacidad física y/o social en la que el paciente se siente incapaz de desenvolverse adecuadamente en su trabajo o con su familia y amigos. Esta falta de auto eficacia repercute en sus relaciones sociales y en su imagen de sí mismo.

En cuanto a la literatura específica sobre lupus son pocos los estudios que se han hecho sobre factores psicológicos. Predominan los estudios sobre la calidad de vida de los pacientes y aspectos neuro psiquiátricos de la enfermedad. Sin embargo, la percepción de las emociones y la vivencia de los pacientes sobre su enfermedad son temas poco estudiados pero observados por los médicos que los atienden.

La falta de referencias médicas con respecto a los estados emocionales de los pacientes con lupus se debe en parte a la falta de preparación de médico en relación con el manejo de las emociones y el diagnóstico psicológico.

A pesar de esto, algunos autores encuentran la necesidad de que los pacientes con LES se atiendan en ocasiones con un psiquiatra o en el servicio psicológico del hospital. Debido a la naturaleza de la enfermedad (impredecible y debilitadora) y su afección generalizada a varios órganos, el impacto psicológico de la enfermedad es muchas veces difícil de manejar para el paciente.

Algunos de los problemas neuropsicológicos que presentan los pacientes incluyen psicosis, síndromes orgánicos cerebrales, desórdenes de ansiedad y del humor, migrañas e infartos. Los problemas psicológicos mas asociados al LES son depresión, baja autoestima, disturbios en el sueño, disfunción sexual, conflictos maritales y familiares y labilidad emocional.

Debido a esto, los médicos sobre todo en Estados Unidos y Europa recomiendan las intervenciones psicoeducacionales y de apoyo para los pacientes con LES (Grant L. Iverson, 1995)^v. Estas intervenciones se limitan a la educación del paciente y su familia con respecto a los aspectos médicos de la enfermedad, su desarrollo y atención.

2. ASPECTOS COGNOCITIVOS DE LOS PACIENTES CON LES

Los pacientes con LES presentan déficits cognitivos y baja concentración, así como dificultades para retener la atención. Se ha encontrado que las alteraciones cognitivas aumentan cuando la enfermedad está activa y se atribuyen también al uso de corticoesteroides en el tratamiento, o a eventos psiquiátricos y neurológicos, sin embargo, las investigaciones al respecto no han sido contundentes (Dernburg, 1990)^{vi}

También se ha encontrado prevalencia de disfunción cognitiva y deterioro en las funciones de memoria, atención, concentración, abstracción verbal, construcción visual y velocidad psicomotriz en paceutes con lupus (Hanly y Fisk, 1994).^{vii}

En cuanto a los estudios con población mexicana, se ha comparado la función cognitiva de pacientes lúpicas con pacientes artríticas y sujetos sanos. Los resultados indican que el nivel intelectual de las pacientes lúpicas es ligeramente inferior al término medio y a los otros dos grupos. Se confirma una prevalencia de disfunción cognitiva en éstas pacientes predominantemente en las funciones de memoria, aprendizaje e intelecto (Miranda, 1998)^{viii}.

3. ASPECTOS EMOCIONALES Y PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES CON LES

Se ha examinado la relación afectiva y satisfactoria de las relaciones íntimas de una muestra de mujeres lúpicas y sus parejas heterosexuales durante un episodio activo de la enfermedad. Se predecía que a mayor intimidad, habría un mejor ajuste psicosocial. Se encontró que las mujeres que se involucraban físicamente en la intimidad con sus parejas reportaban mayor satisfacción en su relación. Las mujeres que frecuentemente evitaban el contacto o bien eran las iniciadoras de la intimidad física, reportaron mayor afecto negativo. Con respecto a la intimidad emocional, las mujeres que se mostraban mas preocupadas por su enfermedad y sus síntomas reportaron mayor afecto negativo. Los resultados identifican algunos de los dilemas que enfrentan las mujeres con enfermedades recurrentes y crónicas al tratar de mantener intimidad durante los periodos de enfermedad.(Druley, 1997)^{ix}

En otros estudios se ha reportado que la ansiedad que manifiestan las pacientes con LES disminuye su calidad de vida (Maeshima, 1996)^x. Y en estudios comparativos con pacientes artríticas, se ha encontrado que las pacientes con LES expresan mayor preocupación por su enfermedad y el manejo de ésta que las pacientes con artritis reumatoide (Burckhardt, 1993).^{xi}

En cuanto a la personalidad de pacientes lúpicas, se han encontrado rasgos de tipo limítrofe, síntomas distímicos y depresión psicótica (Wekking, 1991)^{xii} así como características de auto depreciación, hiper conformismo y excesiva bondad (Dupond, 1990)^{xiii}. Utilizando el MMPI, se han encontrado rasgos predominantes de hipocondriasis, depresión e histeria (tríada neurótica) (Liang, 1984)^{xiv}.

En un modelo biopsicosocial sobre el origen de la depresión en pacientes británicos con lupus se explica que las principales fuentes de la depresión en los pacientes son la percepción del dolor y la indefensión aprendida. En este estudio, los factores sociales como el apoyo familiar resultaron poco significativos (Tayer y Nicassio, 1996)^{xv}.

En estudios donde se han evaluado los estresores cotidianos que influyen en las pacientes con lupus, se ha encontrado que el apoyo social, el estrés psicológico y la calidad de vida son las que mas relación presentan con la actividad de la enfermedad y el daño causado por la misma. En este modelo se encontró que el apoyo social deficiente y el estrés psicológico influyen negativamente de manera significativa en la salud tanto física como mental de las pacientes con lupus (Dobkin y Fortin, 1998)^{xvi}.

En cuanto a estudios comparativo mexicanos, entre pacientes con LES y mujeres normales utilizando el MMPI y la Escala de Autoconcepto de Tennessee se han encontrado diferencias significativas entre las dos muestras. Los puntajes del MMPI indican que las pacientes con LES presentan defensas y preocupaciones somáticas, dependencias, depresión severa (puntaje de 83 en la escala 2), demandas infantiles de afecto, dificultad para el control de impulsos y poca tolerancia a la frustración (puntaje de 78 en la escala 4). (Lara, 1987).^{xvii}

En otro estudio también mexicano y utilizando el MMPI, se observó que la vulnerabilidad emocional y cognitiva de las pacientes depende del comienzo de la enfermedad, de las características individuales previas y el medio ambiente, en especial la familia.

En el mismo estudio se encontró que las pacientes presentan síntomas afectivos multifuncionales, personalidad limítrofe, distorsiones de la imagen corporal y alteraciones sociales y cognitivas. Los resultados de la aplicación del MMPI arrojan un perfil 281 que indica personalidad depresiva con rasgos esquizoides y síntomas somáticos. (Michaca y Molina, 1998)^{xviii}

Como se puede observar, el lupus es una enfermedad que implica una serie de cambios y alteraciones tanto físicas como en el estilo de vida del paciente que repercuten en su persona, su autoconcepto y su manejo emocional.

Estas alteraciones generan una gama de sentimientos, actitudes y reacciones emocionales diversas como la angustia y el estrés, el enojo, la culpa, la desesperación; la frustración tanto de sus deseos y planes de vida como de sus necesidades más básicas; y la dependencia tanto del tratamiento como de la gente que los rodea (familia, médico), entre otras.

Los rasgos depresivos encontrados en los pacientes se explican por la enfermedad misma, sus repercusiones en la imagen corporal y en sus limitaciones en la vida cotidiana. Los rasgos esquizoides se asocian con el aislamiento social que parte de la percepción del paciente sobre su físico alterado por la enfermedad. Los síntomas somáticos son directamente provocados por la enfermedad y la vivencia repetida de episodios lúpicos dolorosos.

El aspecto del manejo emocional y específicamente del enojo, la frustración y la desesperación que genera el lupus no quedan explicados con los estudios que se reportan en la literatura. Por esta razón, se utiliza el test de frustración de Rosenzweig para medir y observar las reacciones emocionales de los pacientes lúpicos ante situaciones frustrantes.

- ⁱ McSweeney AJ, Creer TL. Health-related quality of life assessment in medical care. *Dis Mon* 1995; XL1:6-71
- ⁱⁱ Pope AM, Tarlov AR. Disability in America: toward a national agenda for prevention. Washington DC: National Academy Press; 1991
- ⁱⁱⁱ Parker CJ, Wright GE. Assessment of psychological outcomes and quality of life in rheumatic diseases. *Arthritis Care and Research* Vol 10 (6) Dec 1997: 406-412
- ^{iv} Seligman MEP, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. *J Exp Psychol* 1967; 74: 1-9
- ^v Iverson GL. The need for psychological services for persons with systemic lupus erythematosus. *Rehabilitation Psychology* Vol 40(1); Spr 1995: 39-49
- ^{vi} Denburg, SD, Carbotte RM, Denburg JA: Cognition and Mood in systemic lupus erythematosus. *Annals of the New York Academy of Sciences* Vol 823 (44-59)
- ^{vii} Hanly JG y Fisk 1994, citados por Miranda V. Comparación de la función cognitiva entre pacientes con lupus eritematoso generalizado, pacientes con artritis reumatoide y personas sanas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. Marzo 1998
- ^{viii} Miranda V. Comparación de la función cognitiva entre pacientes con lupus eritematoso generalizado, pacientes con artritis reumatoide y personas sanas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. Marzo 1998
- ^{ix} Druley JA, Stephens MA, Coyne JC: Emotional and physical intimacy in coping with lupus: women's dilemmas of disclosure and approach. *Health Psychol* 1997 Nov; 16(6):506-514
- ^x Maeshima E, Yamada Y, Mune M, Yukawa S: [Subjective happiness and psychological condition in SLE] *Ryumachi* 1996 Dec; 36(6):830-836
- ^{xi} Burckhardt CS, Archenlotz B, Bjelle A: Quality of life of women with systemic lupus erythematosus: a comparison with women with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993 Jun; 20(6):977-981
- ^{xii} Wekking EM, Nossent JC, Van Dan AP, Swak AJ: Cognitive and emotional disturbances in systemic lupus erythematosus. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1991; 55(2-4):124-131.
- ^{xiii} Dupond JL, Humbert P, Taillard C de Wazieres B, Vuitton D: Relationship between autoimmune diseases and personality traits in women. *Presse Med* 1990 Dec 22; 19(44): 2019-2022
- ^{xiv} Liang MH, Rogers M, Larson M, Earon HM, Murawski BJ, Taylor JE, Swafford J, Schur PH: The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1984 Jan; 27(1):13-19
- ^{xv} Tayer WG, Nicassio PM, Radojevic V, Krall T. Pain and helplessness as correlates of depression in systemic lupus erythematosus. *British J of Health Psychology*. Vol 1 (part3), Sep 1996: 253-262
- ^{xvi} Dobkin PL, Fortin PR, Joseph L, Esdaile JM, Danoff DS, Clarke AE. Psychosocial contributors to mental and physical health in patients with lupus erythematosus. *Arthritis Care & Research*, vol 11 (1) feb 1998, 23-31
- ^{xvii} Lara B. Estudio comparativo de las características psicológicas entre un grupo de pacientes femeninas con lupus eritematoso sistémico y un grupo de mujeres normales. Tesis licenciatura. Facultad de Psicología UNAM 1987.
- ^{xviii} Michaca G, Molina D. Perfil de personalidad en pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico de inicio en la infancia. Reunión anual y congreso conmemorativo del LX aniversario de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría A.C. Centro Médico Nacional Siglo XXI, enero 1998

CAPÍTULO 4: **TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG¹**

La prueba de frustración de Rosenzweig (Picture frustration study for assessing reactions to frustration) es un procedimiento proyectivo que pretende descubrir modelos o patrones de respuestas a las situaciones estresantes comunes que son reconocidas como de gran importancia para el ajuste normal.

La prueba consta de 24 láminas cada uno de los cuales representa dos personas dentro de una situación frustrante común. La figura de la izquierda de cada lámina está diciendo ciertas palabras mediante las cuales se puede ver en forma mas clara la frustración del individuo. La persona de la derecha siempre aparece con un espacio blanco arriba. El sujeto debe examinar las situaciones y escribir en el espacio en blanco la primera contestación que se le ocurra.

Las escenas de estudio pueden dividirse en bloqueadoras del ego y bloqueadoras del super ego. En las escenas bloqueadoras del ego algún obstáculo personal perturba, impide, contraría o directamente frustra al sujeto. Mientras que las situaciones que bloquean al Super ego son acusaciones, cargos o incriminaciones que otra persona hace al sujeto. Cuando se bloquea al Super ego, el bloqueo del ego ya ha ocurrido anteriormente.

En la prueba, los reactivos 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23 y 24 miden el bloqueo del ego; y los reactivos 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, y 21 miden el bloqueo del Super ego.

La prueba se basa en el supuesto de que el sujeto se identifica con el individuo frustrado, consciente o inconscientemente, y proyecta sus sentimientos en la contestación que da. A cada respuesta se le asigna una calificación de acuerdo al tipo de reacción ante la frustración y la dirección de la agresión.

Tipos de reacción ante la frustración:

(a) Referencia al Objeto (OD).

En este tipo de reacción, el sujeto hace énfasis en el objeto frustrante, tratando de vencerlo o bien prolongando la frustración al hacerlo mas evidente. Los sujetos que reaccionan de esta forma generalmente se sienten bloqueados por la frustración y frecuentemente imposibilitados para su manejo.

(b) Defensa del ego (ED).

En estas reacciones, ego del sujeto predomina ya sea atacando a otros o a sí mismo. Una de las funciones del ego es precisamente la de defenderse de los agentes del medio para lograr una adecuada adaptación. Sin embargo, una persona demasiado defensiva y desconfiada puede resultar inadaptada. Por otro lado, una persona con un ego débil pierde la capacidad de defenderse ante el medio.

Para defenderse del medio, el ego utiliza mecanismos de defensa evidencian el grado de estructura de su personalidad, sus rasgos y recursos.

(c) Persistencia de la Necesidad (NP).

Es el tipo de reacción en el que se enfatiza la solución del problema que causa la frustración. Esta reacción denota por una parte la extrema necesidad del sujeto de solucionar prontamente la situación frustrante debido a la angustia que le provoca. Por otra parte, esta reacción generalmente evade la culpa o el ataque hacia el objeto frustrante ya que se enfoca a la solución del conflicto, no a su causa.

Dirección de la agresión.

(a) Extrapunitivas (E).

La dirección de la agresión es extrapunitiva cuando el sujeto la dirige hacia el medio ambiente. Generalmente esta agresión recae sobre el objeto frustrante o bien lleva al sujeto a buscar culpables.

Las personas que dirigen su agresión de esta forma son evidentemente agresivas y defensivas. Tienen a pelear con la gente que los rodea o con las cosas que frustran sus deseos.

(b) Intrapunitivas (I).

La dirección intrapunitiva implica que el sujeto dirige la agresividad sobre sí mismo. Esto se manifiesta en sentimientos de culpa, vergüenza o pena. La hostilidad reprimida es un derivado de este manejo intrapunitivo de la agresión.

Las personas intrapunitivas tienden a deprimirse debido a sus constantes ataques a sí mismas. Este manejo de la agresión lleva a la autoevaluación y baja autoestima.

(c) Impunitivas (M).

En ocasiones los sujetos reaccionan negando la agresión y por lo tanto el conflicto y su correlato de frustración. Este manejo de la agresión tiende no solo a negar el conflicto, sino que también pretende negar la consecuencia afectiva de éste, es decir la frustración.

Las personas para quienes los impulsos agresivos son difíciles de manejar tienden a reprimir sus emociones evadiendo tanto la culpa como la agresión hacia otros. La negación del conflicto no implica la no existencia de la frustración o el enojo. El hecho de no expresarlos no implica que no existan.

Aplicación

El test de Rosenzweig consta de una serie de dibujos que el sujeto debe llenar en el espacio en blanco. Debido a su facilidad de manejo puede utilizarse en aplicaciones colectivas o individuales, o bien ser autoaplicable.

Es importante que el aplicador verifique que el sujeto ha entendido satisfactoriamente los reactivos de la prueba y por lo tanto que su respuesta corresponda a la situación que se presenta en la prueba.

Calificación

Una vez aplicado, se utiliza un formato de calificación en el que se presentan tres columnas y 24 filas. Las columnas corresponden a los tipos de reacción ante la frustración y las filas a cada uno de los reactivos de la prueba.

Para cada reactivo se califica el tipo de reacción ante la frustración y la dirección de la agresión. Para indicar el tipo de reacción, se utilizan las columnas, y la dirección de la agresión se indica con las letras E para extrapunitiva, I para intrapunitiva y M para impunitiva colocando la letra correspondiente a cada reactivo en la columna que indique el tipo de reacción.

(a) Patrón General de Adaptación (GCR)

En el protocolo se encuentran impresas las respuestas populares para la población mexicana. Estas respuestas populares permiten calcular el patrón general de adaptación. Este patrón indica las respuestas estadísticamente más frecuentes en la población mexicana y permite ubicar al sujeto en un rango de respuestas socialmente convencionales. Partiendo de la premisa de que un sujeto adaptado ofrece respuestas convencionales, a mayor puntaje GCR, mejor será su adaptación al adecuarse a las reacciones socialmente esperadas.

(b) Perfiles

Una vez calificado cada reactivo, se vacían los datos en la tabla de perfiles. Se cuantifican el total de respuestas para cada combinación de tipo de reacción y dirección de la agresión, resultando 9 combinaciones:

E – OD : reacción de referencia al objeto, dirección extrapunitiva

I – OD : reacción de referencia al objeto, dirección intrapunitiva

M – OD : reacción de referencia al objeto, dirección impunitiva

E – ED : reacción de defensa del ego, dirección extrapunitiva

I – ED : reacción de defensa del ego, dirección intrapunitiva

M – ED : reacción de defensa del ego, dirección impunitiva

E – NP : reacción de persistencia de la necesidad, dirección extrapunitiva

I – NP : reacción de persistencia de la necesidad, dirección intrapunitiva

M – NP : reacción de persistencia de la necesidad, dirección impunitiva

Se obtiene también el total de respuestas E, I, M, OD, ED y NP y su porcentaje de respuestas en el protocolo total. Se recurre a las tablas normativas para comparar los datos del sujeto con la frecuencia esperada de cada tipo de reacción y dirección de la agresión. Se cuenta con tablas por sexo y nivel de escolaridad para ubicar a los sujetos en el grupo que les corresponde.

Los perfiles permiten ubicar al sujeto con respecto a la media estadística correspondiente a su grupo, midiendo el grado de su respuesta.

(c) Patrones

Con base a la información obtenida en los perfiles, se observan las reacciones y direcciones predominantes para cada sujeto. Éstas ofrecen el patrón de respuesta ante la frustración para cada sujeto.

El patrón de respuesta indica el tipo de reacción ante la frustración y la dirección de la agresión. Las diversas combinaciones posibles entre las reacciones y la dirección permiten una amplia gama de comprensión de las respuestas del sujeto ante las situaciones frustrantes que se le presentan.

¹ Berrum H. M. Traducción y adaptación a México de la prueba de Rosenzweig. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM 1966.

CAPÍTULO 5: METODO

1. DISEÑO¹

El presente estudio es una investigación no experimental, transversal comparativo de tipo exploratorio. Es no experimental ya que se van a observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, sin manipulación de variables.

Es transversal ya que se recolectarán los datos en un solo momento, en un único tiempo y su propósito es describir la variable estados emocionales y analizar su relación sin intenciones causales, con la variable del diagnóstico de LES, por lo que es comparativo.

Es de tipo exploratorio ya que su objetivo es examinar un tema de investigación poco abordado anteriormente: el manejo de las situaciones de conflicto y las emociones negativas que éstas generan o no en el marco de las relaciones interpersonales experimentadas por la paciente lúpica.

Este estudio tiene por objeto abundar en el conocimiento de los estados emocionales y las reacciones que provocan en las pacientes con LES. Debido a la observación éstas pacientes, su manejo de la enfermedad y su problemática, surge el planteamiento de si las emociones negativas, (principalmente el enojo y la agresión) que se presenta en estas pacientes durante la enfermedad interfiere con su afrontamiento a la enfermedad y el curso de ésta.

2. HIPÓTESIS

Las hipótesis de investigación son las siguientes:

- H_{i1} : *el manejo de la agresión en pacientes con LES es de tipo intrapunitivo*. Esto implica la negación del conflicto, el desarrollo de sentimientos de culpa y severa autocrítica.
- H_{i2} : *existe relación entre los estados emocionales derivados por la frustración y los episodios de LES*. Esto implica ciertos mecanismos psicósomáticos por medio de los cuales las reacciones emocionales repercuten en el cuerpo del paciente, expresando síntomas.

Mientras que las hipótesis nulas son las siguientes:

- H_{o1} : *el manejo de la agresión en pacientes con LES no es de tipo intrapunitivo*.
- H_{o2} : *no existe relación entre los estados emocionales derivados de la frustración y los episodios de LES*.

3. VARIABLES

Las variables a observar en el estudio son los estados emocionales del paciente. Los estados emocionales que son reacciones del organismo ante situaciones externas o internas, con componentes autonómicos y significación subjetiva.

4. POBLACIÓN

La muestra estudiada es de tipo no probabilística de sujetos tipo, ya que es una muestra dirigida con un procedimiento de selección arbitrario e informal y de casos. Ya que el objetivo de la investigación exploratoria es la riqueza, profundidad y calidad de la información mas que la estandarización o la cantidad de ésta, nos interesa conocer un determinado grupo: las pacientes lúpicas.

El estudio fue realizado en los servicios de Reumatología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos y el Instituto Mexicano de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

Selección de la muestra.- se entrevistó y se aplicó el test de Rosenzweig a 10 pacientes que cumplían con los siguientes criterios de selección:

- Diagnóstico LES siguiendo los criterios del American College of Rheumatism. Éstos criterios indican que un paciente es diagnosticado con LES si cumple con por lo menos cuatro de los siguientes criterios: eritema malar, eritema discoide, fotosensibilidad, úlceras orales, artritis, serositis (pleuritis o pericarditis), alteración renal (polinuria o cilindros celulares), alteración neurológica (convulsiones o psicosis), alteración hematológica (anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia), alteración inmunológica (anti ADN, anti Sm, o prueba serológica falsa para sífilis), y anticuerpos antinucleares.ⁱⁱ
- Consentimiento del paciente a colaborar en el estudio

5. INSTRUMENTOS

a) Historia Clínica

La historia clínica es una recopilación de los datos de la historia del paciente. Para obtener éstos datos, se realiza una entrevista individual con el paciente. La entrevista es una técnica clínica utilizada para recopilar información sobre el paciente. Utilizada a la par de las pruebas psicológicas, es una herramienta que permite conocer y aproximarse al paciente.

La entrevista tocará los siguientes puntos: la situación actual del padecimiento, los síntomas que padece el paciente y la atención que recibe en el momento. Posteriormente, se pide al paciente relate la historia de su padecimiento desde la aparición de los primeros síntomas hasta su diagnóstico y su evolución.

Una vez con la historia del padecimiento, se prosigue a indagar sobre los aspectos relevantes de la vida del paciente en el inicio de la enfermedad, las reacciones familiares al respecto y el apoyo que recibió. Durante este relato se recaba la información sobre sus relaciones cercanas al inicio de la enfermedad, antes de ésta y hasta el momento actual. Por último, se pregunta al paciente sobre su vida escolar y laboral (si no lo ha comentado previamente).

b) Test de Rosenzweigⁱⁱⁱ

La prueba de frustración de Rosenzweig (Picture frustration study for assesing reactions to frustration) es un procedimiento proyectivo que pretende descubrir modelos o patrones de respuestas a las situaciones estresantes comunes que son reconocidas como de gran importancia para el ajuste normal.

6. PROCEDIMIENTO

- a) Realización de la entrevista.- contando con el consentimiento de los pacientes a participar en el estudio, se realizan las entrevistas individuales. Esta entrevista va dirigida a investigar factores de frustración emocional en la vida del paciente. Se explorarán las relaciones sociales y afectivas del paciente a lo largo de su vida.
- b) Aplicación del test de Rosenzweig.- en una segunda sesión, se aplicará el test de frustración de Rosenzweig.
- c) Desarrollo de la historia clínica de cada caso.- con base en la entrevista realizada, se elaboró la historia clínica de cada paciente. En dichas historias se incluyen los siguientes datos:
 - Ficha de identificación.- con los datos generales del paciente
 - Motivo de consulta.- especificando el servicio que las atiende en el momento de la entrevista (hospitalización o consulta externa; en HSCAE PEMEX o IMC)
 - Descripción del paciente.- incluye el aspecto físico y la actitud general durante la entrevista.
 - Familiograma y constelación familiar.- permite ubicar al paciente en su familia con sus integrantes y los datos generales de éstos.
 - Antecedentes patológicos.- incluyendo la historia de problemas de salud a lo largo de la vida y el desarrollo del LES propiamente.
 - Desarrollo temprano.- comprende una breve descripción de la infancia del paciente o sus recuerdos de ésta.
 - Antecedentes personales.- incluye antecedentes escolares y laborales.

- Relaciones familiares.- se explican las relaciones positivas y negativas desde la infancia hasta el momento actual con figuras pertenecientes a la familia de origen y nueva familia.
- Relaciones sociales.- incluyen los aspectos no relacionados con la familia en cuanto a relaciones cercanas con amigos y parejas.
- Resumen.- se da un aspecto general de la personalidad del paciente y su forma de relacionarse.
- Resultados del Test de Rosenzweig.- se explica el manejo que hace el paciente de la agresión de acuerdo a su puntaje en el test aplicado.

7. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

- a) Análisis Descriptivo.- se ofrecen tablas con la información general de la muestra estudiada en las que se incluyen datos sobre la edad, el año de nacimiento, sexo, estado civil, la institución en la que se atienden, lugar de origen y de residencia, escolaridad, ocupación, tiempo de evolución del padecimiento y año de diagnóstico de LES; así como la edad del paciente al inicio de la enfermedad, sus síntomas iniciales, las circunstancias psicosociales de ese momento y las reacciones familiares ante la enfermedad.
- b) Análisis Cuantitativo.- con la información obtenida por el test de Rosenzweig, se elaboraron tablas y gráficas de los puntajes de cada paciente para un análisis por grupos de sexo y sus comparaciones con la media estadística de cada grupo y sus desviaciones estándar.
- c) Análisis Casuístico.- con la información obtenida de las historias clínicas de cada paciente, se elaboró un cronograma de cada uno en el cual se observan los eventos de la vida del paciente y la aparición de los síntomas de LES, incluyendo también otros padecimientos de salud a lo largo de la vida, la atención médica y los tratamientos recibidos.

¹ Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 1° ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1991

² Tan EM, Cohen AS, Fries JF, et al: the 1982 revised criteria for classification of systemic lupus erythematosus (SLE). *Citado por:* P. Martínez Elizondo, P. Martínez Osuna. Documenta Reuma. Información práctica en reumatología. 2° ed. México: Intersistemas S.A de CV; 1996.

³ Berrum H. M. Traducción y adaptación a México de la prueba de Rosenzweig. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM 1966.

**CAPÍTULO 6:
RESULTADOS**

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

a) Descripción de la muestra

Los datos generales de la muestra se presentan en la tabla 1.

**TABLA 1:
Datos Generales**

NOMBRE	EDAD	AÑO DE NACIMIENTO	SEXO	EDUCACION	INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATIENDE	LUGAR DE ORIGEN	LUGAR DE RESIDENCIA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	TIEMPO DE EVOLUCION	AÑO DE DX
C	15	1983	F	s	Hospitalización PEMEX	Provincia	Provincia	2° secundaria	Estudiante	1 año	1998
G	18	1980	F	s	Hospitalización IMC	Provincia	Provincia	Primaria	Hogar	2 años	1998
W	19	1977	F	s	Consulta Externa IMC	D.F.	D.F.	Preparatoria	Estudiante y recepcionista	3 años	1998
M	33	1965	F	c	Consulta Externa IMC	D.F.	D.F.	Carrera comercial con secretariado	Hogar	3 años	1995
T	36	1962	F	c	Consulta Externa PEMEX	Provincia	Provincia	Primaria	Hogar	1 año 6 meses	1998
E	39	1959	M	c	Consulta Externa IMC	D.F.	D.F.	4° semestre licenciatura en derecho	Cargador Central de Abastos	5 años	1993
I	49	1949	F	c	Consulta Externa IMC	Provincia	D.F.	Carrera normal, 1° semestre licenciatura en filosofia	Hogar	23 años	1975
F	50	1948	M	c	Consulta Externa IMC	D.F.	D.F.	Primaria	Plomero	.7 años	1994
A	51	1946	F	s	Consulta Externa IMC	D.F.	D.F.	3° primaria	Hogar	30 años	1980
L	58	1939	F	c	Consulta Externa IMC	Provincia	D.F.	Secundaria comercial con secretariado	Hogar	15 años	1983

TABLA 1:
Descripción de la Muestra
Continuación...

EDAD		SEXO		ESTADO CIVIL		ESCOLARIDAD		OCUPACIÓN		TIEMPO DE EVOLUCIÓN		AÑO DE DIAGNÓSTICO	
Rango	%		%	Estado civil	%	Estudios terminados	%	Ocupación	%	Rango (años)	%	Rango	%
15 - 20	30%	F	80 %	Solteros	40 %	Primaria	40%	Hogar	60%	a 5	60%	1998	40%
21 - 30	0%					Secundaria	30%	Estudiante	20%	5 a 10	10%	1990 - 1995	30%
31 - 40	30%	M	20 %	Casados	60 %	Preparatoria	10%	Empleado	20%	0 mas	30%	1980 - 1989	20%
41 - 50	10%					Profesional	20%					Anterior a 1980	10%
51 - 60	30%												

La muestra estudiada se compone de 10 sujetos, 2 hombres y 8 mujeres cuyas edades varían entre los 15 y los 58 años. Se trata de una muestra heterogénea, con características predominantemente sedentarias y un bajo nivel educativo.

Dos de las pacientes se atienden en el servicio de Reumatología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX y el resto en el Servicio de Reumatología del Instituto Mexicano de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

Seis sujetos son casados y viven con sus parejas; cuatro de ellos tienen hijos. Las cuatro restantes son solteras. Tres pacientes radican en provincia y viajan al D.F. para atenderse en la consulta externa. Durante la aplicación, dos de éstas pacientes foráneas estaban hospitalizadas.

El grado de escolaridad de la muestra es variable, desde primaria hasta educación superior. Dos de las pacientes son estudiantes, cinco se dedican al hogar y tres trabajan (los dos hombres y una mujer), por lo que en general es una muestra sedentaria.

Todos ellos fueron diagnosticados entre 1975 y 1998. Cuatro pacientes de la muestra recibieron el diagnóstico de LES en el año del estudio (1998) y dos de ellas recibieron intervención psicológica de apoyo ante la notificación de la enfermedad. El 80% de la muestra tuvo que ser hospitalizada en el momento del diagnóstico de LES debido a la gravedad de la enfermedad.

b) Descripción de variables

En el apéndice 1 se presentan los cronogramas de cada paciente en los cuales se organizó la información obtenida en las historias clínicas en orden cronológico comparando los eventos en la vida del paciente con el desarrollo de su enfermedad.

En el apéndice 2 se presentan las historias clínicas de cada paciente. Las principales variables con respecto a la enfermedad obtenidas en las entrevistas (síntomas y circunstancias iniciales y reacciones familiares ante la enfermedad) se presentan en las tablas 2 y 3.

TABLA 2:		
Síntomas Iniciales de LES		
SÍNTOMAS	PACIENTES	%
SINTOMAS GENERALES		90%
Fatiga	C,G,W,M,E,T,L	70%
Fiebre	W,T	20%
MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS		60%
Caída del cabello	C,T,I	30%
Eritema malar	W,T,A	30%
Máculas	M,T	20%
Úlceras en mucosas	W	10%
Lesiones vasculíticas	T,I	20%
MANIFESTACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS		60%
Artritis	I,F,A	30%
Artralgias	G,E	20%
Ostreoartralgias	L	10%
MANIFESTACIONES RENALES		20%
Pielonefritis	C	10%
Nefropatía	A	10%
MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS		10%
Cefalea	I	10%
MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES		40%
MANIFESTACIONES PULMONARES		20%
MANIFESTACIONES HEPÁTICAS		10%
MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES		10%

Síntomas Iniciales

En cuanto a los síntomas iniciales, no se encontró ninguna relación o perfil específico en cuanto a los sexos. La muestra coincide con la bibliografía en cuanto a que los síntomas predominantes al inicio del LES son la fatiga (un 70% de la muestra), las manifestaciones dermatológicas y musculoesqueléticas (un 60% cada una). Solo un 40% presentó manifestaciones cardiovasculares.

Circunstancias Psicosociales en el Inicio de la Enfermedad

Para este apartado, se consideraron las circunstancias en la vida del paciente durante la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, no del diagnóstico. En todos los casos, el paciente atravesaba por una etapa de estrés psicológico y frustración significativo en su vida a la par que comienzan las primeras manifestaciones sintomáticas del LES.

TABLA 3:
Circunstancias al Inicio de la Enfermedad

N O M B R E	EDAD AL INICIO DEL LES	SINTOMAS INICIALES	CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	REACCIONES FAMILIARES ANTE LA ENFERMEDAD
C	15	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Disnea • Caída de cabello • Pielonefritis 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia • Abandono (los hermanos se van a estudiar a otra ciudad y ella queda sola en casa con sus padres) • Frustración por rechazo amoroso • Preocupaciones por problemas escolares 	PADRES: preocupados y molestos por la actitud de C y su depresión. Solicitan atención psicológica para C. HERMANOS: preocupados
G	18	<ul style="list-style-type: none"> • Artralgias • Fiebre • Disnea • Insuficiencia cardíaca • Neumonitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia • Operación de la madre (matríz), G la cuida 	PADRES: inconscientes de la gravedad de G HERMANOS: no están enterados de la gravedad de la enfermedad.
W	19	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Mialgias • Úlceras orales • Eritema malar 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia • Preocupaciones por problemas escolares • Conflictos con la madre • Inestabilidad emocional • Frustración por rechazos amorosos • Madre enferma 	MADRE: preocupada, pero W se siente presionada y hostigada por ella. No se siente apoyada
M	30	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia • Máculas 	<ul style="list-style-type: none"> • Madre enferma, M la cuida • Matrimonio: • Alejamiento de la madre • Inicio de vida sexual activa • Se va a vivir a provincia 	ESPOSO: no se siente apoyada por él, lo culpa de la enfermedad por haberse casado y habérsela llevado a provincia MADRE: enferma también, M no se siente apoyada por ella PADRE: preocupado por la enfermedad de la madre mas que por M HERMANOS: no hay apoyo por parte de ellos

TABLA 3:
Circunstancias al inicio de la Enfermedad
Continuación.....

N O M B R E	EDAD AL INICIO DEL LES	SINTOMAS INICIALES	CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	REACCIONES FAMILIARES ANTE LA ENFERMEDAD
E	34	<ul style="list-style-type: none"> • Artralgias • Neumonitis • Fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración y mal autoconcepto • Inicia una dieta para adelgazar • Enfermedad de la madre 	<p>ESPOSA: preocupada, ella lo lleva al hospital HIJOS: poco familiarizados con la enfermedad. MADRE: enferma también, inconsciente de la enfermedad de E. HERMANOS: no hay apoyo por parte de ellos</p>
T	35	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Fatiga • Caída de cabello • Máculas • Eritema malar • Edema 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Infidelidad del marido • Sentimiento de culpa por el abandono escolar de su hija • Preocupación por su hijo pequeño 	<p>ESPOSO: preocupado HIJAS: preocupadas y angustiadas MADRE: preocupada, la lleva con médicos</p>
I	26	<ul style="list-style-type: none"> • Poliartritis • Cefalea generalizada • Edema • Fenómeno de Reynaud • Caída del cabello • Infecciones en vías urinarias • Faringolaringitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo 	<p>ESPOSO: preocupado, la lleva a hacer varios análisis y estudios, con médicos particulares y la apoya. PADRES: preocupados, al pendiente</p>
F	43	<ul style="list-style-type: none"> • Artritis • Cardiopatía isquémica arteroesclerosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Hijos varones dejan la escuela • La hija mayor se casa y deja los estudios 	<p>ESPOSA: preocupada, lo apoya y lo ayuda en casa HIJOS: lo apoyan, uno de ellos se hace cargo del trabajo HERMANOS: al pendiente y preocupados</p>
A	12	<ul style="list-style-type: none"> • Artritis • Cardiopatía • Nefropatía • Eritema malar 	<ul style="list-style-type: none"> • Pre adolescencia 	<p>PADRES: poco conscientes del problema. No recibe la atención necesaria y es diagnosticada 9 años después</p>
L	44	<ul style="list-style-type: none"> • Osteoartralgia • Onicofagia • Fatiga • Disnea 	<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia • Hijos adolescentes y rebeldes • Hija menor con problemas escolares 	<p>ESPOSO: no la apoya, no cree en su enfermedad HIJOS: no la ayudan ni apoyan. Creen que finge su enfermedad y no la acompañan ni aún después del diagnóstico MADRE: enferma también, no presta atención a L HERMANA: es la única que la apoya y la lleva al médico</p>

Un 40 % de la muestra tuvo el inicio de los síntomas durante la adolescencia o al inicio de ésta. En la bibliografía se reporta como frecuente el inicio del LES en esta etapa, en parte debido a los cambios hormonales que se presentan.

En un 40 % de la muestra, los síntomas comenzaron mientras la madre del paciente estaba enferma y de una u otra forma, el paciente debió hacerse cargo de ésta. Y el 20 % restante tuvo el inicio de los síntomas durante o después del último embarazo. En el embarazo, el desequilibrio hormonal es común y en la literatura se reporta como frecuente el inicio del LES durante o después del embarazo.

Reacciones Familiares ante la Enfermedad

El LES es una enfermedad difícil de aceptar y en ocasiones de entender por el paciente y su familia debido a su naturaleza inestable, la diversidad de sus manifestaciones y la poca difusión social que se le ha dado.

En la muestra estudiada, las reacciones de la familia son contrastantes. El 50% de los padres de los pacientes se mostraban preocupados ante la enfermedad del mismo; el otro 50% se mantenían inconscientes de la gravedad de la enfermedad y por lo tanto, indiferentes.

En cuanto a las parejas; en aquellos que estaban casados al inicio de la enfermedad, el 70% de los pacientes notaban la preocupación de sus parejas por la enfermedad e incluso eran éstas parejas quienes los llevaron a solicitar el servicio médico. El 30% restante manifestó que sus parejas no creían en su enfermedad y por lo tanto no recibieron apoyo de ellos.

En los casos de pacientes con hijos, el 50% de estos reaccionaron con preocupación y actitudes de apoyo a los padres. Mientras el 50% restante no creyó en la enfermedad del paciente y no mostró interés por éste.

En tres casos en los que la reacción familiar fue de indiferencia, la madre del paciente se encontraba también enferma, por lo que la propia enfermedad del paciente (siendo silenciosa), pasó inadvertida en un inicio. Sin embargo, se les diagnosticó el LES en ese mismo año y su tratamiento comenzó a la par del diagnóstico.

En los dos casos restantes en los que la familia reaccionó sin hacer consciencia de la gravedad del paciente, se trata de familias de bajo nivel sociocultural y por lo mismo poco familiarizadas con los servicios médicos que los pacientes requerían. Estos dos casos recibieron el diagnóstico de LES mucho tiempo después de que comenzaron los síntomas (2 años en uno y en el otro 10 años para un primer diagnóstico de Artritis Reumatoide y 22 años para el diagnóstico de LES)

2. ANÁLISIS CUANTITATIVO: Test de Frustración de Rosenzweig

Los datos obtenidos con el Test de Frustración de Rosenzweig se presentan en la tabla 4.

TABLA 4:
Resultados del Test de Frustración de Rosenzweig

NOMBRE	EDAD	AÑO DE NACIMIENTO	SEXO	EDO CIVIL	TIPO DE RESPUESTA ANTE LA FRUSTRACIÓN			DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN			GCR	TIPO DE RESPUESTA PREDOMINANTE	DIRECCIÓN PREDOMINANTE DE LA AGRESIÓN
					O-D	E-D	N-P	I	E	M			
C	15	83	f	s	16	60	23	37.5	37.5	29	58.3	ED	E + I
G	18	80	f	s	45	23	33	20	31	58	33.3	OD	M
W	19	77	f	s	33.3	31	39.5	41.6	27	39.5	58.3	NP	I + M
M	33	65	f	c	37.5	29	29	27	8.5	64.5	41.66	OD	M
T	36	62	f	c	39.5	29	31	16.6	39.5	43.7	41.66	OD	M
E	39	59	m	c	29	27	52	50	41.6	12.5	50	NP	I
I	49	49	f	c	27	37.5	41.6	31	35.4	33.3	41.66	NP	E
F	50	48	m	c	20.8	62.5	16.6	8.5	37.5	54	91.66	ED	M
A	51	46	f	s	33.3	16.6	50	37.5	25	37.5	33.33	NP	I + M
L	58	39	f	c	41.6	41.6	16.6	16.6	62.5	20.6	58.3	OD + ED	E

Con los datos obtenidos se realizó un análisis de los datos con base en dos formas de calificación. Por una parte se graficaron los patrones de las respuestas predominantes ante las situaciones frustrantes (gráficas 1 y 5). Y por otra parte, se realizó la comparación de los resultados de la muestra con los datos normativos para la población mexicana (gráficas 2, 3, 4, 6, 7 y 8).

En las gráficas de comparación con los datos normativos, a cada paciente se le asignó un número en orden de edades. Los pacientes de sexo masculino son el 6 y el 8. Se marcó con una línea la media estadística y con una línea punteada la desviación estándar de cada grupo de acuerdo a los sexos. En las gráficas donde se muestra solo una línea es debido a que la media y desviación estándar coinciden para ambos grupos.

Para facilitar la comprensión de los datos, a continuación se muestra una tabla con la designación numérica de cada paciente y sus datos generales.

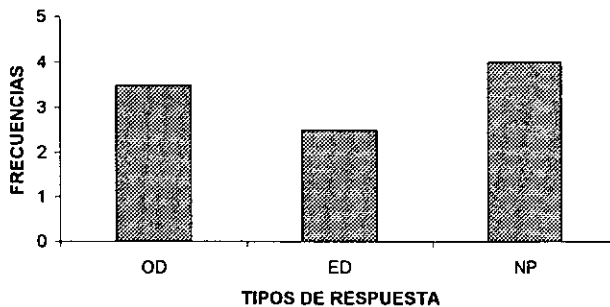
NÚMERO	PACIENTE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
1	C	15	F	1 año
2	G	18	F	2 años
3	W	19	F	3 años
4	M	33	F	3 años
5	T	36	F	1 año y medio
6	E	39	M	5 años
7	I	49	F	23 años
8	F	50	M	7 años
9	A	51	F	30 años
10	L	58	F	15 años

a) Tipo de reacción

Los datos sobre el tipo de respuesta se presentan en las gráficas 1 a la 4.

GRAFICA 1:

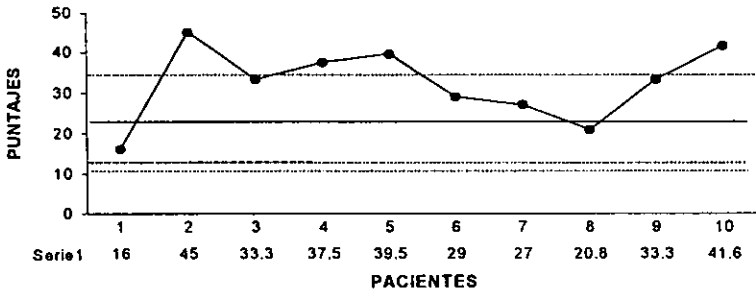
*Distribución de Puntajes del Test de Rozenzweig
del Tipo de Respuesta a la Frustración
Predominante*



Si bien no se encontró un perfil específico de respuesta ante la frustración; si se encontraron resultados significativos. En cuanto a los patrones de reacción de la muestra, se observa que predomina en un 40 % la reacción de persistencia de la necesidad, seguido en un 35% la reacción de referencia al objeto frustrante. Solo un 20% presentó un patrón predominante de reacción de defensa del ego.

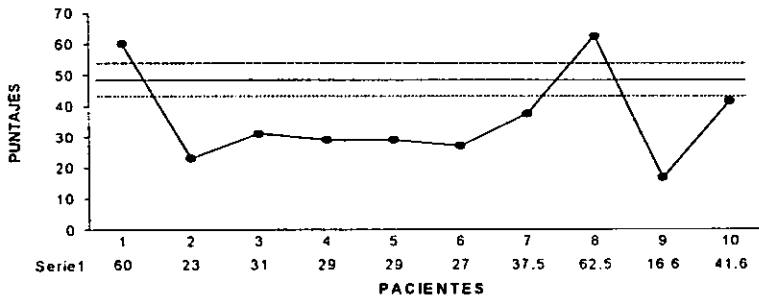
Al comparar los puntajes de los pacientes con la media estadística de su grupo (de acuerdo a la escolaridad y el sexo), se encontraron datos significativos. Los puntajes se presentan en las gráficas 2, 3 y 4. Se indica con una línea la media estadística y con líneas punteadas la desviación estándar.

GRAFICA 2:
TIPO DE RESPUESTA
Distribución de Puntajes del Test de Rozenzweig de Respuestas con Referencia al Objeto Frustrante (OD)



Como se observa en la gráfica 2, los puntajes de las reacciones de referencia al objeto frustrante son superiores a lo esperado en un 80% de los casos.

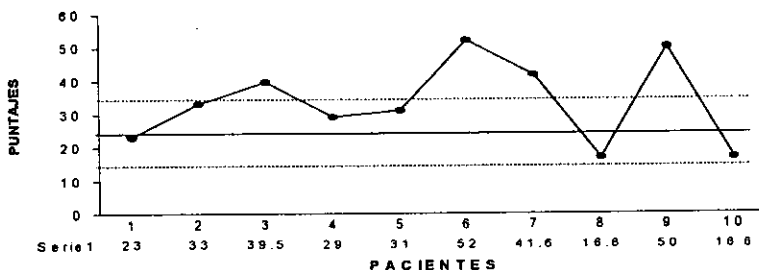
GRAFICA 3:
TIPO DE RESPUESTA
Distribución de Puntajes del Test de Rozenzweig de Respuestas de Ego Defensa (ED)



Como se observa en la gráfica 3, el 80% de los pacientes presentan respuestas de reacción de defensa del ego son significativamente inferiores a lo esperado.

Por último, en la gráfica 4 se muestra como el 70% de los pacientes presentan reacciones de persistencia de la necesidad superiores a lo esperado.

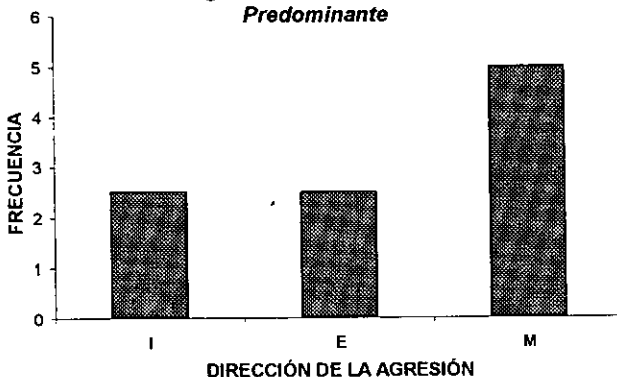
GRAFICA 4:
TIPO DE RESPUESTA
Distribución de Puntajes del Test de Rozenzweig de Respuestas de Persistencia de la Necesidad (NP)



b) Dirección de la agresión

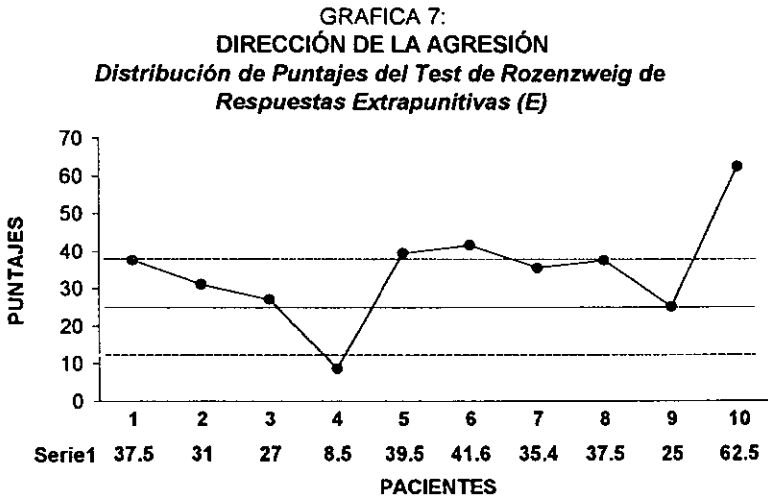
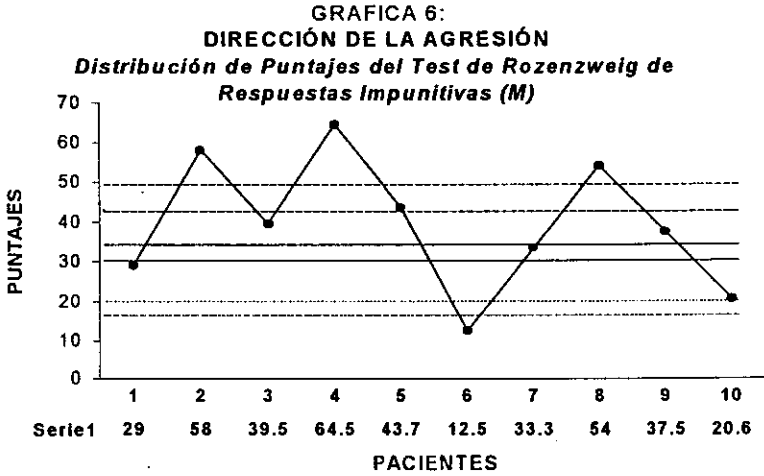
Los datos con respecto a la dirección de la agresión se presentan en las gráficas 5, 6, 7 y 8.

GRAFICA 5:
Distribución de Puntajes del Test de Rozenzweig de la Dirección de la Agresión Predominante



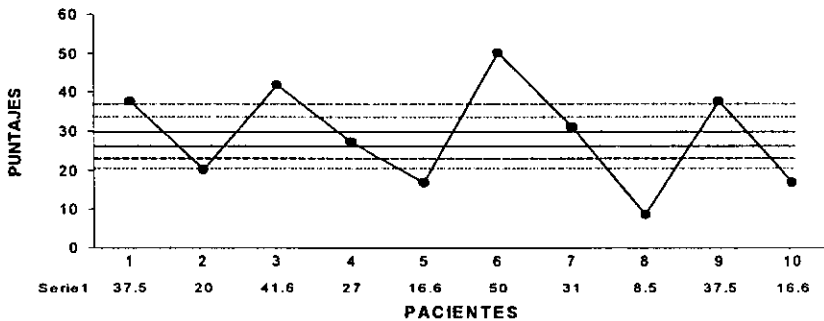
En los datos generales de la muestra, se encuentra predominantemente un patrón de dirección de la agresión impunitiva como se muestra en la gráfica 5. En el 50% de la muestra predomina este patrón.

Al analizar los puntajes de cada paciente con respecto a la media estadística, se encuentran datos más significativos. Se observa en las gráficas 6 y 7 que el 70% de las respuestas impunitivas y extrapunitivas sobrepasan la media estadística. En la gráfica 6, la media para el grupo de mujeres era de 31; mientras que para los hombre era de 45.



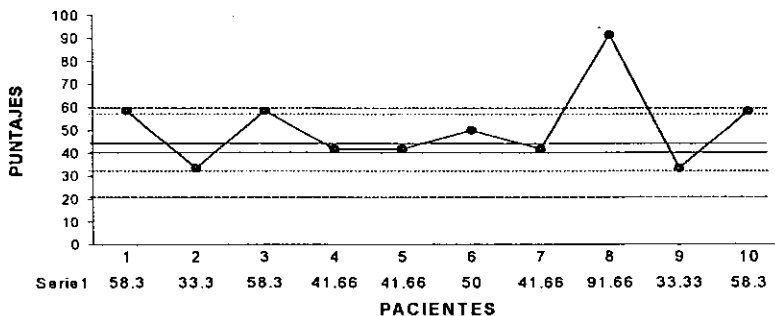
Por último, en la gráfica 8 se muestra como el 60% de los pacientes mostraron respuestas intrapunitivas que sobrepasan la media estadística. La media para el grupo de mujeres era de 25 y para el grupo de hombres era de 29.

GRAFICA 8:
DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN
Distribución de Puntajes del Test de Rozenzweig de Respuestas Intrapunitivas (I)



En la gráfica 9 se muestran graficados los puntajes del patrón general de adaptación (GGR). La media para el grupo de mujeres era de 40 y para el grupo de hombres de 45. A pesar de las discrepancias encontradas en las gráficas anteriores, en general, todos los pacientes se encuentran adaptados de acuerdo a las reacciones esperadas para la población mexicana.

GRAFICA 9:
Distribución de Puntajes del Test de Rozenzweig del Patrón General de Adaptación (GGR)



3. ANÁLISIS CAUSÍSTICO: Historias Clínicas

a) Situaciones frustrantes

Los datos con respecto a las frustraciones en las historias de los pacientes se presentan en la tabla 5. Se han considerado como situaciones generadoras de frustración los episodios de abuso y/o maltrato vividos en la infancia, la vivencia repetida de abandono por parte de figuras significativas, o la pérdida de estas (p.e. separación o muerte), el predominio de relaciones conflictivas, la propia frustración académica y laboral.

SITUACION	PACIENTES	PORCENTAJE
Frustración afectiva		80%
Abuso y/o maltrato	G,W,T	30%
Vivencia de abandono o pérdida	C,G,W,M,T,A	60%
Vivencia de rechazo	C,W,L,F	40%
Relaciones conflictivas	C,W,M,T,A,L	60%
Frustración académica	C,W,F	43%
Frustración laboral	M,F,L	50%

Al revisar las historias de cada paciente, encontramos evidencia de varias de éstas situaciones. Un 60% de la muestra presenta vivencias de abandono, por parte de los padres (W), los hermanos (C, G, M) o la pareja (W, M, T). En algunos casos, estas vivencias se han repetido en varias ocasiones durante la vida (W, C, G y M).

El 60% de la muestra ha vivido relaciones conflictivas desde su infancia (C, W, M, T, F, y L) y a través de su vida con padres (W, M, T, F, L), hermanos (C, M, L), pareja (W, M, T, L) y/o hijos (T, F, L).

El 50% de los pacientes entrevistados que trabajan o han trabajado alguna vez presentan frustraciones en esta área (M, F, L). Estas frustraciones se relacionan directamente con el inicio de la enfermedad ya que debido a su gravedad se han visto incapacitados.

b) Relaciones familiares

Se encontraron datos importantes y generalizados en la muestra estudiada. Los datos se presentan en la tabla 6. Los datos se organizaron de acuerdo a las relaciones más importantes y significativas en la vida del paciente: la relación con la madre, con el padre y con los hermanos. Se incluyen también las relaciones de pareja y con los hijos, aquellos que los tienen. En el apartado de relaciones de pareja, se incluyen noviazgos y actuales matrimonios (en los sujetos casados).

TABLA 6:
Relaciones Familiares

PACIENTE	RELACIÓN CON LA MADRE	RELACIÓN CON EL PADRE	RELACIÓN CON LOS HERMANOS	RELACIÓN CON LA PAREJA	RELACIÓN CON LOS HIJOS
C	<ul style="list-style-type: none"> • Madre dominante. • Relación hostil y superficial. • La madre padeció LED 	<ul style="list-style-type: none"> • Padre consentidor y cariñoso • Preferencia por la hermana mayor 	<ul style="list-style-type: none"> • Ha. Mayor: estrecha • Ho. : lejana • Ho. : hostil, la rechaza y la agrade desde pequeños 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene pareja • Es coqueta • Se siente rechazada por los hombres que le gustan 	
G	<ul style="list-style-type: none"> • La madre presenta poco interés por ella • Relación superficial • La madre estaba enferma cuando comienza el LES 	<ul style="list-style-type: none"> • El padre presenta poco interés por ella • Relación superficial 	<ul style="list-style-type: none"> • Ho. Mayores: lejana • Ha. : superficial, sin embargo las extraña 	<ul style="list-style-type: none"> • No le interesa tener una pareja • Su concepto de los hombres es malo 	
W	<ul style="list-style-type: none"> • Madre dominante. • Presenta fricciones constantes y la relación es hostil • Madre enfermiza 	<ul style="list-style-type: none"> • Padre ausente y la rechaza • Abuelo: la abandona • Tío: acoso sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Es hija única • Con sus primas es solidaria y protectora 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones inestables • Abandono e infidelidad por parte de dos novios 	
M	<ul style="list-style-type: none"> • Madre enfermiza y depresiva (en tratamiento psiquiátrico) • Relación hostil y con fricciones constantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Padre ausente, muere cuando M era una niña • Padrastro: no presta atención a ella, solo a la madre y tiende a la depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones lejanas • Ella se siente molesta con sus hermanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono de un primer novio • Actual relación inestable • Fricciones con su marido 	

TABLA 6:
Relaciones Familiares
Continuación.....

PACIENTE	RELACION CON LA MADRE	RELACION CON EL PADRE	RELACION CON LOS HERMANOS	RELACION CON LA PAREJA	RELACION CON LOS HIJOS
T	<ul style="list-style-type: none"> • Madre dominante • Relación hostil 	<ul style="list-style-type: none"> • Padre sumiso ante la madre • Es consentidor y cariñoso con T • Muere cuando T se casa 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones lejanas y superficiales 	<ul style="list-style-type: none"> • Matrimonio muy joven (adolescentes) • Infidelidad del marido y poca comunicación • Siente poco interés de parte de su marido 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas con su hija mayor que le generan sentimientos de culpa • La relación con sus hijas menores es buena
E	<ul style="list-style-type: none"> • Madre enferma (DM), centrada en sí misma con poco interés por E • Relación superficial • La madre estaba enferma cuando empieza el LES • Muere al año siguiente del Dx de LES 	<ul style="list-style-type: none"> • Padre enfermo, con poco interés por sus hijos • Relación basada en los deportes que el padre practicaba • Muere cuando E era un niño 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta rivalidad y dependencia hacia sus hermanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación superficial con su esposa 	<ul style="list-style-type: none"> • Su relación con sus hijos es igual que la que tuvo él con su padre: basada en el deporte
I	<ul style="list-style-type: none"> • Madre sumisa • En la relación con ella I es mas dominante 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación cercana • Padre dominante pero cariñoso • I se identifica con su padre • Muere recientemente 	<ul style="list-style-type: none"> • Protege a sus hermanos y se hace cargo de ellos. • Los hermanos se muestran agradecidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena relación y cercana • I es mas dominante que su marido 	<ul style="list-style-type: none"> • Ho: relación lejana y superficial • Ha: buena relación en la que I se identifica con su hija

TABLA 6:
Relaciones Familiares
Continuación.....

PACIENTE	RELACION CON LA MADRE	RELACION CON EL PADRE	RELACION CON LOS HERMANOS	RELACION CON LA PAREJA	RELACION CON LOS HIJOS
F	<ul style="list-style-type: none"> • Madre enferma • Relación frustrante para F ya que la madre es nunca se dejó ayudar por él • Muere de cáncer 	<ul style="list-style-type: none"> • Padre ausente, es asesinado • Constante rivalidad con la nueva pareja de la madre 	<ul style="list-style-type: none"> • Protege a sus hermanos y se hace cargo de ellos • Los hermanos se muestran agradecidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación cercana y de apoyo mutuo con su esposa 	<ul style="list-style-type: none"> • La relación con los hijos mayores es distante y superficial • Se siente decepcionado o de éstos ya que no terminaron sus estudios • La relación con su hija menor es cercana y le ilusiona que ella si estudie
A	<ul style="list-style-type: none"> • Madre dominante, poco interesada por A • Relación hostil y sin comunicación • Muere de cáncer 	<ul style="list-style-type: none"> • Padre sumiso ante la madre • Padre consentidor y cariñoso • Relación cercana y afectuosa 	<ul style="list-style-type: none"> • La relación con los hermanos es superficial • La relación con las hermanas es estrecha. • Ambas hermanas presentan enfermedades crónicas • Hermana muere 	<ul style="list-style-type: none"> • No le interesa tener una pareja • Su padre toma el lugar de su pareja 	<ul style="list-style-type: none"> • Ha cuidado a sus sobrinos como una madre • Se preocupa por ellos y éstos la buscan
L	<ul style="list-style-type: none"> • Madre dominante • Relación hostil 	<ul style="list-style-type: none"> • Padre consentidor y cariñoso • Relación cercana y afectuosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación lejana con los hermanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación lejana con su marido • No hay comunicación en la pareja 	<ul style="list-style-type: none"> • Los hijos no le tienen confianza • Ella es dominante y controladora con sus hijos

Se encontraron varios rasgos comunes entre los pacientes. Entre ellos encontramos problemas en la relación con la madre y con la pareja. Para lograr una mejor comprensión de los datos, se realizó un análisis de la información obtenida con respecto a los rasgos comunes de la muestra. Los datos organizados de ésta forma se muestran en la tabla 7.

TABLA 7: <i>Relaciones Frustrantes</i>		
RELACIÓN	PACIENTES	PORCENTAJE
Problemas en la relación con la madre		90%
Madre dominante	C, W, A, L, T	50%
Madre enferma	C, W, M, E, F	50%
Relación hostil con la madre	C, W, M, A, L, T	60%
Madre poco interesada	A, E, F, G	40%
Tipo de relación con el padre		
Padre ausente	W, F, M	30%
Padre cariñoso y consentidor	C, A, L, I, T	50%
Padre poco interesado	E, G	20%
Relación con los hermanos		
Relación afectuosa	F, I, C, A, G	46%
Relación distante	C, A, M, L, G, T, M	77%
Problemas en la relación con la pareja		70%
Relación en conflicto constante	M, L	20%
Sin interés por tener una pareja	A, G	20%
Abandonos, infidelidad o rechazos por parte de la pareja	C, W, M, T	40%
Relación con los hijos		
Relación cercana	E, F, I	60%
Relación distante	L, F, I	60%

El 90% de la muestra presentan conflictos en mayor o menor medida con la madre, ya sea en la infancia, en la adolescencia o durante toda su vida hasta el momento actual.

El 50% de los pacientes reflejan que su madre era una mujer dominante, agresiva, controladora, con la cual era (o es) difícil relacionarse en armonía. La relación con estas madres era (o es) hostil y conflictiva, generadora por sí misma de frustración constante.

El 50% de la muestra indica que la madre era (o es) una mujer propensa a enfermarse o bien padece de alguna enfermedad crónica (DM, cáncer o LED). De hecho, en varios casos (G, W, M, E) los primeros síntomas de LES en el paciente comienzan mientras atiende a la madre enferma.

En el 40% de los casos, los pacientes reportan y evidencian que la madre mostraba poco interés por ellos. En algunos casos esta falta de interés se debía a que la madre estaba enferma y por lo tanto, demasiado preocupada por sí misma para ocuparse de los hijos.

En cuanto a la relación con el padre, el 50% de los pacientes (todas ellas mujeres), mantenían (o mantienen) una relación estrecha y afectuosa con el padre. Las pacientes describen al padre como una persona consentidora, con especial aprecio por sus hijas (o solo por la paciente).

En varios casos (C, M, T, A, L) las pacientes indican que mientras la madre era una mujer dominante y controladora, con la cual la relación era hostil, el padre era un hombre cariñoso que incluso se aliaba con ellas ya que también era sometido por la madre.

Las relaciones con los hermanos son distantes en un 60% de los casos. En cuanto a las relaciones con los hijos, no es posible encontrar una tendencia específica, ya que en algunos casos (T, I, F) los pacientes mantienen una buena relación con uno de los hijos y al mismo tiempo presentan conflictos con otro. Además, la propia condición de enfermo del padre (o madre) influye considerablemente.

CAPÍTULO 7: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Circunstancias Psicosociales en el Inicio de la Enfermedad

En cuanto a este primer análisis de variables, se encontraron datos que confirman la segunda hipótesis planteada en este estudio: que *existe relación entre los estados emocionales y los episodios de LEG*. Implicando ciertos mecanismos psicosomáticos por medio de los cuales las reacciones emocionales repercuten en el cuerpo del paciente, expresando síntomas.

Esta explicación ha sido comprobada por varios autores en otras enfermedades en estudios en los cuales se ha prestado apoyo psicoterapéutico a los pacientes y se ha evaluado el avance terapéutico en comparación con las expresiones de la enfermedad.

En 1996, se realizó un estudio en el Instituto Nacional de Salud y Factores Psicosociales en Suecia¹ con 15 pacientes con Artritis reumatoide, tratados en psicoterapia analítica por períodos de 10 meses hasta 4 años y medio. Los resultados revelan la veracidad de las conexiones psiconeuroinmunológicas.

Seis pacientes mostraron una notable mejoría tanto física como psíquica durante el tratamiento e incluso después de éste. En otros cinco casos tanto el estado psíquico como físico se mostró después del primer año en terapia. Posteriormente, al tratarse en psicoterapia los traumas emocionales de la infancia, los cinco pacientes mejoraron considerablemente y remitieron por completo sus síntomas, siendo esporádicos los episodios de activación en el curso de la terapia.

En cuatro pacientes, sin embargo, las conexiones entre el estado psíquico y la enfermedad reumática fueron muy variables en el período de psicoterapia. En general, en la muestra estudiada, la correlación entre el estado psíquico y el curso de la enfermedad reumática fue altamente significativo.

Si bien en el presente estudio no se realizaron intervenciones terapéuticas, si fue posible observar relaciones entre los eventos en la vida del paciente y el inicio de la enfermedad. En los cronogramas que se anexan en el apéndice 1 se observa claramente como al inicio de los síntomas el paciente se encontraba en una situación de estrés emocional importante.

Son tres las situaciones estresantes que predominan claramente en la muestra estudiada: el inicio de la adolescencia (4 casos), la enfermedad de la madre del paciente (4 casos) y la propia maternidad de la paciente (2 casos). Las tres situaciones son por sí mismas difíciles de crisis existencial y provocan un estado de tensión psicológica importante.

Adolescencia

Es sabido que en la adolescencia además de los cambios físicos y sobre todo hormonales, todos los sujetos presentan en mayor o menor medida, conflictos internos y familiares propios de este periodo.

El Dr. Federico Sotoⁱⁱ, psicoanalista de la adolescencia (IMMPA, 1999) indica que ésta es una etapa de conflictos y tensiones internas en las que el sujeto se enfrenta a sí mismo, a las figuras internalizadas, el duelo por la infancia perdida y su búsqueda de identidad. Todo esto implica para el adolescente una serie de conflictos, tensiones e inestabilidad intrapsíquicas expresadas en trastornos y regresiones que conforman una patología de la adolescencia, independientemente de la patología propia del sujeto.

Al definir la adolescencia como una etapa de conflicto, podemos inferir el estrés psicológico y emocional que las pacientes entrevistadas presentaban cuando comenzaron sus síntomas. Además, en estas pacientes (C, G,W y A) había previamente una serie de carencias y pérdidas afectivas en la infancia que se agudizaron en la adolescencia.

Enfermedad de la madre

La relación materna es siempre el vínculo primario y el más importante y formativo en la vida de cualquier sujeto. La madre es generalmente el primer objeto de afecto y su presencia es siempre fundamental a lo largo de la vida. Cuando la madre enferma esta situación puede ser percibida en forma catastrófica y la posibilidad de su muerte y con ella la pérdida de la madre como objeto amoroso, proveedor, protector, gratificador y fuente de seguridad. La sensación de pérdida implica connotaciones emocionales de angustia, frustración, enojo, desesperación, impotencia y a veces culpa.

En dos de los cuatro casos presentados en este trabajo en los cuales la madre del paciente estaba enferma al iniciar los síntomas de LES (W y M), la relación con ella había sido conflictiva a lo largo de la vida. Al enfermarse ésta, la tensión emocional que implica la enfermedad por sí misma se complica por los conflictos y fantasías ambivalentes previas con respecto a una madre frustrante.

Los otros dos casos (G y E) presentaban relaciones superficiales con la madre y reportan poco interés por parte de éstas. Aparentemente se trata de madre demasiado preocupadas por sí mismas para ocuparse de sus hijos. La enfermedad de éstos pacientes pasó desapercibida ante los ojos de la madre enfatizando la enfermedad que ésta padecía.

Embarazo

En el embarazo, el desequilibrio hormonal es común y en la literatura se reporta como frecuente el inicio del LES durante o después de éste. Además del determinante hormonal, el embarazo presenta implicaciones psicológicas importantes para la mujer.

Si bien la función materna es un hecho generalmente satisfactorio; en ocasiones es también un suceso que despierta frustración y estrés emocional. En los dos casos

presentados en este trabajo (T y I), existen embarazos previos y ya se ejercía una función de madre que había sido difícil. Ante esta situación, es posible inferir que un nuevo embarazo implicaba para las pacientes una situación que frustraba otras necesidades previas por lo que probablemente había un rechazo consciente o inconsciente hacia el mismo embarazo.

Adolescencia de los hijos

En los dos casos restantes (F y L), el inicio de la enfermedad coincide con la adolescencia de los hijos. En el caso de F, la frustración de que sus hijos abandonaran los estudios y el futuro que él deseaba para ellos. En el caso de L, sus hijos adolescentes presentaban conductas de rebeldía y problemas de aprendizaje en la escuela. En ambos casos, la relación con los hijos era difícil y estresante para los pacientes ya que no cumplían con las expectativas parentales.

Ya que existe una preponderancia contundente de mujeres enfermas de lupus (90%), y ante la aparente relación de los estrógenos (hormonas femeninas) en la patogénesis de la enfermedadⁱⁱⁱ; resulta interesante observar la prevalencia de factores psicológicos y emocionales en relación con la madre (G, W, M, E), la maternidad o paternidad (T, L, I, F) y la aceptación de su propia feminidad (C, A).

Por otra parte, en la sociedad mexicana, a las mujeres no les está socialmente permitido la expresión de las emociones agresivas. El prototipo de la mujer mexicana es el de sumisión y devoción familiar. El peso de la aceptación social la cultura lleva a las mujeres a presentar mayor dificultad que los hombres para expresar adecuadamente su agresión, su enojo e inconformidad.

Reacciones Familiares ante la Enfermedad

Este apartado se relaciona estrechamente con el anterior. Se encontraron dos tipos predominantes de reacciones ante la enfermedad. Se encontró que ambos tipos de reacciones familiares (preocupación o indiferencia) repercuten significativamente en el estado del paciente. Aquellos que sentían que su familia se preocupaba por ellos, se sentían culpables de causarles problemas y angustias. Mientras que los que sentían poco interés o indiferencia por parte de su familia presentaban reclamos y enojo o bien le restaban importancia.

En los cinco casos en los que la reacción de la familia fue de preocupación, los pacientes recibieron el diagnóstico de LES y la atención médica en el mismo año (a excepción de una paciente que presentó síntomas 7 años antes del diagnóstico, pero sí fue atendida desde el inicio).

Se encontró que la reacción familiar ante la enfermedad influye significativamente en la atención médica oportuna que el paciente recibió. Esto repercute necesariamente en el control de la enfermedad y por lo tanto en su pronóstico.

2. ANÁLISIS CUANTITATIVO: TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

Tipo de reacción

Se encontró un patrón de persistencia de la necesidad y referencia al objeto frustrante como reacciones predominantes ante la frustración. Este patrón indica que un 40% de los pacientes tienden a enfatizar la solución del problema que causa la frustración. Esta reacción denota por una parte la extrema necesidad del sujeto de solucionar prontamente la situación frustrante debido a la angustia que le provoca. Por otra parte, esta reacción generalmente evade la culpa o el ataque hacia el objeto frustrante ya que se enfoca a la solución del conflicto, no a su causa.

Mientras que un 35% tiende a enfatizar el objeto frustrante, tratando de vencerlo o bien prolongando la frustración al hacerlo más evidente. Los sujetos que reaccionan de esta forma generalmente se sienten bloqueados por la frustración y frecuentemente imposibilitados para su manejo.

Podemos concluir que los pacientes con LES tienden básicamente a dos tipos de reacción (o ambas): o tratan de buscar una solución inmediata al conflicto frustrante, o bien se bloquean ante esta situación frustrante y se sienten imposibilitados. En ambos casos, los pacientes no intentan defenderse de la frustración.

Al analizar los puntajes de cada paciente, se observa que si bien predomina la reacción de persistencia de la necesidad en algunos casos (40%); en un 80% las respuestas de referencia al objeto frustrante exceden de la norma. Estos resultados permiten una comprensión dinámica de la reacción ante la frustración. Los pacientes tienden a sentirse bloqueados e impotentes ante la situación frustrante; por lo que si les es posible reaccionan buscando una solución rápida al conflicto, para evitar así la impotencia.

Dirección de la agresión

Los datos encontrados refutan la primera hipótesis planteada en este estudio en la que se esperaba que *el manejo de la agresión en pacientes con LES fuera de tipo predominantemente intrapunitivo*. Sin embargo, el manejo impunitivo de la agresión predominante en la muestra indica que los pacientes tienden a racionalizar sobre sus reacciones emotivas con respecto a la frustración. Se esfuerzan por no mostrar ni el enojo (manejo extrapunitivo de la agresión), ni la culpa (manejo intrapunitivo de la agresión).

Por otra parte, los puntajes de respuestas extrapunitivas e impunitivas sobrepasan la media esperada para el grupo de la muestra. Esta observación permite una explicación dinámica del manejo de la agresión ante las situaciones frustrantes. Los pacientes tienden a

enojarse al sentirse frustrados; pero son incapaces de expresar este enojo; por lo que buscan minimizar el conflicto, racionalizando al respecto y de esta forma logran disculpar a quien los agrede y aparentemente se muestran tranquilos ante las frustraciones.

El 60% de los pacientes mostraron respuestas intrapunitivas que sobrepasan la media estadística. Esto complementa la explicación anterior, ya que debido a su imposibilidad para aceptar su enojo hacia los demás, suelen enojarse consigo mismos. De esta forma si pueden expresar su enojo, ya que solo pueden manejar su agresión cuando la dirigen hacia sí mismos, no hacia los demás.

En general los pacientes tienden a bloquearse ante las situaciones frustrantes, sintiéndose impotentes e indefensos. En un intento por evitar la percepción de la frustración, buscan soluciones rápidas, evadiendo el conflicto y sobre todo, el manejo del enojo o culpa que les genera la situación frustrante. Por esta razón, racionalizan sobre sus reacciones emotivas ante la frustración y se les dificulta expresarla de forma extrapunitiva ya que esto les genera sentimientos de culpa (manejo intrapunitivo).

3. ANÁLISIS CAUSÍSTICO: HISTORIAS CLÍNICAS

Situaciones frustrantes y relaciones familiares

En general, todos los pacientes han vivido situaciones de agresión y hostilidad desde edades muy tempranas. Debido a que los primeros agresores han sido figuras fundamentales y amadas, los sujetos no han podido expresar su agresión adecuadamente hacia éstos objetos agresores. La expresión de esta agresión les despertaría culpa y el riesgo de ser rechazados o agredidos afectivamente por estas figuras tan importantes.

La presencia de sentimientos ambivalentes con respecto a la madre (u otra figura afectivamente importante en la vida) es fuente generadora de conflictos intrapsíquicos importantes. Una forma de manejar estos sentimientos ambivalentes es la racionalización de las situaciones frustrantes y la supresión de la agresión generada por estas situaciones.

En la muestra estudiada, se encontró que la relación con la madre es predominantemente conflictiva. A excepción de un caso (I), la madre ha sido para todos los pacientes el primer agente de frustración. Al ser también la figura más importante, los sujetos son incapaces de expresar su agresión hacia ella por lo que utilizan estrategias para minimizar la frustración que ésta les genera.

Con éste fin, los sujetos utilizan mecanismos de racionalización y desplazamiento para evitar la agresión en contra de quienes los frustran. De esta forma son capaces de disculpar a cualquier agresor y reprimen sus impulsos agresivos. El costo de este manejo es la auto agresión, ya que es la única forma de expresión agresiva que no les causa sentimientos de culpa.

En un artículo reciente (1996) en *The British Journal of Psychiatry*, los psiquiatras australianos Jones y Daniels^{iv} proponen un modelo de auto agresión basado en la observación de conductas de auto mutilación e intento suicida en animales y humanos. Estos autores encontraron que la auto agresión es el resultado de la agresión social mal dirigida, es decir, dirigida hacia el sujeto (manejo intrapunitivo según Rosenzweig).

Los autores presentan el siguiente modelo de agresión: primeramente consideran que existe un potencial para la agresión tanto en los animales como en los humanos. Se trata de un sustrato que los hace aptos para la supervivencia. A este potencial innato se le suma un ambiente de aislamiento y/o privación (sea afectiva, física o económica en el caso humano). Como resultado de esta suma de eventos aparece, de acuerdo a este modelo, la frustración, los sentimientos de abandono y el enojo.

Dependiendo de la situación social en la que se encuentre el organismo (animal o humano), presentará conductas de agresión social o de auto agresión. Si el organismo se encuentra en un medio aislado (sea física o psicológicamente), el monto de agresión generado por la frustración y su propio potencial innato se torna contra sí mismo en conductas de auto agresión.

Existen factores del desarrollo temprano que llevan al sujeto a presentar la sensación y percepción de aislamiento y soledad. La privación materna y el inadecuado paternaje son factores provocadores de estas sensaciones. En la muestra estudiada, el 90% de los pacientes reportan fallas severas en las relaciones tempranas, en especial con la madre.

Otros factores citados en el mismo artículo son las experiencias o amenazas de abandono (como la enfermedad de un ser querido, su muerte o la separación) y los conflictos y falta de entendimiento en las relaciones interpersonales cercanas (afectivas). Nuevamente encontramos en la muestra estudiada que el 60% de los pacientes ha experimentado vivencias de abandono y en algunos casos en repetidas ocasiones. También un 60% de éstos pacientes reportan haber vivido relaciones conflictivas y frustrantes desde su infancia y en la actualidad.

Por último, los autores citan un trabajo de Feldman^v (1988) donde indica que el enojo y la frustración en niños y adolescentes víctimas de abuso se dirigen hacia sí mismos ante la impotencia para identificar adecuadamente la fuente de su frustración, cambiando la dirección de ésta hacia sí mismos. Esta misma explicación es aplicable a la muestra de pacientes lúpicos tomando en cuenta su imposibilidad para identificar y enfrentar a los objetos primarios (madre) como objetos frustrantes.

En la bibliografía está altamente probado que las pacientes con LES presentan cuadros depresivos importantes no sólo como síntomas^{vi} ^{vii} sino también como rasgos de personalidad^{viii}. En la depresión, los sujetos presentan pensamientos y conductas de auto devaluación que disminuyen su autoestima ya que se atacan a si mismos. Este ataque es

análogo al que el propio sistema inmunológico manifiesta contra los órganos y sistemas del cuerpo.

Freud^{ix} indicaba en su trabajo sobre Duelo y Melancolía (1915) que la máxima expresión del manejo intrapunitivo de la agresión es la depresión. La depresión es la vuelta de la agresión contra el Yo en un intento por restablecer el equilibrio libidinal ante la pérdida del objeto amado. En la muestra estudiada se encontró que todos los pacientes se encontraban en situaciones de estrés emocional en relación con una pérdida (duelo por la infancia, enfermedad de la madre, rechazo de los hijos) al inicio de la enfermedad. Si la dinámica de la depresión es una vuelta de la agresión contra sí mismo; ¿no es el lupus la expresión de la misma dinámica por parte del sistema inmunológico?

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad con un mecanismo de auto destrucción del tejido del organismo. En el lupus, el sistema inmunológico ataca los órganos y sistemas del paciente. Al parecer, los pacientes presentan una dinámica en su vida anímica análoga a la que desarrolla en sistema inmunológico en la enfermedad. Esta dinámica de auto agresión es fomentada por el medio en su vida cotidiana desde edades muy tempranas debido a la imposibilidad de los pacientes para expresar sus emociones agresivas (enojo, ira, frustración). La expresión mas clara de esta dinámica auto agresiva es la depresión que presentan y la misma auto destrucción que corre a cargo de su sistema inmunológico.

ⁱ Lindberg NE, Lindberg E, Theorell T, Larsson G. Psychotherapy in rheumatoid arthritis--a parallel-process study of psychicstate and course of rheumatic disease. Z Rheumatol 1996 Jan-Feb;55(1):28-39

ⁱⁱ Soto F. Psicopatología de la adolescencia. Trabajo leído en el congreso internacional trastornos de personalidad en niños y adolescentes. Centro Médico Nacional Siglo XXI, México D.F. marzo 1999

ⁱⁱⁱ Lahita RG: The importance of estrogens in systemic lupus erithematosus. Clin Immunol Immunopathol 63:17-18, 1992

^{iv} Jones IF, Daniels B. An ethological aproach to self-injury. British J of Psychiatry. Vol 169 (3). Sep 1996: 263-267

^v Feldman MD. The challenge of self mutilation: A review. Comprehensive Psychiatry. Vol. 29: 1988: 252-269

^{vi} Wekking EM, Nossent JC, Van Dan AP, Swak AJ: Cognitive and emotional disturbances in systemic lupus erythematosus. Psychotherapy and Psychosomatics 1991; 55(2-4):124-131.

^{vii} Tayer WG, Nicassio PM, Radojevic V, Krall T. Pain and helplessness as correlates of depression in systemic lupus erithematosus. British J of Health Psychology. Vol 1 (part3). Sep 1996: 253-262

^{viii} Michaca G, Molina D. Perfil de personalidad en pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico de inicio en la infancia. Reunión anual y congreso conmemoratio del LX aniversario de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría A.C. Centro Médico Nacional Siglo XXI; enero 1998

^{ix} Freud S. Duelo y Melancolía. Obras completas Ed. Amorrortu Vol XIV, Buenos Aires 1996. pp 235 - 256

CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES

La propuesta de este estudio fue de tipo exploratorio para conocer los estados emocionales de las pacientes lúpicas, en especial con respecto al enojo y la agresión, y como éstas interfieren con su afrontamiento a la enfermedad y el curso de ésta.

La primera hipótesis planteada fue refutada por los resultados aceptándose la hipótesis nula: el manejo de la agresión en pacientes con LES no es predominantemente intrapunitiva sino impunitiva.

La segunda hipótesis planteada si fue comprobada por los resultados: existe relación entre los estados emocionales de los pacientes y los episodios de activación de la enfermedad.

Además de las hipótesis planteadas, los principales resultados encontrados son los siguientes:

- Se encontró que el inicio de la enfermedad coincide con crisis existenciales como la propia adolescencia (40%), la enfermedad de la madre (40%), el embarazo (20%) y la adolescencia de los hijos (20%). Llama la atención que en las cuatro situaciones, existen factores psicológicos y emocionales relacionados con a función materna, la feminidad y la figura de la madre.
- Se encontró que la reacción familiar ante la enfermedad fue de preocupación (50%) o bien de indiferencia (50%). Si bien ambos tipos de reacciones provocan efectos negativos en el paciente (enojo ante la indiferencia y culpa ante la preocupación), el tipo de reacción influye significativamente en la atención médica oportuna que el paciente recibió.
- Se encontró que ante situaciones frustrantes, los pacientes reaccionan con necesidad de persistencia y referencia al objeto frustrante, por lo que tienden a bloquearse sintiéndose impotentes e indefensos. En un intento por evitar la percepción de la frustración, buscan soluciones rápidas, evadiendo el conflicto y sobre todo, el manejo del enojo o culpa que les genera la situación frustrante.
- Se encontró que los pacientes dirigen su agresión de forma predominantemente impunitiva, racionalizando sobre sus reacciones emotivas ante la frustración. Se les dificulta expresar su agresión de forma extrapunitiva ya que esto les genera sentimientos de culpa (manejo intrapunitivo).
- Se encontraron situaciones frustrantes consistentemente a lo largo de la vida del paciente, principalmente en la relación con la madre (90%) y la pareja (60%). Las situaciones frustrantes predominantes son las vivencias de abandono (60%) y relaciones conflictivas (60%).

Ante estos resultados, es posible concluir que la muestra estudiada presenta circunstancias coincidentes entre sí, sobre todo al respecto de una relación con la madre generadora de frustración desde etapas muy tempranas de la vida. Así mismo, a lo largo de ésta, los pacientes han vivido repetidas veces situaciones frustrantes, predominantemente de abandono y de insatisfacción en sus relaciones afectivas.

Ante la repetida vivencia de frustración, los sujetos han aprendido a utilizar mecanismos de supresión de la agresión, racionalización y desplazamiento para evadir la percepción frustrante y así evitarse el conflicto que les genera el propio enojo y la agresión hacia los objetos amados que los frustran. Sin embargo, sus intentos de negar la frustración no son siempre acertados y la única forma de expresar la agresión que ésta les genera es volviéndola contra sí mismos.

El resultado más evidente de este manejo intrapunitivo de la agresión es la depresión. Todos los pacientes manifiestan en menor o mayor medida síntomas o rasgos depresivos. Esta observación coincide además con la bibliografía referente a la personalidad y los trastornos psicológicos y psiquiátricos más frecuentes en pacientes lúpicos.

Queda planteada la hipótesis psicodinámica de que siendo el lupus eritematoso sistémico una enfermedad con mecanismos inmunológicos de autodestrucción del tejido del organismo, los pacientes presentan una dinámica en su vida anímica análoga a la que desarrolla en sistema inmunológico en la enfermedad. Esta dinámica de auto agresión es fomentada por el medio familiar y condición de sometimiento en su vida cotidiana desde edades muy tempranas convirtiéndose en un patrón repetitivo y autónomo de respuesta en sus relaciones posteriores. Esta dinámica auto agresiva se expresa en la depresión que presentan los pacientes y la propia auto destrucción que corre a cargo del sistema inmunológico en el LES.

CAPÍTULO 9: **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

La principal limitación para este estudio es el tamaño pequeño de la muestra. Es una limitación ya que no es posible generalizar los datos obtenidos en este estudio debido a que la muestra no es significativa de los pacientes que padecen lupus eritematoso sistémico.

Otra limitación se observó en la aplicación del instrumento. El Test de Frustración de Rosenzweig está diseñado para que el sujeto lo conteste por sí mismo. Para esto, es necesario que pueda leer y entender las situaciones que se le presentan y escribir en el espacio en blanco la respuesta que él emitiría.

En algunos casos (G, T, A y L), los pacientes no fueron capaces de resolver el test por sí mismas, o bien por estar hospitalizadas (G), por no poder escribir (A), por no poder leer las letras impresas (L) o bien no entendían la situación que se les presentaba (T y A). Por este motivo, algunos tests fueron aplicados de forma oral y las respuestas fueron escritas por el aplicador, no por el paciente.

Esta es una limitación ya que las respuestas no son tan espontáneas. Sobre todo en los casos de T y A, se les dificultaba entender la situación que se les planteaba, por lo que había que explicar un poco más la situación, tratando de no sesgar la respuesta del paciente.

Se sugiere la ampliación de la muestra para estudios posteriores con la intención de obtener resultados estadísticamente significativos. Por otra parte, algunos de los resultados obtenidos en este trabajo pueden considerarse para estudios posteriores más específicos, por ejemplo la relación materna, la forma de relación vincular que establecen los pacientes, la influencia de la enfermedad misma en su estilo de relación, etc.

Debido a que el estudio realizado es de tipo exploratorio, los resultados que se ofrecen pueden servir como base para futuras líneas de investigación.

APÉNDICE 1:
Cronogramas

CRONOGRAMA I:

Paciente C

AÑO	EDAD	EVENTOS	PROBLEMAS DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
1983	0	Nacimiento en provincia			
1993	10	A se va a Japón			
1994	11	A se va a estudiar a la ciudad de P			
1996	13	C ingresa a secundaria comienzan problemas escolares			
1997	14	L se va a estudiar a la ciudad de P C se queda sola con sus padres			
Ene-98		continúan los problemas escolares reprobaba los semestrales	Primeros síntomas: fatiga, disnea y caída de cabello	Dx depresión y origen psicógeno	
Feb-98		se enamora de un muchacho de la escuela			
Abr-98		se siente rechazada por el muchacho que le gustaba			
May-98		visita a sus hermanos en la ciudad de P	Aumentan fatiga y disnea	Atención en la ciudad de P Dx LES Dx psiquiátrico de depresión	Hospitalización, es referida al HCSAE PEMEX en D.F. Apoyo Psicológico Meticorten Tafil
Jul-98		regresa a casa	sx en remisión	Egreso del hospital	Consulta externa en el servicio de Reumatología HCSAE PEMEX

CRONOGRAMA 2:

Paciente G

AÑO	EDAD	EVENTOS	PROBLEMAS DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
1980	0	nacimiento, provincia, P			
1985	5	hermanos mayores se van a la ciudad de G			
1990	10	hermana mayor se casa y se va			
May-95	15	hermana menor se casa y se va			
Sep-95		sufre maltrato escolar			
Jun-96	16	termina la primaria entra a trabajar como sirvienta con una tía			
Ago-96		se enferma la madre y es operada de la matriz. G tiene que cuidar a su madre enferma	Primeros síntomas: artralgias		
1997	17		continúa artralgia y dificultad para caminar	Dx reuma	medicamentos desconocidos
Jun-98	18		inmovilidad por artralgia, disnea y fiebre	Traslado al DF	Hospitalización en IMC
Sep-98			insuficiencia cardíaca y neumonitis lúpica	dx LES	Continua hospitalizada
Oct-98		regresa a casa	sx en remisión	Egreso del hospital	Consulta externa en el servicio de Reumatología IMC

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CRONOGRAMA 3:

Paciente W

AÑO	EDAD	EVENTOS	PROBLEMAS DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
1977	0	Nacimiento en el DF			
1981	4	cambio de casa W y su madre viven solas	infecciones de garganta repetidas		
1983	6	nace prima de W, y su abuela la desplaza			
1985	8	el abuelo de W deja de buscarla W busca a su padre y este la desconoce acoso sexual por parte del tío	dolores en piernas por el frío con marcas en red		
1989	12	Inicia noviazgo con H y después mantiene varias relaciones inestables con otros muchachos	comienza a padecer estreñimiento, cefalea y vómito por estrés		
1994	16	comienza noviazgo con A ingresa a la preparatoria particular becada, presionándose mucho por los estudios. Comienza a presentar problemas escolares	presenta cuadros de gota		
1995		pierde la beca en la preparatoria la madre y la abuela enferman	fatiga, dolor muscular en espalda		
Ene-96	18	A la deja por otra chica	úlceras dolorosas y lesiones orales		
Feb-96	19	deja la escuela	presenta eritema malar	Dx dermatológico	estudios clínicos
Mar-96		entra al bachillerato	Continúan los síntomas	Dx LES	referida a IMC
Jun-97		comienza noviazgo con J lo cual le ocasiona problemas con su madre			
Sep-97		Termina relación con J			
Oct-97		J inicia una relación con otra chica y se casan			
Mar-98	19	Entra a trabajar como recepcionista	Presenta deshidratación e infección intestinal		Hospitalizada en IMC
May-98		presenta exámenes UAM y UNAM y no pasa			Consulta externa en el servicio de reumatología de IMC

CRONOGRAMA 4:

Paciente M

AÑO	EDAD	EVENTOS	PROBLEMAS DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
1965	0	nacimiento, DF			
1966	1	muerde el padre			
1970	5	la madre inicia relación con una nueva pareja			
1972	7	nace primer medio hermano			
1979	14	comienza a trabajar en tienda de telas			
1980	15	entra a trabajar a una juguetería			
1981	16	nace segundo medio hermano			
1983	18	conoce a T en la juguetería y se enamora			
1984	19	T se va al extranjero			
1985	20	T regresa y se va a provincia			
1988	23	conoce a su V, y M no le hace caso			
1990	25	M deja el trabajo para cuidar a su madre	problema tiroideo		
1993	28	comienza el noviazgo con V			
1995	30	matrimonio con V, con lo que comienza vida sexual activa y V y M se van a vivir a provincia. La madre de M enferma y regresan a la capital, por lo que V regresa a su antiguo trabajo y M y V viven en casa de los padres de M. Su situación económica es mala y M se siente presionada por esto y por vivir con sus padres	Presencia de máculas y taquicardia. Malestar general y fatiga	Dx LES	Hospitalizada 10 días en un hospital particular y luego referida a hospitalización en IMC por 2 semanas mas
1996	31	M y V se separan	Persisten los síntomas		Psicoterapia
1997	32	V busca a M y se mudan a una casa propia			
1998	33		persisten las máculas y la taquicardia		Consulta externa en el servicio de reumatología de IMC

CRONOGRAMA 5:

Paciente E

AÑO	EDAD	EVENTOS	PROBLEMAS DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
1959	0	nacimiento en DF			
1981	3	nace hermana menor			
1970	11	muere el padre de E conoce a M en la primaria			
1975	15		padece tifoidea		
1976	16	jugaba fútbol	lesión en los meñiscos		Intervención quirúrgica
1977	18	comienza noviazgo con M			
1978	19	accidente en bicicleta	fractura de brazo		
1979	20	entra a trabajar como personal de intendencia			
1980	21	comienza a estudiar el bachillerato			
1983	24	matrimonio con M			
1984	25	nace primogénito ingresa a la ENEP a estudiar derecho			
1985	26	entra al negocio de distribución de películas de video y deja el trabajo de intendencia			
1986	27	nace su segundo hijo deja sus estudios universitarios			
1988	28	deja el negocio de distribución películas de video y entra a trabajar como cargador en la Central de Abastos			
1991	32	nace su tercer hijo			
1992	33	Accidente automovilístico			
1993	34	madre enferma, pierde la vista por la Diabetes E comienza una dieta para adelgazar	artralgias en las mañanas, dolor en el costado, caída de cabello y diarrea. Problema pulmonar con dificultad para respirar	Dx LES	Hospitalizado en INER y refendo a IMC al servicio de Reumatología
1994	35	madre enferma de infección pulmonar y muere	Aparece el dolor nuevamente		
1995	36		Aparece el dolor nuevamente		
1998	39				Consulta externa en el servicio de Reumatología IMC

CRONOGRAMA 6:

Paciente T

AÑO	EDAD	EVENTOS	PROBLEMAS DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
1962	0	nacimiento en provincia			
1977	15	conoce a F y se hacen novios			
1978	16	se fuga con F y se va a vivir a casa de los padres de éste, donde recibe malos tratos de parte de la familia de F. Muere el padre de T			
1979	17	nace su primogénita, I aumentan los problemas con la familia de F			
1983	21	nace su segunda hija, E T se muda a una casa propia con su marido e hijas			
1986	24	nace su tercera hija, K			
Ene-97	35	T se embaraza por cuarta ocasión	Comienza la fiebre muy alta	parto atendido en el HCSAE PEMEX	
Oct-97		nace su cuarto hijo, F	continúa la fiebre, aparece eritema malar y máculas en extremidades		
Dic-97		I se hace cargo de F	Caída del cabello y fatiga		
Ene-98		I deja la universidad para hacerse cargo de F		Dx LES	Referida al servicio de Reumatología en el HCSAE PEMEX
Mar-98	36	T y sus hijas se enteran de la infidelidad de F	Continúan fiebre y fatiga		Apoyo psicológico
May-98		I se va a vivir con J y tienen problemas constantemente ya que I es muy agresiva. Estos problemas preocupan a T			
Jul-98		Continúan problemas entre I y J que angustian a T			Abandona el tratamiento médico y psicológico
Dic-98			Continúa el malestar y los síntomas		Solicita atención médica y psicológica en el servicio de Reumatología en el HCSAE PEMEX

CRONOGRAMA 7:

Paciente I

AÑO	EDAD	EVENTOS	PROBLEMAS DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
1949	0	Nacimiento en provincia			
1953	4	nace su primer hermano			
1958	9	nace su segundo hermano			
1964	15	se va a la capital del estado a estudiar comienza a trabajar en una oficina de gobierno			
1968	19	ingresa a la escuela Normal			
1969	20		padece anemia		
1970	21	trabaja como maestra en una escuela primaria			
1971	22	ingresa a la universidad del estado a estudiar filosofía			
Ago-71		I viaja a la capital a ver a su hermano y conoce a P en el camión. Comienza noviazgo con P			
Dic-71		P pide la mano de I en matrimonio			
Ene-72		I se casa con P por el civil			
May-72		I se casa con P por la iglesia y se van a vivir a la capital			
1973	24	nace el primogénito			
1976	27	nace su segunda hija viaja a la costa a visitar a una amiga y regresa a la capital	sx iniciales: poliartritis intensa, cefalea, edema facial y miembros inferiores y superiores fenómeno de Reynaud completo, caída de cabello, infecciones en vías urinarias y faringolaringitis	Dx LES	Análisis clínicos con médicos particulares Referida al servicio de Reumatología de IMC
1977	28	Decide operarse para no tener mas hijos	sx en remisión		Intervención quirúrgica
1992	43	muere el padre de I			
1998	49				Consulta externa en el servicio de reumatología de IMC

CRONOGRAMA 8:

Paciente F

AÑO	EDAD	EVENTOS	PROBLEMAS DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
1948	0	nace en la capital			
1952	4	Nacimiento de un hermano			
1953	5	Nacimiento de un hermano			
1954	6	Nacimiento de un hermano			
1956	8	Nacimiento de un hermano			
1958	10	el padre de F es asesinado en provincia F deja la escuela y comienza a trabajar como ayudante de plomero			
1959	11	la madre de F tiene una nueva pareja F se va a vivir con unos tíos al campo, donde trabaja como agricultor			
1960	12	Nacimiento de una media hermana			
1961	13	F regresa a la capital, encuentra a la madre enferma por lo que se la lleva a vivir con él al campo al igual que a sus hermanos La pareja de la madre los busca y se la lleva nuevamente a la capital con sus hijos. F se queda en el campo.	Presenta tabaquismo		
1962	14	Nacimiento de una media hermana			
		F se deprime y deja de trabajar, dedicándose al vicio del alcohol. Sus tíos lo apoyan para que deje el alcohol.	presenta alcoholismo		
1963		F regresa a la capital, encuentra a la madre enferma Se establece nuevamente con su madre y hermanos y comienza a trabajar como maestro de obras Presenta fricciones con la pareja de su madre ya que F se hace cargo del gasto familiar.			
1964	16	Nacimiento de una media hermana			
1966	18	Nacimiento de un medio hermano muerte de la madre a causa de un cáncer uterino F se hace cargo de sus hermanos y manda a sus hermanas a vivir con un hermano mayor ya casado			
1969	21	Matrimonio con E			
1970	22	Nacimiento de la primogénita, A			
1971	23	Nacimiento del primer hijo, B			
1973	25	Nacimiento del tercer hijo, C			

CRONOGRAMA 8:

*Paciente F
Continuación...*

AÑO	EDAD	EVENTOS	PROBLEMAS DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
1980	32	Nacimiento de la cuarta hija, D			
1986	38	B termina la secundaria y deja la escuela			
1989	41	C termina la secundaria y deja la escuela			
1991	43	F tiene que dejar el trabajo y C se hace cargo del negocio	presenta artritis de grandes articulaciones e inmovilización del lado derecho del cuerpo	Dx Artritis	Cortisona
1994	46	A deja la preparatoria y se casa	infarto al miocardio	Dx LES	hospitalización IMC
1995	47	Nacimiento del primer nieto de F			
1996	48	Matrimonio de B			
1998	50	D presenta exámenes en UNAM y UAM sin éxito	padece cardiopatía isquémica y continúan las molestias articulares		Consulta externa del servicio de Reumatología IMC

CRONOGRAMA 9:

Paciente A

AÑO	EDAD	EVENTOS	PROBLEMAS DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
1946	0	Nacimiento en la capital			
1949	3	Nacimiento de una hermana			
1952	6	Nacimiento de una hermana			
1953	7	Nacimiento de un hermano	padece fiebre púrpura		hospitalización 2 meses
1958	12		padece fiebre reumática con encogimiento de extremidades e inmovilidad física que le impiden caminar		
1967	21		presenta una afección cardíaca		hospitalizada y referida a IMC
1968	22		Recupera la movilidad y puede caminar. Continúan las deformaciones en las manos	Dx Artritis Reumatoide	Intervención quirúrgica en extremidades
1980			presenta complicaciones renales	Dx LES	
1986	40	Matrimonio de G			
1987	41	Nacimiento del primer sobrino de A			
1988	42	Nacimiento del segundo sobrino de A			
1989	43	madre de A muy enferma, en agonía			
		A se hace cargo de su madre y sus sobrinos			
1991	45	Muerte de la madre de A de cáncer de mama			
1992	46	Muerte de G de cáncer uterino			
		A se hace cargo de sus sobrinos por completo			
1994	48	el cuñado de A se lleva a los niños con él y A se queda sola con el padre			
1998	51				Consulta externa en el servicio de Reumatología de IMC

CRONOGRAMA 10:

Paciente L

AÑO	EDAD	EVENTOS	PROBLEMAS DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
1939	0	Nacimiento en provincia			
1940	1	se traslada con su familia a la capital			
1943	4	Nacimiento de un hermano			
1957	8	Nacimiento de un hermano			
1959	10	Nacimiento de un hermano			
1951	12	Matrimonio de H, y se va a vivir a provincia			
1955	16	Comienza a trabajar como secretaria			
1968	19	la madre de L enferma H se traslada a la capital y su marido la abandona			
1969	20	Conoce a E			
1974	25	Matrimonio con E L se cambia de trabajo a una escuela particular			
1976	27	Nacimiento del primogénito, B, embarazo sietemesino y parto por cesárea			
1970	31	Nacimiento de su hija, A			
1982	43	A presenta problemas escolares L apoya a su hija para terminar la escuela secundaria			
May-83	44	A cambia de escuela por problemas de aprendizaje	fatiga, baja de peso		
Ago-83		A termina la secundaria y L la motiva a estudiar la preparatoria	osteoartralgia y odinofagia	Dx LES	meticorten
1985	45	Problemas con ambos hijos por rebeldía	fatiga y elevación tensional		
1986	46	deja de trabajar por la enfermedad	presenta hepatitis colestásica		Hospitalizada en IMC
1994	54	B comienza un noviazgo con una chica			
1998	58	A sale con un hombre sin comentarle a L			Consulta Externa en servicio de Reumatología IMC

APÉNDICE 2:
Historias Clínicas

1. Ficha de Identificación

NOMBRE: C
EDAD: 14 años **FECHA DE NACIMIENTO:** 24 julio 1983
SEXO: femenino **ESTADO CIVIL:** soltera
ESCOLARIDAD: 2° secundaria, escuela oficial
OCUPACIÓN: estudiante

2. Motivo de consulta

La paciente se encuentra hospitalizada en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX por pielonefritis a causa de LES. Se encuentra muy deprimida y los padres se preocupan por su estado de ánimo y de salud, por lo que requieren la interconsulta a psicología.

3. Descripción de la paciente

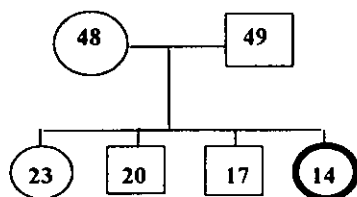
Se trata de una adolescente de complexión delgada, muy alta para su edad, de tez morena, cabello y ojos oscuros. Usa lentes. Es callada y retraída. Su voz es chillona y muy baja, su tono infantil.

En la primera entrevista se encuentra muy deprimida y poco cooperadora, ya que llora silenciosamente y sólo murmura. En las posteriores, va tomando confianza y reponiéndose físicamente, por lo que logra establecer una relación en la que constantemente trata de ser el centro de la atención de los médicos y personal del hospital.

Es coqueta con los médicos y luego se siente triste cuando se da cuenta que ellos no le corresponden como quisiera. Su estado de ánimo es fluctuante de la alegría a la tristeza.

Cuando esta contenta es risueña, infantil y demandante de afecto y atención. Cuando está triste y/o enojada es hostil, retraída, llora en silencio, se queda en la cama en posición fetal y no colabora, no sostiene la mirada al hablar y agacha la cabeza huyendo del contacto visual.

4. Familiograma y Constelación familiar



El nombre del padre es P; es ingeniero y trabaja en PEMEX como empleado de confianza. Es un hombre demandante, desconfiado y exigente de sus derechos. Presume ser una persona influyente de buena posición y envidiado por algunos colegas. En su trato con su hija y su esposa es aparentemente cálido y afectuoso pero al mismo tiempo estricto y controlador.

P es un padre sumamente seductor con sus hijas y alejado de su esposa. Muestra gran preferencia por su hija mayor, de quien se expresa con gran emoción y orgullo. Su preocupación por la salud de C es auténtica, y se muestra cooperador con el personal médico exigiendo siempre la mejor atención para su hija.

Es un hombre de rasgos machistas, apegado a sus hijos mayores, no así a los menores, y distanciado de su mujer. Constantemente es mandado en diversas comisiones del trabajo por lo que hace viajes al interior de la república de uno o dos meses en los cuales no ve a su familia. Ahora que sus hijos estudian en X, convive menos con ellos y aparentemente convive más con C; sin embargo esta convivencia es superficial.

La madre se llama M Lozano y es maestra de educación física pero se dedica al hogar. Es una mujer que trata de dar la impresión de preocuparse mucho por sus hijos y en especial por C, ya que es la menor. Sin embargo, es poco tolerante ante la depresión de C y su ensimismamiento.

M es una mujer dinámica y práctica. Hace unos años padeció Lupus Discoide, por esta razón, se siente culpable de la enfermedad de C. Sin embargo, varias actitudes demuestran su falta de interés en su hija y un evidente rechazo hacia la maternidad en especial de sus dos hijos menores, a quienes se les ha dado un trato diferente de los primeros.

Los padres se conocieron como estudiantes ya que sus escuelas estaban juntas. Se casaron al terminar la carrera y se quedaron a vivir en Y, donde nacieron sus cuatro hijos. La relación entre ellos es superficial, aparentemente sin fricciones pero también sin expresiones de afecto en especial de M hacia P. C comenta que su madre pelea con el padre por cuestiones económicas frecuentemente.

La hermana mayor de C es A, de 23 años, que estudia contaduría en X. Tuvo la oportunidad de viajar al extranjero con una tía al terminar la preparatoria. Es una chica inteligente y bonita. C la admira mucho por estas cualidades y su relación es buena ya que A busca mucho a su hermana y se preocupa por ella.

S es el segundo hijo, de 20 años que estudia ingeniería también en X. Es un muchacho serio y se relaciona poco con la paciente. L es el tercero de 17 años y acaba de ingresar a la carrera de administración en X. La relación de la paciente con este hermano es muy mala, desde pequeños siempre pelean y L molesta a C diciéndole que

es tonta y fea y nadie la quiere. Sin embargo, C extraña a su hermano ahora que se fue a X.

L es un chico rebelde, como lo describe M y siempre ha dado problemas. Les reclama a sus padres que no haya asistido a la misma escuela de paga que sus hermanos mayores. M indica que L siempre ha molestado a C, desde pequeños, ya que se puso muy celoso cuando ésta nació.

Tanto L como C han vivido el rechazo sobre todo de su madre y han reaccionado a éste de formas diferentes. L es rebelde y agresivo con C. Y C es manipuladora y berrinchuda, pero su autoconcepto es muy bajo, por lo que tiende a agredirse a sí misma, deprimiéndose.

La abuela materna de C murió hace 8 años. Para C fue una figura muy importante con quien convivía en las vacaciones, platicaba y se sentía "a gusto". Era una figura materna "buena" con quien la niña se sentía aceptada y querida. A partir de la muerte de la abuela, la niña ha pedido a Dios que la enferme de algo para irse con su abuela. La pérdida de objeto para C es un conflicto muy serio que la lleva a deprimirse y desear la muerte.

El abuelo paterno vive solo y es una figura importante para C ya que juega con él y le regala animales. Estos animales son una parte importante de su "familia" y los menciona mucho. Son cuatro perros y un hámster. Estos animales representan para ella los objetos buenos a los cuales desplaza los afectos positivos que depositaba en la abuela muerta.

5. Antecedentes patológicos

Padeció enfermedades propias de la infancia. El padecimiento actual comenzó a manifestarse en febrero de este año. Comenzó con fatiga extrema y dificultad para respirar, siguió la caída de cabello y fue atendida en Y. El diagnóstico fue que era de origen psicógeno y se le restó importancia. Fue con una psicóloga a una evaluación y el diagnóstico fue depresión, pero no hubo un tratamiento.

En mayo volvió a recaer estando en X visitando a sus hermanos. Fue atendida en el hospital de X y ahí le diagnosticaron Lupus y fue referida a la Ciudad de México. En X la vio un psiquiatra que le diagnosticó nuevamente depresión y le recetó Tafil.

Ya en México, fue atendida adecuadamente y al presente la enfermedad está controlada, pero hay daño severo al riñón y por esta razón está hospitalizada, lo cual la enoja y la deprime más. La madre le suspendió el Tafil al ingresarla al hospital sin avisar a los médicos que estaba tomando éste medicamento.

6. Desarrollo temprano

Aparentemente normal, la madre no recuerda anomalías físicas o del desarrollo que haya sufrido la paciente, pero no aporta datos que amplíen la información del desarrollo

temprano, lo cual muestra su falta de atención. C padece estrabismo desde pequeña y miopía. Fue operada para corregir el estrabismo pero la operación no fue suficiente.

7. Antecedentes personales

Antecedentes Escolares

Asistió al preescolar a los 4 años y luego entró a la primaria oficial misma a la que asistía su hermano. Sus hermanos mayores A y S asistieron a escuelas privadas, no así L y C.

Fue buena alumna hasta 3° de primaria, cuando tuvo un problema serio con la maestra. Esta le pegaba y la reprobó. Pero C nunca se quejó con sus padres del maltrato de la maestra, por que "no se le ocurrió". El padre cree que el problema fue una venganza personal en contra de él, ya que el tiene un equipo de béisbol para niños y no aceptó al hijo de la directora de la escuela porque juega mal. El cree que por esta razón, la directora no ayudó a C.

A partir de este incidente, la cambiaron de escuela, pero nunca volvió a sacar buenas calificaciones. Actualmente en secundaria tiene problemas académicos en los exámenes y esto la angustia, ya que además debido a la enfermedad, tuvo que faltar mucho y probablemente pierda el año escolar.

8. Relaciones familiares

En sus relaciones familiares, C es sumamente manipuladora, rebelde y agresiva, en especial con la madre, ya que ella misma dice que cuando sus padres pelean, su madre se desquita con ella.

Presenta mucho resentimiento hacia la madre. Constantemente repite que su madre tuvo la misma enfermedad que ella, pero como es diferente, ella no se va a curar por que además le ha pedido a Dios que se la lleve con su abuela por que "aquí no hay nada". Por esta razón, no coopera con los médicos para mejorar, hace berrinches para tomar las medicinas, se quita el suero, no se deja inyectar, no se deja hacer la biopsia y todo esto enoja mucho a la madre.

La relación con el padre es de respeto, pero distante. La paciente manipula también al padre en el sentido de que se hace la víctima de las agresiones de la madre ante él. La relación entre ellos sigue una dinámica en la cual C se queja con el padre de la madre y éste pretende "defenderla", por lo que en esta relación C manipula a su padre para llamar su atención y éste le responde cumpliendo sus deseos de manera seductora.

9. Relaciones sociales

En la escuela, tiene amigas pero no muchas y casi no sale con ellas, es mas bien una niña sola. Se refugia jugando con sus animales y platicando con ellos. Sus amigas son mas chicas que ella y no las dejan salir mucho.

A principios de año, a C le gustaba un niño de su escuela, pero éste no le hizo caso. Este incidente se ha repetido en varias ocasiones, inclusive en el hospital, ya que "se

enamorado" de un residente que la estaba atendiendo, pero luego se sintió rechazada al igual que por el niño de su escuela.

En sus relaciones con mujeres ella tiende a admirar la belleza y la inteligencia así como en su hermana y sus amigas cercanas. De manera que se rodea de amigas "bonitas e inteligentes" y ella se siente "fea y tonta" como le dice su hermano.

Busca constantemente la aceptación de los hombres y una de las cosas que más la entristecen es "ser fea y no tener novio". Su forma de acaparar la atención de los hombres es haciéndose la víctima buscando que ellos la defiendan y la salven.

Cuando ingresó al hospital era muy agresiva y no hablaba, solo lloraba silenciosamente, no cooperaba con los médicos y hacía berrinches. Después, comenzó a cooperar con un médico llamado P y solo por él se dejaba atender, ya que estaba enamorándose de él. Al ser dada de alta, invitó a tres médicos "muy guapos" y a su psicóloga a su cumpleaños en Y. Pero cuando le dijeron que probablemente no podrían ir, se puso triste, se enojó y exclamó "seguro tienen cosas más importantes verdad?". Se sintió rechazada y volvió a su actitud ensimismada y retraída.

10. Resumen

C fue la última hija del matrimonio de sus padres. La atención que ella recibió de pequeña fue considerablemente menor que la que recibieron sus hermanos. L, el hermano inmediatamente mayor que C fue un niño con problemas de conducta que atraía la atención de los padres y evidenciaba las diferencias en el trato a los hermanos mayores y a los menores.

Para C, su relación más estrecha e importante ha sido con A, su hermana mayor, a la cual idealiza y desea ser como ella. Sin embargo, C se percibe demasiado lejana de su ideal. Al mismo tiempo, se rodea de amigas que sean como su hermana, sintiéndose constantemente inferior a las chicas que la rodean. Describe a A como una chica inteligente y hermosa mientras que se describe a sí misma como fea y tonta. Su hermano L ha ayudado a fortalecer esta imagen de sí misma con sus constantes agresiones.

El alejamiento de sus hermanos debido a sus estudios ha sido vivido por C con sentimientos de abandono e impotencia. Se siente sola en casa desde que sus hermanos se fueron. La relación con su madre es superficial ya que la madre es una persona centrada en sí misma y con poca atención hacia los demás.

El padre se encuentra ausente la mayor parte del tiempo y cuando se hace presente es consentidor y seductor con C. Sin embargo, muestra una marcada preferencia por A.

Dadas las condiciones que relata C y los sentimientos que refleja, es posible concluir que C es una adolescente que ha vivido repetidos episodios de abandono y frustraciones. La relación con su hermano L matizada de agresión ha colaborado a

disminuir su autoestima. Presenta carácter depresivo y rasgos histéricos de seducción e infantilismo. Es inmadura y poco tolerante.

11. Resultados del Test de Rosenzweig

Predomina un tipo de respuesta de ego defensa con necesidad de persistencia y solución rápida de las situaciones frustrantes. La dirección de su manejo de la agresión es extrapunitivo e intrapunitivo.

Su nivel de respuestas de ego defensa es significativamente mas alto que la media esperada para su grupo, lo cual indica que C siente una gran necesidad de defenderse constantemente ante un medio que percibe como hostil. Ante este medio, maneja la agresión tanto hacia los demás como sobre sí misma con igual intensidad, resultando en episodios de berrinches infantiles seguidos de sentimientos de culpa.

Tiende a racionalizar sus sentimientos agresivos tanto hacia los demás como hacia sí misma. De esta forma se defiende de las agresiones y frustraciones del medio y se adapta a éste.

1. Ficha de Identificación

NOMBRE: G

EDAD: 18 años

FECHA DE NACIMIENTO: 5 de abril de 1980

SEXO: femenino

ESTADO CIVIL: soltera.

OCUPACIÓN: hogar

ESCOLARIDAD: primaria

OCUPACIÓN: hogar

2. Motivo de consulta

La paciente se encuentra hospitalizada en el Instituto Mexicano de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

3. Descripción de la paciente

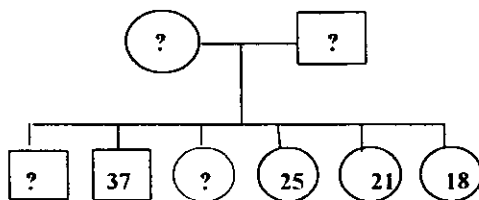
G se encuentra hospitalizada por lo que su estado de físico y anímico se encuentran muy afectados. G es una joven con aspecto infantil, no presenta caracteres sexuales secundarios evidentes.

Usa el cabello corto, desarreglado, con un corte masculino. Su cara es redonda, tez morena, sus cejas delgadas, ojos pequeños y pestañas muy rizadas. Su nariz es chata, su boca pequeña. No usa aretes ni tiene los oídos perforados.

Sus manos y pies son grandes y toscos en proporción al resto de su cuerpo que es delgado. Tiene varias manchas y cicatrices en la piel.

Es muy seria y habla poco. Su tono y volumen de voz son bajos. Su actitud es apática y poco colaboradora sin ser renuente.

4. Familiograma y Constelación familiar



G vive en provincia, en un pueblo pequeño. Su padre es obrero en una fábrica y su madre se dedica al hogar. La relación con ambos padres es buena pero superficial. A su padre lo ve poco ya que trabaja la jornada completa. Su madre hace los quehaceres del hogar y G le ayuda pero platican poco mientras trabajan ya que se dedican a hacer lo que tienen que hacer.

Los hermanos mayores de G viven en otra ciudad desde hace mucho tiempo, desde que G era pequeña. Ella recuerda que se fueron a la ciudad para ganar dinero y no los ha vuelto a ver.

Las hermanas de G están casadas. La mayor se casó de 17 años. G recuerda que no quería que su hermana se casara y fue muy triste cuando se fue. Su segunda hermana se casó de 18 años y fue igualmente triste, ya que se quedó sola en casa.

Actualmente G está hospitalizada y su madre la visita por las tardes únicamente de 3:00 a 5:00 PM. El padre y los hermanos se quedaron en provincia; la madre renta un cuarto cerca del hospital.

5. Antecedentes patológicos

Hace un año, G comenzó a tener dolores en las rodillas y los tobillos. En ese entonces, la madre de G había sido operada de la matriz y G la cuidaba y dormía en el suelo junto a la cama de su madre. Al dormir en el suelo comenzaron sus dolores.

Comenzó a tener dificultades para caminar y sentía que se ponía tiesa. El médico dijo que era una reuma. G no entendía que pasaba y tenía miedo que fuera un cáncer y le molestaba mucho no poder caminar, pero pensaba que si se le iba a quitar.

Hace 3 meses la internaron en un hospital donde ella vive y ahora la trasladaron a la ciudad para hacerle unos estudios. Después de varios estudios le han diagnosticado LES. G no entiende bien de que se trata su enfermedad pero se siente tranquila.

Actualmente presenta artralgias, disnea, fiebre, insuficiencia cardíaca y neumonitis lúpica.

6. Desarrollo temprano

Indica que su infancia fue normal y tranquila pero no ofrece mas datos. Recuerda que jugaba con sus hermanos a la comidita y era divertido. Después sus hermanos se han ido a vivir a otras partes y esto la entristece.

Tuvo su primera menstruación a los 11 años y su madre le explicó que se trataba de algo normal. Desde entonces ha sido regular en sus períodos.

7. Antecedentes personales

Antecedentes Escolares

Terminó la primaria a los 16 años y ya no quiso seguir estudiando. Recuerda que los maestros la maltrataban, le pegaban con la regla y sus padres iban a reclamar pero el maltrato seguía. Por esta razón ya no quiso seguir en la escuela.

Antecedentes Laborales

Al terminar la primaria entró a trabajar como sirvienta en casa de una tía pero no le gustó el trabajo ya que era mucho. Desde entonces no ha vuelto a trabajar y no pretende hacerlo.

8. Relaciones familiares

Actualmente vive solo con sus padres, ya que los hermanos se han casado y viven por su cuenta. Al padre lo ve poco ya que trabaja todo el día en la fábrica. La relación con la madre es superficial. Si bien hacen el aseo de la casa juntas por el día, no hay comunicación entre ellas.

Ahora que G está hospitalizada la madre la visita solo unas horas al día y el resto del tiempo G está sola. Indica que no le molesta estar sola, no hace nada y solo está tranquila.

Extraña a sus hermanos y su partida de casa le ha dolido mucho y mantiene una tristeza permanente por la ausencia de sus hermanas en especial. Ahora que están casadas casi no las ve. Sin embargo cuando estaban en casa, la convivencia era poca, pero el simple hecho de saber que estaban en casa reconfortaba a G.

En general su forma de relacionarse es a manera de acompañamiento, sin establecer una comunicación o una relación propiamente.

9. Relaciones sociales

G tiene algunas amigas de la escuela y las ve el fin de semana. Les gusta ir al campo juntas. Sin embargo, como ellas si han seguido estudiando tienen poco tiempo y platican de la escuela y los novios y G no platica de eso, así que casi no platican, solo salen juntas.

No le gusta hablar con los hombres y no tiene amigos varones ya que considera a los hombre groseros. No le interesa tener novio ni casarse. Ella solo quiere vivir en su casa con su madre y ver las caricaturas en la televisión.

10. Resumen

G ha vivido en un medio sumamente falto de estimulación y ha pasado inadvertida en repetidas ocasiones. No ha recibido la atención necesaria para apreciarse a sí misma, por lo que presenta baja autoestima y un autoconcepto pobre. Debido a su estado de hospitalización, presenta rasgos depresivos muy marcados y una tendencia a retraerse en sí misma evitando el contacto afectivo.

Sus relaciones mas importantes eran con sus hermanas mayores, por las cuales se sentía tomada en cuenta. Al irse de casa, G se ha quedado sola con su madre. La relación con ésta es sumamente superficial y la comunicación entre ellas escasa.

El padre pocas veces está presente y cuando lo hace, la relación con él es ligeramente menos superficial que la relación con la madre, sin embargo, no es un lazo afectivo lo suficientemente estrecho para que G puede apoyarse en él.

Ha sufrido el abandono de los hermanos mayores y la falta de atención de los padres para su persona. Presenta también un episodio de maltrato escolar en el cual ella nunca se quejó abiertamente, sino que se colocó a si misma en el papel de víctima.

Su falta de juicio de realidad en algunas ocasiones la hace demasiado tolerante tanto al dolor físico como a las carencias afectivas, por lo que no se defiende ni se queja. El apego a su religión le ayuda en este sentido a evadir la realidad y sus frustraciones.

11. Resultados del Test de Rosenzweig

Predomina un tipo de respuesta con referencia al objeto frustrante, es decir, que persiste en la frustración misma por el objeto o circunstancia que la ocasiona. Su manejo de la agresión es en dirección impunitiva, es decir que evade el conflicto y no muestra agresión, racionalizando sus emociones.

Sus puntajes de referencia al objeto frustrante y respuestas impunitivas son significativamente mayores a lo esperado en su grupo. Mientras que sus respuestas de ego defensa e impunitivas son significativamente inferiores a lo esperado.

Esto indica que G no siente la necesidad de defenderse del medio, ni tampoco se culpa de las situaciones frustrantes que le ocurren. Su interpretación de estas circunstancias se limita al objeto que las provoca y procura ignorarlas y evadir su solución racionalizando al respecto, por lo que presenta una actitud pasiva y retraída ante el conflicto.

1. Ficha de Identificación

NOMBRE: W
EDAD: 21 años **FECHA DE NACIMIENTO:** 16 de febrero de 1977
SEXO: femenino **ESTADO CIVIL:** soltera
ESCOLARIDAD: técnico químico industrial (preparatoria)
 ingreso a la licenciatura en Química en alimentos
OCUPACIÓN: recepcionista, estudiante

2. Motivo de consulta

La paciente asiste a consulta en el servicio de Reumatología del Instituto mexicano de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

3. Descripción de la paciente

Se trata de una joven de aproximadamente 1.60m de estatura y complexión delgada. Tiene cabello negro, tez clara y ojos color miel, muy expresivos. Es risueña y carismática. Se presenta arreglada, con pantalón entubado a cuadros, zapatos negros de agujetas con poco tacón, lleva una camisa blanca, un suéter y una chamarra de mezclilla que parece nueva.

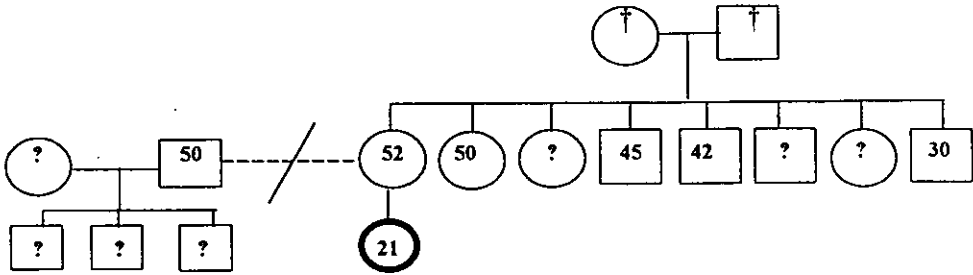
Su arreglo personal es discreto, con poco maquillaje en los párpados, el cabello cortado en capas, peinado de lado con fleco pero bastante maltratado. Su cara es delgada, la nariz pequeña y los labios anchos, sin pintar. Su dentadura es completa, pero sucia y amarillenta. Sus manos son delgadas, los dedos largos y las uñas bien cuidadas y limpias, sin esmalte. Usa poca joyería y muy discreta.

Su actitud en general es buena, cooperadora, le gusta hablar de sí misma y pide consejo sobre sus actos, buscando una guía. Es coqueta pero sencilla, sin tratar de llamar la atención. Se muestra aparentemente tranquila y relajada.

Expresa sus emociones con fluctuaciones en el tono de voz y gesticulaciones faciales. Sin embargo, mantiene una postura rígida, sosteniendo un libro entre las manos sin soltarlo un solo momento, por lo que mueve las manos muy poco al hablar. Se sienta recargada en el respaldo de la silla y se inclina un poco al hablar.

Su lenguaje es fluido utiliza un vocabulario amplio y su uso del lenguaje es bueno. Es educada y amable en su trato así como jovial y confiada.

4. Familiograma y Constelación familiar



La madre se llama C y es madre soltera. Es una mujer firme, trabajadora y de un nivel académico competente. Es dentista y tiene un consultorio propio en casa, además tiene un depósito dental y ocasionalmente vende productos de belleza. Antes tenía un consultorio en otra parte de la ciudad donde conoció a S. Ella tenía un novio, J, pero éste se fue a provincia y mientras C salía con S. Salieron juntos durante un año y ella se embarazó, pero nunca se casaron y el no se hizo cargo de la niña. Cuando J volvió, se decepcionó de C por que estaba embarazada de W, y rompió la relación con ella, pero siguen siendo amigos y se frecuentan y salen juntos.

C ha sacado adelante a su hija sola, con la ayuda de su familia. Los primeros cuatro años de vida de W vivieron en casa de la madre de C, hasta que ésta le ayudó a poner su propia casa. Su hermana D de 50 años le ha ayudado mucho ya que es soltera y económicamente le va muy bien. Es educadora y para W ha sido "otra madre".

C ha tenido solo otro novio, pero a W no le caía bien. Era feo y moreno y le caía mal. Era muy celoso y no le gustaba ese "tipo". J si le cae bien y siempre ha seguido cercano a C. No se ha casado y siempre han convivido con él. W cree que por esta razón, no le dan celos de J.

Después del nacimiento de W, S nunca se ha interesado por conocerla; sin embargo, el padre de S si. Éste visitaba a W de vez en cuando, iban a Chapultepec y le llevaba dulces, pero era poco afectuoso. W le llamaba por teléfono y lo veía hasta los 8 años, después ya no las buscó. El abuelo nunca quiso hablarle a W de su padre. Ella solo ha hablado con él una vez y éste negó saber quien era, ella le indicó "Soy la hija de C, ya sabes quien soy?" y el contestó "ah si ya sé" y esa fue toda la conversación.

Después W ha sabido que S está casado y tiene tres hijos, pero desconoce sus edades y mas datos. En varias ocasiones quiso conocerlo, pero nunca lo logró. En parte desistió por que C se ponía muy nerviosa, pensaba que ella se iba a ir con él pero W nunca pensó en dejar a su madre.

C padece de hipertensión arterial y cuando se estresa demasiado se pone enferma. W dice que "se pone tensa y se sugestiona". Es una mujer manipuladora y muy entrometida en la vida de su hija. Siempre se mete al consultorio cuando va a consulta y siempre debe aprobar lo que hace su hija, incluyendo la escuela, la carrera que va a estudiar, los amigos y novios. A W le molesta la intromisión de su madre en su vida pero no le dice nada, y solo se enoja poquito, luego se le pasa.

La madre de C era también una mujer de carácter fuerte. W la quería mucho por que ella era su consentida hasta que nació otra prima y "me quitó el puesto". La abuela murió hace tres años. Tuvo cáncer y todo fue muy rápido, en mayo se comenzó a sentir mal y murió en junio de ese mismo año. C estaba muy mal de la presión por problemas económicos y la familia trató de no decirle nada. W estuvo con su abuela hasta los últimos días y al mismo tiempo se preocupaba por la salud de su madre.

El recuerdo más vivido que tiene W de su abuela es que la regañaba por que no hacía nada en casa. "Lo que pasa" explica, " es que como mi mamá y yo vivimos solas hacemos lo que queremos. No tenemos un hombre que nos diga qué hacer". A pesar de los regaños, W se sentía muy querida y consentida por su abuela. El padre de C murió 5 años antes de que naciera W, por lo que nunca lo conoció.

Otra figura importante en la familia de W es un tío, esposo de la hermana de C, que la buscaba mucho y la abrazaba de manera morbosa. Le acercaba su "cosa" (pene) y lo frotaba en su cuerpo. Esto le molestaba a W, pero nunca dijo nada, solo se alejó de su tío y nunca se queda sola con él. En la preparatoria le dio clases de matemáticas, pero ella siempre guardaba su distancia con él y a las clases la acompañaba su madre.

Hace poco, su prima mas pequeña, B, dijo a su madre que su tío la molestaba. Entonces W le contó a otra prima lo que a ella le pasó y resultó ser que a la prima también le pasó lo mismo con éste tío. Ahora ambas quieren proteger a B y apoyarla para que le crean.

5. Antecedentes patológicos

A los 4 años padeció neumonía y siempre tuvo infecciones de garganta. A los 8 años presentaba dolores en las piernas por el frío con marcas en red.

Hace 8 años comenzó a padecer estreñimiento con falta de evacuación de 3 o 4 días. También presenta desde entonces cefalea intensa con vómito relacionada con estrés. Hace 4 años presentó cuadros de gota; hace 3 años comenzó con cansancio y dolor muscular en la espalda.

Hace dos años presentó úlceras orales dolorosas y lesiones en las comisuras orales. En enero de este año presentó eritema malar y la madre la llevó al IMSS diciendo que era lupus. Los médicos dijeron que no, que era algo dermatológico. Le mandaron hacer estudios.

Una vecina trabaja en un hospital privado y llevó a W a hacerse los análisis ahí y conoció a la Dra. X, que es reumatóloga y después de atenderla le confirmó el diagnóstico de LES.

Como no tienen mucho dinero para una consulta privada, la Dra. X las refirió al Instituto de Cardiología donde ella trabaja. En marzo de este año tuvo la primera recaída fuerte y fue hospitalizada por deshidratación debido a una fuerte infección intestinal.

El LES se encuentra actualmente inactivo y medicado con Meticorten.

6. Desarrollo temprano

No recuerda muchos datos de su infancia temprana. Mientras vivió en casa de su abuela, la atendían su madre, sus tías y su abuela y la consentían mucho. Le compraban juguetes, le hacían comida especial y la ayudaban a vestirse.

Cuando se fue a vivir sola con su madre, comenzó a arreglarse sola. Tuvo su primera menstruación a los 11 años y siempre ha tenido fuertes cólicos y abundante sangrado y coagulación.

7. Antecedentes personales

Antecedentes Escolares

En la primaria y secundaria fue una alumna normal. Cuando entró a la preparatoria, su madre la metió en una escuela privada con media beca. W se sentía muy presionada por su madre debido a sus calificaciones y su bajo rendimiento escolar por lo que perdió la beca y tuvo que repetir el primer año y la cambiaron de turno a la mañana.

El ambiente en las mañanas no le gustaba por que "eran gente muy pedante y voluble". Terminó el primer año de preparatoria y a mediados del segundo año tuvo muchos problemas y se enfermó de la presión. Le bajaba la presión y se sentía mareada, con vértigo, mucha ansiedad y ganas de llorar.

W recuerda que se sentía muy presionada por que a su madre le estaba disminuyendo la consulta y no alcanzaba el dinero para su colegiatura. Fue cuando C se enfermó también y luego la abuela. En esa misma época, A, su novio de tres años, la dejó por otra chica.

Finalmente, dejó la escuela por que se enfermó mucho y ya no podía ir a clases. Después, una vecina le recomendó un bachillerato y le consiguió el ingreso para hacer ahí el bachillerato técnico. W entró a la nueva escuela y se adaptó rápidamente. Los profesores eran amables y accesibles y los compañeros también.

Ahora que enfermó, los profesores le ayudaron a pasar el año, por que tuvo que faltar mucho; pero finalmente terminó el bachillerato y va a presentar su examen en la UAM para la carrera de Químico en Alimentos.

Tiene muchas inquietudes vocacionales. Le gusta la física, la química y las matemáticas. Le gustaría estudiar enfermería ya que le gusta conocer el cuerpo humano y sus funciones. No estudiaría medicina por que no es buena para aprenderse las cosas de memoria, pero podría ser asistente o paramédico y trabajar en una ambulancia.

Escogió la carrera de Químico en alimentos por que le gusta la química y hacer comidas como embutidos y latas. Además es mas fácil la química que otras cosas.

Antecedentes laborales

Comenzó a trabajar en septiembre del año pasado en una escuela primaria donde la metió su tía que es educadora. W trabajaba como asistente de maestra. Le gustaba su trabajo y lograba que los niños con problemas se portaran bien con ella. Sin embargo, cuando comenzó a enfermarse, dejó de ir a trabajar y tuvo que renunciar.

Ahora está trabajando como recepcionista en Trillas y es mas relajado que su trabajo anterior. Casi no tiene que hacer nada y no se cansa como en la escuela.

8. Relaciones familiares

Sus relaciones familiares han sido principalmente con mujeres (madre, abuela, tías). Las relaciones con hombres han sido superficiales (padre, abuelo) o de acoso sexual (tío). La relación con la madre es sumamente simbiótica. W tiene que escaparse de casa y de su madre para hacer lo que quiere. Sin embargo, no se rebela ante la madre, sino que la obedece y se mantiene unida a ella.

Las hermanas de C también interfieren en la vida de W, tomando decisiones por ella y resolviéndole los problemas de la escuela o el trabajo, así como con algunas amistades no deseadas por la madre.

El rechazo que siente W por parte de la figura masculina es evidente. Sin embargo, ella parece no enojarse, y pretende que no le importa. Durante su infancia, buscó repetidamente al padre directamente o a través del abuelo, sin obtener resultados satisfactorios.

Por las circunstancias en las que se dio el embarazo de C y la relación de ésta con S, podemos suponer que W fuera rechazada también por la madre en el comienzo de su vida. Luego este rechazo se convirtió en una posesión por parte de la madre de la vida de su hija, como una prolongación de si misma.

W siente en ocasiones mucho enojo hacia su madre, pero no lo expresa y después "se le pasa". Cuando ha hecho berrinches muy fuertes, le duele la cabeza y vomita. Por eso prefiere "guardarse el enojo".

9. Relaciones sociales

W se considera a sí misma muy "noviera" tuvo su primer novio a los 12 años y desde entonces, no ha vuelto a estar sin novio por mas de 2 meses. Este primer novio,

H, es ahora muy su amigo. En ocasiones se ven y se besan, pero H no tiene tiempo de una relación debido a que sus estudios requieren tiempo completo. W dice que no puede estar sin un hombre que la bese y la acaricie. En la secundaria tuvo otro novio, A, con el que andaba por un tiempo y luego andaba con otro y luego regresaban. Sus noviazgos han sido fugaces y pasajeros "solo por tener novio". A excepción de dos:

Cuando tenía 16 años tuvo un novio, A, con el que duró 3 años. Él la consentía mucho y ella lo quería. Le llevaba serenata, salían con sus amigos y se iban de viaje juntos y a retiros de la iglesia para jóvenes.

Con él tuvo su primera relación sexual y mantuvo relaciones satisfactorias con él durante los tres años del noviazgo. C lo apreciaba y le tenía confianza, por lo que permitió el noviazgo sin problemas.

En el último retiro al que fueron juntos, A conoció a otra chica, un año mayor que él y comenzó una relación con ella. W no quiso seguir con él si éste no dejaba a la otra chica y así terminó la relación. En esta época fue cuando se enfermó "de la presión" y dejó la escuela.

W se sintió muy mal por el rechazo pero se le pasó pronto y siguen siendo amigos y lo ve con su novia y ya no le importa. C lo odia y si lo encuentra en la calle o encuentra a la otra chica, "le dice de cosas".

Poco después de terminar con A, conoció a otro chico y se hizo su novia, así que se olvidó de lo ocurrido con A. Luego terminó con este chico y conoció a otro de nombre G, del cual se enamoró mucho.

G era un chico trabajador, pero era hijo de un judicial y esto no le gustaba a C, por lo que les prohibió la relación. Ellos siguieron viéndose a escondidas, pero C cambió a W al turno vespertino en la escuela y dejaron de verse.

Poco tiempo después, G anduvo con otra chica y ésta se embarazó. Se casaron y W conoció al bebé y a su esposa, ya que siguieron siendo amigos. Luego G quiso reanudar la relación, pero W no se sintió bien sabiendo que había otra mujer y un bebé de por medio, por lo que terminó la relación y no lo ha vuelto a ver.

Sus últimos noviazgos han sido intrascendentes. Sin embargo, le preocupa el hecho de ser tan inestable en sus relaciones con los hombres y no entiende por que no puede estar sola.

10. Resumen

W ha vivido situaciones de abandono por parte de las figura masculinas en repetidas ocasiones: primero por el padre y después por los novios. Presenta una inestabilidad emocional que le preocupa y se expresa en constantes fricciones con su madre y enojo consigo misma por no poder rebelarse ante ella.

Presenta tendencias a la somatización desde muy pequeña. La abuela y la madre presentan esta tendencia también. La devaluación de la figura masculina por parte de la madre y la abuela llevan a W a presentar serios conflictos en sus relaciones con los hombres ya que por un lado necesita la figura masculina (paterna) y por otro lado la rechaza y pretende disfrutar su ausencia.

La relación con su madre es hostil y fuente de frustraciones para W. La relación con figuras paternas (abuelo, tío) han sido de seducción por parte del hombre y W se ha mantenido en una posición impotente ante éstos.

El área académica ha sido otra fuente de preocupaciones y angustias para W debido a la presión que su madre ejerce sobre ella y su nerviosismo.

Presenta rasgos histéricos y tendencia a la depresión y a la somatización.

11. Resultados del Test de Rosenzweig

Predomina su tipo de respuestas de necesidad de persistencia, es decir que busca la solución mas pronta de la situación frustrante. Su manejo de la agresión es con dirección intrapunitiva e impunitiva, por lo que a pesar de manejar la agresión hacia sí misma ante la frustración, racionaliza estas emociones para evitar la culpa.

Sus puntajes de respuestas intrapunitivas son significativamente mas altos que la media esperada para su grupo. Mientras que sus puntajes de ego defensa y necesidad de persistencia son significativamente mas bajos que la media de su grupo.

Estos resultados indican que W responde ante las situaciones frustrantes con sentimientos de culpa que racionaliza negando el conflicto. De esta manera logra una adaptación adecuada al medio. Ante estas situaciones se encuentra indefensa por lo que busca su pronta solución para eliminar la angustia que le provocan. Sin embargo, tiende a poner demasiado énfasis en el objeto frustrante mas que en la solución de la situación, prolongando así la frustración y la angustia.

1. Ficha de Identificación

NOMBRE: M

EDAD: 33 años

FECHA DE NACIMIENTO: 4 de febrero de 1965

SEXO: femenino

ESTADO CIVIL: casada.

OCUPACIÓN: hogar

ESCOLARIDAD: carrera comercial secretariado

OCUPACIÓN: hogar

2. Motivo de consulta

La paciente asiste a consulta en el servicio de Reumatología del Instituto Mexicano de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

3. Descripción de la paciente

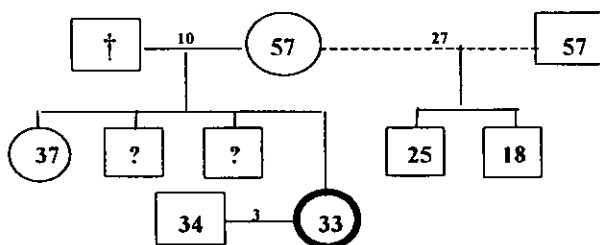
Se presenta molesta y aún cuando acepta colaborar, se molesta por que se ha retenido su expediente y no la han atendido. Indica que no le gusta perder su tiempo.

Es una mujer de estatura promedio, luce hinchada por el tratamiento de cortisona. Usa lentes de armazón delgado que permiten claramente ver sus ojos y su expresión. Sus ojos son oscuros y duros. Su nariz es pequeña y contrasta con sus pómulos hinchados y su boca es pequeña con los labios delgados.

Tiene tez blanca, cabello negro y rizado, hasta el hombro, peinado hacia atrás en una media cola. Su arreglo personal es discreto, con poco maquillaje y escasas alhajas (no lleva argolla de matrimonio). Viste sencilla con pantalón oscuro y blusa blanca, zapatos de piso y un chaleco encima.

Sus gestos son duros y constantemente frunce el ceño y expresa molestia con ademanes al mover las manos o cambiar su postura, inclinándose hacia adelante. Habla atropelladamente, con voz alta y se escucha molesta al hablar. Utiliza un amplio vocabulario y hace buen uso del lenguaje para expresarse.

4. Familiograma y Constelación familiar



El padre de M era 5 años menor que su madre y murió cuando M era muy chica. Ella no tiene recuerdos de su padre y sabe muy poco de él. La madre tiene una segunda

parej  pero no se volvió a casar. Con esta persona tuvo dos hijos mas. Este hombre ha sido muy bueno con M y sus hermanos y quiere mucho a su madre. Sin embargo, m indica que no conviví con ellos y no les hacé cariños.

La madre de M siempre estaba enferma "tal vez desde que murió mi padre" Está enferma de los nervios, se deprime y luego se pone bien. M recuerda que a su madre todo le molestaba y gritaba. Ten  épocas en las que no quer  levantarse y nada le interesaba. Su esposo le pedí a Dios con fe para que ella mejorara ya que la amaba mucho, pero luego se deprim  también.

Ante esta situación, M se desesperaba de ver a ambos padres deprimidos y le molestaba la actitud enferma de su madre. Los médicos decían que no debían consentirla. Estuvo internada en una clínica recibiendo tratamiento psiquiátrico con medicamentos muy fuertes. Ante la enfermedad de la madre, M dejó de trabajar hace 8 años para cuidarla, ya que sus hermanos ya se habían casado.

Hace 10 años que conoce a su marido, V.  l trabajaba en una carnicería y eran amigos. Su madre siempre quiso que fueran novios, además, el esposo de la madre conoce a V por que ambos son del mismo pueblo. M no quer  tener novio y no le hacía caso a V, hasta hace 5 años se hicieron novios y por fin se casaron hace tres años.

Cuando recién se casaron, se fueron a provincia, donde V puso una carnicería propia con un amigo. Ahí comenzó la enfermedad de M y luego su madre enfermó, por lo que tuvieron que volver a la capital y V regresó a su antiguo trabajo. Su situación económica no era buena y tuvieron que vivir en casa de los padres de M. Ésta se presionaba mucho por que tenía que preparar la comida de su marido y arreglar la casa por que al esposo de su madre no le gustaba llegar y encontrar el tiradero.

La relación con V se deterioró mucho y tuvieron que separarse. En este tiempo M estuvo asistiendo con un psicólogo, ya que se sentía muy mal. Después V la buscó y actualmente viven en una casa propia aparte de sus padres y el trabaja como ayudante de banquetes.

5. Antecedentes patológicos

Niega enfermedades en la infancia así como intervenciones quirúrgicas y transfusiones. Hace 8 años tuvo un problema de inflamación de la tiroides y dejó de trabajar. El problema cedió y no presentó complicaciones.

Hace 3 años, estando en provincia, comenzó a tener malestar en el pecho y manchas en la piel. Al regresar a la capital consult  a un médico y éste le diagnosticó LES. M piensa que la enfermedad le dió porque en provincia hacía mucho calor.

Estuvo internada en un hospital privado por 10 días y luego fue referida al Instituto de Cardiología, donde estuvo hospitalizada dos semanas más. Las manchas y la taquicardia persisten hasta la fecha, pero la molestia general ha disminuido.

6. Desarrollo temprano

M tiene muy pocos recuerdos de su infancia. De niña siempre fue corajuda y berrinchuda. A los 14 años tuvo su primera menstruación y siempre ha sido regular. Desde hace tres años tiene una vida sexual activa y no se ha embarazado.

7. Antecedentes personales

Antecedentes Escolares

Cursó la primaria, secundaria y preparatoria con la carrera comercial de secretariado. Como estudiaba y trabajaba, era muy ordenada y aprehensiva tanto con sus estudios como con su trabajo.

Antecedentes Laborales

M trabaja desde los 14 años. Primero laboró en una tienda de telas empacando paquetes. Después, a los 15 años trabajó como secretaria en una juguetería durante 10 años. Cuando su madre enfermó, hace 8 años, M dejó éste trabajo. Estuvo trabajando en la taquería de unos amigos para ayudar al gasto de la casa hasta que enfermó.

8. Relaciones familiares

M se describe a sí misma como una persona muy corajuda y enojona. Cuando vivía con sus hermanos le molestaba que tomaran sus cosas o entraran a su cuarto. Constantemente tenía fricciones con sus hermanos y con su madre. Le enojaba que ésta siempre estuviera enferma.

Cuando vivió en casa de sus padres estando casada, las fricciones aumentaron. El esposo de su madre llegaba temprano y presionaba para que estuviera preparada la comida. V llegaba mas tarde y a M le preocupaba no tenerle hecha la cena aún cuando V decía que no importaba.

La convivencia con su madre la pone muy tensa y se enoja de todo. Es muy difícil convivir con su madre ya que se queja de todo y siempre presiona. Ahora que vive sola con su marido convive mas con V y la relación ha mejorado.

Cuando M y V eran novios, él la atosigaba por que quería casarse y ella no quería. La madre de M siempre apoyó este matrimonio y la presionaba también. Al principio de su matrimonio, V era insoportable. Nunca le parecía nada. M se presionaba todo el día para arreglarle la ropa y tenerle lista la comida y V le decía que eso no era importante. M se enojaba cuando V trataba de ser comprensivo con ella.

9. Relaciones sociales

M siempre fue reservada y desconfiada con la gente. Como además es muy enojona no tiene muchos amigos por su mal carácter. Cuando empezó a salir con V tenía 22 años y se sentía incómoda. Su relación era muy inestable por que ella no quería

comprometerse. Ella había sufrido una desilusión muy fuerte por un hombre y no quería volver a ser lastimada.

Cuando tenía 18 años y trabajaba en la juguetería, conoció a T, quien trabajaba en la misma juguetería de manera eventual. Fueron novios por un año y se iban a casar, pero él se fue a trabajar a Estados Unidos. Mientras estuvo fuera, se escribían cartas y él siempre le contestaba la correspondencia. Al cabo de unos meses, T regresó.

Unos meses después, se volvió a ir pero esta vez a provincia, ya que su padre estaba enfermo. En el tiempo en que se fue, nunca le escribió a M y ésta se molestó y se desilusionó. Decidió que ella no iba a rogarle y nunca lo buscó. Después supo que él la había buscado, pero ella nunca intentó buscarlo.

Después de esta decepción, no quiso saber de los hombres. Pensaba que todos le iban a hacer lo mismo. Se deprimió mucho y nada le importaba. Decidió que nunca se volvería a enamorar por que entregaba demasiado y no era justo. Pensaba que si volvía a intentar una relación iba a fracasar.

Cuando se casó, V hacía lo posible por mantenerla contenta y M siempre encontraba algo por que molestarse. La presencia de su madre además la hacía irritable. Cuando se enfermó, pensó que ella sería igual que su madre y que siempre iba a estar enferma como ella. Estos pensamientos la enojaban y se desquitaba con V.

Ante la enfermedad, ella no sintió el apoyo de V, sino al contrario. De alguna forma, la culpa por-habérsela llevado a provincia ya que allá se enfermó. Los conflictos constantes llevaron a V a irse de la casa. En este momento, M se sintió abandonada y pensó que V era igual que T y que efectivamente no valían la pena ninguno de los dos y si a T no le había rogado tampoco iba a rogarle a V.

Cuando V regresó y se la llevó con él, afortunadamente M estaba en tratamiento psicológico y aceptó la propuesta de V de irse con él y dejar a su madre. Ella misma acepta que la terapia le ayudó a mejorar su relación con su marido y ahora acepta que es un buen hombre y la ha aguantado a pesar de su enfermedad y su mal carácter. Actualmente, su problema es que quiere tener hijos y teme que no pueda por su edad y su enfermedad.

10. Resumen

M es una mujer de carácter fuerte y dominante, con muy poca tolerancia a la frustración y a la demora. Ha vivido situaciones de abandono y rechazo que la han hecho guardar un resentimiento contra la gente y ser desconfiada.

La relación con la madre es recordada por M como hostil. La madre presenta un padecimiento psiquiátrico importante, lo cual permite inferir que su función materna fue inadecuada. La pronta muerte del padre aumentó la patología de la madre, dejando a M sin la atención que requería en su infancia y adolescencia.

La constante enfermedad de la madre y la depresión del padre y de la misma no permitieron que se le prestara a M la atención que requería de niña y adolescente, por lo que es sumamente demandante de atención y propensa a sentirse rechazada.

Presenta rasgos neuróticos muy marcados y conflictos internos profundos que la llevan a solicitar apoyo psicológico hace unos años. Ella misma comenta que antes de recibir esta atención, se enojaba con mayor facilidad y vivía angustiada.

11. Resultados del Test de Rosenzweig

Predominan sus respuestas de tipo de referencia al objeto frustrante. El manejo de su agresión es en dirección predominantemente impunitiva, por lo que tiende a culpar a las circunstancias y enojarse con las "cosas" que le suceden racionalizando la agresión.

Sus puntajes de referencia al objeto frustrante y respuestas impunitivas son significativamente mas altos que la media estadística esperada para su grupo. Mientras que sus respuestas extrapunitivas y de ego defensa resultaron significativamente inferiores a lo esperado de acuerdo a la media de su grupo.

Los resultados obtenidos indican que M ante situaciones frustrantes reacciona haciendo mas énfasis en la situación frustrante que en su solución o su propia defensa. Tiende a evadir la culpa de los conflictos que se le presentan recurriendo a mecanismos de racionalización y se muestra indefensa ante la frustración.

Este manejo de las situaciones frustrantes hacen que M presente conductas en ocasiones infantiles como berrinches y enojos en los que se empeña en el problema sin ver mas allá de éste debido a lo cual apenas se adapta a los conflictos que se le presentan.

1. **Ficha de Identificación**

NOMBRE: E
EDAD: 39 años **FECHA DE NACIMIENTO:** 12 de septiembre de 1959
SEXO: masculino **ESTADO CIVIL:** casado.
OCUPACIÓN: empleado cargador en la central de abastos
ESCOLARIDAD: 4º semestre de la licenciatura en derecho

2. **Motivo de consulta**

El paciente asiste a consulta en el servicio de Reumatología del Instituto Mexicano de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

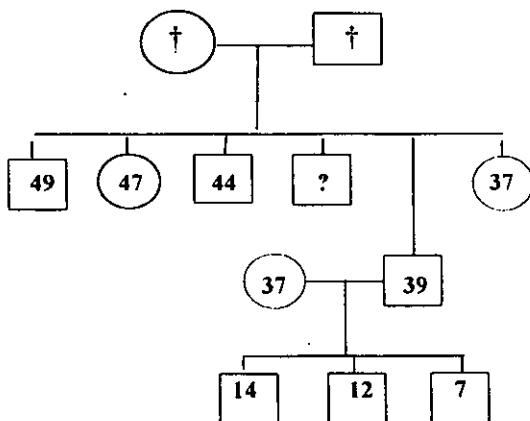
3. **Descripción del paciente**

Se trata de un hombre gordo, de estatura baja, tez morena, cabello negro crespo, bigote, ojos negros pequeños. Su cara y sus manos están hinchadas por el tratamiento con esteroides. Su nariz es amplia y su boca mediana con labios delgados.

Se muestra tranquilo y cooperador, haciendo un buen uso del lenguaje con habla fluida y buen vocabulario. Es educado y atento en su forma de comportarse. Viste pantalón de vestir con una sudadera y zapatos de vestir negros. Debajo de la sudadera no trae camiseta y se ve mal vestido. Sin embargo, su aspecto es limpio.

Sus piernas son muy gordas y sus pies muy pequeños en contraste con sus piernas. La proporción de sus brazos son sus manos es también contrastante, ya que sus manos son pequeñas y regordetas, mientras que sus brazos son muy gordos.

4. **Familiograma y Constelación familiar**



El padre de E murió cuando éste tenía 11 años. Trabajaba en un banco como empleado de transporte monetario. E recuerda que su padre tomaba mucho medicamento de cortisona por un problema reumático y tenía un problema de gastritis y una úlcera. Un día se le reventó la úlcera y tuvo un paro cardíaco y falleció.

La madre de E padecía Diabetes Mellitus y perdió la vista por la enfermedad. Después tuvo una infección pulmonar hace 4 años y murió. E recuerda que fue muy rápido ya que se enfermó un miércoles y el domingo de esa semana se murió en el hospital.

Los hermanos mayores de E estudiaron contaduría. El mayor terminó la carrera y ejerce, el menor solo estudió hasta 4º semestre y después dejó la escuela y se dedica al deporte. Sus hermanas solo estudiaron la secundaria y la mayor es secretaria. Ambas están casadas. El hermano inmediatamente mayor que E se apartó de la familia desde hace mucho y E no sabe nada de él.

E conoce a su esposa desde que estudiaban la primaria. Era amiga de la familia. Ella trabajaba como doméstica y fueron novios durante cinco años, hasta que decidieron casarse. Ella sólo estudió la primaria. Cuando se casaron E estaba estudiando el bachillerato y trabajaba en una secretaría de gobierno como personal de intendencia. Después entró a estudiar derecho a la ENEP, pero se vio obligado a dejar la escuela para poder mantener a su familia.

Tiene dos hijos adolescentes con los cuales no ha tenido problemas de rebeldía ni de relación. El mas pequeño es igualmente dócil y la relación con ellos es descrita como buena.

5. Antecedentes patológicos

Indica que fue operado de los meñiscos hace 22 años ya que jugaba fútbol y se lastimó. Luego tuvo un accidente en carretera y se rompió el brazo hace 12 años.

Hace 5 años comenzó con malestar en las articulaciones durante las mañanas. Lo dejó pasar y no le dio importancia. Unos meses antes se puso a dieta por que había engordado mucho y le atribuyó a la dieta el dolor. Después comenzó un dolor en el costado exterior derecho y problemas al respirar que atribuyó a su sobrepeso.

También se le caía el cabello y tenía diarrea constante. Cuando el dolor aumentó, su esposa lo llevó al INER. Ahí le detectaron un serio problema pulmonar y le diagnosticaron LES, siendo referido a Cardiología.

Al año de ser atendido en Cardiología recayó de nuevo con los mismos síntomas y fue controlado. Seis meses después regresaron los síntomas y luego desaparecieron. A la fecha no ha vuelto a tener molestias.

6. Desarrollo temprano

Tiene pocos recuerdos de su infancia y solo son en referencia a su vida escolar, desde el pre escolar hasta la secundaria donde asistía con sus hermanos. Recuerda también que siempre hizo mucho deporte con su padre: fútbol, basquetbol, corría y nadaba.

7. Antecedentes Personales

Antecedentes Escolares

Siempre fue buen estudiante y comenzó a trabajar desde joven para pagarse sus estudios, ya que su familia era de pocos recursos. Estudió el bachillerato por su cuenta, manteniéndose el mismo sus estudios, así como la universidad. Estudió hasta 4° semestre de la carrera de derecho

E espera terminar su carrera algún día y poder ejercer en un despacho de abogados. Se interesa principalmente por la rama del derecho penal y desearía tener un despacho particular propio.

Antecedentes Laborales

Comenzó a trabajar para pagarse sus estudios de bachillerato en una dependencia del gobierno como personal de intendencia. Trabajaba ahí por las mañanas y por las tardes estudiaba. Su sueldo le alcanzaba apenas para sus estudios. Sin embargo, siguió estudiando y entró a la universidad con el mismo horario: trabajaba por la mañana y estudiaba por las tardes.

Cuando E se casó, un primo suyo le ofreció trabajo como distribuidor de películas de video y dejó su empleo de intendencia. Este trabajo le hacía ganar más dinero ya que le pagaban por los clientes que tenía y comenzó a tener muchos. Sin embargo, ya no tenía tiempo de estudiar y dejó la carrera.

El negocio del primo terminó y E se quedó sin empleo. Un conocido lo recomendó en la central de abastos en un puesto de legumbres. Desde entonces trabaja ahí cargando la mercancía y haciendo lo que se ofrezca. Gana poco pero puede mantener a su familia. Trabaja desde temprano y regresa a su casa ya noche debido a que vive muy lejos de su trabajo. Por razones de tiempo, no ha podido retomar la escuela.

8. Relaciones familiares

E describe todas sus relaciones como buenas y cordiales. Con ambos padres la convivencia era buena y en especial con el padre compartían muchos momentos en actividades deportivas. Él comenta que la relación con sus hijos es igual a la que él tuvo con su padre y también acostumbra hacer deporte con ellos.

La relación con su esposa es buena también, pero conviven muy poco. Desde que se casaron él ha tenido que trabajar mucho para poder mantenerla a ella y a sus hijos. A

pesar de que cuando se casaron vivían con los padres de E, éste tenía que solventar los gastos de la comida y la ropa de su esposa y sus hijos. Desde que la madre murió, ellos se quedaron a vivir en la casa con el hermano mayor de E que es soltero.

9. Relaciones sociales

El núcleo social de E se limita principalmente a su familia y algunos compañeros del trabajo. Sin embargo, no tiene tiempo para frecuentar a sus amigos por su trabajo. Ocasionalmente va a reuniones con amigos y acostumbra tomar y fumar en estas reuniones.

10. Resumen

E es un hombre con una vida llena de frustraciones académicas, laborales y personales. En su familia es el único que no terminó una carrera universitaria y su trabajo es inadecuado para su preparación académica.

Su percepción de sí mismo es distorsionada. Su físico es el de un hombre obeso mientras que habla de sí mismo como una persona deportista y atlética. Dice firmemente que va a terminar su carrera y ejercer como abogado penalista, pero continúa en su trabajo como cargador y no muestra iniciativa. Estas incongruencias indican una falla en su juicio de realidad y su negación ante la frustración que esta le genera.

Su vida afectiva es poco intensa. En general el matiz de su vida es aplanado. De los eventos de su vida real nada le entusiasma; no así sus ideas y deseos de superación personal y profesional.

Sus relaciones son superficiales y habla poco de sus afectos. Ambos padres eran personas enfermas y preocupadas por sí mismas y su enfermedad, por lo que prestaban poca atención a los hijos.

Es una persona sumamente dependiente que a sus 39 años no ha logrado una independencia de su familia de origen (actualmente los hermanos) ni ser autosuficiente; mucho menos mantener una familia propia. Sus relaciones con sus hijos son faltas de autoridad ya que él se identifica con ellos y no ejerce una figura paterna de autoridad.

11. Resultados del Test de Rosenzweig

Predominan las respuestas de tipo de referencia al objeto frustrante. Su manejo de la agresión es en dirección impunitiva, por lo que tiende a culpar a las circunstancias y enojarse con las "cosas" que le suceden, ignorando el conflicto frustrante y racionalizando la culpa.

Sus puntajes para respuestas de referencia al objeto frustrante y dirección impunitiva son significativamente más altos que lo esperado por la media de su grupo.

Mientras que su puntaje de ego defensa y respuestas impunitivas son significativamente inferiores a lo esperado en su grupo.

Estos resultados indican que E tiene a evadir la percepción de la frustración y solo hace referencia al objeto que ocasiona el conflicto. De esta manera, no logra solucionarlo y permanece en un estado pasivo ante el conflicto.

Por otra parte, su manejo de la agresión ante la frustración es inadecuado, ya que no percibe la necesidad de defenderse y pretende culpar a las circunstancias sin poder expresar su enojo, utilizando mecanismos de racionalización que le permiten adaptarse.

1. **Ficha de Identificación**

NOMBRE: T
EDAD: 36 años **FECHA DE NACIMIENTO:** 9 de Febrero de 1962
SEXO: femenino **ESTADO CIVIL:** casada.
ESCOLARIDAD: primaria.
OCUPACIÓN: ama de casa

2. **Motivo de consulta**

La paciente asiste a consulta en el servicio de Reumatología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX y se le diagnostica LES en enero de 1998. Se presenta muy angustiada y con mucho miedo, por lo que requiere apoyo psicológico.

3. **Descripción de la paciente**

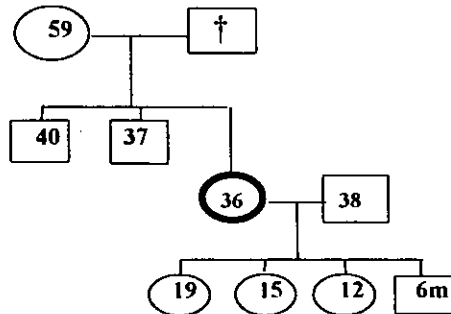
La paciente es una mujer de mediana estatura, tez morena, presenta eritema malar y edema facial. En la primera entrevista su rostro se ve distorsionado por la preocupación y llora silenciosamente durante toda la consulta. Después al platicar sobre su situación, llora desesperadamente.

Su complexión es media y se ve desaliñada. Sus ojos son pequeños y sumamente expresivos de sus estados emocionales (en la primera entrevista temerosos). Su cabello es negro y quebrado, maltratado y desaliñado.

A partir de la segunda entrevista, su semblante es notoriamente diferente. Se presenta arreglada, maquillada y bien vestida. El eritema persiste, así como el edema, pero el maquillaje la hace verse mejor y se muestra alegre.

Su tono de voz es bajo y su actitud temerosa al hablar. Persiste el llanto ya que es muy sensible a hablar de sus problemas y de su vida en general. Se muestra muy cooperadora e interesada en hablar y solicitar ayuda.

4. **Familiograma y Constelación familiar**



T vive en provincia; su familia es de allá y siempre ha vivido en la misma ciudad. Ella es la menor de tres hermanos, los mayores varones. Su padre murió hace 20 años, cuando T estaba embarazada de su primera hija. Él trabajaba en una fábrica y murió por un infarto. La madre de T vive sola actualmente pero cerca y se frecuentan diariamente.

Los hermanos de T viven en diferentes ciudades y se frecuentan poco, por lo que T y su madre son muy unidas y conviven mucho. Cuando T era adolescente, tenía problemas con su madre por que no la dejaba salir a la calle ni tener amigos. Su padre le decía que no se dejara y que conociera gente.

A pesar de las prohibiciones de su madre, T conoció a F; eran vecinos y se gustaban, así que se hicieron novios. F iba a visitar a T a su casa y poco a poco la fueron dejando salir a dar la vuelta. Un día se les hizo muy tarde para volver y prefirieron fugarse por que si regresaban la madre de T los iba a regañar.

De esta forma T se fue a vivir a casa de los padres de F. Éste trabajaba en una fábrica y podía mantenerla económicamente. Ahí vivían también dos hermanas de él. Para T fue muy difícil por que las hermanas de F y su madre la trataban mal y F no le daba su lugar. Poco después se embarazó y fue aún más difícil.

Cuando nació su primera hija, I, F tuvo que trabajar mas y cuando nació su segunda hija, E se cambiaron de casa. Para T fue un alivio tener su casa con sus hijas y pudo relajarse. Al poco tiempo tuvo a su tercera hija, K. Ella se sentía contenta con sus tres hijas y estaba a gusto con su matrimonio, aunque F a veces llegaba muy tarde y se iba con sus amigos, como todos los hombres.

Hace un año se dio cuenta que estaba embarazada otra vez después de 11 años. Este último embarazo fue muy complicado ya que tuvo fiebre y se sentía muy mal. Tuvo que ser hospitalizada al octavo mes y enviada a la capital donde se atendió el parto. T estaba muy contenta por que el bebé era niño y F quería un niño. Sin embargo, después del parto siguió sintiéndose mal y no ha podido cuidar a su bebé como ella quería. De hecho, quien se ha hecho cargo del pequeño F ha sido I.

I estaba estudiando en la universidad y dejó el semestre para cuidar a su hermanito y a su mamá que estaba muy enferma. Ahora que le han diagnosticado LES, T no sabe que va a pasar, si va a poder cuidar a F o no y se siente culpable de que I haya dejado la escuela.

I tiene un novio, J y ahora que su madre está mejor de salud, I se fue a vivir con él. Esto angustia mucho a T por que teme que a su hija repita su historia al precipitar una decisión importante. Este problema la mantiene preocupada y lo atribuye a dos factores: por un lado su enfermedad y la maternidad de F, y por otro lado, hace unos meses se enteraron que su esposo tiene una amante con dos hijos en otra ciudad. Esta noticia alteró a todos, ya que hasta las pequeñas se enteraron de esto y T piensa que por eso I se fue con J.

Después de varios conflictos entre I, T y F, I no se ha casado con J y sigue viviendo con él. T sabe que tienen problemas por que I tiene un carácter muy fuerte y se pelea con J incluso a golpes y es ella quien lo agrede. A T le preocupa que un día J se harte y le pegue también a I.

5. Antecedentes patológicos

T no recuerda haber sido enferma en la infancia. Los síntomas de LES comenzaron a manifestarse durante el último embarazo. Presentaba fiebres muy altas, fatiga y caída del cabello. Después del parto, le salieron manchas en las piernas y los brazos y se presentó el edema y el eritema malar. La fiebre y la fatiga no han cesado al momento del diagnóstico de LES.

Durante el transcurso del tratamiento médico, la fiebre ha desaparecido, no así el edema ni el eritema malar. La fatiga no es constante pero permanece también. T observa que cuando se preocupa o pasa algo que la angustia, al día siguiente le sube la fiebre y se siente fatigada.

Se le recetó cortisona pero ella está renuente al tratamiento por que le han dicho que se va a hinchar mas y no quiere. Su madre la ha llevado con otros médicos y le han puesto unas "inyecciones" (desconoce el medicamento) pero no funcionan. Se le diagnosticó el padecimiento en enero de 1998 y acudió al servicio en tres ocasiones entre enero y julio. Después dejó el tratamiento y se presentó nuevamente en diciembre, solicitando la atención médica y psicológica.

6. Desarrollo temprano

No se exploro.

7. Antecedentes personales

Antecedentes Escolares

T solo estudió la primaria. Le hubiera gustado estudiar algo, pero nunca supo que y "no se le daba" la escuela. Siempre estuvo más dedicada a las labores de la casa. Ahora que sus hijas estudian, ella no sabe como ayudarles con sus tareas pero desea que ellas si terminen la escuela y estudien algo más.

Antecedentes Laborales

T nunca ha trabajado. Desde adolescente se dedicó al hogar y luego se casó. Actualmente vende joyería de oro entre sus amistades y gana algo de dinero.

8. Relaciones familiares

En su familia de origen, T relata que la figura dominante era la madre. Ella es una mujer fuerte, con mucho carácter, que siempre dice lo que piensa y es agresiva, como I

y como E. Mientras que el padre era tranquilo, sentimental y muy encerrado en sí mismo, nunca hablaba de sus cosas, como T y K.

Cuando T se fue a vivir con F, su madre no le volvió a hablar hasta que murió el padre (poco tiempo después). T aún resiente mucho la muerte del padre y dice que lo extraña aún cuando murió hace 20 años, lo cual indica que no ha elaborado el duelo.

La relación entre F y T siempre ha sido conflictiva. T se sentía conforme con él pero ahora se da cuenta que nunca ha habido confianza ni comunicación entre ellos. El hecho de que F tenga otra familia indica que efectivamente su relación no ha sido satisfactoria. T relata que F siempre se ha ausentado por largas temporadas y ahora entiende que era por que se iba a visitar a la otra mujer. T mantenía una posición ingenua ante la infidelidad de su marido hasta que él mismo lo admitió.

Ahora que I se ha ido con J, T se ve reflejada en su hija y teme que se repita su historia. Si embargo, al mismo tiempo admira que I sea agresiva con J y que no se deje aunque la regaña por ser así. Al enfrentar a I, T se confronta entre una posición en la que la mujer debe someterse al hombre (como ella lo hizo) y otra posición en la que la mujer se enfrenta agresivamente al hombre (como lo hace I).

La relación con sus hijas menores es buena. T es una madre dedicada a sus hijos y abnegada a su papel de madre y esposa sumisa.

9. Relaciones sociales

T vive en una ciudad pequeña donde todos se conocen y tiene muchos conocidos. Sin embargo, ella no considera que sean sus amigos ya que no tiene confianza de platicar sus cosas con nadie. Pero mantiene relaciones cordiales con la gente.

Tiende mucho a hacerse la víctima entre la gente para que la ayude de diversas formas sin pedir directamente la ayuda. De hecho, ahora utiliza su enfermedad para que sus vecinas le ayuden ya que ella no puede. Cuando expone sus problemas, mantiene esta actitud.

10. Resumen

T es una mujer con capacidades intelectuales bajas, de pobre escolaridad y sin entrenamiento para hacer otro trabajo que el doméstico, lo cual la ha hecho dependiente, primero de los padres, de la familia política, del esposo y hasta de las hijas.

La relación con su madre fue siempre hostil mientras vivieron juntas. Estas primeras experiencias le llevaron a tomar una posición sumisa. El padre también se sometía a la autoridad de su esposa, por lo que T y su padre compartían una posición similar.

T recuerda a su padre con nostalgia y gran tristeza. Nunca elaboró el duelo ante su muerte. Cuando habla del padre y de su relación con él, lo muestra como un hombre blando, con acercamientos seductores que se aliaba con su hija en contra de su esposa.

Debido a sus carencias se ha adaptado asumiendo un papel de debilidad, inermidad, vulnerabilidad, sumisión y demanda de protección. En esta postura no puede expresar su frustración, coraje, celos y enojo por lo que reprime toda manifestación agresiva.

Es infantil y poco consciente de lo que le sucede. Presenta rasgos depresivos que debido a su situación actual (diagnóstico de la enfermedad) se ven agravados.

11. Resultados del Test de Rosenzweig

Predominan sus respuestas de tipo de necesidad de persistencia, lo cual indica su apremiante necesidad de solucionar pronto las situaciones frustrantes debido a la angustia que le provocan. La dirección de su agresión es intrapunitiva, presentando continuamente sentimientos de culpa.

Sus puntajes de respuestas con necesidad de persistencia y dirección intrapunitiva son significativamente más altos que lo esperado por la media de su grupo. Mientras que las respuestas extrapunitivas y de ego defensa son significativamente más bajas que lo esperado por la media del grupo.

Estos resultados indican que T presenta una tendencia a culparse de las situaciones frustrantes que le suceden. Estas situaciones le generan por sí mismas ansiedad, la cual es aumentada por los sentimientos de culpa haciéndose insoportable. Por esta razón, T busca la inmediata solución de las situaciones que le generan frustración.

1. Ficha de Identificación

NOMBRE: I.
EDAD: 49 años **FECHA DE NACIMIENTO:** 15 de agosto de 1949
SEXO: femenino **ESTADO CIVIL:** casada.
ESCOLARIDAD: maestra normalista
1° semestre de la licenciatura en filosofía y letras
OCUPACIÓN: ama de casa, costurera, venta de productos de belleza

2. Motivo de consulta

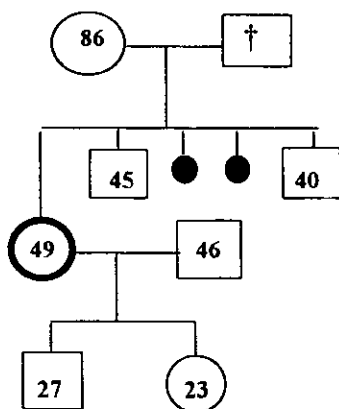
La paciente asiste a consulta en el servicio de Reumatología del Instituto Mexicano de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

3. Descripción de la paciente

Se presenta vistiendo pants y tenis, sin maquillaje, sin alhajas, con el cabello despeinado y maltratado. Sus ojos son pequeños y usa lentes. Su cara es delgada, tez morena, nariz también pequeña y respingada y labios gruesos. Su dentadura se encuentra en buen estado.

Sus manos son delgadas y bien cuidadas, al igual que las uñas. Su actitud es muy cooperadora, se muestra alegre y activa. Disfruta hablar sobre sí misma y habla rápido, aunque trata de que se escriba todo lo que ella dice, por lo que hace pausas voluntarias al hablar.

4. Familiograma y Constelación familiar



I es originaria de provincia y su familia vive allá. Ella es la mayor y la única mujer de tres hijos, ya que la madre perdió dos bebés mujeres en el embarazo. Los padres eran muy humildes, el padre de I era agricultor y ella y sus hermanos vendían la verdura cuando eran niños.

La madre de I se dedicaba al hogar. I la describe como una persona muy accesible. En general la familia siempre ha sido muy unida y se apoyan mutuamente. La relación de I era más estrecha con su padre y al ir creciendo fue tomando un lugar en la familia de gran responsabilidad tanto económica como moral con sus padres y sus hermanos. El padre de I murió hace 6 años por un cáncer en el hígado.

Cuando I terminó preparatoria, se fue a estudiar a la capital del estado y regresaba a casa los fines de semana a ayudar en casa y en el campo. Sus hermanos también estudiaron en la ciudad y el menor se fue a la capital con una prima para estudiar en la Universidad. I comenzó a trabajar en el municipio y se hizo cargo de su familia económicamente.

Cuando I tenía 22 años, su prima de la capital le informó que su hermano no estaba estudiando y que estaba en malos pasos con sus amigos. Por esta razón, I comenzó a hacer viajes a la capital a ver a su hermano y encargarse de él. En uno de estos, conoció a P.

P iba a visitar a un tío y después de la visita fue a visitar a I. Al regresar P a la capital, mantuvieron una relación por cartas y teléfono durante 5 meses. A finales de ese año, P fue a pasar Navidad con I y su familia y pidió su mano a sus padres. En enero se casaron por el civil. I se quedó en casa y P regresó a la capital a buscar una casa para llevarse a I.

La madre de P lo corrió de la casa cuando supo que se había casado, pero P era dueño de una imprenta y se fue a vivir ahí. Un tío le rentó un departamento para que se llevara a su esposa y en mayo de casó con I por la iglesia y se la llevó a la capital.

P tenía 19 años y I tenía 22. Su matrimonio fue bueno desde el principio, aunque siempre tuvieron problemas con la madre de P que es una persona muy difícil. A los 23 años I tuvo su primer embarazo con mucha náusea y pesado; sin embargo, ella siguió tan activa como antes. El parto fue normal y tuvo un varón, H. P le enseñó como cuidarlo ya que él había cuidado a sus hermanos desde pequeños y ella no tenía experiencia con bebés.

A los 27 años se volvió a embarazar y tuvo una niña, J. El embarazo fue también pesado y a los pocos meses "le dio" lupus. Cuando se recuperó de la enfermedad un poco, fue al médico y se ligó las trompas sin avisarle a P. Sin embargo, cuando se lo comentó P estuvo de acuerdo.

H tiene actualmente 27 años y está casado. Él es impresor y trabaja en otra imprenta, diferente de la de su padre. Su esposa tiene una buena relación con I y se ven a menudo.

J estudia idiomas (francés e inglés) en escuelas particulares que ella misma se paga y tiene beca. Trabaja como edecán y modelo. Su debut como edecán fue en una carrera de motos de su padre y ya ha hecho también castings. I le hace sus vestidos y la apoya en su carrera.

5. Antecedentes patológicos

Cuando I tenía 20 años padeció anemia intensa que fue tratada en el IMSS. Después a los 26 años le realizaron una amiolectomía y adenotomía por infección.

Al año siguiente, tres meses después del parto iniciaron los síntomas de LES: poliartritis intensa, cefalea generalizada, edema facial y de miembros inferiores y superiores, fenómeno de Reynaud completo, caída del cabello, infecciones en vías urinarias y faringolaringitis.

I atribuye su enfermedad a un virus que contrajo por comer pescado en una playa cercana a su ciudad natal. Poco después del nacimiento de su hija, I viajó a visitar a una amiga con sus hijos. Allí ambas comieron un pescado y las dos se enfermaron el mismo día de lo mismo.

Inicialmente, no sabían que tenía, hasta que un médico particular le realizó varios estudios y le diagnosticó LES. La etapa más difícil para I fueron los cuatro primeros meses. Se sentía muy preocupada por no poder cuidar a su hija recién nacida y a H que era pequeño aún. P estaba muy preocupado y la llevaba con doctores y le hacían estudios.

La preocupación principal de I eran sus hijos, P no le preocupaba por que ya era grande y podía salir adelante solo. Temía quedar inválida y no poder hacer nada por que siempre ha sido muy activa y se desesperaba por que se sentía mal y no podía salir de la cama.

6. Desarrollo temprano

I tiene recuerdos hermosos de su infancia. Nunca fue enfermiza y recuerda que se iba al campo con su padre y sus hermanos. No recuerda enfermedades o problemas en su infancia. Sus padres nunca peleaban y no había problemas familiares.

7. Antecedentes personales

Antecedentes Escolares

I estudió la primaria y la secundaria en su ciudad natal. Siempre fue buena alumna y le gustaba la escuela. Al terminar la secundaria se fue a la capital del estado a estudiar preparatoria y entró a trabajar a una oficina de gobierno. Todos los fines de semana regresaba a casa con su familia y los apoyaba económicamente con su sueldo.

Estudió para normalista y luego hizo un año en la facultad de filosofía y letras en la universidad del estado. Siempre le gustó el estudio.

Antecedentes Laborales

Cuando era niña, I trabajaba en el campo con su padre y vendía las verduras que su padre cultivaba. Al terminar su secundaria e irse a estudiar a la capital del estado, comenzó a trabajar en una oficina de gobierno con ayuda de una tía. Ese trabajo le permitió ayudar económicamente a sus padres. Su trabajo consistía en realizar los registros de los terrenos del estado.

Al terminar sus estudios como normalista trabajó como maestra de primaria. Le gustaba mucho dar clases, en especial a niños pequeños. Cuando se fue a la capital con P dejó su trabajo para dedicarse a su casa. Sin embargo, siempre le ha ayudado a P en la imprenta, con la administración del negocio y hace trabajos de costura por su cuenta.

8. Relaciones familiares

I refiere que sus relaciones con sus padres siempre fueron cordiales. Ella era la consentida del padre y la madre figura poco en su relato. Para sus hermanos ella era la figura a seguir, una figura materna. Ella se responsabilizó de la familia tanto moral como económicamente aún después de casada.

Su matrimonio ha sido muy bueno. P es una persona noble y mantiene una buena relación en la cual I es la dominante. Actualmente tiene fricciones debido a que P está muy presionado por la situación económica y anda de malas. P se desquita peleando con su hija y I la defiende invariablemente.

La relación con sus hijos es buena según I; sin embargo, habla muy poco sobre su hijo y se enfoca a hablar sobre su hija. J es la adoración de su madre y I toma una actitud de orgullo ante su hija y sus logros en su trabajo. Para I, su hija es la más hermosa y la más inteligente. La relación entre ellas es sumamente estrecha. I la ha impulsado en su carrera y la acompaña a todas partes, hasta a las discotecas.

9. Relaciones sociales

I es muy sociable y siempre hace amigos nuevos. Convive con sus vecinos y tiene amigos en el hospital también. Los amigos de sus hijos aún la buscan y siempre se ha llevado bien con ellos.

La única relación conflictiva que comenta I es con su suegra, por que ella es una mujer muy amargada desde que su esposo la dejó. I la describe como una mujer dominante que quiere mantener el control de la vida de sus hijos y como ni P ni I se han dejado, han tenido problemas. Sin embargo, I ha sabido manejar las situaciones y ahora su suegra la respeta.

10. Resumen

I es una mujer positiva y alegre. Durante toda su vida ha desempeñado papeles de autoridad y responsabilidad, con sus hermanos, en su trabajo, con su marido y ahora con sus hijos. Ella siempre se identificó con su padre y fue más cercano a él que a su madre, por lo que siempre adopto roles de este tipo.

La relación con la madre fue buena y siempre I dominó la posición materna en su familia de origen. La relación con el padre era sumamente estrecha y de gran identificación.

Siendo una persona activa, los embarazos fueron difíciles y frustrantes para ella. I comenta que al ejercer la maternidad su marido tuvo que enseñarle ya que ella no sabía nada sobre bebés. Si bien describe su relación con sus hijos como buena, habla muy poco de su hijo y su vida.

Se siente identificada con su hija y a través de ella logra vivir la feminidad que ella probablemente no vivió en su momento. La relación con esta hija es simbiótica y para I su hija es una prolongación de sí misma.

Presenta rasgos maniacos y narcisistas. Se considera un ejemplo a seguir para otras mujeres que no logran vivir una vida tan plena como la suya.

11. Resultados del Test de Rosenzweig

Predominan sus respuestas de tipo de necesidad de persistencia y su manejo de la agresión es extrapunitivo. Esto implica que I busca la solución inmediata de las situaciones frustrantes y es agresiva ante la frustración de sus deseos.

Sus puntajes de necesidad de persistencia son significativamente más altos que lo esperado para su grupo. Mientras que sus puntajes de ego defensa son significativamente más bajos que lo esperado para su grupo.

Estos resultados indican que I es una persona que no ve la necesidad de defenderse a sí misma de las situaciones frustrantes; sin embargo es agresiva con los objetos que la frustran buscando una inmediata solución, adaptándose favorablemente.

1. **Ficha de Identificación**

NOMBRE: F

EDAD: 50 años

SEXO: masculino

ESCOLARIDAD: primaria

OCUPACIÓN: comerciante de materiales de plomería (dueño de un puesto)
plomero

FECHA DE NACIMIENTO: 28 de noviembre de 1948

ESTADO CIVIL: casado.

2. **Motivo de consulta**

El paciente asiste a consulta en el servicio de Reumatología del Instituto Mexicano de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

3. **Descripción del paciente**

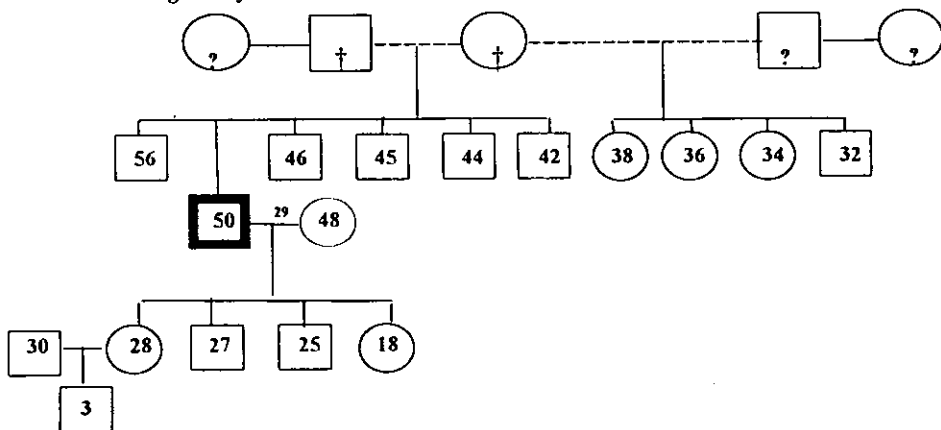
Se trata de un hombre de estatura media, se presenta vestido adecuadamente, con pantalón y zapatos negros con camisa de vestir y un chaleco tejido. Se muestra limpio y bien arreglado. Su actitud es colaboradora y es muy platicador y expresivo. Su actitud general es de amabilidad.

Es de tez morena clara, cabello negro, lacio y bien peinado; cejas abundantes y ojos pequeños y negros. Su tez se ve arrugada y maltratada por el sol. Su nariz es angosta y la boca grande con labios delegados, dentadura completa y bien cuidada.

Sus manos están limpias y bien cuidadas, así como su aspecto personal en general. Se sienta relajado y durante la entrevista es muy expresivo no solo en sus gestos sino también en su lenguaje corporal.

Es elocuente al hablar y si bien su vocabulario no es muy amplio, sabe expresarse adecuadamente y de forma educada.

4. **Familiograma y Constelación familiar**



La madre de F era comerciante y vivía con sus hijos en un cuarto. El padre de F estaba casado y los visitaba de vez en cuando. Cuando F tenía 10 años mataron a su padre en un pleito callejero en provincia. Poco tiempo después, su madre tuvo una nueva pareja que también era casado. Con esta persona tuvo cuatro hijos más.

Al morir el padre, F comenzó a trabajar para ayudar a su madre, pero era muy chico. Se iba de ayudante con un conocido que era plomero y ya no estudió. Después, cuando la nueva pareja de la madre comenzó a frecuentarlos, F decidió irse al campo con unos tíos. Allí se enseñó a trabajar la tierra y criar animales.

Cuando tenía 13 años regresó a la capital a visitar a su madre y hermanos y encontró a ésta muy mal de salud, con un padecimiento reumático en las manos; así que decidió llevársela al campo con sus hermanos. En el campo a su madre le favoreció el clima y su padecimiento desapareció. Vivieron allí durante un año y les iba muy bien. F se iba todos los días al campo a trabajar y al regresar su madre preparaba la comida y sus hermanos estudiaban en la escuela rural. Tuvo mucho apoyo por parte de sus tíos para sacar adelante a su familia.

Después de un año, la pareja de la madre fue a buscarla y ella se regresó con él a la capital. F se molestó mucho y dejó de trabajar. Se dedicó a tomar y no hacía nada. Sus tíos lo aconsejaron y lo apoyaron para que no se dejara vencer por la bebida.

A los quince años, F regresó a la capital con su madre y volvió a encontrarla en estado deplorable y con un hijo más y otro en camino. Ante esta situación, F decidió quedarse y ayudar a su madre. De hecho él pagó los dos últimos partos de su madre.

Comenzó a trabajar como maestro de obras y le iba muy bien. Él sacó adelante a sus hermanos y todos tuvieron la oportunidad de estudiar. El mayor se casó y se fue de la casa, cortando la relación con la familia. Los dos siguientes estudiaron medicina y letras inglesas.

La madre murió de cáncer de matriz cuando F tenía 18 años. Le detectaron el cáncer en el último parto y ya era muy tarde. A la muerte de la madre, F se hizo cargo por completo de sus hermanos tanto económica como moralmente. Como eran puros hombres, F mandó a sus medias hermanas con su hermano mayor que ya estaba casado y tenía una hija. Tiempo después el padre de las niñas se las llevó y según sabe, no las ha tratado bien, pero ha perdido comunicación con ellas.

A los 21 años se casó con E y ella aceptó vivir con sus hermanos y acoplarse a la familia. De igual forma sus hermanos siempre se han llevado bien con ella y la relación entre ellos siempre ha sido buena.

Actualmente sus hermanos han hecho su vida y F vive solo con su esposa y sus hijos. La hija mayor, A se casó hace 4 años y tiene un bebé. Ella no terminó la preparatoria, le faltó solo un semestre, pero aprendió costura y a eso se dedica. Su marido no tiene empleo fijo, hace trabajos de lo que puede y por esta razón no le agrada mucho a F. Como ambos trabajan, F y su esposa cuidan al bebé y es el consentido casi vive en su casa.

El hijo mayor, B, se casó hace dos años y vive por su cuenta. Su esposa es también costurera. Él es plomero como F ya que no quiso estudiar una carrera. No le gustó la escuela y no quiso aprovechar la oportunidad que le daban sus padres de estudiar.

Los dos hijos menores viven en casa con F y su esposa. El varón, C, tampoco quiso estudiar y solo terminó la secundaria. Hace dos años se iba a casar pero se desilusionó por que su novia salía con otro. Cuando F se enfermó, este hijo tuvo que hacerse cargo del negocio de su padre. Actualmente él atiende la tienda y la abre desde temprano. F llega como a las 11:00 AM y se va a hacer los trabajos que haya encargados.

La hija menor, D, es la única que estudia. Terminó el bachillerato y no ha podido aprobar el examen de la UNAM ni el de la UAM. Quiere estudiar comunicaciones, pero mientras presenta el próximo examen esta estudiando computación.

Ahora después de la enfermedad, los médicos le han dicho que debe cuidarse y por esta razón se queda mas tiempo en casa con su esposa y le ayuda en la casa a cuidar el jardín, lavar platos y hacer el aseo. Esto le ha permitido tener una convivencia mas estrecha con su mujer.

5. Antecedentes patológicos

Sus síntomas comenzaron hace 6 o 7 años. Primeramente tuvo dolores articulares (artritis de grandes articulaciones) que llegaron a inmovilizarlo del lado derecho. Comenzó a tomar cortisona pero un día no tuvo dinero para comprar la medicina y no se tomó la cápsula. Al día siguiente amaneció con dolores y tuvo un infarto al miocardio.

Debido al infarto, fue hospitalizado en el IMC. Actualmente padece de cardiopatía isquémica arteroesclerosa. Sus molestias articulares han disminuido pero no han cesado por completo y predominan del lado derecho.

Refiere alcoholismo y tabaquismo desde los 13 años y hasta los 38. Actualmente no fuma ni bebe por temor a otro infarto.

6. Desarrollo temprano

F creció en un ambiente austero y pobre, aún cuando era un niño fuerte, recuerda que estaba desnutrido y desde pequeño comenzó a trabajar con un vecino que era plomero.

7. Antecedentes personales

Antecedentes Escolares

F solo terminó la primaria y después se dedicó a trabajar para ayudar a su madre.

Antecedentes Laborales

Siempre ha trabajado como plomero. Desde pequeño aprendió el oficio siendo aprendiz de un vecino suyo. Después trabajó en el campo como agricultor durante su adolescencia.

Cuando regresó a la ciudad volvió al negocio de la plomería. Durante un tiempo cuando recién se casó, un amigo le ofreció un trabajo los fines de semana en una empresa de construcción.

Actualmente tiene su propio negocio en un mercado donde vende refracciones y además ofrece sus servicios a domicilio. F siempre había trabajado desde muy temprano ya que la tienda se abre a las 9:00 AM y en ocasiones tenía trabajo antes de abrir la tienda. Desde que tuvo el infarto, ha tenido que reducir su ritmo de vida. Ahora su hijo abre el negocio y él se levanta tarde y desayuna con su esposa, le ayuda en los quehaceres domésticos y se va a la tienda a las 11:00 AM. Trabaja hasta la tarde.

8. Relaciones familiares

La relación de F con su padre y la siguiente pareja de su madre fueron muy malas. F refiere que ambos eran hombres violentos que trataban muy mal a su madre, a sus hermanos y a él. F describe su relación con el padre como tirante, hubo poco trato con él ya que los visitaba cada 2 o 3 meses y solo llegaba a regañarlos.

F siempre tuvo mucho resentimiento hacia su padre por el trato que les daba. Era muy frío y les coartaba la libertad, era muy estricto y golpeaba a F, a sus hermano y a su madre. Los hacía rezar el rosario todos los días por que según él era muy católico, pero su forma de actuar era contraria.

La madre de F era una mujer sumisa, que se dejaba maltratar por los hombres. F no entiende por que ella no se separaba de estos hombres pero no expresa abiertamente un enojo hacia ella. En la relación entre F y su madre, F actuaba muchas veces mas como pareja que como hijo. Por esta razón, la relación entre F y la nueva pareja de la madre era de rivalidad.

Dentro de su familia, F ha sido siempre el jefe de familia. Sus hermanos lo ha visto como un padre y sus relaciones son cordiales. Con su esposa lleva un muy buen matrimonio y actualmente disfruta mucho poder compartir las mañanas con ella ya que a lo largo de su matrimonio, realmente nunca han estado solos.

Las relaciones con sus hijos, al igual que con sus hermanos son muy cordiales. F es un padre proteccionista y proveedor en el sentido afectivo y económico. Siempre ha buscado que a sus hijos (y hermanos) nunca les falte nada y se desarrollen académicamente como él no pudo hacerlo. Por esta razón, para F ha sido muy frustrante que sus hijos no quisieran estudiar una carrera y su única esperanza es su hija pequeña.

Actualmente le preocupa mucho su hijo el mayor ya que no sabe valerse por sí mismo. Él no sabe hacer nada, no tiene oficio ni profesión y le preocupa que vaya a hacer en un futuro.

9. Relaciones sociales

F siempre ha sido una persona muy sociable, pero siempre le ha dado prioridad a su familia. En su trabajo ha conseguido buenas oportunidades gracias a varios amigos que le han ayudado.

Actualmente no tiene una vida social intensa ya que se encuentra dedicado a su salud y a su esposa, con quien lleva desde la enfermedad una vida conyugal que no habían disfrutado anteriormente.

10. Resumen

F pertenece a un estrato socio económico bajo y marginado. Desde pequeño vivió en al pobreza y con limitaciones económicas y afectivas. A pesar de sus limitaciones, frustraciones y rechazos afectivos, F ha desempeñado roles de responsabilidad y paternidad primero con su madre y hermanos y ahora con sus hijos.

La relación con la madre fue siempre fuente de frustración ya que a pesar de todos los esfuerzos de F por lograr el afecto y la atención de la madre, ella siempre prefirió a otros hombres que la maltrataban. F encontró en el alcohol un refugio a sus frustraciones y una forma de sobrellevar las presiones de su vida.

Su mayor frustración ha sido que sus propios hijos no quieran realizarse profesionalmente como lo hicieron sus hermanos y como él mismo no pudo hacerlo. Su hija menor es su única esperanza de que realmente estudie y sea alguien de provecho.

La forma como ha manejado sus frustraciones a lo largo de la vida es a través de las adicciones al alcohol y al tabaco. Para poder adaptarse al medio hostil en el que ha vivido, se refugia en el alcoholismo evadiendo los problemas hasta donde le es posible.

11. Resultados del Test de Rosenzweig

Predominan sus respuestas de tipo de ego defensa y el manejo de su agresión es en dirección impunitiva, por lo que tiende a defenderse a sí mismo de las circunstancias y se enoja con las "cosas" que le suceden, racionalizando la culpa.

Sus puntajes de ego defensa y respuestas impunitivas son significativamente superiores al término medio esperado para su grupo. Mientras que sus respuestas de necesidad de persistencia y dirección intrapunitiva son significativamente mas bajas que lo esperado para su grupo.

Estos resultados indican que F es una persona sumamente defensiva, pero no expresa abiertamente su agresión racionalizándola. Tiende a evadir su percepción de las situaciones y objetos frustrantes y evita la culpa, adaptándose exitosamente.

1. Ficha de Identificación

NOMBRE: A.

EDAD: 51 años

FECHA DE NACIMIENTO: 31 de agosto de 1946

SEXO: femenino

ESTADO CIVIL: soltera.

ESCOLARIDAD: 3° de primaria

OCUPACIÓN: ama de casa

2. Motivo de consulta

La paciente asiste a consulta en el servicio de Reumatología del Instituto Mexicano de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

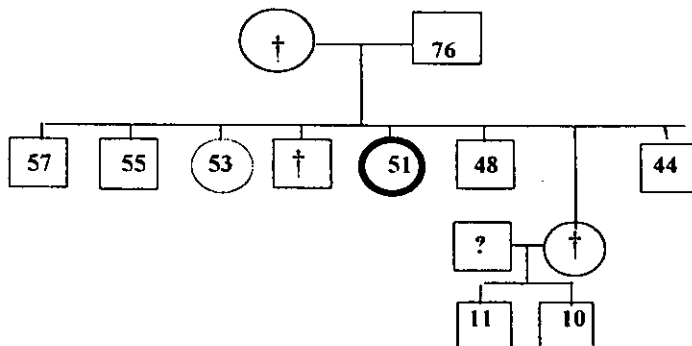
3. Descripción de la paciente

Se trata de una mujer de edad madura, de estatura baja, cabello castaño con canas, ojos claros y tez morena clara. Presenta deformidad en ambas manos y cojea al caminar.

Su aspecto es limpio y arreglado. Se presenta peinada con el cabello suelto hasta el hombro y un fleco. Sin embargo, su dentadura está muy descuidada. No usa maquillaje ni alhajas. Viste sencilla con pantalón negro y blusa rosa, con un chaleco negro que ella misma tejió.

Es cooperadora y muy expresiva tanto en sus gestos como en sus movimientos corporales. Es alegre y su lenguaje es muy sencillo, con un vocabulario limitado.

4. Familiograma y Constelación familiar



A es la única hija que vive con su padre y se dedica a su cuidado. El señor hace gelatinas y las vende. Cuando la madre vivía le ayudaba a hacer las gelatinas y ahora le ayuda A.

A nunca pensó en casarse ni tuvo novios, en parte por su enfermedad. Sus padres la sobreprotegeron y ella no sabía hacer nada sola. Para salir a la calle tenía que acompañarla su madre o una de sus hermanas.

Los demás hermanos de A trabajan por su cuenta. Su hermana menor, G, que ya falleció trabajaba en el IMSS y les consiguió trabajo a sus hermanos. El mayor es chofer, el siguiente trabaja en un taller mecánico y los otros menores son vigilantes en el IMSS. Entre ellos y sus hijos universitarios ayudan económicamente al padre, pero su aportación no es constante. G era quien ayudaba más al padre económicamente. La hermana menor de A, J también trabajaba y ayudaba al padre y a A. Ella era cultora de belleza, pero tiene esclerosis múltiple y ya no puede moverse.

G se casó y vivía aparte con su marido y dos hijos. Como trabajaba, dejaba a los niños con su madre y A. Ella se hizo cargo de los niños desde pequeños. La madre de A murió en 1991 de cáncer de mama. Duró dos años en agonía y en ese tiempo, A cuidaba de su madre, de sus sobrinos y de su padre. Al año siguiente murió G también de cáncer pero en la matriz. Al morir G, dejó a sus hijos al cuidado de A.

Después de la muerte de su hermana, A tuvo muchos problemas con su cuñado ya que este se quedó con todo el dinero y robó las tarjetas de G y la herencia que les había dejado a sus hijos, a su padre y a ella. Después se juntó con otra mujer y se llevó a los niños.

Actualmente, A vive sola con su padre y se mantienen de la venta de gelatinas. Ella tiene que manejarse sola y se preocupa mucho por sus sobrinos ya que los extraña.

5. Antecedentes patológicos

A los 7 años se enfermó de fiebre púrpura y estuvo internada en el hospital. Tenía hemorragias y duró dos meses hospitalizada.

A los 12 años le dio fiebre reumática y Artritis Reumatoide. No la diagnosticaron a tiempo y tampoco recibió atención apropiada, por lo que se le encogieron las piernas y no pudo caminar por 9 años.

Después tuvo una afección cardíaca y estuvo internada en el Hospital General por un año. En este hospital la refirieron al Instituto de Cardiología. Ahí le controlaron el problema cardíaco, le dieron el diagnóstico de Artritis Reumatoide y fue operada de las piernas. A los 22 años volvió a caminar, pero se sentía muy torpe. Luego se le siguieron deformando las manos y se operó dos veces.

A los 34 años comenzó con complicaciones renales y se le diagnosticó LES. Los médicos piensan que desde un inicio el origen de su artritis era LES. Ha presentado

eritema malar e insuficiencia renal. Actualmente el LES está controlado así como el AR.

6. Desarrollo temprano

A recuerda muy poco sobre su infancia antes de la enfermedad. Recuerda que jugaba con sus hermanos en un monumento y que lo trepaban hasta la cima. Cuando enfermó ya no pudo ir a jugar. En la escuela no podía correr como los otros niños. También recuerda que su padre hacía caramelo para el flan y ella se lo comía.

7. Antecedentes Personales

Antecedentes Escolares

A atendió la escuela hasta 3° de primaria ya que se enfermó y ya no pudo caminar para ir a la escuela. Durante los años que no pudo caminar, sólo estaba acostada en su cama sin hacer nada. Después, cuando volvió a caminar se dedicó a ayudar a su madre en los quehaceres domésticos.

Antecedentes Laborales

Nunca ha trabajado por que siempre tuvo miedo de salir sola y no podía bastarse a sí misma. Su madre y su hermana le ayudaban en todo y la llevaban a donde necesitara ir. Al morir éstas, A tuvo que valerse por sí misma en parte debido a la responsabilidad de sus sobrinos.

8. Relaciones familiares

La relación de A con su padre siempre fue estrecha. Antes, ella dependía por completo de sus padres por la enfermedad. Ahora, puede compensar a su padre ayudándole en todo. Comenta que nunca tuvo interés en casarse ya que tiene a su padre y con él le basta.

La relación con la madre era impersonal. "mi madre nunca fue cariñosa, el cariñoso es mi padre". A nunca pudo acercarse a su madre y a pesar de que le ayudaba en casa no había una comunicación, ya que no platicaban.

A recuerda que cuando su madre enfermó se quedó con las ganas de darle un beso y no lo hizo por que le dio pena. Al recordarlo llora y comenta que cuando murieron su madre y su hermana no lloró por que era muy dura.

Ahora se ha vuelto más sensible y por ejemplo cuando recuerda a su hermana o a su madre ya puede llorar. También llora por su sobrinos a los cuales extraña y le preocupan demasiado.

La relación con su cuñado O, es muy hostil. Según A, O se aprovechó de su hermana para robarle. Cuenta que antes de que su hermana muriera él saturó las tarjetas de crédito a nombre de ella. Al morir J, el banco no pudo cobrarle. J había dejado un

testamento de 80 millones para A, su padre y sus hijos. O falsificó la firma de A, quien era el aval de la herencia y se quedó con el dinero.

O no trabajaba y se fue con el dinero dejando a los niños de 4 y 5 años con A. Ella fue como una madre para ellos. Como ya estaban acostumbrados a ella ya que los cuidaba cuando J iba a trabajar, les fue sencillo aceptar la muerte de J y el abandono de su padre. Después, O volvió con una mujer y puso una vinatería y se llevó a los niños con él.

Los niños sufren mucho por que la mujer de O no los cuida y no les tiene paciencia. En ocasiones, los niños le llaman a su tía por la tarde para decirle que no han comido y tienen miedo ya que se quedan solos y son muy chicos (10 y 11 años). A se angustia mucho y procura ir a verlos, pero viven muy lejos.

A le tiene mucho coraje a su cuñado por la forma como trata a los niños. El la ofende y la insulta y ella se deja y no le contesta para que la deje seguir viendo a los niños.

9. **Relaciones sociales**

La vida de A se ha desarrollado siempre dentro del contexto familiar. No tiene amigas y su relación con sus vecinos es superficial.

10. Resumen

A es una persona dependiente e infantil ya que debido a su enfermedad, su infancia y adolescencia fueron traumáticas y frustrantes. La inmovilidad física predomina en la familia así como la enfermedad en las mujeres en general. La relación con su madre fue siempre hostil y superficial. La falta de cuidado y atención materno aunado a su inmovilidad física provocaron un abandono de A que impidieron su sano desarrollo emocional y físico.

El padre es descrito en el relato como seductor ante las hijas y sumamente inclinado por A. Cuando ésta habla de su padre, refleja un claro enamoramiento hacia él.

Hace unos años, al morir su madre y su hermana, ella se hizo cargo de sus sobrinos y del padre. A ha tomado una cierta independencia y autonomía haciéndose cargo de sus familiares como antes lo hacían con ella.

A pesar de este nuevo cambio en su vida, continua siendo infantil y posee pocas herramientas para la solución de los conflictos que se le presentan. Es dependiente y sumamente sensible. No ha elaborado los duelos por su hermana y madre muertas, ni por su adolescencia e infancia perdidas por la enfermedad.

Su actitud ante el padre y la rivalidad y hostilidad con la madre evidencian una estructura histérica en A. Su infantilismo y manipulación, así como su dependencia son rasgos histéricos también.

11. Resultados del Test de Rosenzweig

Predominan sus respuestas de tipo de necesidad de persistencia y la dirección de su agresión es intrapunitiva o impunitiva. Por esta razón, A presenta sentimientos de culpa y una gran ansiedad ante la frustración, por lo que busca la solución inmediata de las situaciones frustrantes y utiliza la racionalización para evadir su responsabilidad en dichas situaciones.

Sus respuestas de necesidad de persistencia son significativamente más altas que lo esperado por la media de su grupo. Mientras que sus respuestas de ego defensa son significativamente más bajas que lo esperado para su grupo.

Estos resultados indican que A no se defiende a sí misma ante las situaciones frustrantes sino que se auto agrede con sentimientos de culpa y angustia. Su manejo de la agresión es por medio de la racionalización, logrando una adaptación apenas satisfactoria.

L es la segunda hija del matrimonio de sus padres. Su hermana mayor, H, es una persona muy importante para ella ya que siempre la ha apoyado mucho. H se casó muy joven (a los 14 años) y se fue a provincia con su esposo. Después de siete años de matrimonio, la madre enfermó y H regresó a la capital y estuvo con su madre durante 6 meses. En este tiempo, su marido tuvo otra mujer y la dejó llevándose a su hijo. Este episodio es narrado por L con mucho coraje y enojo, como si se tratara de ella misma.

La relación de L con sus hermanos varones es superficial e impersonal. Con la madre, la relación era mala cuando L era joven ya que su madre era muy enérgica, les gritaba y las regañaba. Sin embargo, cuando L se casó y se fue con su marido, la relación con su madre mejoró y ahora se llevan bien.

La relación con el padre siempre ha sido buena. Es un padre consentidor, "es una lindura". Siempre ha mantenido una excelente relación con su padre, con toda la confianza y muy afectuosa.

L estudió la secundaria comercial como secretaria y comenzó a trabajar. Tuvo varios novios y dice que a los 30 años aproximadamente conoció a E, su actual marido. Se conocieron por una amiga que tenían en común y se gustaron mutuamente. E trabajaba en una fábrica de autos y ella era secretaria en la misma fábrica. Mantuvieron un noviazgo de 5 años hasta que se casaron.

L indica en la entrevista que se casó ya grande; sin embargo, el año de su matrimonio es 1974, por lo que ella tenía 25 años y debe haber conocido a E a los 20 años.

Una vez casados, L cambió de trabajo a una escuela particular donde laboró hasta el comienzo de su enfermedad. E siguió en su mismo trabajo y tenía poco tiempo libre, ya que sólo llegaba a la casa a dormir y ocasionalmente trabajaba los fines de semana.

Después de dos años de matrimonio tuvo su primer embarazo. Relata que le costó mucho trabajo el parto ya que el bebé fue sietemesino y nació por cesárea. Ella se puso muy grave y el bebé estuvo en la incubadora y lo conoció hasta que tenía un mes. L consentía mucho a su hijo, B, pero conforme fue creciendo, el niño hacía lo que quería y tuvo que ser más estricta con él.

Cuatro años después del nacimiento de B, L pudo embarazarse de nuevo. Recuerda que deseaba mucho el embarazo, y no se dio cuenta de que estaba embarazada hasta que tenía 4 meses, ya que seguía menstruando. Notó que empezaba a engordar y su ropa no le quedaba. Fue al médico y con un ultrasonido supieron que estaba embarazada.

El segundo parto fue también una cesárea difícil y estuvo internada durante un mes en el hospital, pero la niña, A nació a término y bien. En ambos partos, fue su hermana H quien la ayudó y estuvo con ella.

Actualmente vive con sus dos hijos y su marido. Frecuenta a su hermana mayor y a su padre. La relación con su madre y sus hermanos es distante. Su hijo mayor es

1. Ficha de Identificación

NOMBRE: L

EDAD: 58 años

FECHA DE NACIMIENTO: 25 de noviembre de 1939

SEXO: femenino

ESTADO CIVIL: casada

ESCOLARIDAD:

secundaria comercial en secretariado

OCUPACIÓN:

hogar

2. Motivo de consulta

La paciente asiste a consulta en el servicio de Reumatología del Instituto Mexicano de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

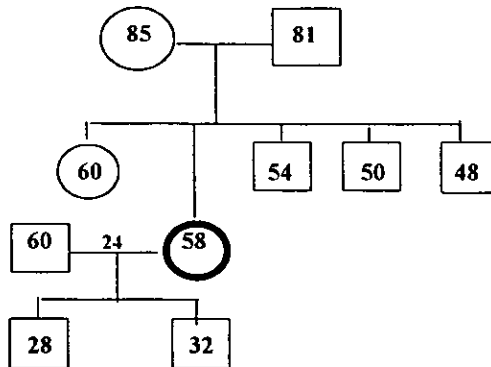
3. Descripción de la paciente

Es una mujer de edad avanzada, de estatura media, tez clara y ojos oscuros. Tiene hinchadas las manos y los pómulos. Sus ojos son poco expresivos, su nariz pequeña y afilada y boca pequeña con labios delgados. Lleva el cabello muy corto, pintado de color café rojizo y bien peinado.

No utiliza maquillaje ni alhajas. Viste de negro con una mascarada verde y calcetas también verdes con zapatos cafés de piso. Sus manos se ven cuidadas pero su piel es áspera.

Su actitud es colaboradora pero poco amable. Su postura es rígida gesticula y frunce el ceño para expresar molestia al hablar. Se muestra seria y no sonríe en ningún momento. Su tomo de voz es bajo y habla pausado, mostrando poco interés.

4. Familiograma y Constelación familiar



contador y su hija es abogada. Ambos trabajan y B aporta dinero al gasto de la casa, no así A.

5. **Antecedentes patológicos**

Según el expediente, los síntomas de LES comienzan hace 15 años (1983) con osteoartralgia diseminada y odinofagia. Se le diagnostica LES y se receta Meticorten, con lo que los síntomas desaparecen. Sin embargo, en noviembre de 1985 presenta episodios de fatiga y elevación tensional con falta de aire. Se le receta Aldazyda. En enero de 1986 presenta hepatitis colestásica y se ve incapacitada.

L comenta que recuerda perfectamente el inicio de su enfermedad. Los primeros dolores comenzaron el 2 de agosto de 1983. Desde mayo de ese año había comenzando a sentirse fatigada y bajaba de peso, pero los dolores en brazos y piernas comenzaron hasta el 2 de agosto.

Cambió mucho físicamente y no quería que nadie la viera. Estaba enojada y lloraba mucho. Comenzó a escribir en una libreta todo sobre sus síntomas y su enfermedad. L indica que la enfermedad cambió su vida totalmente. Ella siempre fue muy activa y cuando se enfermó no podía trabajar y se sentía muy frustrada. Los primeros 5 años de la enfermedad fueron muy difíciles ya que tuvo "crisis intensas de la enfermedad".

Conservó la libreta con un control estricto sobre su enfermedad hasta que un médico se la pidió prestada y la perdió. Se molestó mucho ante este hecho y no ha vuelto a escribir otra libreta.

6. **Desarrollo temprano**

Es originaria de provincia, pero desde que tenía un año de edad reside en la capital. Tiene pocos recuerdos de su infancia y solo menciona que su madre era muy exigente y regañona, mientras que el padre era muy consentidor.

De niña era muy sana, aunque frecuentemente se le infectaban las picaduras de insectos y tenía marcas. Desde los 6 años hasta los 13 presentaba sangrado constante de la nariz.

A los 13 años tuvo su primera menstruación y nunca ha tenido problemas en este aspecto. Los embarazos le han sido difíciles y ambos partos fueron cesárea.

7. **Antecedentes personales**

Antecedentes Escolares

L cursó la primaria siendo buena alumna y luego hizo la secundaria comercial donde se recibió como secretaria.

Antecedentes Laborales

Desde los 16 años comenzó a trabajar para pagar sus estudios. Trabajaba como secretaria en una fábrica cuando conoció a su esposo y después de su matrimonio se cambió de trabajo a una escuela particular donde laboró hasta que tuvo que dejarlo por su enfermedad. Actualmente se dedica al hogar.

8. Relaciones familiares

La relación de L con su esposo era muy difícil al principio. E era muy contradictorio y muy gritón. Se enojaba con los niños ya que no les tenía paciencia. Por esta razón, los niños siempre fueron más apegados a L. Como además vivían muy lejos, los niños no tenían muchos amigos y estaban siempre en casa con L.

Ahora que E está jubilado, ha cambiado su carácter y es más comprensivo. Ayuda en casa y maneja un taxi, por lo que está más tiempo en casa. Sin embargo, cuando L enfermó, la actitud de E fue rara, no quería acompañarla al médico ni enterarse de nada. La única persona que la apoyó en la enfermedad fue su hermana y su padre que estaban muy angustiados.

La relación con sus hijos es buena, y entre ellos conviven bien. Cuando nació A, B tenía cuatro años y la mordía y la pellizcaba. Aunque L dice que siempre se quisieron mucho y B nunca trató de lastimar a su hermana, comenta también que le daba cereal a su hermana cuando era bebé y se lo metía en las narices. Ella lo regañaba pero "ligeramente". En una ocasión, B inventó un cuento de que A era recogida y que una señora la había dejado en la puerta en una canasta, pero que L no era su madre. A la fecha B sigue molestando a su hermana con este cuento.

L define la relación con sus hijos como buena, y dice que entre ellos se quieren mucho y se tienen confianza. La relación es mejor con B que con A. Cuando ambos eran adolescentes, tuvieron varias fricciones por problemas escolares de rebeldía.

Con A tuvo varios problemas escolares ya que en una escuela le dijeron que tenía problemas de aprendizaje. Estuvo en varias escuelas y finalmente terminó la secundaria y ya no quería estudiar. Todo este tiempo fue muy difícil para L ya que se sentía obligada a apoyar a su hija. Después A decidió terminar la preparatoria y entró a la UIC a estudiar derecho. Se recibió y desde entonces trabaja, pero sigue viviendo con sus padres.

Cuando A estaba inestable en la escuela fue cuando comenzó la enfermedad de L. L no sintió apoyo por parte de sus hijos, tal vez por la edad. A nunca preguntó nada ni se interesó. Tampoco ayudaba en la casa ni hacía nada por su madre. B le decía que no era cierto que estuviera enferma y no le hacía caso, le decía que eran inventos. En ese entonces era muy rebelde y tenían muchas fricciones. B nunca la acompañó al médico ni la apoyó hasta que ella se mejoró.

La relación con A es buena pero L siente que su hija no le tiene confianza y le tiene miedo, pero no sabe porque. E piensa que L quiere manejar a A, pero no es verdad, lo que pasa es que no la deja ser libertina, pero además, si A no sale es por que no le gusta salir, no por que su madre no la deje.

Hace unos meses, A comenzó a salir con un hombre. Comenzó a llegar tarde (a las 10:00 PM). Antes E iba por ella al trabajo y ahora ya no quiere que vaya por que el hombre con el que sale la lleva. A no le ha contado nada al respecto a su madre, pero L no sabe nada de la persona con la que sale su hija.

B tiene una novia desde hace 4 años pero "no se va a casar", por que ella tiene esclerosis múltiple y está muy mal. L no entiende por que su hijo sigue con esta chica, pero tampoco interfiere en su relación.

9. Relaciones sociales

Su círculo social se reduce a la familia y en exclusiva a sus hijos. No tiene amigos que frecuente y dejó de ver a sus compañeras de trabajo cuando enfermó por que no quería que nadie la viera.

En general sus relaciones son superficiales ya que no confía en la gente y no mantiene las amistades. Ha tenido amigas durante su vida pero no conserva ninguna.

10. Resumen

L es una persona controladora y fría. Con sus hijos es sumamente impositiva y no les permite independizarse de ella. Es rígida en sus relaciones afectivas como lo fuera su madre con ella. Presenta una simbiosis evidente con su hermana y ahora con sus hijos, quienes tratan de rebelarse pero no pueden hacerlo.

La relación con su madre fue hostil y frustrante mientras vivieron juntas. La madre era impositiva y castrante. El padre es la única persona de quien L habla afectivamente indicando que su relación con él es emocionalmente satisfactoria.

Presenta varias discrepancias en la información, lo cual indica que su memoria no es buena. Esta falla en la memoria plantea la posibilidad de una degeneración neurológica por el LES.

11. Resultados del Test de Rosenzweig

Predominan sus respuestas de ego defensa y de referencia al objeto frustrante. Su manejo de la agresión es extrapunitivo, por lo que L es una persona agresiva y sumamente defensiva, persistente al conflicto.

Sus puntajes de respuestas de ego defensa y respuestas extrapunitivas son significativamente mas altos que la media esperada para su grupo. Mientras que sus puntajes de respuestas intrapunitivas e impunitivas son significativamente mas bajas que la media esperada para su grupo.

APÉNDICE 3:
Pruebas Aplicadas

TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

NOMBRE: C

SEXO: femenino

EDAD: 15

CÓMPUTO DE ITEMS			
ITEM	OD	ED	NP
1	E	M	
2		I I	I I
3			E
4			I
5			I
6	I		I
7		E	
8		E M	
9		E	
10		E E	E
11	M	E	
12		M	I
13		E	
14		M	
15			M
16		E	
17		I	
18	E		
19		I I	
20		I	
21	I	E	
22	M	M	
23		E M	
24	M	M M	

PERFILES						
Dirección	OD	ED	NP	Total	%	FE
E	2	6	1	9	37,5	38
I	1	3,5	3,5	9	37,5	30
M	1	5	1	7	29	32
Total	4	14,5	5,5			
%	16	60	23			
FE	24	51	25			

PATRÓN DE DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN

$E = I > M$

PATRÓN DE TIPO DE REACCIÓN

$ED > NP > OD$

GCR 58.3 %

FE 54 %

TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

NOMBRE: G
 SEXO: femenino
 EDAD: 18

CÓMPUTO DE ITEMS			
ITEM	OD	ED	NP
1	M	M	
2		I M	I
3			E
4	M		
5		M	
6		M	I
7	E		
8	M	E	
9			I
10		E E	E
11	E	E	
12		M	E
13	M		
14			I
15	M		
16		M	
17			I
18	M		
19		I I	
20	E		
21	I		I
22	M M		
23	E	E	
24	M	M	M

PERFILES						
Dirección	OD	ED	NP	Total	%	FE
E	4	1	2.5	7.5	31	30
I	0	1	4	5	20	32
M	7	3.5	1	12	58	38
Total	11	5.5	8			
%	45	23	33			
FE	24	47	29			

PATRÓN DE DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN

M > E > I

PATRÓN DE TIPO DE REACCIÓN

OD > NP > ED

GCR 33.3 %
 FE 54 %

TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

NOMBRE: W
 SEXO: femenino
 EDAD: 21

CÓMPUTO DE ITEMS			
ITEM	OD	ED	NP
1	M	M	
2		I I	I
3			I
4			M
5			I
6			I M
7	E		
8	E	E	
9			ME
10		E E	E
11		E M	
12		M	I
13		I	I
14	E		
15	M		
16		E	
17		M	
18			E
19		I I	
20			I
21	I	I	
22	M M		
23	M	E	
24	M M	M	

PERFILES						
Dirección	OD	ED	NP	Total	%	FE
E	3	2	1.5	6.5	27	38
I	0	3.5	5.5	10	41.6	30
M	5	2	2.5	9.5	39.5	32
Total	8	7.5	9.5			
%	33.3	31	39.5			
FE	24	51	25			

PATRÓN DE DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN

I · M · E

PATRÓN DE TIPO DE REACCIÓN

NP · OD · ED

GCR 58.3 %

FE 54 %

TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

NOMBRE: M

SEXO: femenino

EDAD: 33

CÓMPUTO DE ITEMS			
ITEM	OD	ED	NP
1	M	M	
2		I I	I
3			I
4	M		
5		M	
6	M		I
7		M	
8	M	E	
9			E
10		E E	E
11	M	E	
12		M	I
13		M	
14	M		
15			I
16		I	I
17		M	
18			M
19		I M	
20	M		
21	I	I	I
22	MM		
23		E M	
24	MM	M	

PERFILES						
Dirección	OD	ED	NP	Total	%	FE
E	0	1	1	2	8.3	38
I	0	1.5	5	6.5	27	30
M	9	5.5	1	15.5	64.5	32
Total	9	7	7			
%	37.5	29	29			
FE	24	51	25			

PATRÓN DE DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN

M · I · E

PATRÓN DE TIPO DE REACCIÓN

OD · ED = NP

GCR 41.6%

FE 54%

TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

NOMBRE: T

SEXO: femenino

EDAD: 35

CÓMPUTO DE ITEMS			
ITEM	OD	ED	NP
1	M	M	
2		I I	I I
3			I
4	M		I
5	M		I
6		I	I I
7		M	
8	M	E	
9			I
10		E E	E
11	M	E	
12		M	I
13			I
14			M
15			M
16		I	
17			M
18	M		
19		I I	
20	E		
21	I	I	
22	M M		
23		E	E
24	M	M	I

PERFILES						
Dirección	OD	ED	NP	Total	%	FE
E	1	1	1	3	12.5	30
I	0	4.5	7.5	12	50	32
M	6	1	3	10	41.6	38
Total	7	6.5	12.5			
%	29	27	52			
FE	24	47	29			

PATRÓN DE DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN

I > M > E

PATRÓN DE TIPO DE REACCIÓN

NP > OD > ED

GCR 50 %
FE 54 %

TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

NOMBRE: E

SEXO: masculino

EDAD: 39

CÓMPUTO DE ITEMS			
ITEM	OD	ED	NP
1		M	E
2		I M	I
3	M		E
4	M		M
5	E		E
6			I E
7		E	
8	E	E	
9	E		
10	E	E	E
11	M	E	
12		M	I
13			E
14	M		
15			M
16		M	
17		M	
18		I	
19		I M	
20	M		
21	I	I	
22	MM		
23		E	I
24	M E	M	

PERFILES						
Dirección	OD	ED	NP	Total	%	FE
E	4.5	1	4	9.5	39.5	41
I	0	2	2	4	16.6	34
M	5	4	1.5	10.5	43.7	25
Total	9.5	7	7.5			
%	39.5	29	31			
FE	28	47	25			

PATRÓN DE DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN

M · E · I

PATRÓN DE TIPO DE REACCIÓN

OD · NP · ED

GCR 41.6 %

FE 55 %

TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

NOMBRE: I
 SEXO: femenino
 EDAD: 49

CÓMPUTO DE ITEMS			
ITEM	OD	ED	NP
1	E	M	
2		I I	I
3			E I
4			I
5			M
6	M		I
7		E	
8		E E	
9			I
10		E E	E
11	M	E	
12		M	E
13	E		E
14		I	
15	M		
16		M	
17		I	
18			M
19		I I	
20	M		
21	I	I	
22	MM		
23		E	E
24	M	M	E

PERFILES						
Dirección	OD	ED	NP	Total	%	FE
E	1.5	3	4	8.5	35.4	38
I	0	5	2.5	7.5	31	30
M	5	1	2	8	33.3	32
Total	6.5	9	10			
%	27	37.5	41.5			
FE	24	51	25			

PATRÓN DE DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN

E · M · I

PATRÓN DE TIPO DE REACCIÓN

ED · NP = OD

GCR 41.6%

FE 54%

TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

NOMBRE: F

SEXO: masculino

EDAD: 50

CÓMPUTO DE ITEMS			
ITEM	OD	ED	NP
1	E	M	
2		I M	I
3			I
4			I
5		E	
6			I E
7		M	
8		E M	
9	E		
10		E E	E
11		E M	
12		M M	
13			E
14	M		
15		M	
16		E	
17		M	
18		M	
19		I M	
20		M	
21	I E		
22	M M		
23		E E	
24	M	M M	

PERFILES						
Dirección	OD	ED	NP	Total	%	FE
E	3	4	2	9	37.5	30
I	0	0	2	2	8.3	35
M	2	11	0	13	54	35
Total	5	15	4			
%	20.8	62.5	16.6			
FE	24	48	28			

PATRÓN DE DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN

M · E · I

PATRÓN DE TIPO DE REACCIÓN

ED · OD · NP

GCR 91.6%

FE 48%

TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

NOMBRE: A
 SEXO: femenino
 EDAD: 51

CÓMPUTO DE ITEMS			
ITEM	OD	ED	NP
1	M	M	
2		I M	I
3			E
4			I
5			I
6			I I
7		E	
8	E	E	
9			E
10	E	E	E
11	M	E	
12		M	I
13			I
14			M
15	E		
16		I	
17			I
18			I
19		I	I
20			M
21	I	M	
22	MM		
23	M	E	
24	MM	M	

PERFILES						
Dirección	OD	ED	NP	Total	%	FE
E						
I						
M						
Total						
%						
FE						

PATRÓN DE DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN

$I = M > E$

PATRÓN DE TIPO DE REACCIÓN

$NP > OD > ED$

GCR 33.3 %

FE 54 %

TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

NOMBRE: L
 SEXO: femenino
 EDAD: 58

CÓMPUTO DE ITEMS			
ITEM	OD	ED	NP
1		MM	
2		I E	I
3	E		
4		E	
5			M
6			I M
7		E	
8	E	E	
9	E		
10		E I	E
11	E	E	
12		M	E
13			E
14	E		
15	E		
16		I	
17	I		
18		I	
19		I E	
20		M	
21	I	M	
22	ME		
23	E	E	
24	ME	M	

PERFILES						
Dirección	OD	ED	NP	Total	%	FE
E	9	4	2	15	62.5	38
I	1	3	0	4	16.6	30
M	0	3	2	5	20.6	32
Total	10	10	4			
%	41.6	41.6	16.6			
FE	24	51	25			

PATRÓN DE DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN

E · M · I

PATRÓN DE TIPO DE REACCIÓN

OD = ED · NP

GCR 58.3 %
 FE 54 %