

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

**"FACTORES PSICODINAMICOS EN LA
GENESIS DE LA ESQUIZOFRENIA"**
(ESTUDIO DE 6 MADRES CON HIJAS
ESQUIZOFRENICAS)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
DOCTORA EN PSICOLOGIA
PRESENTA

Raquel Rañosh Corkidi

MEXICO, D F.

1969



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I Revisión del concepto de Esquizofrenia y clasificación.

A.- Datos Históricos

(Conolly, Morel, Kahlbaum, Kraepelin Meyer, Bleuler Freud, Jung, Sullivan, Arieti, Fenichel).

B.- Grupos Clínicos de la Esquizofrenia.

(Tipo catatónico, paranoideo, simple-hebefrénico. Subgrupos).

C.- Curso de la Enfermedad.

D.- Factores Psicológicos Precipitantes.

E.- Diagnóstico Diferencial de la Esquizofrenia con otras enfermedades.

CAPITULO II Etiología de la Esquizofrenia

Observaciones preliminares

I.- Factores Orgánicos.

a) Fisiopatología; b) Herencia; c) Constitución; d) Estado de factores-endócrinos; e) Bioquímica; f) Hallazgos electroencefalográficos; g) Con-

c) Reporte comparativo con otros estudios realizados.

CAPITULO IV Contribuciones del Concepto Dinámico al Progreso de la Psicoterapia en Esquizofrénicos.

A) Consideraciones Generales.

B) Algunas consideraciones sobre el pronóstico y las metas de la psicoterapia en esquizofrénicos.

C) Psicoterapia de apoyo o sintomática. 1.- Terapias físicas, 2.- Externalización de intereses, 3.- Manipulación ambiental.

D) Terapias de insight básicamente de tipo reconstructivo. 1.- Desarrollo en la psicoterapia de la esquizofrenia, 2.- Psicoterapia de grupo, 3.- Algunos conceptos sobre la psicoterapia en niños esquizofrénicos, 4.- Resumen de los métodos de psicoterapia individual según Groen.

FACTORES PSICODINAMICOS EN LA
GENESIS DE LA ESQUIZOFRENIA

(Estudio de 6 madres con hijas esquizofrénicas)

INTRODUCCION

La presente tesis considera que los factores psicológicos tienen una gran importancia en la génesis de la esquizofrenia.

Considera, como lo hace la escuela psicodinámica, que es necesario realizar un intento de integrar los posibles factores orgánicos y los psicológicos en un todo unitario.

No descarta los cambios somáticos en la esquizofrenia, pero los atribuye el resultado del desequilibrio psicológico - tan importante que padece esta clase de enfermos.

Tampoco descarta la herencia, pero mantiene la teoría - de que lo importante es el impacto del medio ambiente sobre la herencia.

La presente tesis desea contribuir, dentro de sus posibilidades al entendimiento de esta enfermedad, ya que la única manera de poder ayudar es conociendo lo que vamos a ayudar.

Así, por lo tanto, presentará como cuantros metas principales:

- 1.- Revisión de conceptos de esquizofrenia y clasificación.

2.- Revisión de las escuelas organicistas y las dinámicas que intentan explicar la génesis de la esquizofrenia.

3.- Intento de comprensión de la génesis de esta enfermedad desde el punto de vista psicodinámico mediante el estudio de las madres que tienen una hija hospitalizada con el diagnóstico de esquizofrenia.

4.- Aplicación de los conocimientos obtenidos en estas investigaciones y en la presente, para la terapia, que es el fin último y principal de este conocimiento: Restaurar la salud perdida del paciente.

El estudio experimental que se llevará a cabo en esta tesis, sólo enfoca las relaciones que la madre establece con la hija, considerando que gran parte de la enfermedad se debe a las relaciones defectuosas que se crean entre ellas, debido a una multiplicidad de factores que serán expuestos en el transcurso de este trabajo.

Estudios más completos como serían la investigación profunda del ambiente familiar; padre, hermanos otras relaciones; la investigación profunda de factores orgánicos, requieren equipos de trabajo y se consideran como estudios a largo plazo.

Aún cuando en otros países ya se han realizado estudios como el que se expondrá en esta tesis, en México no se ha iniciado un interés activo en la investigación de esta enfermedad

o por lo menos en la aplicación de las conclusiones obtenidas por otros estudios para el beneficio del paciente.

Los esfuerzos son aislados y la gran población de esqui sofrénicos queda sin una ayuda efectiva.

En general, el tratamiento es sintomático. Esto se puede entender si hacemos uso de varias razones, entre ellas la falta de personal especializado, la falta de recursos económicos, el poco interés en una comprensión total de este problema

En beneficio de muchos enfermos resultaría el subsanar estas deficiencias.

El presente estudio tendría como meta principal el despertar el interés y el profundizar en la conexión existente entre la relación anómala de la madre y la enfermedad de la hija

CAPITULO I

REVISIÓN DEL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA Y CLASIFICACIONA) DATOS HISTORICOS

Son muchos los autores que se han ocupado del transtorno psíquico denominado "Esquizofrenia".

A continuación se anotarán los que en mayor grado contribuyeron a su estudio.

En 1849 John Conolly (38) describió el cuadro clínico de la esquizofrenia, aunque sin utilizar ese nombre.

En 1860 Belga Morel (38) utilizó por primera vez el término demencia precoz, a la que interpretó como una variante de la degeneración intelectual, física y moral que resultaba de factores hereditarios.

En 1874 Kahlbaum (38) describió la catatonia o locura de tensión suponiéndola como causa de una enfermedad de la estructura cerebral.

En 1896 Kraepelin (5a) (38) definió a la demencia precoz como un síndrome preciso, encontrando el común denominador de la hebefrenia, de la catatonia y de la vesania típica (caracterizada por alucinaciones auditivas y tendencias persecutorias).

Describió la sintomatología de la demencia precoz que consistía en:

Alucinaciones, ilusiones, emotividad incongruente, menos cabo de la atención, negativismo, comportamiento estereotipado y deterioro progresivo con integridad del sensorio.

Clasificó a los pacientes en tres grupos: Hebefrénico, catatónico y paranoico.

Más tarde aceptó el tipo simple propuesto por Bleuler.

Diferenció de la demencia precoz a la parafrenia en la cual no existía una decadencia de la personalidad pese a la progresión de la enfermedad.

Las causas de la demencia precoz las atribuía a factores orgánicos.

En 1906, Meyer (5a) (38) dando mayor importancia a los factores psicológicos, interpretó a la demencia precoz como una reacción que se desarrolla en ciertas personalidades como resultado de una dificultad progresiva para adaptarse.

Explicó esta enfermedad como resultado de una desorganización de hábitos resultantes de una desadaptación progresiva, con el uso de reacciones sustitutivas en lugar de efectivas.

El esquizofrénico, en lugar de encarar los problemas con una acción apropiada, la sustituye con la tentativa defec-tuosa con que ha tratado de evitarlos.

Para entender la desorganización de hábitos, propuso el estudio longitudinal del paciente. Dió al trastorno el nombre de "parergasia" que etimológicamente significa "incongruencia

de la conducta".

La importancia de la aportación de Meyer fue precisamente su insistencia en el estudio longitudinal del paciente y el énfasis que dió a los factores psicológicos.

En 1911 Eugen Bleuler (8a) introdujo el término de Esquizofrenia que etimológicamente significa: esquizo o esquizen que quiere decir "dividir" y fren que quiere decir "mente". Es decir, "Mente dividida". (Aparente discrepancia entre el contenido del pensamiento y la expresión de las emociones).

Explicó que no se trataba de una demencia, sino más bien de un estado inarmónico de la mente, en el cual coexistían las tendencias, pensamientos y potencialidades más contradictorias.

Hizo una división entre síntomas primarios y secundarios.

Los síntomas primarios eran las manifestaciones directas de un proceso patológico somático hipotético; entre éstos se encontraba la peculiar falta de cohesión en las ligas asociativas mentales, las tendencias opuestas y ambivalentes; además la tendencia a reemplazar la realidad con la fantasía, responsables de las diversas manifestaciones de autismo.

Entre los síntomas secundarios (de origen psíquico), se contaban las falsas percepciones que explicó en función de las

frustraciones y las esperanzas del enfermo, algunas alucinaciones, los amaneramientos, los síntomas musculares catatónicos y casi todas las complicadas actitudes de la demencia.

Bleuler pensó que los síntomas secundarios eran intentos para adaptarse al trastorno primario.

Además clasificó los síntomas en fundamentales y accesorios.

Los fundamentales no son necesariamente primarios, pero son los que están presentes hasta cierto punto en todos los casos de esquizofrenia latente o manifiesta y son: la inadecuación afectiva, el pensamiento autista, la inconexión asociativa y la ambivalencia.

Los síntomas accesorios son aquellos que pueden o no presentarse, como las ilusiones, alucinaciones, posturas catatónicas, etc. Por considerar interesantes los conceptos del autor, se revisarán la clasificación de los síntomas que él hace.

Síntomas Fundamentales. Los 4 de Bleuler

I.- Inadecuación afectiva

Se puede enfocar desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo.

La impresión que ofrece es que el sujeto está actuando sobre una serie de premisas enteramente extrañas a aquellas que (en apariencia) controlan la conducta convencional.

En ocasiones expresan sus emociones de un modo extraño y hasta violento, pero la forma más corriente de la desviación afectiva de la normal, parece ser de una omnipresente espacialidad.

2.- Pensamiento autístico

(Auto: a sí mismo) "Pensamiento autocentrado" ó "Pensamiento que sólo es inteligible por completo para el yo".

Como el concepto del yo y de la realidad son independientes, también es correcto decir que el pensamiento autista se basa en una inadecuada relación con la realidad, refiriéndose con ésto, a la manera de pensar y no a las conclusiones a que se llega.

En el pensamiento autista, las consideraciones objetivas tienen poco peso (tiempo, lugar, posibles, imposibles, del total y de sus partes, del ser y del no ser); en cambio las consideraciones subjetivas tienen gran peso (procesos semejantes: sueño delirio, extrema fatiga, pensamiento de los infantes y de los niños muy pequeños, pensamiento de pueblos primitivos aún cuando en grosso modo menos considerados).

Las actitudes verbales y no verbales del esquizofrénico se encuentran primariamente al servicio de la autoexpresión, de la liberación de tensiones internas, más que al servicio de la función de comunicación con otras personas.

3.- Inconexión Asociativa

Es una manifestación del pensamiento autístico y se debe considerar que hay conexión o relación para el paciente entre los pensamientos sucesivos, pero son de naturaleza subjetiva tan extrema que no pueden ser comprendidos por la lógica común.

(Falta relativa de conexiones lógicas convencionales (asociaciones). La diferencia con la fuga de ideas del maniaco, es que el observador puede captar lo que une las ideas sucesivas del maniaco, pero no del esquizofrénico).

4.- Ambivalencia

Consiste en experimentar simultáneamente actitudes o emociones contradictorias hacia determinado objeto, situación o acto.

Es más frecuente en los trastornos esquizofrénicos.

Se puede inferir que la actuación simultánea de las fuerzas mentales conflictivas de gran intensidad (en ciertas situaciones psicoterapéuticas, esto puede ser confirmado por el informe subjetivo del paciente), tienen influencia la conducta motriz del paciente esquizofrénico. Por ejemplo., algo de la torpeza y del retardo que se revelan a veces en el esquizofrénico, pueden ser resultado de la ambivalencia de la actividad en cuestión.

La contribución de Bleuler al estudio de la esquizofrenia fue muy importante y su concepto básico de la enfermedad --

formas encubiertas de expresión y por tanto, posibles de ser -- descubiertos en su significado.

Con esta aportación abre un campo inmenso en la ayuda -- del esquizofrénico. Si es posible interpretar su comunicación, -- también es posible ayudarlo...

Después de Freud se siguió empleando el concepto dinámico aportado por él para la comprensión de la esquizofrenia.

Entre los autores que contribuyen a ampliar el estudio -- de esta enfermedad, destacan Jung (5a), el cual aplica los conceptos psicoanalíticos en forma total a la esquizofrenia.

Considera que la causa de las alucinaciones se debe a la existencia de complejos autóctonos y que muchos síntomas de esta enfermedad se deben a los arquetipos colocados en el inconsciente colectivo. Un número anormal de fuerzas atávicas no se ajustan a la vida moderna. Con esto disminuye la importancia de los factores ambientales y resalta la importancia de los factores congénitos.

Considera la existencia de un mecanismo psicosomático en la esquizofrenia. Según él, no es un trastorno orgánico el que produce el desorden psíquico, sino al contrario, el desorden emocional produce un metabolismo anormal que causa daños en el cerebro.

Sullivan (5a) que considera que la esquizofrenia se debe a la falla en las relaciones interpersonales que no permiten establecer patrones duraderos de respuesta que eliminen ansiedad. No-

permite el desarrollo normal del "sistema propio".

Hay otros autores, entre ellos Arieti (5) (5a) el cual - después de un estudio sistemático y profundo de los mecanismos - de que se hacen uso en la esquizofrenia concluye que: "la esqui - zofrenia es una reacción específica ante un estado extremo de - ansiedad que se origina en la infancia y que se acelera más tar - de en la vida, por factores psicológicos.

Esta reacción específica consiste en la adopción de meca - nismos mentales arcaicos que pertenecen a niveles más bajos de - integración.

En la medida en que el resultado es una regresión, pero - no una integración en niveles inferiores, se produce un desequi - lio que origina más regresión, a veces a niveles más bajos a - aún del necesario para que sean posibles determinadas percepcio - nes".

Al describir los mecanismos formales de la esquizofrenia Arieti señala que lo que es específico en esta enfermedad, no - es el contenido o naturaleza del conflicto, sino la forma que - asume este conflicto. A esta forma la denomina "Regresión teleo - lógica progresiva"

El concepto de regresión no ésta limitado al concepto de regresar a tempranos niveles de adaptación sino que incluye --- también los conceptos de Jackson de regresar a niveles inferio - res de funcionamiento.

El concepto "teleológico" implica que la regresión es --

propositiva y su propósito es evitar la ansiedad excesiva y re-
 tablicar alguna clase de equilibrio psíquico.

Se describe el proceso como un estado excesivo de ansie-
 dad que produce daño a los procesos mentales más altos, proba-
 blemente una parálisis funcional. Al mismo tiempo, los niveles-
 más bajos tienden a desinhibirse de acuerdo al mecanismo descri-
 to por Jackson.

El organismo tiende a ajustarse a estos niveles inferio-
 res porque ejercen cierta fascinación sobre él. Es fácil para -
 el individuo sucumbir a su encanto y establecer un equilibrio -
 a este bajo nivel.

El autor se pregunta cuánto de este proceso es teleológi-
 co y cuánto es determinación y concluye que ésto se tendría que -
 averiguar.

El individuo regresará pero no se integrará a este nivel,
 permanecerá desorganizado. Así se defiende de esta desorganiza-
 ción con mayor regresión, hasta que llega a la completa dilapida-
 ción.

Antes de pasar a la descripción de los síndromes clíni-
 cos expondremos los conceptos de Fenichel (15) sobre los sínto-
 mas esquizofrénicos, ya que constituyen un claro ejemplo de cómo
 estos síntomas son susceptibles a ser interpretados.

Este autor, siguiendo los conceptos de Freud, expresa --
 que el esquizofrénico ha regresado al narcisismo, que se ha apar-

tado de la realidad, que el yo del esquizofrénico se ha derrumbado.

Señala Fenichel que en las neurosis deben distinguirse -- dos pasos:

a) La represión de la exigencia censurable.

b) El retorno de la misma bajo una forma desfigurada, lo que representa el síntoma.

Y en la psicosis:

a) El apartamiento de la realidad, lo que podría considerarse como patológico.

b) Los intentos de recuperar la realidad perdida, los -- que en su mayor parte constituyen los síntomas de la enfermedad mental.

Todos estos autores llegan a la conclusión de que la mayor parte de los síntomas esquizofrénicos son mecanismos que -- utiliza el yo para defenderse de su regresión y recuperar algo -- la realidad perdida.

Lewis Hill (73) señala que aún la misma regresión esquizofrénica es una postura defensiva del yo, con el objeto de lograr algo de bienestar dentro de un ambiente terriblemente conflictivo. Como vemos, a raíz de Freud los síntomas son susceptibles de ser interpretados y así Fenichel divide los síntomas de la esquizofrenia en dos:

1.- LOS que constituyen la expresión directa de un derrumbe del yo y una anulación de las diferenciaciones adquiridas a lo largo del desarrollo mental, es decir, una primitivización. Entre éstos están:

1.- Las fantasías de destrucción del mundo. El sujeto expresa que el mundo parece vacío, sin sentido, monótono, etc. lo que señala, dice el autor, que su libido se ha retirado de los objetos.

2.- Mutismo, que según el autor expresa que no sólo el paciente ya no tiene ningún interés en el mundo de los objetos, sino que también indica una cierta dosis de antagonismo hostil.

3.- Negativismo. En este síntoma halla su expresión franca el resentimiento con el mundo externo.

4.- Sensaciones corporales y despersonalización. Explica que es un desplazamiento de la libido objetal hacia el interior— siendo la despersonalización una medida defensiva, una contracataxis, ante ese aumento libidinal, que es percibido como displacentero. Lo mismo sucede con el extrañamiento corporal.

5.- Ideas de grandeza. El psicótico niega mediante estas ideas, la pérdida de su omnipotencia y la conservación y recuperación de la unión oceánica, es una negación a toda herida narcisística. Ante la pérdida de amor se reacciona con incrementado amor a sí mismo.

6.- Hebefrenia. Que lo califica como el tipo regresivo ---

pasivo puro. "se deja estar". Si una forma de vida más diferenciada se hace demasiado pesada, es abandonada a cambio de una existencia que ya es meramente vegetativa; no obstante otros autores como Stanton y Schwartz (38) hablan del deterioro como un patrón psicosocial y adaptativo; por ejemplo, en relación a la incontinencia, expresan que el esquizofrénico libera sus excreciones en forma perfectamente controlada. Estudiando al respecto, encontraron que por ejemplo, una enferma que tenía miedo al contacto humano se dió cuenta de que la dejaban cuando se había ensuciado y otra enferma se ensuciaba para lograr las atenciones de una enfermera.

7.- La obediencia automática, que señala la fascinación imitativa en el bebé (aunque después el mismo autor señala que sirve para recuperar contacto con el mundo).

II.- Síntomas que constituyen un intento por recobrar la realidad. Estos síntomas aparecen después que los antecedentes y son:

1.- Fantasías de reconstrucción del mundo que se presenta en etapas posteriores y que representan una necesidad interna de restaurar aquello que fue perdido.

2.- Alucinaciones, que son la expresión de la fuga del yo, sustitutos de las percepciones, constituyen una forma primitiva de adaptación; pero al mismo tiempo representan el fracaso de esta fuga, el retorno deformado bajo la forma de proyec--

nes de impulsos que habían sido rechazados (voces castigos). -- Así pues, representan deseos y temores.

3.- Delirios. Son juicios equivocados que se basan en la proyección. Intentan reemplazar porciones perdidas de la realidad y también contienen la realidad repudiada que a pesar de to do regresa.

Expresa que las funciones del super yo en el delirio son sombras del mundo de los objetos que el paciente ha perdido.

La sensación de que es mirado por todos es la expresión de un esfuerzo por recobrar la relación con todos.

Lenguaje:

En su intento de recuperar algo, en lugar de recuperar - las representaciones objetales perdidas, sólo consigue recuperar sus sombras, es decir, las representaciones verbales.

Se comportan en la misma forma con estas últimas en que el neurótico lo hace con las representaciones del objeto.

En los síntomas catatónicos como fenómeno de restitución encontramos:

a) Estereotipias y manierismos son sustitutos de las emociones carentes ya de un objetivo de comunicación.

b) La sonrisa sin sentido es el intento infructuoso de - recuperar el contacto perdido.

c) Las muecas son un compromiso entre la tendencia a expresar ciertos impulsos objetales (tiernos u hostiles) y la ten

encia a refrenarlos por el miedo al rechazo.

d) La ecololía, ecopraxia y obediencia automática, --- deben ser consideradas como intentos primitivos de recuperar -- el contacto. Son mecanismos primitivos de imitación.

e) La rigidez catatónica refleja un conflicto entre el - impulso de actuar y la defensa contra él mismo.

Como síntomas generales se encuentran:

a) El estrechamiento de la atención que puede sugerir la impresión de alteración intelectual. Algunos autores como Lane, Ellen A., Albee, etc. (30) expresan que en sus estudios encontraron una deficiencia genuina intelectual en niños, antes de - que se apreciara la esquizofrenia. En contra de esto, otros autores afirman que estas deficiencias son debidas exclusivamente a factores emocionales que producen bloqueo (38).

La alteración de la atención da lugar a la paralogía, fenómeno que consiste en que las respuestas a las preguntas no -- son informativas ya que la energía está dirigida hacia material no accesible al interrogatorio habitual, observándose que el pa- ciente entiende la pregunta, pero la contestación es errónea de bido al razonamiento defectuoso.

b).- Pobreza de asociaciones debida a la preocupación in- tensa por el material inconsciente y debida también al estrecha- miento de la atención.

B.- GRUPOS CLINICOS DE LA ESQUIZOPRENIA (38) (25) (5)

La clasificación de la esquizofrenia sirve para pronóstico y terapia, aunque hay que advertir que los síndromes no están por lo regular claramente demarcados y se considera que la mejor comprensión del paciente se logra estudiando su historia vital, considerándolo como un problema individual y no como el representante de una determinada división clasificada.

No obstante, como ya se anotó, es útil para la visión del pronóstico y terapia.

Desde comienzos del siglo han sido admitidos cuatro grupos:

Tipo catatónico, paranoide, simple y hebefrénico.

Tipo Catatónico

Aparece entre los quince y los veinticinco años. Tiene un principio agudo y por lo general va precedido de una experiencia dolorosa.

Puede presentarse en cualquiera de sus dos formas clínicas o las dos en rápidas sucesiones.

Estas formas clínicas en sus manifestaciones más extremas se denominan: "excitación catatónica" y "estupor catatónico".

Excitación catatónica.- El sujeto puede comportarse de una manera salvaje e impredecible. Presenta una actividad motriz casi incesante durante largos períodos de tiempo. La con-

ducta puede caracterizarse por una fría y furiosa intensidad o por movimientos de autómatas estereotipados.

Los estímulos externos no modifican la actitud motora agresiva y desorganizada que aparenta no tener finalidad.

Puede parecer inmune a la fatiga, pero si no hay intervención, puede agotarse hasta un grado peligroso.

Estupor

El sujeto se encuentra extraordinariamente inactivo. Puede abandonar todas las formas de actividad motriz voluntaria.

Puede parecer completamente inconsciente e indiferente a todas las funciones corporales. Presenta incontinencia de orina y de materias fecales y requiere ayuda para la alimentación, incluso en ocasiones mediante una sonda gástrica.

En el estupor puede presentarse catalepsia rígida o flexible. No hay movimientos espontáneos sino que se deja colocar en las posturas en las que se le pone.

Se rehúsa a vestirse y a comer. Puede retener la saliva, la orina y el contenido intestinal.

Presenta gestos, ademanes y muecas.

De todos los esquizofrénicos, el esquizofrénico catatónico y con más frecuencia el catatónico en estado de excitación, es el más comúnmente presenta una conducta impulsiva e impredecible.

El habla varía desde el mutismo hasta la verborrea, que-

sugiere fuga de ideas.

Hay muchas graduaciones de intensidad en ambas partes, e
mplo: excitación: a inquietud, agitación.

Estupor: a retardo generalizado y torpeza en la ejecu-
 ción de los actos.

Se cree que no existe ningún trastorno en el sistema mo-
 tor pero sí en la voluntad para mover (relacionado con la ambi-
 valencia universal del esquizofrénico) (flexibilidad cerea).

Presenta Ecolalia y Ecopraxia que consiste en la repeti-
 ción automática y estereotipada de gestos y palabras.

También presenta alucinaciones, principalmente auditivas

La diferencia con la depresión o con la manía, consiste-
 en que en el esquizofrénico no se siente alegría o tristeza, si
 no frialdad y alejamiento.

En relación al pronóstico, se puede decir que quizá por-
 lo agudo del principio y la naturaleza tan radical de la rea-
 cción, tiene el mejor pronóstico de los cuatro tipos.

Tipo Paranoidec

Este tipo tiende a mostrarse a edades mayores que las o-
 tras formas, después de la adolescencia y después de los 30 a-
 ños.

Los síntomas principales son: ideas delirantes, alucina-
 ciones y negativismo.

Se presenta agresividad e ideas de referencia, abundan-

tes falsas percepciones, persecución e ideas expansivas, brotes de rabia que aparentemente no pueden controlar. Se encuentra -- amaneramiento, apatía e incoherencia.

El pronóstico es variable, menos favorable que el tipo -- catacónico, pero mejor que en el habefrénico o en el esquizofrénico simple.

El principio de la enfermedad es gradual, pero la presentación aguda no es rara.

Tipo Simple

Comienza antes de la pubertad; sin embargo sus mayores -- cambios ocurren después de la pubertad.

En su forma más pura comprende las características fundamentales de la esquizofrenia, pero no los síntomas secundarios.

Probablemente es el más numeroso.

El principio en su forma típica es muy gradual. Puede -- ser difícil decir en qué punto la personalidad esquizoide se ha ca psicótica.

Las excentricidades son frecuentes.

En casos típicos hay ausencia de relaciones humanas ínti mas. Pasan casi toda su vida fuera del hospital y tienden a gra vitar sobre ciertas ocupaciones o situaciones en que los contac tos interpersonales son muy escasos o superficiales.

Así pues, se caracterizan por el empobrecimiento insidio so de la personalidad, superficialidad en las emociones encalle

cimiento afectivo. ausencia de voluntad o de impulsos coercitivos y escasez progresiva de recursos interiores; pocas alucinaciones y falsas percepciones. Cuando las hay, son fugaces .

Tipo Hebefrénico.

Habitualmente se inicia en los primeros años de la adolescencia. Al principio se caracteriza por una depresión semejante a una reacción afectiva, pero sus afectos son superficiales e inapropiados.

El principio es gradual.

Presenta alucinaciones visuales más frecuentes que en las otras formas y falsas percepciones.

La desintegración final de la personalidad y de los hábitos es mayor que en cualquier otro tipo. Presenta rasgos regresivos notables. El paciente suele orinar y defecar vestido y come en una forma voraz y salvaje. Presenta neologismos, postura y amancebamientos forzados.

No tienden necesariamente a la reclusión, pero son extraordinariamente autocentrados y revelan completa falta de consideración, como ya se anotó, a la conveniencia que regula la conducta humana.

Se considera como la forma más maligna y la que menos responde a las medidas terapéuticas.

Algunos autores consideran que en esta enfermedad se pueden apreciar los actos de componentes orgánicos evidentes, ejem

plo, el acné, la obesidad y trastornos endocrinos.

Subgrupos

Entre los subgrupos de la esquizofrenia tenemos:

Tipo Esquizoafectivo

La esquizofrenia comparte con la manía o la depresión.

Sufren de los trastornos del pensamiento y además pueden experimentar ya sea exaltación o profunda depresión y desesperación en vez de apatía.

Aunque al principio de la enfermedad los rasgos maniaco-depresivos parecen dominar, al cabo del tiempo de sintomatología asume el aspecto esquizofrénico típico indistinguible de las formas clásicas de la esquizofrenia.

Si la enfermedad se caracteriza por algunos episodios psicóticos severos, cada uno de estos ataques se convierte en más típicamente esquizofrénicos y menos maniaco-depresivos.

De las reacciones esquizofrénicas, es generalmente considerada como la de mejor pronóstico.

Reacciones esquizofrénicas indiferenciadas agudas y crónicas

Con mayor frecuencia, los rasgos clínicos presentados por cualquier esquizofrenia, son una mezcla de más de uno de los síntomas tradicionales. Se hace el diagnóstico por rasgos más sobresalientes.

Cuando no hay prominencia de alguno de ellos, se llama -

indiferenciada.

Esquizofrenia en la niñez

Se presenta regresión, retardo, bloqueo, inhibición, mutismo, autismo, retracción, físicamente, asténicos, insociables e incapaces de establecer relaciones.

Esquizofrenia en edad avanzada

Estas esquizofrenias son en realidad esquizofrenias latentes de larga duración que hacen su aparición en edades avanzadas.

Tipo Residual

Se considera como tipo residual al esquizofrénico que se ha recuperado lo suficiente como para efectuar un ajuste adecuado fuera del hospital, a pesar de que continúa manifestando algunas características floridas del trastorno.

Se distinguen además de estos grupos las formas oligosintomáticas de la esquizofrenia, distinguiéndolas de los casos límbicos de la esquizofrenia, puesto que estas últimas no son psicóticas, ni actúan como tales y probablemente nunca lleguen a serlo; en cambio las formas oligosintomáticas de la esquizofrenia se consideran psicóticas.

Describe las siguientes formas de esta variedad:

1.- Tipo paranoide.- Se caracteriza por no tener alucinaciones, pero presenta suspicacia, antagonismo. Todo lo interpreta erróneamente.

2.- Tipo hebefrénico.- Presenta euforia incongruente, - quejas físicas, aparente falta de ansiedad, ideas de referencia o semigrandiosas.

3.- Tipo catatónico.- No hay desórdenes motores, pero - la actividad es reducida al mínimo.

4.- Tipo simple.- Presenta más ansiedad que la esquizo-
frenia simple clásica.

Las actividades son reducidas al mínimo. En algunos ca-
sos se preocupa mucho por su peso y apariencia.

Puede variar entre períodos de intenso apetito y perio-
dos de anorexia.

Por lo regular, estos tipos no son fáciles de diferen-
ciar puesto que comunmente aparecen indiferenciados con varias
características mezcladas.

Esquizofrenia Pseudoneurótica

Descrita por Hoch y Polatin en 1949 de la siguiente for-
ma: El paciente presenta extrema ansiedad al grado de no exis-
tir en la vida ningún área libre de tensión. Además presenta --
todos los síntomas conocidos de la neurosis al mismo tiempo. --
Ejemplo, obsesiones, mecanismos histéricos, somatización, etc.

Las manifestaciones neuroticas cambian constantemente, -
pero nunca están completamente ausentes.

Un número considerable de pacientes tienen episodios psi-
cóticos de corta duración, o se convierten al cabo del tiempo -

en esquizofrénicos.

C.- CURSO DE LA ENFERMEDAD (5) (5a)

El curso de esta enfermedad se puede dividir en 4 eta--

pas:

- 1.- Etapa inicial
- 2.- Etapa segunda o avanzada
- 3.- Estado preterminal
- 4.- Estado cuarto o terminal

1.- Etapa Inicial

Se extiende desde el período en que el paciente empieza a perder contacto con la realidad, hasta la formación de los -- síntomas característicos de la esquizofrenia.

La aparición puede ser aguda o lenta. Se caracteriza por la presencia de ansiedad y la ausencia de cierto equilibrio hay una gran variedad en este período, salvo en la catatonía que se manifiesta tal cual es desde un principio.

En esta etapa inicial se distinguen 3 sub estados:

A) Pánico.- Percibe las cosas de forma diferente. Está asustado y confuso y no sabe cómo explicar las cosas extrañas que le están pasando.

b) Insight psicótico.- Cuando alcanza este estado, logra ver significado y relación en sus experiencias.

c) Multiplicación de los síntomas.- El paciente trata va namente de resolver sus conflictos y entra la ansiedad.

2. Segunda Etapa

En esta etapa se acepta en forma aparente la enfermedad.

Todos los síntomas clásicos están presentes y no parecen molestar más al paciente.

Presenta falta de espontaneidad y conducta estereotipada

3. Período tercero o preterminal.

Ocurre de 5 a 15 años después de la enfermedad. En esta etapa muchos síntomas se han desvanecido y todas las esquizofrenias se parecen. Surgen los hábitos de coleccionar, el de adorar-se.

4. Período cuarto o terminal.

Se muestra más impulsivo. Sus hábitos son más primitivos que en otras etapas.

El atesoramiento de objetos es sustituido por el devorar comida y por ingerir pequeños objetos.

Son insensibles al dolor y la temperatura. Su sensación no es elaborada a nivel perceptual.

D. FACTORES PSICOLÓGICOS PRECIPITANTES

Hofling (25) divide los factores precipitantes en: intensos y agudos, poco notables y crónicos, imposibles de descubrir (predisposición emocionalmente fuerte).

Explica que por lo general se desarrolla durante la adolescencia o al principio de la vida adulta y en una situación que exige nuevos e intensos esfuerzos para el ajuste.

La situación puede comprender cambios internos (alteración hormonal de la pubertad) o bien, alteración del medio ambiente, por ejemplo nuevas decisiones: paternidad, maternidad, casamiento, una carrera, el trabajo, etc.

Hill (23) señala que la ruptura se lleva a cabo porque la realidad resulta insoportable y se sucedió como un eslabón dramático dentro de una cadena de acontecimientos.

Hace ver que la mayor parte de las situaciones en las cuales el sujeto hace esta ruptura, son pasos a la independencia, un cambio de status en dirección a la madurez.

Hofling amplía esta explicación diciendo que se produce la quiebra ante situaciones (paternidad, maternidad, etc.) que exigen íntima interacción con otro ser humano, interacción diferente a la que ha estado acostumbrado.

Su personalidad crónicamente debilitada (yo) es incapaz de enfrentarse con los problemas que intervienen en tales relaciones.

Pueden, por ejemplo, ser llamados a amar o a asumir algún tipo significativo de iniciativa interpersonal y no puede realizar lo que la vida le exige.

Pueden entonces movilizarse los impulsos sexuales hostiles o desviados de naturaleza primitiva infantil, impulsos que no pueden ser controlados por las medidas psicológicas ordinarias.

En tal crisis, la personalidad recurre a las técnicas de defensa más desesperadas cuyo empleo comprende la aparición de la psicosis clínica.

Hill resume el motivo de la quiebra psicótica diciendo que existen dos posturas que tratan de explicar esta quiebra.

a) La primera dice que ante requerimientos mayores, el paciente huyó en la única dirección en la que podía hacerlo, hacia atrás, hacia una conducta menos diferenciada más dependiente e inadecuada.

La segunda explica la regresión diciendo que:

b) La fuerza yoica débil se agota y disminuye; la barra contra el inconsciente invade al yo; así pues, lo que había sido fantasía se torna de pronto en realidad, abandonándose ésta temporalmente.

Aunque estas dos posturas no se contradicen, la primera implica una actitud activa y la segunda una actitud pasiva. El autor señala que las dos explicaciones pueden verse en algunos pacientes.

Ahora bien, esta debilidad yoica es debida a la habilidad que desarrolla el sujeto durante toda su vida para ignorar las partes molestas de la realidad, perdiéndose así la capacidad de valorar los significados del medio ambiente. Se trata de un sujeto que ha desarrollado habilidad para deslizarse calladamente a la fantasía, a la vaguedad de los primeros años de la

vida.

E.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA
CON OTRAS ENFERMEDADES (5)

Se puede confundir con:

1.- La histeria, pero los síntomas de esta enfermedad es
 tan influenciados por ciertas personas y además responde rápido
 a la hipnosis.

2.- Con la Psicosis maniaco depresiva.

3.- Con las psicopatías, pero los esquizofrénicos son más
 más bizarros y hay más lejanía de la realidad.

4.- Con condiciones orgánicas tales como:

a) Parálisis general (hay que ver historia de sífilis y
 líquido espinal serológico).

b) Epilepsia especialmente psicomotora. Algunos ataques-
 esquizofrénicos parecen epilépticos, pero no van acompañados de
 la pérdida de la conciencia. Para establecer el diagnóstico dife-
 ferencial hay que tomar un electroencefalograma .

c) Tumores cerebrales especialmente frontales y psicosis
 arterioesclerótica o presenil. Pueden presentarse los síntomas-
 paranoides.

Los rayos X, el electro y los cambios marcados en el sen-
 sorium, conducen al diagnóstico.

d) Deficiencia mental. Esta puede ser confundida con la-
 esquizofrenia simple, pero la deficiencia mental es manifiesta-
 desde la niñez y el efecto mental de la esquizofrenia simple --

aparece en la pubertad o después.

e) Alucinaciones alcohólicas.

f) El catatónico se puede confundir con el síndrome llamado mutismo akinético que es debido a lesiones cerca del tercer ventrículo.

Estos pacientes no se pueden mover ni hablar, pero generalmente tienen otros síntomas neurológicos y son afectados por hiper insomnio.

CAPITULO II

ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIAOBSERVACIONES PRELIMINARES

Resultaría de suma importancia para el conocimiento de la conducta humana encontrar una respuesta aclaradora de la etiología de la esquizofrenia.

Muchos autores han dedicado toda su atención al respecto y han encontrado una gran variedad de datos que revelan tanto factores orgánicos, como factores psicológicos como posibles motivadores de la esquizofrenia.

Probablemente lo que ha faltado ha sido la integración de estos datos; el trabajo en equipo de diferentes investigadores con diversas especialidades y diferentes puntos de vista, con el propósito de dar coherencia a la diversidad de resultados obtenidos.

Por el momento sólo existen "tendencias" en la apreciación de los datos:

La tendencia organicista que concede mayor importancia a factores orgánicos y la tendencia psicodinámica que da mayor importancia a los factores psicológicos.

El presente capítulo tratará de revisar estas dos tendencias, aclarando que con relación a la revisión de la tendencia organicista, la mayor parte de los datos no se obtuvieron de fuentes directas, sino de la revisión que han utilizado científicos

cos versados al respecto que han dedicado gran parte de su tiempo al estudio de estos factores.

I.- FACTORES ORGANICOS

a) Fisiopatología

Pavlov (34) piensa que la esquizofrenia tiene su origen en golpes o daños físicos que desencadenan la inhibición protectora.

Nieto Dionisio (37) ha descubierto en esquizofrénicos crónicos lesiones en el hipotálamo y núcleos anteriores y mediales del tálamo.

Alfonso Anton tay (33) afirma que el sustrato anatómico de la enfermedad lo constituye lesiones hipotalámicas, talámicas y reticulares.

Loring Chapman (33) señala que cuando las reacciones de adaptación ante una amenaza son inapropiadas en calidad o en cantidad, pueden repercutir en una perturbación orgánica y en algunos casos, conducir a daño tisular.

Durante la adaptación defectuosa, se produciría una excitación de la neurona y alteraciones en su actividad normal. Si esta modalidad es continua, podría dar por resultado que se originase una sustancia tóxica que perturbaría el buen funcionamiento cerebral.

Conclusiones de Arieti (5). - Por último, concluye Arieti en relación a las alteraciones neuropatológicas, que aún cuando se han encontrado muchas alteraciones éstas no se encuentran consistentemente y su significado es discutido. Señala que ----

Dunlap, Spelmeyer, Walf and Cower, Alfred Meyer y Ferraro, entre muchos investigadores distinguidos, encuentran conclusiones negativas en relación a los encuentros neuropatológicos.

Estos cambios no son específicos, son de relativa intensidad y pueden ser encontrados en cerebros de personas normales pueden ser el resultado de la edad, mala nutrición, enfermedades concomitantes o de la manera anormal de vida del paciente.

Otros autores afirman que las técnicas relativamente primitivas han condicionado resultados negativos y que se deben esperar los resultados de nuevas técnicas tales como el microscopio electrónico y la microquímica.

Sistema Cardiovascular

Señala Arieti que se ha encontrado:

1.- Disminución en el tamaño del corazón.

Lewis encontró corazón hipoplástico en esquizofrénicos, pero no en los paranoídeos.

2.- Disminución en el volumen del gasto cardiaco.

3.- Disminución en la presión sanguínea.

Los pacientes paranoídeos o relativamente bien socializados tienen la presión más alta que el resto de los pacientes.

4.- Exagerada tendencia a la vasoconstricción, resultando disminución del riesgo sanguíneo.

Shattock encontró disminución en la temperatura, vasoconstricción y cianosis en las extremidades de los pacientes mu

jeros.

b) Herencia

Hofling (25) señala que las pruebas que existen para otorgar significación a un factor genético en el desarrollo son sugestivas y probablemente podría llegarse a cierto grado de acuerdo con respecto a la proposición de que puede existir (pero no siempre, ni por fuerza) una predisposición hereditaria, de grado variable, para el desarrollo de algún tipo de enfermedad esquizofrénica.

Arieti (5) revisa investigaciones de algunos autores al respecto, entre ellas las de Rudin's, basado en un estudio de 701 casos y concluye de estos estudios la fuerte presencia de un factor mendeliano recesivo.

Bleuler critica este trabajo puesto que no incluyó los desórdenes latentes, no desarrollados o leves.

Entre las investigaciones contemporáneas (siguiendo la revisión que hace Arieti), está la de Franz Kallman que condujo dos de las investigaciones más importantes en este aspecto.

La primera, en los parientes de unos 1000 pacientes del hospital psiquiátrico de Berlín. La segunda en 953 gemelos del hospital psiquiátrico del estado de Nueva York.

Concluyó también que el tipo recesivo es la causa genética de la esquizofrenia.

Encontró mayor incidencia de esquizofrenia en niños cuyos

dos padres son esquizofrénicos y en gemelos monocigóticos.

Este trabajo es también criticado por Pastore y por Koller.

Los psicodinamistas no aceptan las conclusiones del factor mendeliano recesivo, con excepción de Rodo quien habla de los genotipos como causa inherente del desarrollo y los fenotipos como el resultado actual del desarrollo.

El genotipo, a través de su interacción con el medio ambiente, causa el fenotipo esquizofrénico, llamado también esquizotipo que desarrolla una organización anormal.

c) Constitución

Hofling (25) señala que algunos datos presentan cierto interés como los de Kretschmer y Sheldon, los que han estudiado la frecuencia decididamente más alta del tipo corporal asténico entre los esquizofrénicos que en la población en general.

De acuerdo con Kretschmer dos tercios de los esquizofrénicos son leptosomáticos.

Refinado estos conceptos, muchos autores (5) han confirmado que hay una gran incidencia de constitución asténica entre los esquizofrénicos.

d) Estado de factores endócrinos

El incentivo a estos estudios se deriva del hecho de que el principio de la esquizofrenia clínica, frecuentemente coincide con un período de actividad endócrina grandemente alterada -

(pubertad, período de post parto, menopausia) (25).

Arieti (5) dice que sin embargo ninguno de los desórdenes clásicos tales como la acromegalia, hipertiroidismo o mixe--
dema han sido encontrados en forma más frecuente en la esquizo--
frenia que en la población en general.

Después el mismo autor hace una revisión de varios estu--
dios al respecto, entre ellos los de Witte y Hoskins (5) y o--
tros que no han llegado a una conclusión definitiva, aunque pre--
valesce la opinión de que existe un hipotiroidismo moderado.

Las glándulas (adrenal) en los esquizofrénicos han sido --
sometidas a un estudio intenso, puesto que están envueltas en --
lo que Selye llama "Síndrome general de adaptación" y estados --
de Stress.

La mayoría de las investigaciones han encontrado una dis--
función del síndrome de adaptación, pero queda la incertidumbre
en relación al mecanismo específico de esta disfunción.

Sands (5) encuentra más alta la excreción de los dieci--
siete cetoesteroides en los pacientes paranoides, pero se in--
clina a atribuir estos encuentros a la respuesta emocional del--
organismo al pensamiento paranoideo.

En investigaciones intensivas en las gónadas de los es--
quizofrénicos, Mott (5) encuentra varios grados de atrofia en --
los testículos en todos los casos de esquizofrenia y una com--
pleta detención de espermatogénesis en la mayoría de ellos.;

Morse (5) critica este trabajo, pero Hampnill confirma los hallazgos de Mott con la excepción de que no encontró atrofia en pacientes paranoideos.

En un nivel clínico, muchos autores han encontrado hirsutismo, y otras características masculinas sexuales secundarias en mujeres con regresión.

Muy común es la dismenorrea y la amenorrea.

Ripley y Papanicolau (5) encuentran una relación entre la severidad de la enfermedad y el grado de anormalidad del ciclo menstrual.

Un mejoramiento en la sintomatología psíquica fue acompañado usualmente por un regreso a la función menstrual normal.

Atschule (5) reporta estudios no confirmados por otros de acuerdo con que el extracto de glándula pineal libre de proactina, es benéfico en el tratamiento de la esquizofrenia crónica.

Hofling (25) señala que existen hallazgos remotos que descubren el hecho de que algunas respuestas fisiológicas, particularmente homeostáticas en quizá los dos tercios de esquizofrénicos hospitalizados, son distintas de las que se encuentran en personas normales.

Se ha encontrado repetidas veces, como ejemplo, que la respuesta de la presión arterial en tales esquizofrénicos a una inyección de adrenalina comprende un retardo, tanto desde el --

punto de vista de partida, como de vuelta a las cifras normales de reposo.

e) Bioquímica

El estudio de las psicosis experimentales ha sido uno de los principales medios de abordar la intervención de factores bioquímicos en la producción de la esquizofrenia.

Se ha estudiado sobre la mescalina diltilamida del ácido lisérgico, productores de sentimientos de irrealidad, alucinaciones visuales y auditivas.

Se han realizado otro tipo de investigaciones, entre ellas las de Buscaino (5), uno de los que soportan con más énfasis que la esquizofrenia es el resultado de un trastorno metabólico.

Este autor cree que

- 1.- Hay evidencia de insuficiencia funcional del hígado.
- 2.- Hay evidencia de insuficiente reactividad del sistema retículo endotelial hepático y extrahepático.
- 3.- Hay evidencia de funciones gastroentéricas.

Y concluye que la esquizofrenia es una aminotoxicosis.

(Encontró aminas patológicas en la sangre y orina del esquizofrénico).

Uno de los desórdenes investigados por Buscaino concierne a la aromaturia.

Mc Geer et al (5) también ha reportado que los esquizo-

frénicos excretan una concentración de componentes aromáticos - en la orina más alta que los normales.

Heath (25), pensando en muchos aspectos como Buscaino investiga el aislamiento de una proteína llamada taraxeina del -- plasma del esquizofrénico que cuando es inyectada a la corriente circulatoria de las personas no esquizofrénicas, produce sin tomas de esta enfermedad.

En general se ven las siguientes proposiciones:

1.- La sustancia X es encontrada en los líquidos o tejidos el organismo de la mayoría de los esquizofrénicos; esta sustancia no se encuentra (o no se encuentra en concentraciones -- comparables) en los normales.

2.- La sustancia Y (cualquiera que sea su origen), cuando es introducida al organismo de sujetos normales, produce un síndrome que es imposible de distinguir de algún síndrome es -- quizofrénico.

3.- La sustancia X se encuentra únicamente en los esquizofrénicos y cuando es administrada a los no esquizofrénicos, - produce el cuadro clínico de la enfermedad.

Heath explica que el desorden esquizofrénico se basa primordialmente en la sustancia llamada taroxemia, que es una manifestación del defecto de oxidación del sistema enzimático.

Ante las proposiciones de Heath, Horwitt (25) ha dicho - refiriéndose a la primera proposición: "Comparar los datos ob--

tenidos por el estudio de muestras de sangre de los esquizofrénicos y de las personas normales, es como comparar soldados tomados en el campo de batalla con personas que viven en condiciones basales normales".

Ante la segunda proposición explica que los pacientes -- con psicosis experimentales tienden a mostrar dos características que no se observan típicamente asociadas con los casos esquizofrénicos que se presentan de un modo espontáneo y que son:

a) Signos de psicosis tóxicas (es decir, signos de delirio).

b) Cierta grado de reconocimiento a la naturaleza experimental que la persona ha atravesado (cierto grado de visión interna).

f) Hallazgos Electroencefalográficos

Entre otros autores, Hill (5) que ha hecho una excelente revisión de la literatura en este aspecto, concluye que el E.E.G. es anormal en una porción de pacientes que sufren de esquizofrenia, particularmente de tipo catatónica, pero que no se descubren patrones específicos en estos pacientes.

Descargas de tipo subcortical similares a aquéllas encontradas en algunos epilépticos, son encontradas particularmente en algunos catatónicos jóvenes, pero no son interpretadas por el autor como evidencia de un proceso orgánico patológico.

H. A. Beek (6) y otros, concluyen que ninguna conclusión --

diagnóstica debe ser ligada a esta investigación.

Sin embargo, utilizan sus hallazgos para afirmar que en términos de pronosis y terapia, el alto grado de monotonía y la falta de características sobresalientes son importantes.

Un E.E.G. estable parece indicar mal pronóstico.

Los métodos terapéuticos deben ser escogidos para hacer al E.E.G. más inestable.

Se sostiene la hipótesis de que no se puede esperar resultados si la droga no influencia el E.E.G.

Además señalan que los estudios para establecer la relación entre los síntomas preponderantes y la localización cerebral, por ejemplo molestias corporales con localizaciones parietales y alucinaciones visuales con el lóbulo temporal, en la base del E.E.G. no ha sido posible de establecerse hasta la fecha

g) Conclusiones generales acerca de la investigación somática en la esquizofrenia según Fessel (16) y Arieti (5).

Fessel expresa que tanto factores genéticos, endocrínicos, fisiológicos así como psíquicos, podrían operar dentro de esta entidad.

Arieti expresa que aunque el mismo Kraepelin pensó que la demencia precoz era debida a un desorden metabólico, ningún encuentro consistente corrobora estas aseveraciones.

Piensa que descubrimientos tales como los de Heath, necesitan ser confirmados por otros autores y que deben tener mucho

cuidado los investigadores al evaluar sus hallazgos, puesto que algunos de los resultados de la esquizofrenia pueden ser confundidos con las causas o los agentes patogénicos.

Como ejemplo Horwitt dice, como ya se mencionó:

Comparar los datos de muestras de sangre de esquizofrénicos y de normales es como comparar muestras de soldados en campo de batalla y gentes en condiciones de relajamiento.

También señala que la conducta psicótica afecta la alimentación y que en muchos casos esta anormal alimentación es -- causa de desórdenes nutricionales y cambios metabólicos.

Así concluye que los estudios psicosomáticos tienden a -- afirmar que aquellos cambios físicos que pueden ser encontrados en los esquizofrénicos, particularmente aquéllos enfermos durante largo tiempo, son muchos, pero los cambios no son constantes y ningún rol patogénico les puede ser atribuido.

Se puede concluir que el cambio de vida del esquizofrénico que lo fuerza a una retirada de la estimulación y a una marcada hipoactividad, pueden explicar algunas de las alteraciones observadas en los aparatos endócrinos y vasculares.

II FACTORES PSICOLOGICOS

OBSERVACIONES PRELIMINARES

Después de haber revisado algunos estudios que ejemplifican las investigaciones de factores orgánicos como etiológicos en la esquizofrenia, pasaremos a revisar los estudios que --

enfocan su atención en los factores psicodinámicos como causas.

El estudio de estos factores se ha enfocado desde muy diversos puntos de vista, por ejemplo, se ha estudiado a la familia, se han estudiado las características del padre y de la madre. Otros estudios han versado exclusivamente sobre las características de la madre. Por último, varios estudios, basándose en estas características, averiguan cómo se va distorsionando el funcionamiento psíquico del niño.

Tomando en cuenta todas estas investigaciones, dividiremos este capítulo en:

- A) La familia del esquizofrénico.
- B) Las características del padre y de la madre del esquizofrénico.
- C) Influencia de las características de estos padres en sus hijos.
- D) Conclusiones generales sobre las teorías psicodinámicas.

A) LA FAMILIA DEL ESQUIZOFRENICO

Lidz y colaboradores (28) señalan como característica fundamental en las familias del esquizofrénico un estado continuo de infelicidad, agravado por situaciones reales tales como enfermedad física o pobreza.

El estado de infelicidad está básicamente condicionado --

por la incompatibilidad y dificultades de personalidad de los padres.

Se emplea comunmente la negación de esta situación y en ocasiones el conflicto se reprime dando por resultado una insensibilidad psicológica.

Las dificultades conyugales están ocasionadas por las siguientes características:

1.- Los roles de los esposos en la familia no están bien definidos.

2.- No hay intentos de ayudarse o complementarse.

3.- No hay entendimiento íntimo.

4.- Hay desilusión mutua.

5.- Se encuentra rivalidad y falta de confianza.

6.- La amenaza de separación es continua.

7.- Los matrimonios pueden estar divididos orillando al niño a pertenecer a un lado de la escisión.

8.- También pueden estar sesgados. En este caso la seriedad patológica del padre dominante es aceptada y compartida por el otro.

Bernstein (7), mediante un estudio sobre el manejo intra grupal en cuatro familias de pacientes esquizofrénicos, llega a conclusiones semejantes. Afirma lo siguiente:

La ofuscación de los roles paternos crea un papel confuso en el hijo.

La liga predominante es simbiótica y el nivel de comunicación es oral.

El futuro paciente se identifica con la confusión y la inmadurez de los padres.

El miembro más inmaduro se convierte en víctima del cuadro psicopatológico.

Mary Waring y David Ricks (52) estudiaron 50 esquizofrénicos y 50 casos control y encontraron esta liga simbiótica entre niños enfermos y padres.

Encontraron, al igual que Lidz, un divorcio emocional entre los padres y pudieron observar que los esquizofrénicos ambulatorios fueron niños sacrificados para mantener la unión familiar.

Paul N.L. II Grosser (39) señala que aunque la familia expresa su deseo para que el paciente cambie, hace todo lo posible para mantener su status, de tal modo que refuerza la sintomatología del paciente.

Maleta J. Boatman y colaboradores (28) completan el estudio de Lidz mediante la investigación de la esquizofrenia en niños, a través de un estudio de 12 años en padres de niños esquizofrénicos y llegaron a la conclusión de que los padres presentaban muchos conflictos, destacando en ellos la necesidad de ser exclusivos, únicos, de que no se les demandara nada y de que el cónyuge lo cuidara y lo atendiera en todo momento.

tales características se iniciaron desde edades muy tempranas.

Sin embargo, nunca hubo aceptación de estos rasgos en ellos; lo que existía era autodesprecio.

Cuando llegan al matrimonio, tales necesidades se convierten en demandas desesperadas que el cónyuge no puede satisfacer pues se encuentra en igual condición.

No hay posibilidad de ternura, de cercanía, derivándose de esto insatisfacción y hostilidad.

Brodey Waren (10), mediante el estudio de familias de esquizofrénicos durante dos años y medio, enfoca el problema en la misma forma indicando que la proyección y el narcisismo son defensas psicosociales sobresalientes en estas familias.

Singer (45) opina en su estudio realizado con 35 familias de pacientes jóvenes esquizofrénicos, que el esquizofrénico tiene perturbados sus estilos de transacción.

Este autor considera que el niño que se convierte en esquizofrénico se ha sentido continuamente amenazado por experiencias tales como separación, soledad, confusión, pérdida, enojo.

Considera que el niño no puede comprender tales experiencias porque la estructura familiar invalida las funciones de comprensión del yo.

Explica que esta estructura familiar tiene como característica el pseudo mutualismo y la pseudo hostilidad.

pseudo mutualismo.- Se manifiesta como una fachada de --
 paz perpetua y armonía; continuamente se hacen esfuerzos para --
 no percatarse de los sentimientos de vacío, de la incoherencia--
 que viven.

pseudo hostilidad.- y creencias fijas paranoides.

Esta característica se manifiesta por una expresión con--
 tinua de lucha y odio que es utilizada para ocultar las ansieda--
 des y humillaciones que temen de la ternura e intimidad.

Tanto la pseudo hostilidad como el pseudo mutualismo, --
 cancelan deseos e impulsos.

La consecuencia para el niño es desastrosa aunque los mo--
 tivos pueden ser incluso altruistas.

En los esquizofrénicos fragmentados se observan estructu--
 ras familiares con características de pseudo mutualismo y pseu--
 do hostilidad.

En los amorfos estas características están pobremente or--
 ganizadas.

De este estudio se deduce que la escasa diferenciación --
 entre yo- no yo - que poseen las familias de los esquizofrénic--
 os, invalidan la posibilidad de un desarrollo de pensamiento --
 adecuado en el niño.

El continuo uso del mecanismo de negación, así como la --
 imposibilidad de aclarar significados y actitudes crean el ger--
 men de la confusión en el niño.

A menor diferenciación entre yo - no yo, el esquizofrénico resulta más dañado. Así, en resumen:

El esquizofrénico amorfo ha tenido una relación muy simbiótica debido a la cual el nivel de atención es dañado aún antes de que el estímulo haya sido comprendido.

El fragmentado sufre cambios en las relaciones, así en ocasiones hay un gran acercamiento, en otras una considerable distancia.

El que la simbiosis no sea total, permite que se perciba el estímulo aún cuando la experiencia se dañe inmediatamente después.

En el Boderline el sentido no está dañado a nivel de atención puesto que realiza contacto aunque turbulento con una persona.

No obstante todos estos autores, principalmente Boatman enfatiza el hecho de que los problemas presentados en familias de niños neuróticos o esquizofrénicos, que en resumen son: infidelidad conyugal, matrimonios divididos o sesgados, predominante narcisismo, proyección, y negación como mecanismos de defensa usuales y en última instancia, escasa diferenciación entre yo - no yo que facilita la unión simbiótica con el niño, no son muy diferentes. entonces se pregunta ¿Por qué se sucede una esquizofrenia y no una neurosis? y concluye que la clase de tensiones que conduce a una esquizofrenia pueden descubrirse enten-

cuando la interrelación de cuándo, con qué intensidad y por cuánto tiempo.

Singer (45) explica con claridad este mismo concepto cuando después de aclarar que la esquizofrenia se debe a estímulos de transacción deformados entre los miembros de la familia debido a una escasa diferenciación entre yo - no yo, señala que las modalidades perturbadoras difieren o se agudizan dependiendo de la liga específica que se haya hecho con el hijo.

De esta manera, el sexo, la apariencia, el tiempo de nacimiento en relación a la edad de los padres y el nacimiento de otros hermanos, pueden ser el foco de disturbio entre los padres y el hijo.

Terris (49) en su estudio realizado en 463 niños esquizofrénicos, señala una asociación definitiva con una previa pérdida fetal de la madre.

Estos datos podrían explicar en cierta forma la sobreinversión que la madre realiza en su hijo, inversión llena de culpa, de vivencia de incompetencia, de proyección de debilidad que terminará enfermado al niño.

Arieti (5) afirma que aún cuando no se ha encontrado nada específico que diferencie una familia esquizofrénica de una familia neurótica, las evidencias afirman que existió en la época de formación del paciente un ambiente saturado de ansiedad en donde él intenta crecer psicológicamente y que por todo esto

3º será impedido.

B) LAS CARACTERISTICAS DEL PADRE Y DE LA MADRE DEL ESQUIZOFRENICO

Lids (28) encuentra que la madre es dominante por excelencia, sermoneosa y hostil.

No permite la autoafirmación del niño.

Ha sobre invertido en él para lograr la realización de sus deseos, creando con éste una liga intensa.

La madre niega su propia inmadurez (vivencia de estar in defensa y necesidad de ser amparada). Proyecta esto en el niño y así lo percibe "indefenso".

La proyección es la clave. El niño hace de esta percepción una verdad.

La ansiedad de la madre es un aviso para que éste le ayude quedándose infantil. El indefenso niño le permite a la madre actuar segura en una posición de sobreeficacia.

El niño hace esto para tener una madre más segura.

La esquizofrenia sería entonces un estado funcional de invalidez. Además de la proyección de la invalidez de la madre en el hijo, continuamente la proporciona dobles mensajes a éste.

El autor designa a esta característica como "la doble liga" y presenta las siguientes peculiaridades:

1.- El niño está envuelto en una intensa relación en la cual él siente que es de vital importancia que discrimine qué -

clase de mensaje le está siendo comunicado, para que sea capaz de responder adecuadamente.

2.- Está en una situación en la que él siente que la otra persona de la relación está expresando dos órdenes de mensajes y que uno de ellos niega o contradice al otro.

3.- El niño no puede comentar los mensajes para discriminar a cuál de ellos debe responder. La madre ayuda a ésto en gran parte anulando, negando o inhibiendo la actitud exploradora del niño.

El autor describe el siguiente ejemplo:

Está el hijo comiendo y la madre parada a su lado sermoneándolo. Le dice que ya es necesario que sea un hombre que tenga responsabilidad, que se haga consciente de sus deberes, y mientras, le da estos mensajes toma la rebanada de pan de su hijo y le unta mantaquilla para dárselo.

El mensaje contradictorio es obvio; le está pidiendo que sea un adulto y al mismo tiempo que sea un niño.

Los padres le ofrecen al niño un doble mensaje cada uno de ellos y a la vez un mensaje doble en conjunto, en el cual niegan sus dificultades.

Debido al doble mensaje que requiere una doble respuesta se desarrolla la confusión y la distorsión de ideas y afectos.

Este mismo autor encuentra que el padre del esquizofrénico es un sujeto débil.

Así pues, la combinación frecuente es: Una madre dominante, sermoneosa y hostil que no le da al niño oportunidad de autorreforzarse, casada con un hombre muy débil el cual por esta característica no puede ayudar al niño.

Aunque con menor frecuencia, también se encuentra esta combinación: Un padre tiránico casado con una madre débil que ha resuelto sus problemas por la aceptación incondicional de las reglas de su esposo.

Estas reglas no le permiten dar suficiente amor al hijo ni suficiente aceptación.

Catorce de cuarenta mostraron tal separación en contraste con dos de cuarenta en el grupo de neuróticas.

Andrew (4) afirma que existen factores que distinguen la relación madre - hijo del futuro esquizofrénico, de la relación del futuro normal.

Como lo hace Boatman, afirma que los aspectos patológicos atribuidos a la madre del esquizofrénico en su relación maternal, no son específicos de la esquizofrenia. Lo que sí considera específico es la negación de los problemas y de todo lo que sucede con respecto al hijo en el trastorno de su desarrollo.

La madre del esquizofrénico niega las dificultades proyectando las causas de éstas en el exterior.

Este autor realiza un experimento con 20 madres de esquizofrénicos entre los 50 años, de clase social III y 2.

Comparó este grupo con un grupo neurótico y con otro -- normal utilizando la entrevista para esta comparación.

Encontró que las diferencias básicas se referían a la -- modalidad con que las expresaban.

A continuación se anotarán los resultados que obtuvo en -- forma detallada, puesto que este experimento se tomará en cierta forma como guía para el experimento que se realizará en esta tesis.

COMPARACION DEL GRUPO ESQUIZOFRENICO Y DEL GRUPO NEUROTICO.

1.- Las dos relatan la existencia de anomalías del baño, enuresis.

2.- Limpieza en los hábitos.- Las dos relatan las mismas experiencias, pero las madres de esquizofrénicos aceptan las -- anomalías y en el otro grupo hay crítica.

3.- Síntomas nerviosos.- No hay diferencia en los dos -- grupos (pesadillas, fobias, berrinches) pero sí se observa una -- tendencia significativa en relación a conducta autista en los -- reportes de las madres con hijos esquizofrénicos.

4.- Iniciación escolar.- En los dos grupos relatan problemas, pero la madre del neurótico enfatiza la falta de habilidad del niño para adaptarse y la del esquizofrénico tiende a negar su falla y a enfatizar su atención en los factores que lo -- obstaculizaban.

5.- Intereses.- En el esquizofrénico se observa mayor interés en la fantasía.

6.- En la vida de la madre del esquizofrénico se reportó una pérdida más frecuente del padre, o de la madre y en los neuróticos o normales no se encontró tal situación.

Aspectos Exclusivos

1.- La actitud de la madre del esquizofrénico fue ambivalente y manipuladora..

2.- Manifestó esta madre disturbios en su salud que coincidieron con la entrevista. Este factor no se encontró en los otros grupos.

3.- El lenguaje era tan rápido y espontáneo que resultaba incomprendible.

4.- Descripción de la historia del paciente.- No se recuerda del inicio de sus hábitos de limpieza. Demostró:

Dificultades prolongadas en los estudios del hijo.

Movilidad vocacional.

Intereses limitados.

Más dependiente de la madre. Aunque en los neuróticos se encuentra este factor, en los esquizofrénicos esto se estimula.

Poca demostración de afecto por parte del paciente.

Pocos amigos en los dos grupos, pero la madre de los neuróticos desaprueba este hecho.

Poco interés en el otro sexo con las mismas características

23-

descripción de la enfermedad del paciente:

1.- Piensan que antes era normal hasta que se enfermó. Sue-
len también atribuir su enfermedad a sentimientos de soledad --
por estar fuera de casa o por dificultades sexuales.

Descripción de la madre de su propia historia.

- 1.- Separación, divorcio o muerte de un pariente.
- 2.- Padre con carácter débil o distante.
- 3.- Se describe en su infancia como sensitiva y vergonzosa

54.

- 4.- Infancia en total, infeliz.
- 5.- Vocación frustrada por matrimonio
- 6.- Nunca gozan la compañía y tienen pocos intereses. --
prefieren estar solas desde su matrimonio.

7.- Sus intereses están en la familia y en la casa.

Descripción de sus esposos:

- a) Evaden la responsabilidad de su casa
- b) No tienen ambición ni empleo.
- c) Se casaron por huir de su vida infeliz en el hogar y --
su actual esposo era el hombre disponible.
- e) Es más viejo que ella.
- f) Piensan que las relaciones sexuales son repelentes.
- g) Su salud es insatisfactoria.

Características específicas del grupo neurótico:

A.- En relación a la entrevista no presenta las características descritas en la madre del grupo esquizofrénico.

B.- Descripción de la vida del paciente.

1.- Fue un niño en exceso atractivo físicamente.

2.- Presentó labilidad emocional.

3.- Su salud fue mala.

4.- Se le disuadió de seguir su vocación porque se le necesitaba proteger y cuidar.

5.- Presentó intereses religiosos en la adolescencia.

6.- Sufrió varias decepciones amorosas.

C.- Descripción de la enfermedad del paciente.

La explica como causada por enfermedades físicas tempranas.

D.- Descripción de la propia vida de la madre.

1.- Nerviosa, asustadiza, con fobias.

2.- El área sexual les ha dado muy poca satisfacción; en el grupo normal es mucha.

3.- Dificultades en el sueño, pérdida del apetito. Esto es debido, según ellas, a la menopausia.

. Resumen

Rasgos tales como conducta obsesiva, síntomas nerviosos, falta de confianza, dependencia exagerada, poca habilidad para adaptarse, se observan en el reporte de la historia del paciente en ambos grupos.

El poco ajuste social es más frecuente en los esquizofrénicos, pero la principal diferencia está en la interpretación y en la reacción de la madre ante la desviación de la conducta del paciente.

El grupo neurótico presenta mayor insight en las dificultades del niño, reconoce que la conducta de éste es inadecuada y hace lo que puede aunque sin éxito para lograr el ajuste.

La madre del esquizofrénico niega las dificultades tempranas del paciente. No solo distorsiona la realidad proyectando las causas de las reacciones anormales del paciente fuera de él, sino que también acepta, aprueba y estimula su desarrollo.

Su influencia está específicamente encaminada a impedir el ajuste independiente del niño.

Es obvia la interpretación irracional que hace de los hechos, su falta de adherencia a la lógica, su actitud manipuladora para otros en la entrevista, es una madre dominante, egocéntrica y manipuladora. No es exclusivamente la sobreprotección su defecto, pues este se encuentra también en los neuróticos.

En las madres de los esquizofrénicos no hay felicidad -- conyugal. Su esposo es débil, carente de ambición como lo fué -- también su propio padre.

Esta madre nunca puede aceptar su papel femenino. Esta -- es una de las causas de su insatisfacción sexual.

Características generales de esta madre:

1.- Vida infeliz en su infancia, muerte de un familiar.

2.- Fueron niñas infelices, inseguras, incapacitadas para establecer un buen contacto con otras.

3.- Matrimonio predestinado a fracaso porque la madre rechaza su femeneidad.

4.- Lo más importante es el uso del mecanismo de negación y distorsión, además de la interpretación poco realista de los hechos.

5.- No aceptan la individualidad de sus hijos.

Hill (23) señala que la madre va a tener las siguientes características:

1.- Mucha angustia, culpa y sentido de incompetencia.

2.- Transformación en lo contrario de lo anterior, manifestando entonces un amor idealizado, romántico e irrealista -- que conduce a una extensa negación de todo aquéllo que observan en el hijo y que resulta contrario a las fantasías tejidas alrededor de él. (Angustia por el bienestar del niño y su perfección).

3.- Quieren a sus hijos mientras no los consideran con--

esta voluntad contraria a ella. Los quieren como objeto de juego. Utilizan a sus hijos para infundir motivo a su existencia).

4.- Le impiden la expresión de hostilidad.

Todo esto condiciona:

a) Niños obedientes, cariñosos rápidamente adiestrados, - pero con pesadillas, succión del pulgar, onicofagia, enuresis, - escorbuto y problemas de la alimentación.

b) No hay posibilidad de independencia (el hijo no puede ser independiente puesto que esto significa destruir a la madre, destruyendo así toda finalidad y provisión para una vida ulterior. Es tan poco lo que se recibe y en forma tan posesiva, que la escasa bondad obtenida nunca se hace propia, debido a lo cual la madre debe estar actuante en el interior.

c) Por otro lado, no sabe manejar las situaciones problemáticas por su mecanismo de evasión.

d) No empleó libido en otras adquisiciones que enriquecieran a su yo y le permitieran vivir en un mundo de adultos.

Hofling (25) consideran que la característica principal de la madre es su hostilidad.

(Cheek (12) en su investigación sobre 67 familias psicóticas y 56 familias no psicóticas concluye que:

1.- La madre difiere más que la del normal.

2.- El padre difiere en que su papel es más periférico, - pide más opiniones y no da tanta información.

3.- La madre ofrece menos apoyo pero es más permisiva.

4.- El padre da un mayor apoyo activo pero periférico.

5.- Cuando el padre es más parecido al normal, es decir, más envuelto en términos de cooperación y es menos apoyante, la desintegración del esquizofrénico es más grave.)

En relación a los estudios que enfocan exclusivamente la posible anormalidad de los padres, tenemos los siguientes:

Turner (51) en un estudio sobre la normalidad de los padres de los esquizofrénicos concluye que 17 de 18 padres obtuvieron calificaciones patológicas en la escala de Shipley,

Alanen (2) estudió 30 familias de esquizofrénicos y obtuvo como datos significativos que la mitad de estas familias estaban construidas por uno o dos padres psicóticos o mostrando rasgos psicóticos.

Waring (52) estudió también el ambiente familiar esquizofrénico y relata que encuentra una amplia variedad de patología tanto en los padres de los esquizofrénicos como en los del grupo y control considera que lo importante es la unión simbiótica entre el padre y el niño.

Andrew (3) en un estudio sobre las relaciones madre e hijo en esquizofrénicos con un grupo control de neuróticos encuentra que las madres de los neuróticos reconocen las dificultades de relación de sus hijos y la reducción de su capacidad para luchar con la vida.

En las madres de los esquizofrénicos se observa el reconocimiento de las dificultades, pero proyectada con una modalidad paranoíca.

En su estudio aplicaron varias pruebas, entre ellas el Rorschach y reportan los siguientes resultados:

- 1.- Alto F %
- 2.- K dominando C
- 3.- W % bajo
- 4.- Alto Dd + S
- 5.- Presencia de confabulación, contaminación autorreferencial y contenido bizarro.

Todo ésto se interpreta como la existencia de una distorsión de la realidad, deficiencia del pensamiento abstracto, actitud obsesiva y negativista hacia el ambiente. Restricción del contacto emocional con el ambiente.

El grupo neutótico presentó: CF + C mayor que FC.

A % alto igual que K o k.

Shock al color como índice de inmadurez; inhibición emocional y ansiedad resultante.

Alanen (2) mediante el estudio de 30 familias de esquizofrénicos y 30 de neuróticos encontró que en 14 familias uno o dos padres habían mostrado síntomas psicóticos o poseían estructuras prepsicóticas; o bien, poseían necesidades infantiles frustradas o eran incapaces de construir una relación amorosa entre-

et.

Expresa que así es fácil entender que en tales matrimonios los niños se convierten en el objetivo principal de las necesidades emocionales frustradas de los padres.

El niño esquizofrénico es aquél seleccionado por los padres, es un niño importante para ellos.

En otro estudio menciona que este niño en comparación con sus hermanos muestra:

1.- Mayor dependencia que sus hermanos. Este factor fue cívico al inicio de la edad escolar. Fue el hijo con menor habilidad para la independencia.

3.- Mayor pasividad y más fuertemente fijados a sus padres.

3.- Pobres contactos con el exterior.

Encontró que el autismo se convierte en deseo simbiótico tan pronto como se establece el contacto interpersonal.

C) INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS DE ESTOS PADRES EN SUS HIJOS.

Aún cuando este tema está implícito en el anterior y en cierta forma ya se trató, a continuación se anotarán algunos estudios que específicamente trataron el tema.

Arieti (5) expone ésto con toda claridad, así pues, a continuación se expondrán sus teorías.

Expresa que la irracionalidad del paciente surge de la -

de los padres pero sufre una extensa metamorfosis.

Expresa el autor que tomando la idea de Sullivan, Buler, George Medd y otros autores llega a la siguiente conclusión.

El recién nacido necesita otros miembros de su propia especie para poder sobrevivir y crecer fisiológicamente.

Este crecimiento procederá de acuerdo con sus propias potencialidades si el niño con la ayuda de otros obtiene un estado de seguridad y de satisfacción.

El estado de satisfacción de necesidades físicas tales como hambre, sueño, descanso, calor y contacto con el cuerpo de la madre es suficiente para el crecimiento de las especies subdesarrolladas y para el crecimiento del ser humano en los primeros meses de vida.

Pero para poder continuar con el crecimiento normal, después de los doce meses el ser humano necesita además del estado de satisfacción, un estado de seguridad.

El niño aprende que todo depende del deseo o acción de otros, pero junto a éste sentimiento está el de que la gente hará estas cosas maravillosas.

En otras palabras, el niño espera que sucedan estas cosas maravillosas; confía en los adultos.

Como no posee el uso abstracto de las palabras, la expresión de sus sentimientos se queda en un nivel primitivo.

(Actitudes posturales, preparación fisiológica de los que-

espera, etc.).

Después del niño espera la aprobación de otros, es decir, espera que los adultos significativos esperen algo de él; el niño confía en que los adultos confiarán en él.

En otras palabras, hay una confianza recíproca de que -- las cosas van a ir bien, de que el niño será capaz de crecer hasta llegar a ser un hombre sano y maduro.

El niño percibe esta fe de la madre y la acepta tal y como aceptaba la respuesta primitiva al estímulo usual.

Finalmente asimila la confianza de los adultos significativos y confía en sí mismo.

Así las cosas no dependen exclusivamente de otros sino de sí mismo.

Estos sentimientos de confianza se originan en gran parte de la aprobación que los otros tienen del niño o como Sullivan dice, de aprobaciones reflejadas.

Esta expectación favorable que al principio está limitada al futuro, se extiende a las contingencias inmediatas de la vida y luego se expande en un sentimiento de anticipación favorable al futuro.

Se origina un optimismo básico encontrado en la confianza mutua. La seguridad consiste en estos sentimientos.

Esta atmósfera, primero de satisfacción y luego de seguridad, facilita la introyección en el niño del mundo simbólico-

de otros.

En esta introyección que es la que permite el crecimiento del yo, especialmente la introyección de actitudes sentimentales, simbolismos verbales, etc. emanantes; de la madre; sin los cuales o su confianza, el yo no existiría.

El desarrollo del yo se realiza por la incorporación del mismo. Esto permite al niño obtener una imagen propia, estable que consiste en:

- 1.- La imagen corporal.
- 2.- La auto identidad.
- 3.- La autoestima.

En relación a la imagen corporal, el niño tendrá una apreciación real de sí mismo y estará capacitado para identificarse con su propio sexo.

En relación a la auto identidad, el niño se dará cuenta de su papel en la familia y en la sociedad.

Con respecto a la autoestima, confiará en sí mismo y tendrá un sentimiento de confianza y optimismo.

En las familias del esquizofrénico, en lugar de satisfacción y seguridad, existirá una atmósfera de ansiedad.

La ansiedad ocurre en ausencia del estado de satisfacción o de seguridad o de ambas.

Algunos esquizofrénicos no fueron privados de satisfacción durante los primeros años de vida, pero sí de seguridad --

posteriormente, puesto que muchos padres pueden funcionar cuando el niño no ha desarrollado un deseo propio y es completamente dependiente.

En muchos otros casos sin embargo, el paciente fue deprivado de ambas necesidades primitivas de satisfacción y particularmente de seguridad.

En las familias de los esquizofrénicos, al principio no hay separación emocional, todos están envueltos entre sí sin ayudarse, pero el niño no puede aceptar enteramente a los otros o al tú, puesto que este "tú" es muy amenazante.

Esto es el comienzo de la resquebradura del esquizofrénico: "la nunca completa aceptación del tú". Esta es la clave de la esquizofrenia.

Este tú tiende a permanecer no integrado o tiende a distorsionarse como un cuerpo extraño que es fácilmente exteriorizado en la forma de proyección o alucinación.

De ahí la dificultad de muchos niños para aprender el lenguaje, modos de comportarse de los adultos, inclusive mostrando formas autistas y neologismos.

Todos los niños presentan manifestaciones autistas, pero son más patológicas cuando el niño está asustado de sus primeras relaciones y en ocasiones son tan pronunciadas que producen esquizofrenia en la infancia.

En la mayor parte de los casos estas tendencias autistas

son reprimidas y el individuo adquiere los simbolismos de los otros, pero están propensos a perderlos y regresar a su forma artística.

Una segunda característica que se encuentra en el segundo y quinto año de vida es una inconsistencia en lo que tiene que ser reprimido.

El "no yo" amenaza con hacerse consciente. A veces tiene éxito en reprimir las imágenes malas, especialmente de la madre. Pero estas imágenes reprimidas tienden a hacerse conscientes o a transformarse en formas simbólicas después en la vida.

En una minoría, la imagen mala es totalmente reprimida y reemplazada por la imagen buena, omnipotente de aquella satisfacción. Esto predispone a la regresión y dependencia total: "Si el paciente llega a ser niño otra vez, mamá lo amará y protegerá".

La imagen propia es inestable y puesto que se siente rechazado por ambos padres, tiene la dificultad en identificarse con cualquier sexo.

Tendrá por tanto sentimiento inestable de su propia identidad y al estar incapacitado para introyectar confianza, tendrá poca estima.

Cuando los padres se dan cuenta de que algo está mal se produce mayor ansiedad, creándose un sistema reverberante.

Con mucha más dificultad se forma lo que Sullivan llama-

el "sistema propio" (que consiste en patrones de respuestas) -- que se obstaculiza además por la inconsistencia de los padres y la doble comunicación, la cual como ya se describió, consiste en que el niño recibe un mensaje de dos o más significados lógicos, tan relacionados uno con otro que induce a un conflicto doloroso.

Bateson da el siguiente ejemplo:

El niño llora y la madre va a él. Su impulso es deshacerse del niño, probablemente matarlo, pero aparenta aceptación o amor.

El niño percibe estos dos impulsos y le produce una sensación de confusión y ansiedad. Esto ocurre más en esquizofrénicos y puede ser considerado como factor responsable del estado general de ansiedad que eventualmente conduce al desorden.

Hofling (25) expresa que mientras más temprano se presenten las experiencias traumáticas, más seria será la enfermedad subsecuente y afirma que las experiencias traumáticas predisponentes de la esquizofrenia comienzan en los primeros meses de vida.

Pensando al igual que los autores mencionados anteriormente, señala que los traumatismos básicos del paciente han consistido en una relación madre-infante perturbada.

Este autor pone mayor énfasis en el aspecto hostil de la madre, señalando que el niño ha recibido una poderosa y primitiva

reacción de rechazo.

Al igual que Arieti, piensa que el punto importante es -
las experiencias traumáticas parecen haber comenzado antes-
el momento en que la madre que rechaza al niño pueda ser vista
por éste, como objeto separado o distinto, con el re-
sultado de que todo el medio ambiente llega a ser concebido de-
manera velada como hostil y amenazador.

Como resultado, la estructura básica de la personalidad-
especialmente en sus aspectos ejecutivos.

El concepto que se tiene de sí mismo llega a ser pertur-
bado y la diferenciación entre el yo y el no yo se hace y se-
realiza con mucha mayor dificultad.

La temprana situación traumática ejerce también efecto -
sobre el desarrollo de los impulsos básicos, especialmente de -
la libido.

Como ésta es rechazada (en cierto modo) por el primer ob-
jeto natural de amor, que es la madre, la libido del preesquizo
frénico nunca llega a verse dirigida firmemente hacia el exte-
rior (hacia los objetos) como lo hace la libido del individuo -
que ha tenido experiencias tempranas más favorables.

El preesquizofrénico permanece como persona más narcisís-
ta (emocionalmente autocentrada) y existe un contacto menos sig-
nificativo con los objetos.

Explica que la naturaleza precisa de las experiencias --

traumáticas tempranas es muy variable, ejemplo de ellas es la ruptura indiscutible entre madre e infante, pero hay otras más sutiles como: Madre bien intencionada pero falta de calor maternal, realiza las tareas de la maternidad correctamente pero con mucha ansiedad, quizá con cierto grado de resentimiento interior y solamente como resultado del sentido del deber, más que como expresión natural de sus propios instintos.

Es de gran importancia subrayar que es decisivo el momento en que se realizan estas experiencias perturbadoras tempranas en la vida del infante. Es el lenguaje que aprende para comunicarse.

En el caso del niño preesquizofrénico siempre existe la posibilidad de que las experiencias subsiguientes a las de los meses más tempranos de la vida, sean más favorables.

Si la confianza de las madres aumenta, si disminuye su ansiedad o desaparece su resentimiento, puede ser entonces más capaces de respuestas genuinamente maternas; entonces el horizonte personal del infante se amplía (padre, hermanos, abuelos, etc.) y a pesar de que queda cierto daño en la personalidad, se podrá evitar la reacción esquizofrénica.

Pero en otros casos el grado de reparación es de tal naturaleza que el desarrollo de la personalidad puede continuar -- hasta cierto punto, pero el remanente de vulnerabilidad es considerable, lo que da por resultado que puede desarrollarse una

psicosis clínica algún tiempo después como respuesta a un conflicto externo relativamente benigno.

El niño preesquizofrénico encuentra los problemas usuales de cada fase de desarrollo más difíciles de resolver que el niño neurótico, debido a su orientación morbosa como resultado de las debilidades fundamentales de personalidad.

Como resultado de estas graves dificultades puede haberse producido mayor traumatización del preesquizofrénico a pesar de las diversas modificaciones favorables del ambiente que pueden llevarse a cabo.

Este curso de sucesos es en gran parte responsable del fracaso frecuente de que el esquizofrénico adulto se enfrenta con conflictos internos que se derivan de todos los grados de desarrollo.

D.- CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LAS TEORIAS PSICODINAMICAS.

Considerando en forma general los estudios anteriormente expuestos, se puede concluir que las características que determinan la esquizofrenia, aunque diversas, según señalan los distintos autores, tienen como denominador común la ausencia de salud mental y por lo tanto de adaptación satisfactoria en los períodos del futuro esquizofrénico.

A continuación se describirán las diferentes caracterís-

tipos encontradas.

- 1.- Familia no feliz con rivalidad y menosprecio entre los cónyuges.
- 2.- La combinación común es la de una madre dominante y un padre débil, aunque puede ser el caso contrario.
- 3.- La característica predominante entre los cónyuges es un estado continuo de narcisismo.
- 4.- Se observa patología mental evidente en uno o en los dos padres.
- 5.- En el manejo de los problemas se observa una estructura familiar que invalida las funciones de comprensión del yo del niño debido a que los padres poseen una escasa diferenciación entre el yo y el no yo. Niegan continuamente las experiencias sobre todo las traumáticas y con especial frecuencia, como otra característica básica, utilizan la proyección para interpretar los acontecimientos.
- 6.- La madre en la relación ayudará a anular las funciones de comprensión del yo mediante el uso de lo que se ha denominado como la doble liga, en el cual dos mensajes contradictorios son comunicados al niño. Este no sabe a cuál hay que responder y además se le invalida su posibilidad de rectificación.
- 7.- La madre, según los estudios, es inmadura por exce-

lencia. Realiza una sobre inversión en el hijo para satisfacer sus necesidades insatisfechas y proyecta su vivencia de invalidez en él percibiéndolo así como indefenso.

El niño indefenso le permite a la madre actual segura en una situación de sobre eficacia. El niño condiciona esto para tener una madre más segura. La esquizofrenia sería un estado funcional de invalidez. Se describe a la madre como dominante, no da apoyos permisiva. Según otros estudios es fría, lejana; otros más subrayan la hostilidad como característica básica de la madre, la cual puede ser explícita o expresada mediante una formación reactiva.

Probablemente Singer aclara estas diversas modalidades que se encuentran en los estudios realizados, explicando que según estas características se crearon diversas modalidades de la esquizofrenia, desde la esquizofrenia amorfa que surge de una relación muy simbiótica hasta el Bodeline en la cual hay contacto aunque turbulento con una persona fuera del nivel simbiótico.

El autor coloca el énfasis en la escasa diferenciación entre el yo y no yo que se observa en estas familias.

B.- Por último, todas estas características que también son posibles de encontrarse en familias con hijos -- neuróticos, actuaron en forma intensiva y durante el período de formación del niño debido a la intensa ansiedad de los padres, sobre todo de la madre, que se suscitó a raíz del nacimiento del futuro esquizofrénico.

Esta ansiedad pudo haber tenido diferentes fuentes - de origen, por ejemplo, el sexo del hijo, su apariencia, el tiempo de nacimiento en relación a la edad de los padres y el nacimiento de otros hermanos, situación económica, pérdida de un hijo anterior.

Todo esto puede ser el foco de disturbios emocionales que aumentan la ansiedad de los padres, creando formas de transacción anómalas con el futuro hijo esquizofrénico.

Arieti, considerando lo anterior, concluye que "la esquizofrenia es una reacción específica a un estado de extrema ansiedad originada en la infancia y reactivada después en la vida por factores psicológicos.

La reacción específica consiste en la adopción preponderante de mecanismos mentales que pertenezcan a niveles inferiores de integración y por tanto, como el resultado es una regresión "a" pero no una integración "a" niveles inferiores, se en-

contra el desequilibrio que causa mayor regresión".

Lidz considera que el esquizofrénico es aquella parte --
del organismo familiar a través del cual el síntoma de psicosis
se abiertamente expresado.

Boatman expresa que la psicosis es el resultado de la --
continua distorsión de las potencialidades biológicas del orga-
nismo humano por ansiedades inducidas muy tempranamente después
del nacimiento debido a padres ansiosos.

Hay que buscar las causas de producción entendiendo la-
interrelación de cuando, con que intensidad y por cuanto tiempo.

Hill dice que la psicosis es el resultado de un sometimien-
to a cantidades importantes de angustia, sin posibilidad de
descarga, con el empleo de la retracción como modo de defensa.-
Se ha desarrollado una habilidad para negar las partes molestas
de la realidad y Singer concluye que los estilos perturbados de
transacción en el ambiente familias originan las psicosis.

CAPITULO III

EL EXPERIMENTOEstudio de 6 madres con hijas esquizofrénicas.I.- METODOLOGIAa) Hipótesis Formuladas.

Como se pudo observar en el capítulo anterior, la esquizofrenia ha sido una enfermedad ampliamente estudiada desde diversos puntos de vista.

Algunos estudios han sido realizados a través de continuos años de observación y experimentación con equipos de trabajo integrados por profesionistas dedicados básicamente al estudio de esta enfermedad, contando con presupuestos suficientes.

Quizá, como habíamos dicho, lo único que faltaría sería la integración en un solo equipo de trabajo de especialistas de diversas tendencias o corrientes, pero interesados básicamente en el problema de la etiología de la esquizofrenia.

La investigación que se llevó a cabo en la presente tesis no tiene ninguna pretensión, salvo la de ejemplificar cómo la enfermedad o el desajuste de la madre se va a reflejar en los hijos, partiendo principalmente de las hipótesis señaladas por autores anteriores, las cuales en términos generales son:

- 1.- La enfermedad de los padres condiciona la enfermedad de los hijos.

2.- El niño que dentro del seno familiar se enferma con mayor facilidad es un niño escogido por los padres por varios motivos: sexo, apariencia, dificultades económicas, enfermedad, edad de los padres, etc.

De esta manera, una madre puede tener 5 hijos no esquizofrénicos y uno que sí lo es, aún cuando los otros hijos tengan muchos problemas o no sea tan obvia su enfermedad psicótica.

Con estos dos conceptos en mente, para lograr ejemplificarlos nos propusimos estudiar en la investigación los siguientes puntos, concretizando la investigación a la madre:

- 1.- Enfermedad de la madre.
- 2.- Historia personal de la madre.
 - a) Condiciones de su infancia.
 - b) Condiciones de su matrimonio.
 - c) Circunstancias durante el embarazo y la infancia de la hija esquizofrénica.
 - d) Características de la hija durante todo su desarrollo.
 - e) Relación entre la enfermedad de la hija y la madre

Mediante la investigación de estos datos, se tratará de ver si realmente hay enfermedad en la madre y si existieron circunstancias que agudizaron la expresión de ésta enfermedad durante el desarrollo de la hija.

B) Método de Selección de los Sujetos.

El estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico Fray --

bernardino Alvarez, debido a las facilidades que éste brindó para su realización, hecho que agradecemos sinceramente.

Desarrollo del Método

1.- El primer caso que se dió fue la revisión de los 160 expedientes de los siete pisos del hospital en la sección de mujeres.

Se revisaron únicamente los expedientes que estaban en función y no los que estaban archivados, puesto que la motivación de la madre para asistir al hospital y someterse a un examen hubiese sido menor.

Esta revisión se realizó durante todo el mes de diciembre de 1968.

El método de selección consistió en tomar en cuenta todos los expedientes que tuviesen las siguientes características:

- 1.- Diagnóstico de la enferma "Esquizofrenia" sin importar de qué clase fuera ésta.
- 2.- Existencia de los dos padres.
- 3.- Presencia de más de un hermano mayor que la paciente, puesto que dentro de la hipótesis de trabajo se pensaba que la misma madre puede facilitar la esquizofrenia en un hijo y en otro no.
- 4.- Ausencia de factores orgánicos como posibles determinantes de la reacción psicótica.

Este requisito se obtuvo estudiando los resultados de eleg

encefalograma y de pruebas adyacentes; y se tomó en cuenta --
 a que precisamente deseábamos estudiar con detalle la in-
 fluencia de factores psicológicos en la reacción psicótica.

5.- Residencia en el Distrito Federal o en lugares cerca-
 nos como Cuernavaca.

Estos fueron los únicos parámetros tomados en cuenta para
 la selección de expedientes. Sólo 23 expedientes reunieron estas
 condiciones, salvo el de la presencia o existencia del padre, --
 puesto que de 23 casos sólo 12 tenían registrada la existencia -
 del padre; en los 10 siguientes, el padre estaba muerto y el úl-
 timo expediente registraba que el padre había abandonado el ho-
 sal.

Así pues, se pensó en tomar en cuenta todos estos expe-
 dientes con el objeto de no reducir aún más la muestra.

2.- Como siguiente paso, se citó a la madre de la paciente
 mediante un citatorio oficial firmado por el director del hospi-
 tal Dr. Mario Fuentes cuyo texto decía: "Urge su presencia en es-
 te hospital para tratar asunto relacionado con su hija.
 El día tal - fecha tal."

En esta forma se enviaron 23 citatorios con una anticipa-
 ción de más de una semana para que los familiares pudieran arre-
 glar sus asuntos y asistir al estudio.

A estos citatorios sólo respondieron con su presencia 6--
 madres, cinco de las cuales se sometieron a estudio completo y -

la última sólo aceptó que se le hiciera la entrevista.

Así pues, nuestra muestra quedó reducida a seis madres -- que reunían todas las características requeridas, salvo la de tener un cónyuge.

De las seis madres que asistieron, en relación a sus cónyuges vemos que en un solo caso el padre está presente.

En tres casos la madre dejó al esposo y en uno el esposo abandonó a la esposa. En otro caso el esposo murió. Por esta razón sólo se estudió a las madres.

C) Métodos Empleados Para Su Estudio

Se emplearon como métodos de estudio:

la entrevista y una batería de pruebas psicológicas compuestas por: Weschler, Asociación de Palabras y Rorschach.

En la entrevista se dejó libre a la señora para que hablara: sólo cuando no tocaba algunos puntos, entonces se le sugerían. Se trató de apuntar textualmente muchos de sus relatos para que se reflejara más claramente su carácter. Después se ordenaron estos datos para hacerlos útiles en la investigación y en el reporte.

De esta forma, en todas las madres se investigaron los siguientes puntos en la entrevista:

- a) Edad.
- b) Estado civil.
- c) Escolaridad.

d) Ocupación actual.

- 1.- Conducta general.
- 2.- Historia familiar.
- 3.- Historia del enlace con el esposo. (intereses).
- 4.- Historia de la relación con los hijos.
- 5.- Papel del padre en la educación de los hijos.
- 6.- Enfermedad de la paciente.
- 7.- Explicación de la enfermedad de la paciente.

Todos estos puntos ayudaron en primer término a entender la caracterología de la madre; y como esta caracterología, unida a circunstancias especiales condicionó la enfermedad de la hija, así por ejemplo el punto dos "Historia Familiar" reflejó la clave dinámica de su conducta futura.

Los siguientes puntos tuvieron como primera utilidad mostrar el carácter de la madre.

El punto 4 "Historia de la relación con los hijos", mostró la clase de relación de la madre con su hija en base a la caracterología de la madre y el carácter que fue desarrollando la hija.

Además arrojó datos sobre las circunstancias especiales que rodearon el nacimiento y el crecimiento de la niña.

Se dieron algunos datos sobre los hermanos para establecer una ligera comparación de la diferencia de circunstancias --

se determinaron el crecimiento de los hijos.

El punto 6. "Enfermedad de la paciente", sirvió para conocer la enfermedad de la hija y para empezar a establecer una relación con la dinámica de la madre.

El punto 7 "Explicación de la enfermedad de la paciente", sirvió para conocer capacidad de introspección, uso de mecanismos de negación, proyección; aunque todo esto fue sistemáticamente apreciado en todos los puntos.

El reporte unitario de estos datos fue dado en la Interpretación de la Entrevista y se trató de reportar en primer lugar toda la entrevista para poder llegar así a su interpretación.

Las pruebas sirvieron para diagnosticar el grado de salud y enfermedad mental.

Se anotaron los resultados de cada prueba y se interpretaron.

El primer reporte, tanto de entrevista como de pruebas, fue individual de los seis casos.

El segundo reporte fue global con el propósito de establecer comparaciones.

El tercero fue un reporte comparativo con otros estudios realizados previamente.

Todos los casos fueron sometidos a este proceso excepto el caso # 6, puesto que este caso sólo tiene la entrevista, debido a que la madre no estuvo dispuesta a realizar las pruebas.

No obstante, este caso no se excluyó pues resulta el más-
ejemplificativo de cómo la enfermedad de la madre determinó en-
tonces medida la enfermedad de la hija.

II.- RESULTADOS

A) Reporte Individual de los Resultados.

Para identificar a las madres se les numeró del 1 al 6.

Estas madres se suponía tenían hijas en el hospital con --
el siguiente diagnóstico:

Madre # 1.- Diagnóstico de la hija: Esquizofrenia Paranoidea.
Caso agudo.

Madre # 2.- Diagnóstico de la hija: Esquizofrenia Hebefrénica.
Caso crónico.

Madre # 3.- Diagnóstico de la hija: Psicosis Esquizoafectiva.
Caso crónico.

Madre # 4.- Diagnóstico de la hija: Esquizofrenia con matices --
Paranoideos.
Caso crónico.

Madre # 5.- Diagnóstico de la hija: Esquizofrenia Hebefrénica.
Caso crónico.

Madre # 6.- Diagnóstico de la hija: Psicosis Esquizo afectiva.
Caso crónico.

En total, 5 casos crónicos distribuidos en:

2 Esquizofrenia hebefrénica

2 Reacciones esquizo afectivas

1 Esquizofrenia con matices paranoideos

Y un caso agudo clasificado como "Esquizofrenia paranoidea".

(Se hace la aclaración que el diagnóstico realizado en el presente en relación a la cronicidad, se refiere a la evolución de la enfermedad, independientemente de que la enferma haya tenido períodos largos de remisión).

Cuando se realizó el contacto con la madre se obtuvo la información de que la hija del caso # I había sido dada de alta por remisión y las hijas de los casos II, IV y VI fueron dadas de alta cuando se concluyó el estudio de las madres.

CASO # I

Sexo.- Femenino

Edad.- 63 años

Estado civil.- Casada

Estado actual.- Separada hace 15 o 16 años.

Número de hijos.- 9 y uno muerto. Edad de la hija enferma
28 años.

Escolaridad .- Nula. No sabe leer ni escribir.

ENTREVISTA

Conducta General:

Se trata de una señora que representa la edad que dice tener, de apariencia indígena, delgada, estatura baja con un arreglo humilde de trenzas y rebozo.

La acompaña una de sus hijas la cual tiene la apariencia de clase media.

La actitud de la sujeto es seria, no obstante se ríe y hace bromas en las pruebas, sobre todo cuando no puede realizarlas. Dice por ejemplo: "Tiene usted una alumna muy torpe."

En una sola ocasión llora al decir que no podría salir adelante con su hija enferma si sus hijos no la ayudaban y ella tenía que irse a vivir con su esposo que está en Iguala.

Sólo a través de preguntas es comunicativa y entonces está dispuesta a informar; y sus informes no son muy amplios ni muy reducidos.

Su discurso es coherente y congruente. Aun cuando su actitud es un poco lejana de la examinadora, el contenido de sus comunicaciones es cercano, así cuando se le pregunta que describa a su hija enferma empieza a hacerlo y dice: "Necesitaría usted-- verla para que me creyera".

Se ve dispuesta a cooperar pero lo hace sin entusiasmo, -- más bien como si se sometiera al estudio.

Historia Familiar

La sujeto señala que su madre murió a los 40 años y su padre cuando ella tenía 7 años de edad.

De su madre dice: "Mi mamá quedó viuda con once de familia; sufrimos desde chiquitos, teníamos que trabajar de andar -- sirviendo en las casas. Su carácter era muy fuerte".

Del padre dice: "Siempre algo nos traía, casi de él ni me acuerdo, tenía siete años cuando él murió".

La señora ocupó el sexto lugar entre once hijos.

Historia del Enlace con el Esposo

Al preguntarle por la edad del esposo dice: "Uy señorita, él ya tiene muchos años".

Cuando se casaron la señora tenía 17 años y el señor 32.

Dice la señora: "Cuando me casé estaba enamorada, escogí al más pobre, los arreglitos me daban harto coraje. Mi marido -- de huarache y de calzones blancos pero muy trabajador. El solo -

de su casita de adobe.

Nunca nos peleamos aunque estábamos bien pobres, la pobre no era para que nos enojáramos".

"Yo nunca fui celosa con él, cuando llegaba tomado llegaba más agusto".

Del aspecto sexual dice: "No era pesado, era muy cariñoso, él era muy respetuoso, yo me enamoré y nunca que nos agarrábamos de la mano; ya de casados como él viajaba mucho, sólo me reponía cuando estaba con él, como que cuando él se iba me faltaba algo".

Al preguntarse si su esposo vive con ella dice: "Si nada más que hace como 15 o 16 años que se fue para Iguala. Como ya es grande ya no puede trabajar. Como los hijos no casados me sostenían, yo me quedé en Cuernavaca".

Después explica que se fue para Cuernavaca porque el frío de Iguala le hace daño debido a que padece "reumas".

Es precisamente en este momento cuando llora al informar que sin la ayuda de sus hijos no podía salir adelante con su enferma y dice: "Yo no me quiero ir para allá porque aquí todos me ayudan poquito".

Dice que va a ver a su esposo cada vez que tiene dinero. Expresa que como él ya está grande no puede trabajar mucho y ella vive de la ayuda de sus hijos, sobre todo del que tiene 18 años.

Expresa que antes de casada era "amiguera", pero que nun-

ca le gustó tener amigas jóvenes, dice: "Después cuando yo me ca sé ya no me gustó tener amigas en la casa de usted, yo vivo solita, en todo ese tiempo que vivimos ahí nunca hemos tenido un disgusto con las vecinas".

Historia de la Relación con los Hijos

La señora tiene 9 hijos, un muerto después del primer hijo; murió de bronconeumonía, y un aborto.

El primer hijo dice que abortó de "Coraje y sentimiento" - porque le platicaron que su esposo tenía otra mujer.

De sus hijos dice que, salvo la enferma, todos han sido sanos y no han tenido problemas.

La época de mayor pobreza fue con los dos hijos mayores.

De su hija enferma dice que la alimentó de pecho durante un año; que caminó y habló al año.

Dice textualmente: "Señorita, cuando nació a mí me dio -- sentimiento, si dios me dio puros hombres y las mujeres no tenemos nada. Ella era la primera mujer después de puros hombres.

Si mi hija se va a casar con un hombre pobre como yo, va a sufrir mucho y yo lloraba y lloraba".

"Como dicen que de lo que maman los hijos los resultados dependen, quién sabe".

Del carácter de esta hija dice: "Aquella hija no me dio guerra para nada, nunca la saqué a la calle. No me gustaba sacar a la niña a la calle porque siempre andaba de prisa, me iba al -

mercado y la dejaba en la casa.

Cuidaba a esta hija más que a todos. Siempre andaba guardándole frutita a ella para que se la comiera. A ella la cuidaba más que a ninguno de mis hijos y no se por qué.

Yo quería más al grande, ese me ayudaba mucho".

Dice que esta hija era muy obediente, "como fue la primera hija, nosotros la mimábamos mucho".

En relación al carácter de su hija dice: "Era como muy orgullosa, como muy tímida. Eso sí, muy reservada, yo no conocía a sus admiradores.

Conmigo nunca fue grosera; ninguno de mis hijos ha sido así. De niña no fue muy amigable, fue como muy tímida, parecía-- una vieja que no le gustaba nada, ni salir. Tenía un carácter -- muy temeroso. ella vestía largo hasta el tobillo y a unas amiguitas las odió para siempre porque le dijeron que se alzara el dobladillo".

En relación a la escuela dice: "En la escuela terminó la primaria y un año de secundaria; nunca reprobó. Ella fue la que más alto llegó en la escuela porque tuvo mayor interés".

Papel del Padre en la Educación de los Hijos.

Dice: Yo sí les pegaba a los hijos, ¿él sabe cómo les pegaba?, los agarraba los abrazaba y los besaba".

Al preguntarle qué sentía con esto dice: "Yo sentía feo. AAurelia la cuidaba de que no le pegara, nunca dio motivo a que-

le pegaran. Al flaco sí le pegué. Los regañaba, los castigaba, -- no les daba sus quintos.

El papá nunca les decía nada ni los maltrataba, no le tenían miedo".

Enfermedad de la Paciente.

Dice la señora que hace como 8 o 10 meses dejó de trabajar porque decía la paciente que estaba muy cansada. Expresa la señora: "Tuvimos que cerrar la carnicería, antes no necesitábamos dinero, ni de mi marido ni de mis hijos porque ella era la que trabajaba.

Empezó a decir que sentía un dolor muy grande en el corazón y lloraba y lloraba sin tener por qué y así es como no pudo empezar a trabajar y cerró la carnicería".

"Después de que un doctor le dijo que estaba embarazada -- comenzó a ver visiones, que llegaba una señora en su cama, que se la querían llevar, que había víboras paradas. Ahora no están en mi casa sino en la de mi hijo porque dice que en mi casa ahí hay víboras. Antes hasta de tratarme con malas razones, de decirme que yo no era la madre, agarraba fierros y cuchillos".

Explicación de la enfermedad de la paciente.

Dice la señora: "Yo de repente pienso que esta enfermedad le sobrevendría de que ella no sabía llorar, cuando se murió mamá ella no lloraba.

yo me fracturé esta pierna y ella no lloraba, sólo decía: cómo va andar con su pierna mocha, se ponía en un rincón y decía: ¿qué va a hacer mi mamá con la pierna trozada?.

Después aclaró que cuando la paciente tenía 16 o 17 años le estaba sosteniendo una mesa a la señora para que la limpiara. se balanceó la mesa y se cayó la señora fracturándose la pierna.

Dice además que como ella lloró mucho cuando tuvo a esta hija porque era la primera mujer, se pudo haber enfermado.

Luego dice: "Como dicen que de lo que maman los hijos los resultados dependen, quién sabe".

INTERPRETACION DE LA ENTREVISTA

CASO # I

Se trata de una señora que vivió una situación de desvalidez intensa en su infancia al lado de una madre "de carácter fuerte" posiblemente hostil.

Por la forma en que relata los acontecimientos posteriores, buscó el camino para repetir fotográficamente la situación de desvalidez que tuvo en su infancia, buscando a propósito un hombre pobre porque "los arreglañitos" le daban coraje.

Durante todo su matrimonio niega las desavenencias, pero profundamente la señora encontró en su esposo el justificante para su debilidad y desvalidez, por lo que desarrolló hacia él un resentimiento (no aceptado por el uso continuo de la negación).

posteriormente, cuando tiene a la hija (paciente actual), se revive en forma intensa estos sentimientos de debilidad y los proyecta en la hija, surgiendo de esta proyección un rechazo --- porque la hija le representa en forma proyectiva estas vivencias.

Como formación reactiva adopta entonces una actitud sobre protectora. Así dice: "Cuando nació a mí me dió sentimiento, si-dios me dió puros hombres y las mujeres no tenemos nada. Ella e-ra la primera mujer después de puros hombres. Si mi hija se va a casar con un hombre tan pobre como yo, va a sufrir mucho y yo -- lloraba y lloraba" "Aquella hija no me dió guerra para nada, nun-ca la saqué a la calle, no me gustaba sacar a la niña a la ca--lle..."

"Cuidaba a esta hija más que a todos, siempre andaba guar-dándole frutita a ella para que se la comiera, a ella la cuidaba más que a ninguno de mis hijos".

Además parece ser que logra de la hija un sometimiento pe-ro a la vez una hostilidad manifestada por las reservas que te-nía para con la madre.

Cuando la hija se enferma le manifiesta abiertamente su--hostilidad. No quiere ir a su casa porque piensa que hay víboras ha tratado de agredirla y la insulta. A menudo dice que no es su madre.

El sometimiento se observó además en la etapa previa a la enfermedad; era la única hija que la mantenía, la madre dependía totalmente de ella.

La identificación con la madre condicionada totalmente por ésta desde su nacimiento, como se anotó anteriormente, se observó en etapas previas a la enfermedad manifiesta, por ejemplo, la madre se fractura una pierna y la hija se arrinconaba y decía repetidamente ¿qué va a hacer mi mamá con la pierna trozada?.

La culpa, la identificación exacerbada y la agresión, son evidentes en esta paciente, sentimientos todos condicionados por una madre que a la vez, que desde el momento del nacimiento de su hija se identificó con ella, la rechazó; y por culpas trató de reparar, utilizando como formación reactiva una actitud sobreprotectora.

Todo esto sucedió durante las primeras etapas del desarrollo de esta hija en un ambiente de ansiedad, debido a lo que significaba para la madre tener una hija.

Ella misma expresa: "Cuando nació me dio sentimiento, si-dios me dio puros hombres y las mujeres no tenemos nada. Ella era la primera mujer después de puros hombres". "Lloraba y lloraba".

Como ya se mencionó, el esposo, con las características que poseía que, como ya se vió, fueron buscadas por ella para continuar su historia ("escogí al más pobre, los arreglados -- me daban harto coraje"), aumentó su vivencia de desvalidez y facilitó todo el proceso descrito.

PRUEBAS PSICOLÓGICASCASO # 1WESCHLEREscala Verbal

Información	- 5	- 5
Comprensión	- 9	- 5
Aritmética	- 5	- 5
Similitudes	- 7	- 7
Vocabulario	-41	-10
Dígitos	- 6	- 2
	<hr/>	
	34	

Escala Ejecución

Completar figuras	- 2	- 2
Cubos	-20	- 6
Ordenar figuras	- 0	- 0
Rompecabezas	-18	- 5
	<hr/>	
	13	- 16

Escala Verbal	- 34	- 79	- Subnormal
Escala Ejecución	- 16	- 72	- Subnormal
Escala Total	- 50	- 74	- Subnormal

INTERPRETACION DEL WESCHLER CASO # 1

falla en esta prueba con mayor claridad la atención (dígitos 3) y la capacidad de anticipación y planeamiento.

No hay posibilidad de captar lo esencial pasando por alto lo secundario (ordenar figuras = 0).

Así también el esfuerzo sistemático voluntario y selectivo para resolver problemas está muy disminuído (completar figuras = 2).

La participación con el mundo externo es pobre (Información = 5, completar figuras = 2), así como también lo son el juicio lógico (comprensión = 5) y su capacidad de concentración (aritmética = 5) y la organización visomotriz (cubos = 6, rompecabezas = 5).

Pero en todo ésto destaca la incapacidad para participar con el mundo externo, de poner atención y poder planear una acción adecuadamente. Esto habla de un yo muy infantil, posiblemente en estado de regresión, puesto que observamos que la sujeto puede obtener un puntaje de 10 en vocabulario estando disminuídas todas las demás funciones.

Hay discrepancia hasta de 8 puntos en relación a este puntaje obtenido en el vocabulario.

El funcionamiento de este yo empobrecido se observa no sólo en el puntaje sino en la calidad de las respuestas.

Así vemos en comprensión, cuando se le pregunta qué haría

si encontrara un sobre cerrado con dirección y timbres, dice: -- "Yo lo levantaría, es una curiosidad, lo abriría para saber lo que tenía adentro".

Cuando se le pregunta que qué haría si fuera la primera-- persona que estando en el cine se diera cuenta de que hay fuego, dice: "yo correría".

Cuando se le pregunta qué haría para encontrar la salida-- si se perdiera durante el día en un bosque dice: "yo gritaría".

En todas estas respuestas⁴ se observa una ausencia de pla-- cación y un grado de dependencia importante.

Unido todo ésto a una actitud de sometimiento se encuen-- tra que cuando se le pregunta por qué deben pagar impuestos res-- ponde: "Yo digo que si tiene su negocio, tiene que pagar sus im-- puestos para vivir".

Resumiendo los elementos obtenidos, son: escasa partici-- pación con el mundo externo, extremada dependencia, escasa pla-- cación, actitud de sometimiento, distorsión del juicio lógico,-- pobreza yoica generalizada.

ASOCIACION DE PALABRAS CASO # I

Populares	Traumáticas	NO traumáticas
	2 y (2)	1 y (17)
Próximas	1	
Repetición	1	
Completamiento	2	3
Afectivas	1	
Bloqueo	1	4
Múltiples	4	2
Fonominémicas		1
Desconocimiento	5	2
Perseveración	1	
Nombre propio	1	1
Definición múltiple		
Definición		1
Medianamente distantes		1
Distante 3	2	1
Definición funcional	1	
Perturbaciones del recuerdo=	Perturbaciones asociativas serias = 6	Perturbaciones asociativas serias = 8
	Perturbaciones asociativas no serias = 12	Perturbaciones asociativas no serias = 6

Perturbaciones del recuerdo=

3 De distantes a definición múltiple T.

- 4 de Próxima a múltiple T
- 16 de Afectiva a próxima T
- 47 de (popular) a completamiento
- 48 de (popular) a completamiento T

INTERPRETACION DE ASOCIACION DE

PALABRAS CASO # I

Tomando los resultados con reserva debido a que la prueba no está estandarizada y calificando con laxitud debido al nivel educativo de la sujeto (tal laxitud consistió en no calificar de "múltiples" las respuestas con varias palabras, cuando era obvio que esto se debía a una modalidad de expresión de la sujeto, como por ejemplo, ante silla dice "será un asiento". Asiento es una reacción popular, así las palabras que anteceden a "asiento" no son tomadas como múltiples en este caso.

De la misma forma no fueron valoradas las palabras que la sujeto desconocía, por considerar lógico tal desconocimiento (debido a su nivel cultural), se observa una tendencia en su proceso asociativo a quedarse en los procesos analíticos del pensamiento. La perturbación de sus asociaciones indica que la sujeto no puede desprenderse del estímulo, siendo por tanto su pensamiento sumamente concreto.

Se ve claro, por el tipo de respuestas próximas que presenta (múltiples, perseveración, repetición, etc), una arbitrarie

dad y ausencia de demora, lo cual permite que una fase preparatoria de la reacción asociativa llegue a hacerse consciente.

RORSCHACH CASO I

W = 2
 D = 8
 S = (2)
 F₀ = 1
 F₋ = 2
 F₊ = 4
 FC = 1
 Fc = 1
 FK = 1v
 A = 6
 H₀ = 2
 S_{ax} = 1
 A_{ax} = 1
 O₋ = 2
 O₊ = 1
 P₋ = 2
 R = 10

Porcentajes

W = 20%

D = 80%

F = 70%

F₊ = 71%

Nuevo F = 100%

Nuevo F₊ = 1 negativa al in-
 tervenir C y una -
 vega al intervenir
 K.

A = 60%

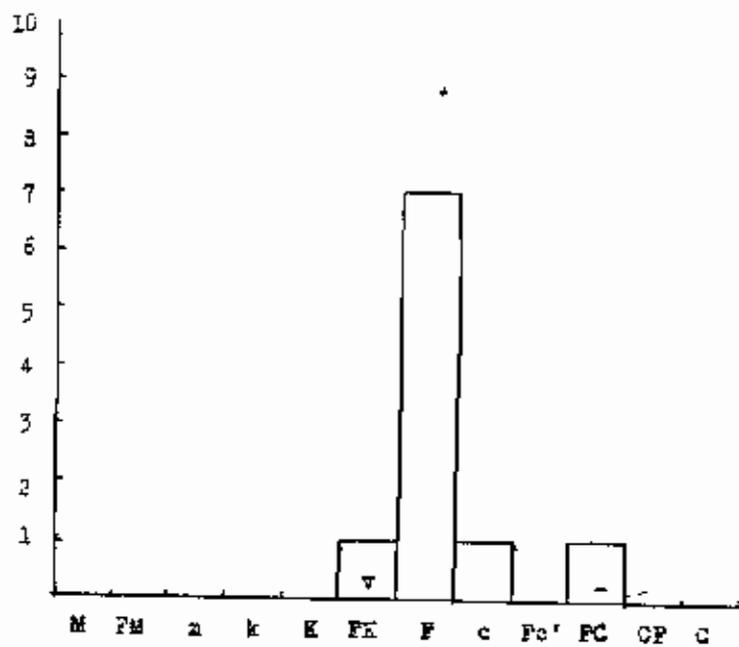
H = 20%

O = 30% - -

P = 20%

PSICOGRAMA DEL RORSCHACH

CASO # I



INTERPRETACION DEL RORSCHACH CASO # 1

En esta prueba se observa en primer término pobreza asociativa (R=10) y estereotipia (A = 60%).

De la diez respuestas que ofrece, tres son originales, dos de las cuales están mal vistas, dato que señala que unida a esta pobreza asociativa se encuentra un alejamiento de la realidad -- que le condiciona en ciertos momentos fallas en su juicio lógico.

sin embargo, este alejamiento no es total; le permite adaptarse a situaciones convencionales (P=20%) y mantener un juicio lógico formal (aunque un poco bajo) dentro de los límites -- normales (F+= 71%).

Destaca la coartación en este protocolo (F= 70%) y ésta llega a tal grado que sólo le permite a la sujeto dar una sola respuesta de color, pero sometida a una mala percepción (FC-).

Este dato apunta al hecho de que comunmente la sujeto ha disminuido su capacidad de reacción afectiva y cuando ésta surge, se confunde y la hace percibir en forma errónea los estímulos ambientales.

Es interesante que cuando ofrece esta única respuesta FC, la acompaña de oposicionismo (S), es decir, que el estímulo afectivo provoca distorsión perceptual y oposicionismo.

No obstante todo esto es manejado por el sujeto dentro de una conducta convencional y dócil (La respuesta es FC "un payaso").

Esta especie de negación que se ve en esta respuesta, con el fin de no hacer obvia su perturbación, es posible de observarse a través de su verbalización durante toda la prueba.

Un ejemplo de esto es el siguiente:

En la lámina III dice: "Esto no es un cangrejo, esto señorita no es un cangrejo; éste como tiene estas cositas parece un cangrejo".

En la lámina IV dice: "Esto no es un murciélago".

Muestra escasa ansiedad que también la conduce a una vaguedad perceptual (FK vaga); y una posibilidad de cercanía sólo a niveles muy primitivos (Fc= I) que además le es atemorizante, así en la lámina IV dice: "Un murciélago con alas muy feas y la cabeza del murciélago; quién sabe como sea porque los murciélagos cuando se andan comiendo la fruta tienen las alas muy feas y son muy peludas".

En la verbalización de esta respuesta, se observa que esta posibilidad de contacto, está en niveles muy primitivos orales y además se observa la vivencia de no estar permitido este contacto.

De esta prueba, en general se deduce una pobreza vocálica marcada, cierto autismo en su razonamiento, fallas en su juicio lógico y un uso marcado de mecanismos defensivos de la negación.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA ENTREVISTA YLAS TRES PRUEBAS PSICOLOGICAS DEL CASO # IPuntos Básicos Obtenidos en la Entrevista:

- 1.- La madre rechazó a la hija desde el momento de su nacimiento porque proyectó en ella toda su vivencia de desvalidez.
- 2.- Ante esta situación adoptó una actitud sobreprotectora como-formación reactiva.
- 3.- Durante las primeras etapas del desarrollo de esta hija la madre sufría de intensa ansiedad, básicamente por lo que esta hija representaba.
- 4.- Las características del padre ayudaron en gran medida a acentuar el sentimiento de desvalidez en la madre, facilitando todo el proceso descrito.
- 5.- La hija, en etapas previas a su enfermedad, sufría de identificación con la madre y de sentimientos de culpa por lo que era común su sometimiento; cuando la enfermedad se declaró, la agresión se hizo manifiesta.

Puntos Obtenidos en las Pruebas:Weschler

- 1.- Fallas en la atención.
- 2.- Escasa participación con el mundo externo.
- 3.- Extremada dependencia, escasa planeación, actitud de sometimiento.
- 4.- Distorsión del juicio lógico.

Pobreza yoica generalizada.

Asociación de Palabras

Incidencia en respuestas que reflejan fases preparatorias de asociación asociativa; concretización del pensamiento.

Rorschach

Marcada pobreza yoica. Coartación elevada.

Autismo con fallas en juicio lógico.

Uso de la negación como mecanismo defensivo.

Diagnóstico

Todos estos datos sugieren la presencia de un caso marginal con características de esquizofrenia simple.

CASO # II

Sexo.- Femenino

Edad.- 40 años

Estado civil.- Casada

Estado actual.- Separada hace 8 años.

Número de hijos- 3; una de 22 otra de 18 y un niño de 10

Escolaridad.- Nula. Actualmente inició su primaria, va--
en tercer año.

ENTREVISTA

Conducta General

Se trata de una señora que representa la edad que dice, te
de complexión delgada, estatura mediana, arreglada humilde-
te, sus facciones son indígenas, aunque tiene el cabello ru--
natural.

A esta señora se la ve en su casa por motivos administra-
vos.

En la primera sesión se observa seria, al principio reser-
da, no obstante es amable y se encuentra dispuesta a cooperar.

Cuando entré a su casa estaba su hijo y ella dijo que per-
nara la "facha" en la que se encontraba el hijo; que tenía "ca-
bita" pero que no le gustaba ponérsela.

La seriedad disminuye en los exámenes ante los cuales en-
estas ocasiones se siente apenada porque creía no poder y así--

sa: "Ay señorita, estoy cometiendo muchas torpezas con us--
o bien dice: "Bueno, a ver qué sale".

La reserva que manifiesta en un principio de la sesión.--
nuye durante el estudio y así ofrece comunicaciones espontá
pero la suspicacia continúa durante todo el examen, sólo -
en forma velada. De esta manera a menudo voltea las láminas
ver que hay detrás de ellas.

En relación al tono emocional, siempre se conserva igual.
hora se concreta a explicar secamente lo que se le pregunta
que se le ocurre, salvo cuando habla de su propia infancia--
e llora abiertamente.

Historia Familiar

De sus padres dice: "Viven los dos, viven bien lejos de--
no tuvimos ni abuelitos ni nada, con ellos toda la vida".

Sus padres son campesinos. Tuvieron doce hijos y ella ocu
el segundo lugar.

Al referirse a su padre expresa textualmente: "Dicen que--
e parezco a él; él era bien trabajador, bien madrugador. ¡Co--
o me iba a acordar! era muy buena gente, pero ya llega cansa
nosotros siempre le teníamos miedo, cuando él llegaba nadie--
a, sólo los chicos, siempre traía dulces.

A mí nunca me pegaban pero una vez mi madre le dijo a mí--
e que yo había vuelto a romper los cántaros, porque yo siem--
los rompía cuando me mandaban por agua, pero no lo hacía a -

propósito, se me resbalaban y que me agarra y me pega, es la última vez que me pega".

En este momento de la comunicación la sujeto llora profundamente. Continúa diciendo: "El nunca me pegaba, siempre andaba defendiéndome de mi mamá, que siempre me regañaba y siempre andaba pegándome y cuando él me defendía era peor, a mí siempre me regañaba y yo procuraba ser buena. Si alguna vez se caía un hueso sólo a mí me regañaban. Mi mamá nunca me quiso, hasta pienso que no sería mi mamá y que me recogieron, casi por éso me casé porque ya estaba cansada de sufrir con ella.

El sí me quería a mí. Yo no les quebraba los cántaros al lado sino que se me quebraban.

Mi mamá a los hijos era a los que quería, solamente a mí como siempre me ha dicho que me parezco a mi papá. Entre los siempre se peleaban porque le reclamaba mujeres.

Yo nunca he querido ser así con mis hijos, uno los trae al mundo a sufrir".

Historia del Enlace con el Esposo.

El matrimonio duró doce años.

Dice la señora: "Hace ocho años que nos separamos, no tenemos dinero, estábamos muy amolados. El siempre quería que yo bajara, yo siempre vivía muy mal y ni con qué curar a mis hijos y me daba pena decirles a mis papás que me dieran.

El se fue con su mamá hace ocho años y yo me vine a Méxi-

1 me fue a despedir al camión y yo todavía de --
e qué quería que le trajera de México? y él me-
serio que una camisa y un pantalón".

o pero muy celoso, flojito pero bueno".
e le pregunta si su esposo tomaba dice: "Con qué-
nía dinero".

o de su matrimonio dice: "Cuando me casé mi mamá
no quería que me casara. Yo me casé porque todas
pá lo quería, me decía que me casara, él era muy-
o a los dos años dejó de ser trabajador no se por
n poquito y aunque había más tierra para sembrar,
ecía que ya alcanzaba para todo el año.

os dos años de que nos casamos empezó con los ce-
a la primera niña.

ería que tuviera hijos porque no quería tener tan

que no se peleaban, que incluso cuando ella se vino
bo pleito, él estaba contento.

se le pregunta de sus experiencias sexuales, goce,
ienza, baja la cabeza y dice: "Ni me acuerdo de ne-
".

ía de la Relación con los Hijos.

a mayor tiene 22 años, trabaja de obrera. Estudió -
No. Dice la madre: "Es muy buena, muy trabajadora, -

lo el dinero para la casa y la estufa la compró ella de todo--
dinero, nunca se viste ni va al salón, no merezco la hija que
ago, se apura mucho por mí".

De esta hija primero dice que tiene 19 años, pero como --
te dato es discrepante con las edades de los hermanos, le digo
e me lo aclare y dice muy apenada bajando la cabeza: "Tiene 22
es". Al preguntarle por qué había cambiado su edad dice: "No-
ero que se case porque me va hacer falta, todavía me pertene-
porque no se me ha casado".

Después dice que esta hija no fue igual de obediente que-
paciente. Era muy "enérgica".

Después de esta hija se separó de su esposo y ya estaba--
parazada del segundo hijo el cual murió, teniendo cuatro días--
nacido. Dice la madre que fue de "aire".

A los dos años de separación regresó con su esposo y tuvo
a paciente.

De esta hija enferma actualmente, dice que su desarrollo-
e normal, habló y caminó al año y medio, dormía bien, no tenía
adillas ni se comía las uñas. Controló sus esfínteres a los--
años.

De ella dice: "Ha sido muy obediente, a veces sí se enca-
chaba, hacía berrinches, pero de que se enoja ya nadie le di-
nada, bueno, sí la regañaba, pero ahora que está enferma ya --
Yo casi nunca me ha gustado pegarles porque pobrecitos, es--

pobrecitos, quién sabe qué suerte les toque".

"Desde chiquita fue muy buena, muy amorosa, muy cariñosa y muy calladita. Era muy buena en la escuela, me decían que portaba bien".

Al preguntarle si esperaba el nacimiento de esta hija dice: "Yo siempre he esperado a mis hijos".

Esto lo dice de una manera contundente y después dice: "Es si no tenía más que..."

Del nacimiento de la paciente dice: "Esperaba yo niño para que no sufriera lo que nosotras sufrimos."

La época peor de mi vida fue cuando nació esta hija, cuando estaba embarazada de ella, siempre moliendo metate y haciendo tortillas a las vecinas para que me dieran de comer, todas mis tortillas fueron muy buenas conmigo".

Cuando dice esto llora.

"Casi nunca dormía del pendiente de comprar ropa para la niña que iba a nacer, del pendiente y de ver cuando no trabajaba para ir a hacer, mi esposo me decía: "Taruga, ni es cierto, ni es tener a la niña. Cuando nació ella era cuando estábamos nosotros pobres. Ahí estaba yo como huérfana pidiendo ayuda".

Explica que esta niña nació "bien chiquita, en cambio la paciente nació bien gordita".

Después de esta hija (la paciente), nació otro hijo que a los dos años y medio enfermó de sarampión. La paciente tenía cinco

co años y en esa misma época contrajo la misma enfermedad y estuvo muy mal y la madre dice: "El mismo año se enfermó ella y el niño, el niño se murió y la niña se alivió". "El niño murió porque vivía con mi esposo en esa pobreza, si no, no se hubiera --- muerto".

Después de este niño nació el que ahora tiene diez años. De él dice: "Va en cuarto año, no se ve abusadito como se ven -- los niños, le hablo y no me contesta, sólo cuando me enojo ya me hace caso. Va regular en la escuela".

A este niño se lo trajo a México cuando tenía dos años de edad y trabajó con él de sirvienta. Relata que dejó de trabajar de planta en las casas porque los patrones le pegaban al niño.

Enfermedad de la Paciente.

Dice la señora: "Desde chiquita decía que la trataban muy mal en la escuela, que los niños le pegaban. Llegó hasta quinto-año. Hace cuatro años se enfermó pero le dieron medicinas y siguió estudiando; empezó a no poder dormir y no poder comer o comer demasiado y a veces llora y llora.

En la escuela que todos la trataban mal. Se le subían los ojos y le temblaban las manos y le da por cantar y cantar".

Explicación de la Enfermedad de la Paciente.

Como primera razón dice: "Me la embrujaría la señora con- la que trabajaba, porque luego supe que era una bruja".

INTERPRETACION DE LA ENTREVISTACASO # II

Se trata de una señora que vivió una infancia muy dolorosa a cual sentía continuamente que era rechazada por la ma--

Estos rechazos la condujeron a pensar que posiblemente no a de esta madre.

Al padre, aunque lo quería porque sentía que funcionaba-- protector contra las agresiones de la madre, no lo sentía-- rte ("cuando me protegía era peor").

Por lo tanto, se vivió sometida a un temor y rechazos con sin poder aceptar o expresar su protesta hacia estas si-- es, sentimientos que probablemente hayan condicionado la-- suspicaz que hasta el momento actual posee, como se pudo r en toda su conducta.

La señora se casó buscando salir de esa persecución en la encontraba, con el deseo de buscar protección. Dice tex-- te: "Mi mamá nunca me quiso, hasta pienso que no sería mi que me recogieron, casi por éso me casé porque ya estaba-- de sufrir con ella..." Pero se encontró con un hombre -- unque no la maltrataba, no le proporcionaba protección,-- aba suficiente para vivir, "era flojo".

Hasta cierto punto reunió en el esposo la situación de la el padre:

De la madre por la persecución económica, no tenían ni pa
 omer y del padre por ser hasta cierto punto "bueno".

La hija paciente nació precisamente después de la muerte
 un hijo y de una separación de dos años del esposo.

Esta época fue la peor desde el punto de vista económico.
 ica que no tenían absolutamente nada de dinero; no podía dor
 del "pendiente" de cómo le iba a comprar ropa a la niña que
 a nacer.

Cuando estaba en esta situación, su esposo le decía "taru
 ni es cierto que vas a tener a la niña" y enfatizando dice:-
 ndo nació ella era cuando estábamos bien pobres. Ahí estaba-
 como huérfana pidiendo ayuda".

"...la época peor de mi vida fue cuando nació esta hijar-
 do estaba embarazada de ella, siempre moliendo metate y ha-
 o tortillas a las vecinas, fueron muy buenas conmigo".

Añadido a esto, la niña nació muy pequeña y el hermanito-
 inmediatamente siguió, a los dos años y medio murió por el -
 mpión, enfermedad que también tuvo la paciente, pero ella se
 ó.

La paciente nació y creció al lado de una madre suspicaz-
 se sintió perseguida y completamente desamparada.

Esta sensación de desamparo fue proyectada en la hija "Es
 bien chiquita, en cambio la grande estaba bien gordita", --
 eraba yo niño para que no sufriera lo que nosotras sufrimos",
 me gustaba pegarles porque pobrecitos, están pobrecitos, ---

sabe qué suerte les toque".

Al mismo tiempo, la madre sentía agresión hacia ella, pero agresión que la hacía sentir culpable, así expresa que no le da pegarle, que cuando hacían berrinches no los regañaba, "si, ahora que está enferma no".

La agresión que no era expuesta abiertamente, se manifiesta antes de que la hija naciera.

Así por ejemplo, cuando se le preguntó si deseaba realmente el nacimiento de esta hija dice: "Yo siempre he deseado a mis hijos", ésto lo dice de una manera contundente y después dice: "si no tenía mas que..."

El esposo se encontraba en la misma situación. Relata la madre que su esposo le decía que él no quería que tuvieran hijos, "que no quería tener "tanta raza".

Todo ésto condicionó una hipersensibilidad en la hija que anteriormente se tradujo en suspicacia, "sus compañeros no la querían y se burlaban de ella", hasta que llegó a enfermarse totalmente.

Esta hipersensibilidad fue alimentada constantemente por la madre, aunque en forma velada. Un ejemplo de ésto fue cuando se mudaron a la casa y la hija lloró mucho y decía: "Ya nos van a abandonar la casa" y para consolar a la hija, relata la madre que decía "Yo le explicaba que no era nuestra casa, yo le decía: "quieren dejarnos casa que no nos dejen" "La vendieron y --

e quedamos sin casa".

A continuación añade "Ella es muy apurona".

Resulta obvia la susceptibilidad de la madre que traduce una forma velada a su hija y el carácter que ella desarrolló expresando en forma manifiesta el conflicto que su madre lo hace forma velada.

El debilitamiento físico de la paciente se convirtió desde principio en la imposibilidad de desprenderse de la madre. -- a buena, obediente, cariñosa, aplicada y cuando había algún intento de protesta la madre no lo permitía.

En resumen, la madre siempre se sintió perseguida, rechazada y desvalida.

Cuando la hija paciente nació, por el agravamiento de su condición económica, se agudizaron en ella estas vivencias y proyectó su debilidad en la hija.

Probablemente contribuyó a agudizar estas vivencias la separación que tuvo de su esposo por dos años, la pérdida de un hijo previo al nacimiento de la paciente y la pérdida de otro hijo cuando la paciente tenía cinco años.

Los dos contrajeron la misma enfermedad, pero la paciente salvó.

La hija creció así al lado de una madre débil y suspicaz y al mismo tiempo le impedía toda lejanía y protesta.

Esto condicionó en la paciente en un principio, una poca-

alización, una conducta sumisa, después suspicaz, hasta caer
a enfermedad.

PRUEBAS PSICOLOGICASCASO # IIWESCHLER

Escala Verbal

Inteligencia - 9 - 7

Inteligencia - 17 - 10

Matemática - 5 - 5

Palabras - 5 - 6

Vocabulario - 46 - 10

Símbolos.- 6 - 2

 40

Escala Ejecución

Copiar figuras - 4 - 4

Cubos - 18 - 6

Copiar figuras - 8 - 4

Agrupar cabezas - 14 - 4

 18 - 22

Escala Verbal - 40 - IQ= 80 - Normal torpe

Escala Ejecución - 22 - IQ= 69 - Débil mental

Escala Total - 62 - IQ= 74 - Subnormal

INTERPRETACION DEL WESCHLERCASO # II

La principal falla se localiza en el área de la atención--
tos - 2).

Está disminuída la capacidad de planeamiento, no puede --
r lo esencial pasando por alto lo secundario (Ordenar figu-
4).

El esfuerzo sistemático, voluntario y selectivo para resol
problemas esta también disminuído (Completar figuras 4).

La concentración es baja (Aritmética-6). La posibilidad -
lacionar hechos de una manera adecuada está distorsionada--
te caso (semejanzas-6) puesto que se queda en los niveles-
simples de asociación, así cuando se le pregunta en qué se-
en el aire y el agua responde: "En que las dos entran con--
sma letra".

Otro ejemplo es cuando se le pregunta en qué se parecen--
io y castigo" responde: "El premio es para componer el cas-

Además de la relación inadecuada entre estos dos estímulos,
respuesta está indicando la distorsión que la sujeto tiene-
s patrones de conducta, la culpa y la inconsistencia que ma
sta.

Pese a que el nivel de comprensión no es muy bajo, con lo
indica en general una cierta conservación de su juicio lógi

ncional (Comprensión - 10-) vemos que este juicio en oca
uestra ciertas tendencias paranoideas.

or ejemplo, cuando se le pregunta qué significa este di-
donde quiera que fueras haz lo que vieres", responde: --

hacer éso porque luego dicen que uno es un indito baja-
erro, para que no lo critiquen".

omo este tipo de verbalizaciones se pueden encontrar o--
ejantes.

osiblemente esta tendencia paranoidea es la que la condu-
ablecer relaciones inadecuadas como se vió en el subtest
anzas (6) que indica claramente cómo sus procesos de aná-
síntesis fallan.

or último, se observa que su participación con el medio-
aunque en un nivel concreto es baja (Completar figuras-
general no está tan disminuída como las otras áreas de-
amiento (Información - 7).

ay buen recuerdo de hechos y posibilidad de disponer de-
ecuadaamente.

odas estas fallas en su inteligencia señalan la presencia
ntos psicóticos en el razonamiento de la sujeto, con pre-
ria de núcleos paranoideos.

os elementos psicóticos se deducen de:

- La disminución severa de la atención.
- La falla en la planeación.

- 3.- El establecimiento de relaciones inadecuadas y a un nivel muy concreto.
- 4.- Las fallas severas en la concentración.

Los elementos paranoideos se deducen de:

- 1.- Su verbalización.
- 2.- Del establecimiento de relaciones asociativas inadecuadas.

La presencia de una adecuada comprensión general aunque fallas particulares de tipo psicótico, le permite funcionar en un medio externo como una sujeto pre psicótica.

Los elementos dependientes regresivos son claros en esta paciente, así cuando se le pregunta que qué haría si se perdiese un día en un bosque, responde: "Si veía a alguna persona me preguntaría que dónde queda el camino".

ASOCIACION DE PALABRAS

CASO # II

	Traumáticas	No traumáticas
ares	1	6 y (3)
nas		
etamiento	6	4
ivas	4	
ivas	9	7
co	1	
bles	1	1
méticas		1
ocimiento	4	1
eración	1	
e propio	1	2
exa	1	
amente		
tes		1
urbaciones del re-	Perturbaciones aso-	Perturbaciones
t	ciativas serias = 6	asociativas se
e completamiento	Perturbaciones aso-	riás= 2
tiva T	ciativas no serias=	Perturbaciones
e completamiento	24	asociativas no
tiva		serias = 15

INTERPRETACION DE ASOCIACION DE PALABRASCASO # II

Destaca la incidencia de respuestas de tipo próximo, entre las que sobresalen respuestas de completamiento, las afectivas y las adjetivas.

RORSCHACH

CASO # II

W = 4
D = 11
d = 1
dd = 1
F = 11
F+ = 1
Nuevo F = 1
Nuevo F+ = 1
A = 6
Ed = 3
P = 2
O+ = 1
= 1
= 1
= 1
= 5
= 1
= 16

Porcentajes

W = 25%
D = 68%
dd = 6%
F = 87%
F+ = 92%
Nuevo F = 87%
Nuevo F+ = 100%
A = 37%
Ed = 18%
P = 31%
O+ = 6%

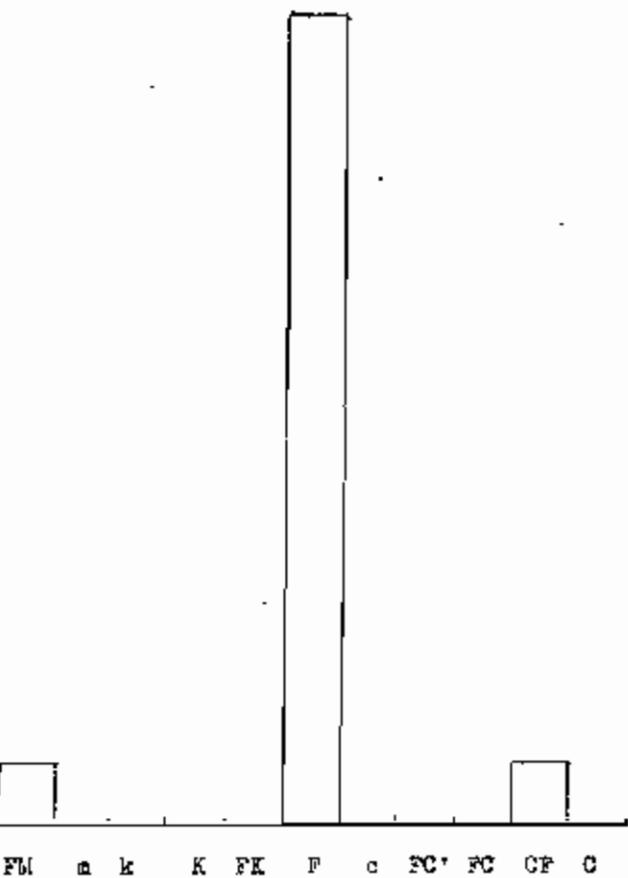
Adicionales

D = 1
F+ = 1
Bot = 1

Dos posibles FC.
Una posible c--
no verbalizada.

PSICOGRAMA DEL RORSCHACH

CASO # II



INTERPRETACION DEL RORSCHACH

CASO # II

Se observa pobreza asociativa (R = 16); ausencia de demarcada (M= C) y presencia de una elevada constricción y ---ción (F= 87%).

En esta coartación se observan esbozos de afecto explosivista (CF= 1) y de impulsividad (FM= 1).

En sus actitudes predomina la suspicacia; observa lo que no, ve las láminas por el reverso para investigar lo que dicen en su verbalización es frecuente la negación. Ejemplo: "Acá no me figura para que sea un pollito", "Acá no le veo que tenecitos", "Acá no le hallo forma, no es ni flor ni..."

En su verbalización se ve el uso del diminutivo, que puede indicar una cierta tendencia al empleo de la anulación; y en la identificación del estímulo se observa obsesividad, ejemplo "Si fuera tanto piquito aquí se me parecería un abanico, pero---nto piquito no puede ser éso".

En determinados momentos se ven fallas en su capacidad de identificación, sobre todo en la lámina IV (supuestamente clasificada como lámina de autoridad) en la que dice: "Acá no le veo ---nca picesitos y tiene cuatro piquitos abajo y arriba y a---ne forma de orejitas, pero no sé qué será".

Todos estos datos señalan la presencia de rasgos paranoiobsesivos dentro de la personalidad de: la sujeto.

yo se encuentra sumamente pobre, constreñido con esca-
de afecto a niveles narcisistas e impulsivos; y pese-
uicio lógico formal se halla bien preservado (F- =92%)
bilidad de adaptación (P= 37%), va acompañado siempre
itud suspicaz que la conduce a una pérdida de la dis-
o tiene figura para que sea "un pollito, un periquito",

CONCLUSIONES GENERALES DE LA ENTREVISTA Y LAS

TRES PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

CASO # II

Puntos Básicos Obtenidos en la Entrevista:

1.- La madre, desde su infancia hasta la edad adulta se --
tido perseguida, rechazada y desvalida.

2.- Estos sentimientos se agudizaron desde el embarazo de
iente debido a que se agravó su situación económica, que --
sí siempre había sido muy mala.

Probablemente otros factores hayan contribuido a esta a--
ción, entre ellos la pérdida (previa al nacimiento de la pa
) de un hijo; una separación de esposo aún antes del naci-
de la paciente; pérdida de otro hijo cuando la paciente --
cinco años y las características de debilidad del esposo.

3.- Agresión velada a la hija aún antes de que naciera.

4.- Proyección de su propia debilidad en la hija.

5.- Tanto la agresión como la debilidad proyectada en la-
ueron labrando en ésta una actitud suspicaz, paranoidea.

6.- En etapas previas a la enfermedad, la actitud de la -
te era de sumisión, su protesta estaba imposibilitada por
hibición de la madre.

7.- Cuando la hija se enferma, manifiesta abiertamente su
acia y comienza a padecer "temblores" y desviación de los-
in causa orgánica.

Puntos Básicos Obtenidos en las Pruebas

Weschler

minución severa de la atención.

la en planeación.

establecimiento de relaciones inadecuadas y a nivel muy con-
to.

la en concentración.

realización que denota actitudes paranoideas.

dependencia marcada.

Asociación de Palabras

incidencia en respuestas de tipo próximo tales como com-
frases, respuestas afectivas y adjetivas.

Rorschach

reza yoica

tud suspicaz

tación elevada.

común de la negación y anulación.

as en su capacidad de integración.

dional afecto explosivo, narcisismo.

diagnóstico:

aso marginal con características de esquizofrénia para--

CASO # III

Sexo.- Femenino

Edad.- 50 años

Estado civil.- Casada

Estado actual.- Separada de su esposo

Número de hijos.- Ocho

Escolaridad.- Segundo de primaria

ENTREVISTA

Conducta General.

Se trata de una señora que representa la edad que dice te de estatura media y complexión obesa.

Se presenta a primera sesión con el esposo de la paciente veinte minutos de retraso.

A la segunda sesión viene con diez minutos de retraso y--

La señora se muestra cooperadora, realiza con aparente --acencia todos los trabajos que se le piden .

Mantiene constantemente una sonrisa amable. Esta actitud se modifica cuando le pregunto por el internamiento de su-- en este momento empieza a llorar y relata su tristeza por--ntecido. Exceptuando este momento, aún cuando hablaba de é molestas en su vida, su actitud sonriente era igual.

Es aparentemente cercana, así cuando terminamos el estu--

arriñosamente de mí, me toma la mano entre las -
ha con afecto.

acepta todos los cigarrillos que le ofrezco con
sión yo estaba buscando dónde apagar el cigarro
de la mano; yo pensé que lo iba a apagar pero-

esión de que en todo el tiempo del estudio tra-
y complacerme, así en un momento dado; cuando-
tá fatigada dice: "No, si yo no me enfado, lo que
c".

nifiesta una continua necesidad de que yo aprue
que da, de esta manera, en la primera lámina--
ar una respuesta popular obvia lo dice con mu--
y timidez y levanta su cara y me ve como si me-
ara su respuesta.

l finalizar cada respuesta dico: "Mire usted", -
convenza de que es correcta su respuesta.

es no son por lo general espontáneos ni muy ex-
n se limita a contestar lo que se le pregunta--
ción.

pocos informes espontáneos que ofreció consis-
de chica padecía fuertes dolores de cabeza; ac-
aparecido, aún cuando todavía siente poco dolor,
l: segunda mañana que le tocó venir a estudio-

Familiar.

que fueron cuatro hermanos. Ella vivió la mayor--
 ancía con su abuela, pero veía a sus padres con -

Dre dice lo siguiente: "Lo mataron cuando yo te--
 ses antes, él me recogió de casa de mi abuela.

mucho, así nunca me llegó a pegar. Era muy serio,--
 no miedo".

Dre dice: "Era muy cariñosa con nosotros, muy apa--
 nojona.

no conoció a su papá porque se murió al año de --
 á nos dejó con mi abuelita cuando yo tenía nueve--
 trabajar a Guadalajara. Después de un año todos--
 adalajara y tuvimos que trabajar".

del Enlace con el Esposo.

la sujeto que se casó a los 17 años; su esposo te--
 rocrearon ocho hijos.

o trabajaba como guardabosques en el bosque de --

is meses del inicio de su matrimonio dejó a su ma--
 on su madre, según informa porque una tía suya --
 ejó ya que no estaban casados por la iglesia y --
 que se iba a "condenar".

an casados por la iglesia porque el esposo profe--

ón. Ella no se enteró de esto sino hasta que va-
por el civil.

primera hija tenía un año y medio de edad, re-
mediatamente se embarazó de su segunda hija ---

vivencia con él dice: "Era muy celoso conmigo, -
porque todavía lo quería, como me iba a enamorar-

e la gopeaba a menudo. Esta actitud empezó cuan-
er hijo que es menor a la enferma por un año.

comenzó a tomar en exceso y ella "sufría mucho".

e varias veces se separó de él y se iba con su--
e ocho días él venía por ella y entonces regresa

mía que si se separaba de él la podría matar.

e años de matrimonio se separaron y hasta la fe-

separados. Recientemente su esposo vino a pasar

casa. Dice: que los hijos sí lo reconocen como-

entía un odio aquí adentro, yo ya terminé con --

tiembre del año pasado vive con su madre y sus--

uno casado.

ya no la ayudó económicamente y ella se sostia-

e sus hijos y le algunas lavadas de ropa que ha-

mente: "Nunca he dejado de ayudarlos poquito".

Informa que su vida sexual la inició con su esposo y ase-
ue nunca sintió nada, ni placer ni satisfacción. Dice: "si
tocaba no sentía gusto ni nada, yo era muy rara".

Historia de la Relación con los Hijos.

Dice tener ocho hijos. La mayor de 32 años, la paciente--
un hombre de 28, otro de 26, una mujer de 23 años, un hom
20 y un joven de 15 años.

La primera estudió hasta el sexto año. Está casada por se
vez. El fracaso de su primer matrimonio se debió, según la
a que su esposo era muy celoso y la suegra intervenía mu-
e esta hija dice: "Era muy problemática, se salía sin avi-
l padre tomaba y la buscaba a ella para pegarle y la herma
paciente) se asustaba mucho aunque a ésta en una sola oca
e pegó".

De la segunda hija (la paciente), dice: "Estudió tres años
ercio. Martha fue muy obediente, de chica padeció bronco--
ía y padecía mucho de los oídos. Yo me dedicaba mucho a --
la".

Informa que caminó al año y medio. Dice: "ya grandecita,-
pronto pero no caminaba".

Los dientes le salieron al año . La alimentó con pecho du
un año igual que a todos sus hijos, con excepción del últi

Controló pronto sus esfínteres, según dice la madre. Ase-

unca les pegaba para educarlos.

resa que en la escuela fue muy aplicada, la maestra de
 nía inteligencia pero no podía enseñarle a leer pronto.
 era "amiguera", era muy aseada, limpia, "no le gustaba
 aba muy poco, les daba de desayunar a todos ella soli-

ndo le pregunto si ella la mandaba a que les diera de-
 a todos dice que no. Dice: "De todos, ella fue la más-
 y la que trabaja ahora en el laboratorio, de ella esta
 ullosa, ella fue un modelo. A ella la quería más, era-
 sable. Si veía que el padre no nos daba, ella ponía to-
 ro, haga de cuenta que era el jefe de la casa: batallia
 hermanos, se mortificaba mucho, fue muy apurona por--

ata que de chica le tenía miedo al padre, pues aunque-
 gó una vez, se asustaba mucho cuando le pegaba a la ma-

época más preocupada de su matrimonio fue cuando nació
 e por los celos que su esposo le manifestaba y por que
 y mal económicamente. En esta época recurría a su ma-
 ecuencia.

tercer hijo estudió hasta quinto año. Es casado y se -
 nofer. Dice que vive bien con su esposa.

cuarta hija es secretaria y soltera. El quinto está en

tericia y trabaja en laboratorio. El sexto hijo-
secundaria.

ninguno de sus hijos padece de nada salvo la hi-

Padre en la Educación de los Hijos

de su esposo casi no intervenía, sólo molestaba-
la mayor porque era muy callejera y traviesa y-
on el tercer hijo.

de la Paciente.

a la enfermedad de su hija dice: "Llegaba muy
do, no quería comer, no quería venir a trabajar
ir a la calle. Le dieron un tratamiento y se -
poca se casó.

uando tuvo a su primer hijo se volvió a enfer-
le iba al sueño y se pasaba arregle y arregle -
siones que le hablaban y oía voces". En sus de-
ntral era la obsesión de ser útil a la patria y
rvir para nada.

a de la Enfermedad de la Paciente.

do empezó a trabajar por los gastos de la casa-
e los hermanos, ésto la enfermó y además el tra-
que ganaba no le alcanzaba, nunca he dejado de-

INTERPRETACION DE LA ENTREVISTA

Ha caracterizado la historia de la señora una liga intensa con su madre que no obstante reiteradamente la abandona.

El padre también se caracteriza por su ausencia y cuando llegó a tener escasos contactos con la señora (tres meses antes de su asesinato) le producía miedo, lo sentía agresivo e irresponsable.

La abuela vivió sin esposo debido a una muerte prematura.

La señora abandona a su esposo a los seis meses de casarse por el temor a "condenarse", debido a que no estaban casados en la iglesia. Posteriormente, cuando regresa con su esposo, él tiene las características del padre, "tomador, irresponsable, -- infantil".

La señora se formó un carácter extraordinariamente dependiente y con una liga intensa a la madre.

Abandonaba con frecuencia al esposo y se iba a vivir con la madre la cual siempre la ayudó económicamente.

Esta dependencia se agudizó al nacimiento de la paciente precisamente porque la situación económica empeoró en esta época.

Esta hija fue muy enfermiza por lo que la madre le ponía mucha atención. Dice: "Yo me dedicaba mucho a cuidarla".

Probablemente por las características de extremo infantilismo de parte de la madre, se identificó con la hija enferma y desde un principio la hija se sometió a la madre.

La hija, según expresa la señora era "la mas obediente... ella estaba muy orgullosa, ella fue un modelo, a ella la que más, era muy responsable".

De ésto se deduce que la madre no sólo se identificó con la hija en su debilidad, sino que también esperaba de ella protección, amparo. Estas demandas son posibles de observarse en su historia: ella trabajaba muy poco, su madre la ayudaba, y en la actualidad sus hijos la sostienen. Ante este hecho dice: "Mis hijos me sostienen y yo hago algunas lavadas de ropa, nunca he podido de ayudarles poquito".

Esta actitud demandante también se puede ver en la entrevista en la cual acepta todos los cigarros que le ofrezco y en un momento dado, al tratar yo de apagar uno de ellos, me lo coge de la mano y se lo fuma.

La hija, paciente actual, probablemente por la liga especial que tuvo con la madre comprendió estas demandas y así expresó a la madre textualmente: "A ella la quería más, era muy responsable, si veía que el papá no nos daba, ella ponía todo el dinero, ella hacía de cuenta que era el jefe de la casa, batallaba con los hermanos, se mortificaba mucho, fue muy apurada por todos". -- "El desayuno le daba de desayunar a todos (los hermanos) ella solita".

En resumen, la madre puede identificarse con esta hija por su enfermedad. Lo hace proyectando su debilidad y la sobreprotección pero al mismo tiempo de acuerdo al carácter demandante y dependiente de la señora, busca en esta hija protección.

La hija desde el principio se somete a este sometimiento--
duce en la madre vivencias de protección y amparo. Primero la
a fue su orgullo, era a la que más quería, a la que más cuida
y después se convirtió en su sostén.

Quizá el sometimiento de la niña se condicionó por el te--
ante el padre hostil. Siendo buena evitaba que la conducta--
agresiva del padre se dirigiese a ella.

No obstante la niña vivía con mucho temor quizá más que--
resto de los hermanos debido a esta liga intensa que tenía la
re con ella y al empobrecimiento de su yo; era poco amigara,
jugaba, etc.

Posteriormente cuando se enferma, en sus delirios presen--
a obsesión de ser útil a la patria y a la voz de no servir -
a nada.

Estos delirios representan las demandas primarias que pro--
amente la madre tuvo para con ella.

PRUEBAS PSICOLOGICASCASO # IIWESCHLER

Escala Verbal

Información - 7 - 6

Comprensión - 15 - 9

Semejanzas - 6 - 6

Aritmética - 6 - 6

Vocabulario - 44 - 10

Dígitos - 8 - 6

 43 - 85

Escala Ejecución

Completar figuras - 5 - 5

Cubos - 16 - 5

Ordenar figuras - 6 - 2

Rompecabezas - 14 - 4

 16 - 20 - 72

Escala Verbal - 43 - IQ = 85 - Normal torpe

Escala Ejecución - 20 - IQ = 72 - Border line

Escala Total - 63 - IQ = 79 - Border line

INTERPRETACION DEL WESCHLERCASO # III

La capacidad de anticipación y planeamiento se ve en este caso dañada (Ordenar figuras = 2) y aunque el juicio lógico formal en apariencia no es muy bajo (Comprensión = 9), es imposible ser utilizado cuando se requiere que lo emplee en forma concreta e inmediata, lo cual denota un estado de tensión, inseguridad y grave dependencia (Ordenar figuras = 2).

Esta imposibilidad de hacer frente a situaciones reales concretas se observa además en la lejanía que presenta a su ambiente (Información = 6) (Completar figuras = 5).

Todo esto sugiere un estado de regresión y de pobreza yoi

La tensión sufrida refleja además en la disminución del á de atención y en la concentración.

ASOCIACION DE PALABRAS

CASO # III

	Traumáticas	No Traumáticas
populares	3	14
próximas	2	0
completamiento	2	1
afectivas	8	3
objetivas	1	2
loqueo	1	1
múltiples	0	1
definiciones		3
perseveraciones		1
onomimética		1
desconocimiento	4	1
definición múltiple	2	
medianamente distantes		2
inconexa	1	0
perturbaciones del re- cuerdo: 2 - De afectiva a me- dianamente distante. 6 - De popular a me- dianamente distante 8 - De definición a - popular.	Perturbaciones aso- ciativas serias = 4 Perturbaciones aso- ciativas no serias = 16	Perturbaciones-- asociativas se-- rias = 7 Perturbaciones a sociativas no se rias = 9

INTERPRETACION DE ASOCIACION DE PALABRASCASO # III

El nivel que obtiene en este examen está dentro de lo que el paport clasifica como pre psicótico por la incidencia de perturbaciones serias; éstas, por carecer de elaboración suficiente ser más bien de tipo de respuesta próxima, indicaría que este nivel prepsicótico corresponde al de un yo sumamente empobrecido y poca actividad ideacional.

La presencia de respuestas de definición indica también el uso de defensas obsesivas.

Así en resumen de este protocolo, se deduce la presencia de un yo pobre en nivel pre psicótico con defensas de tipo obsesivo.

RORSCHACHCASO # III

= 5
 = 4
 = 1
 =(2)
 = 1
 = 2
 = 2
 = 2
 = 1
 = 1
 1
 2
 (1)
 (1)
 6
 2
 2
 1
 1
 3
 1

Porcentajes

W = 45%

D = 36%

dr = 9%

DW = 9%

F = 72%

F+ = 75%

Nuevo F = 90% (más una KF
sec.)

Nuevo F+ = 100%

A = 54%

H = 36% (2(H))

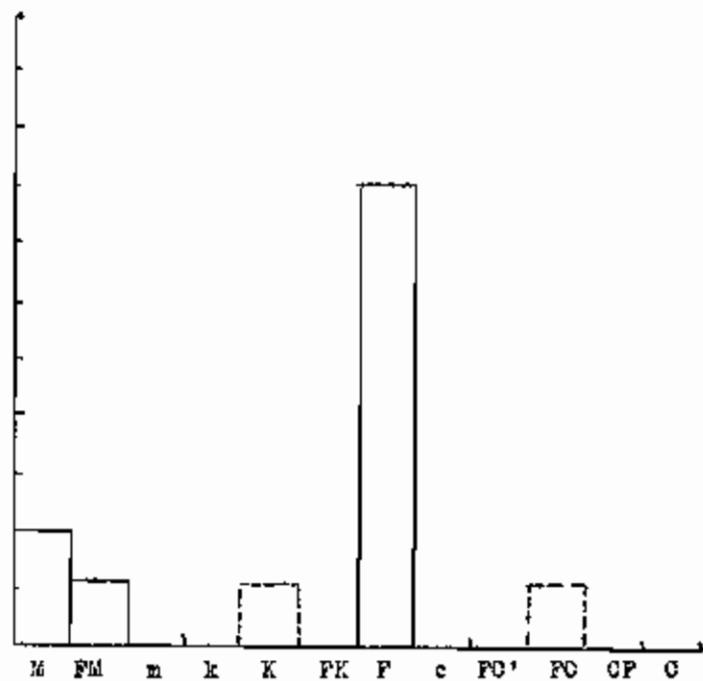
P = 27%

O = 9%

Una posible CF no verbalizada.

PSICOGRAMA DEL RORSCHACH

CASO # III



La impulsividad apenas es posible observarla ($FM=1$) y lo que destaca es la coartación; la presencia de 2 respuestas M_1 - - más que empatía indican la represión y su imposibilidad de - - mostrar nada de su mundo interior al ambiente, debido a la au - - sencia de respuestas de color.

Se observa ansiedad mal controlada (KF vaga⁺) escasamente integrada.

Unido a todo esto, se ve que la sujeto ha anulado por - - general su vivencia de tensión ($m=0$), ha logrado adaptarse a - - medio ambiente de una manera convencional ($P= 27\%$) mediante - - represión de sus afectos e impulsos por medio de la formación - - activa (la sujeto da dos respuestas "payaso" y las dos son mal - - tas).

Anula la posibilidad de contacto, da 36% de respuestas - - manas, pero son muñecos, niñas con cola o viejitos jugando.

En estas respuestas se observa cómo el elemento humano - - está distorsionado, no es real.

La anulación se ve también en la lámina IV (lámina auto - - aría) en la que ve un animal sin cabeza, y en la lámina V en - - que describe un murciélago con menos alas.

Es de interés anotar que en la primera lámina de color - - (sectos) lámina II, ofrece como una respuesta "payaso" y en la -

ma lámina, como última respuesta, dice: "payaso".

Las dos respuestas son mal vistas y están señalando su ag básica de aparentar, mediante una formación reactiva, lo - rario de lo que el impacto afectivo le despierta, que parece de tal magnitud y tan inapropiada que la invalidan en su - - io lógico provocando una percepción distorsionada.

Unido a esto destaca una actitud continua de dependencia- cesidad manifiesta de aprobación; de esta forma, siempre ne - ta que le corrobore su respuesta ("así parece, mire usted").

Todo lo verbaliza manifestando mucha inseguridad, nunca - ma sus respuestas, aún las más obvias y populares, como por - plo "murciélago" en la Lámina 1.

En general el Rorschach muestra una pobreza y poca marcada ejada en elevada coartación, escaso afecto y cuando surge -- a tipo convencional.

Represión general de expresión de afectos e impulsos aun- se observa cierto negativismo (S=2). Continua anulación y -- ación reactiva de cualquier expresión de tensión que pueda - ir en ella.

Se ven además mecanismos de defensa que no son manejados- nivel neurótico puesto que se observa distorsión del jui - lógico.

Esto, unido a la tendencia a la confabulación y contami - on que muestra en su curso asociativo, indica la presencia -

oleos psicóticos, pero que en cierta forma no le invalida -
funcionamiento, aunque empobrecido, en su medio ambiente.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA ENTREVISTA

Y LAS TRES PRUEBAS PSICOLOGICAS

CASO # III

Puntos básicos obtenidos en la entrevista:

- 1.- La señora desarrolla un carácter extremadamente de --
ndiante, demandante, con un rechazo de la figura masculina si-
iendo los patrones de su madre y de su abuela.
- 2.- Cuando nace su hija, la situación económica se agrava
af también lo hacen las características previas de su carác -
c.
- 3.- Esta hija es enfermiza por lo que permite a la madre-
oyectar su desvalidez en ella y actuar con sobreprotección.
- 4.- Mediante esta liga especial, la madre empieza a deman
r de su hija conforme a sus rasgos de carácter.
- 5.- La hija se somete a la madre y debido a la liga espe-
al que tiene con ella, parece comprender las demandas de la --
dre y se convierte paulatinamente en su sostén.
- 6.- Cuando la hija se enferma, en sus delirios surge como
aa central el sentimiento de que tiene que ser útil a la pa --
ia y a la vez el temor de que no sirve para nada.

Puntos básicos obtenidos en las Pruebas:

Weschler

1.- Sería disminución de la capacidad de anticipación y pensamiento.

2.- Lejanía del medio externo.

3.- Severa dependencia, imposibilidad de hacer frente a situaciones reales.

4.- Disminución en el área de la atención y de concentración.

Asociación de Palabras

1.- Incidencia en respuestas de tipo próximo, especial -- de tipo afectivas y adjetivas.

Rorschach

1.- Pobreza yoica.

2.- Coartación elevada.

3.- Ansiedad mal integrada.

4.- Tendencia a la confabulación y a la contaminación.

5.- Dependencia extrema.

6.- Cierta posibilidad de usar mecanismos de tipo obsesivo en su ajuste.

Diagnostico

Caso marginal. Todas las pruebas señalan la presencia de psicóticos en la sujeto que no invalidan el funcionamiento su yo, aunque en forma empobrecida, y con ciertas distorsiones en el curso de su pensamiento.

CASO # IV

Sexo.- Femenino

Edad.- 67 años

Estado civil.- Viuda hace 34 años

Número de hijos.- 7 hijos. Dos murieron adultos, un aborto — entre el segundo y el tercero.

Escolaridad.- Tercer año de Comercio y clases de bordado.

ENTREVISTA

Conducta General

Se trata de una señora que representa la edad que dice --

Adecuadamente presentada.

Asiste puntualmente a las entrevistas y coopera con todo-

que se le pide. Su conducta es desenvuelta, se muestra segura --
sí misma, es agradable.

De inmediato muestra su acervo cultural el cual es amplio

Cuando se le pregunta por la edad de sus hijos expresa: "es-
deada con Pitágoras".

Lo primero que dice cuando nos vemos en la primera oca --

es que su hija tiene que operarse de hemorroides y que és-

perere que se lo hagan fuera del hospital. Dice: "No creo que

esté bien, lleva apenas tres días aquí, usted comprende que --

que de ella, aquí se ha de sentir mal, pero nos saldría mucho

...bia pelsas porque no me gustaba estar con la boca ca--
mi esposo me sentía defraudada, no era igual como --
esposo con el primer hijo se dignó a llevarme al cine --
me llevaba a ningún lado y no me hizo el gusto de com--
pastalito que se me había antojado. Como esos detallis--
muchos".

...nía temporadas que no hablaba, pero teniendo en cuenta
y serio lo toleré 19 años, lo tuve que aguantar".
...ataba muy mal a los hijos, les pegaba a todos parejos,
angelina que era su consentida. Los trataba como ani --
ndo se alteraba yo la decía "allá vas tú a la cárcel".
...relación a sus intereses dice: "Cuando me casé tuve --
las manitas. Ya no era amiguera porque se me fueron --
amigas, él me las espantaba.

...quería estudiar farmacología, pero él no me dio permisi-

...relación al área sexual dice que experimentaba goce se

...toria de la Relación con los Hijos

...sus hijos dice: "De carácter los veo naturales, la me--
o nerviosilla y violenta de carácter".

...rasa que por la época del nacimiento de la paciente, su--
rmió de tuberculosis. Empezaron a estar muy mal econó --

amente debido a que el esposo renunció a su trabajo.

La señora dice: "El cometió la tontería de renunciar; yo sabía que yo podría sacar algo de pensiones."

Cuando la paciente tenía 4 años el esposo murió. La señora se iba a trabajar y dejaba a la paciente junto con su hermana dos años encerradas en un cuarto. Dice: "Al hijo hombre, lo llevaba a la calle y él debajo de la puerta le daba los alimentos."

La situación cambió cuando la paciente tenía diez años.

En relación a alguna preocupación por la hija dice: "preocupación por todos, creo que nunca cometí injusticia con ellos."

En relación a la paciente dice: "De chica era muy mona, simpática, muy cariñosa, obediente. Las dos más chicas jamás fueron de un golpe o regaño no lo necesitaron."

De la hija que antecede a la paciente (por 4 años) dice: "Ella es tremenda, era la consentida del padre. No se crió conmigo sino con unos parientes que me ayudaron porque quedé viuda."

Refiriéndose a la paciente dice: "Era poco amigüera, jugaba solita, desde chiquita era retraída, cariñosa conmigo."

Yo pensaba que se llevaba muy bien con la chica, pero luego me dijeron que se peleaban mucho, que se daban unos agarrones tales y que Gloria (la paciente) le pegaba. Cuando se peleaba decía: ya es hora de que venga mi mamá, vamos a encontentarnos."

relación a su desarrollo dice: "Nació de parto normal, amamantó al año. No padeció onicofagia, pesadillas, nunca en la cama. En ese sentido todos fueron muy ordenados."

rol del Padre en la Educación de Los Hijos

no intervenía en la educación de los hijos". Después -- se pegaba a todos parejos, yo le decía allá tú, tú eres -- a ir a la cárcel: a Evangelina no la pegó porque era -- tida, los trataba como animales cuando se alteraba".

Enfermedad de la Paciente

Explica la madre que su hija estuvo casada por unos días -- de su enfermedad a este casamiento.

La niña que tuvo se quedó con el padre. (Explica que es -- hizo ella cuando se quedó viuda; mandó a una de sus hi -- elina, con una pariente para ayudarse) y la paciente em -- nerse triste. Dice la madre, "no hablaba, me soltaba -- brotas que nunca había dicho, ninguno de mis hijos dice -- ría. Empezó con una bola de aberraciones, nada más me -- cía --apártate demonio. Siempre fue muy reservada".

Aplicación de la Enfermedad de la Paciente

Contribuye la enfermedad al casamiento que tuvo la hija.

INTERPRETACION DE LA ENTREVISTACASO # IV

Como se vió en la entrevista, sus rasgos más prominentes-
ducta son su amabilidad y su actitud demandante.

Esta señora fué hija única. Su madre murió cuando ella te
años, no recuerda nada de ella ni sabe por qué murió.

Según relata, su padre y su tía la querían mucho y prin -
mente el padre la complacía y la llevaba a "muchos lados".

Todo esto da la impresión de una conducta de reparación -
arte de los familiares de la señora, partiendo esta repara-
de una negación del abandono primario de la madre a raíz --
"muerte".

La señora parece haberse quedado con este patrón durante -
su vida por lo cual se mostraba muy susceptible ante la con -
de su esposo la cual ella interpretaba como muy poco gra -
ante y poco reparadora, al grado de que teniendo ahora 67 -
se acuerda de la primera época de su matrimonio en la cual -
embarazada, el esposo le negó un pastelito que a ella --
había antojado.

Comenzó y terminó visualizando al esposo como un simple -
que proporcionaba determinadas seguridades, sobre todo --
económico. "cuando se enfermó cometió la tontería de re-

l trabajo).

ocho afecto que envuelve a sus relaciones se demuestra
r contacto que establece con la examinadora. Aún en
rme su nombre e inmediatamente después de saludarme
ija está enferma de las hemorroides y quiere operarse
pital, pero nos saldría muy costoso operaría afuera,
saiga bien, lleva apenas tres días, usted comprende
cosa de ella".

s expresiones en donde se observa poco afecto son: --
ura que ya estaba medio chifladita".

bajo esta caracterología de demandancia, poca liga -
bajo una situación de posible pérdida del esposo al -
rincipalmente como objeto proporcionador de ciertas -
nace la paciente. Precisamente el esposo enfermó --
paciente y murió cuando ella tenía cuatro años.

blemente la frustración que de por sí sentía por el
agudizó cuando éste enfermó, debido a que renunció --
sobreviniendo con ello una estrechez económica.

és la paciente, junto con la hermana que nació dos -
e (y aunque no enfermó como ésta "es algo nerviosí --
lenta de carácter") fueron abandonadas en un cuarto -
quedaban encerradas mientras la madre trabajaba, al -
"echado" a la calle y les daba los alimentos por de-

puerta.

situación parece haber sido vivida por la paciente -
resión ya que le pegaba fuertemente a la hermana me -
gresión era ocultada ante la madre por temor.

curioso que precisamente el contenido de los delirios -
ma refleje en cierto sentido estas tempranas experien

úcleo central de su patología consiste en un delirio -
social y político en el cual refiere haber recibido -
un arcángel que le habla de la misión que debe reali -
dierra. Cuenta haber visto un resplandor y el perdón -
dice haber necesitado dos años para alcanzarlo.

ncierra en el baño y hace ademanes diciendo "apártate
escucha voces que la alientan para que tenga resigna -
prueba que está pasando en este mundo.

vecinos y mis familiares son unos monstruos que están
me dicen bruja, pero yo acepto todo para purificar el
frases comunes son: "Dios nos lo premiará si con ésto
liberarnos de un demonio".

madre que abandona, el hermano fuera de casa porque re -
un peligro sexual y su propia agresión son vividas co
ns.

podría preguntar por qué la otra niña bajo las mismas -

condiciones no enfermó. Al respecto es importante observar que cuando nació la paciente empezaron todos los trastornos y la sensación de la madre de perder su seguridad.

Esta liga entre el nacimiento de la niña y la pérdida de seguridad fueron significativas para la actitud de la madre con la hija.

La otra, aunque no está enferma, parece ser también un problema por su nerviosidad y su violencia.

Además de las características de frialdad afectiva de la madre, de abandono, de negación de conflictos ("yo creía que ella se llevaba bien"), se observa una franca intolerancia ante la desobediencia.

A la hija más rebelde la dió a unos parientes para que se ocuparan de ella, a raíz de la muerte del esposo.

Además de esto se observa en la madre una necesidad de exclusividad, todo para ella; esto se infiere del hecho consistente de que esta hija era precisamente la preferida en forma manifiesta por el padre; a todos les pegaba menos a esa hija.

PRUEBAS PSICOLOGICASCASO # IV

WESCHLER

Escala Verbal

Información - 18 - 11

Comprensión - 20 - 12

Aritmética - 8 - 7

Semajanzas - 21 - 14

Vocabulario - 73 - 16

Dígitos - 8 - 6

66

Escala Ejecución

Completar figuras - 9 - 7

Cubos - 33 - 10

Ordenar figuras - 12 - 6

Rompecabezas - 16 - 5

28 - 35

Escala Verbal - 66 - IQ = 112 - Normal brillante

Escala Ejecución - 35 - IQ = 101 - Término medio

Escala total - 101 - IQ = 109 - Término medio

INTERPRETACION DEL WESCHLERCASO # IV

En un buen funcionamiento general de su inteligencia se observan elementos tensionales que la hacen fallar en atención (Figuras = 6), concentración (Aritmética = 7) en su anticipación y planeamiento en general (Ordenar figuras = 6, Rompecabezas = 5).

Pero en general, su contacto con el medio externo es satisfactorio, su comprensión es buena al igual que la relación que establece entre los datos (capacidad de establecer analogías).

El caudal de información es amplio así como también es posible observar una riqueza cultural.

De toda esta prueba se deduce una buena inteligencia y una adecuada fachada social.

ASOCIACION DE PALABRASCASO # IV

	Traumáticas	No traumáticas
	9	20
	2	3
	1	1
	0	1
Definición múltiple	(6)	1
Nombre propio	2	1
Palabras distantes	2	1
Definiciones del recuerdo	Perturbaciones a	Perturbaciones
Definición múltiple	sociativas serias	asociativas se
	= 6	rias = 2
Nombre propio a múltiple	Perturbaciones a-	Perturbaciones
Definición a popular	sociativas no se-	asociativas no
Popular a afectiva	rias = 7	serias = 5

INTERPRETACION DE ASOCIACION DE PALABRASCASO # IV

Esta prueba logra conservar una buena fachada social --

29) : la incidencia de respuestas de definición múltiple --

e señala el uso de mecanismos obsesivo compulsivos en su pro
de adaptación.

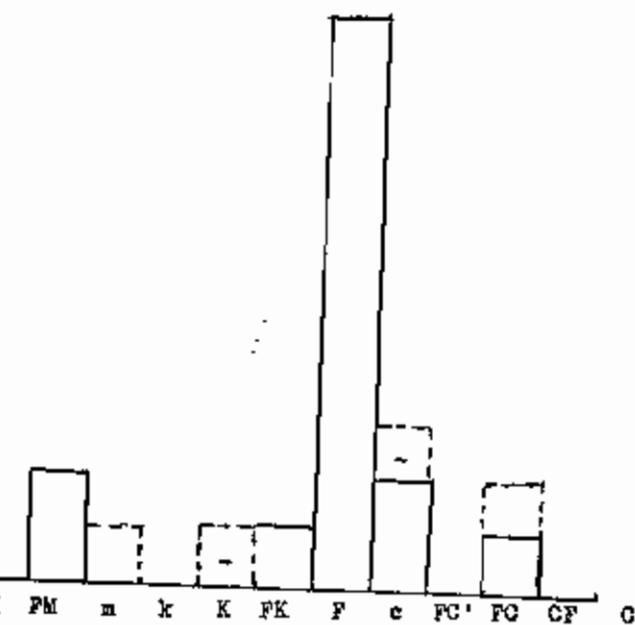
RORSCHACH

CASO # IV

= 2		Porcentajes	
= 11		w =	12%
= 2		D =	68%
= 11		d =	12%
= (2)		DW =	6 y 6 adicional
= 9		F =	62%
= 1		F+ =	90%
= 1+		Nuevo F =	87%
= (1-)		Nuevo F+ =	2 negativas a interve- nir K y c.
= 2			
= (1)		A =	31%
= 2(1-)		Sex =	43%
= 11+ (1)		O =	6%
= 5		F =	18%
= 2			
= 7		Adicionales	
= 1		dd = 1	A = 1
= 1		B = 3	H = 1
= 3		F- = 3	Sex = 2
= 1		Fc' = 1	
= 16			

PSICOGRAMA DEL RORCHACH

CASO # IV



INTERPRETACION DEL RORSCHACHCASO # IV

En esta prueba se observa que aún cuando el proceso asociativo se encuentra dentro de límites normales, (R = 16) es estereotipado, siendo el contenido de la estereotipia de tipo sexual (Sex = 43%).

Este dato indica actitudes obsesivas en la conducta de la persona que le impiden aflorar otro tipo de asociaciones, empobreciendo por tanto la variedad de su proceso asociativo.

Aunque en general no hay distorsión del juicio lógico (F+ = 90%), en determinados momentos se producen distorsiones severas en su razonamiento (DW = 6 y 6% adicional), así como se ve una respuesta anteponiendo su pensamiento obsesivo y haciendo a un lado el estímulo real. Por ejemplo, en la lámina IV: "Como parte de la cadera pero está peludito". "Yo creo que se podría dibujar la cadera y aquí se podría ver el recto, o la vagina, en medio lo veo como si fuera por dentro, aquí-gluteos".

En general este es el tipo de respuestas que da aunque con tal distorsión del juicio lógico como se pudo percibir en la lámina IV (autoridad).

Esta misma distorsión se ve en la lámina I (de adaptación)

como respuesta "dos coyotes o zorros unidos por la espalda
ornillados por una tuerca".

Esta respuesta puede ser interpretada como la vivencia -
sena de ella y de su medio ambiente, como objetos de peli-
spuestos a atacar, pero ligados íntimamente en una rela-
simbiótica.

En ella existe indudablemente una necesidad de contacto-
niveles muy primitivos (3Fc) y que en ocasiones la con-
a a distorsionar su juicio lógico (una de estas Fc es ne-
).

Esta respuesta no presenta el contenido sexual que se --
a en la mayor parte de ellas, pero inmediatamente después
la respuesta, lo siguiente que dice es "la parte infe --"
el recto".

Tal secuencia asociativa puede ser interpretada como la -
ación de un pensamiento obsesivo de tipo sexual para de -
es de la amenaza que vive en sus relaciones interperso --

Tal amenaza es vivida en forma paranoidea, esto se deduce-
spuestas de referencia ("lo mismo que en la otra lámina")
oposicionismo (S = 12%) y de su suspicacia (voltea las -
a, ve lo que dice atrás de ellas, etc.).

La sujeto ha detenido la afluencia del elemento psicóti-

utilizando mecanismos defensivos de tipo obsesivo compulsivo - que le han permitido una cierta adaptación convencional a -- medio ambiente (P= 18%, FC = 3); pero es posible ver que es -- defensas le han empobrecido considerablemente y no logran -- en momentos aflora el contenido psicótico.

La impulsividad está presente (FM= 2), pero tiende a no -- tuarla (CF= 0, C= 0). Hay ansiedad que la conduce a la distor -- ón en su juicio lógico (1 KF negativa) y vivencia de tensión -- = 1).

En general se trata de una señora que posee núcleos psi -- ticos importantes de tipo esquizofrénicos paranoideos que han -- do mantenidos bajo control por el uso de defensas obsesivo -- mpulsivas que en momentos no logran impedir la afluencia de -- elementos psicóticos.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA ENTREVISTA

Y TRES PRUEBAS PSICOLÓGICAS

CASO # IV

Puntos Básicos Obtenidos en la Entrevista:

1.- El carácter de la señora se estructura partiendo de--
negación de la muerte de su madre y de una continua actitud--
paradora de su padre y su tía.

2.- Con estas bases, la señora estructura un carácter de--
ndante, con rasgos narcisistas obvios. Todas las personas a --
alrededor se convierten en objetos susceptibles de ser utili -
dos para satisfacer demandas.

Se observa poca liga afectiva hacia las personas que la -
dean y en cambio se puede observar una demanda constante.

Además, tiene una tendencia a negar o no ver los problemas
e se suceden a su alrededor.

3.- Cuando nace la hija actualmente enferma, la situa - -
ón económica se agrava, el esposo enferma de tuberculosis, de--
de trabajar y la señora empieza a vivir mayor frustración en--
e demandas. "Cuando se enfermó cometió la tontería de renun --
ar al trabajo".

4.- El esposo muere cuando esta hija tenía 4 años y la --
dre la deja junto con una hija de dos años encerradas y al - -

lo echa a la calle y le encarga que les pase los alimentos debajo de la puerta.

5.- En la hija se observa desde un principio agresión directa hacia la hermana y que oculta a la madre. Esta, por su actitud de negación, no se percata de nada de lo que ocurre.

Es posible que la hija se haya sentido también muy abandonada en primer lugar por la situación especial en la que se encontraba y en segundo lugar por las características de la madre: poca liga afectiva, de manifiesto narcisismo.

Además vivía esta situación con sensación de peligro doméstico (el hermano no podía entrar a la casa).

Todas estas vivencias no eran expresadas por la hija a la madre, hecho que ella invalidaba esta expresión.

6.- Cuando la hija enferma, manifiesta en sus delirios ideas religiosas, políticas y sociales en donde cree tener una misión especial que debe realizar en la tierra. Refiere haber pedido el perdón de dios y continuamente realiza ademanes de temor "apártate demonio"; escucha voces que la alientan por su resignación por las pruebas que está pasando por el mundo. Expresa que le dicen bruja pero que acepta todo para salvar al mundo.

Sus frases comunes son: "Dios nos lo premiará si con nosotros vamos de liberarnos de un demonio". A su madre le dice --

ate demonio".

Puntos Básicos Obtenidos en las Pruebas

Weschler

- 1.- Fallas en atención.
- 2.- Fallas en concentración.
- 3.- Fallas en anticipación y planeamiento en general.
- 4.- Riqueza cultural.
- 5.- Adecuada fachada social.

Asociación de Palabras

- 1.- Adecuada fachada social.
- 2.- Incidencia de respuestas de definición múltiples.

Rorschach

- 1.- Tendencia a la confabulación.
- 2.- Estereotipia en el contenido de su pensamiento de tipo sexual.
- 3.- Elementos paranoideos (respuestas de referencia, oposicionismo, suspicacia).
- 4.- Mecanismos de defensa de tipo obsesivo compulsivos.
- 5.- Adaptación convencional a su medio ambiente con juicio lógico formal aparente.

Diagnóstico

Estado Marginal. La sujeto ha detenido la afluencia de elementos psicóticos de tipo paranoideos utilizando mecanismos de

fensivos de tipo obsesivo compulsivos que le han permitido una -
cierta adaptación convencional a su ambiente.

CASO # V

Sexo.- Femenino

Edad.- 57 años

Estado civil.- Unión libre

Estado actual.-

Número de hijos.- Una hija del primer matrimonio y dos del segundo.

Escolaridad.- Segundo de primaria.

ENTREVISTA

Conducta General

Se trata de una señora que representa la edad que dice tener, de clase media baja, presentada adecuadamente.

Es muy poco comunicativa; la mayor parte de los informes se obtienen a través del interrogatorio.

Su afecto presenta pocas modulaciones y en sus actitudes se observa una cierta depresión continua.

Coopera con todo lo que se le pide, pero es una cooperación pasiva, no hay espontaneidad ni viveza en ningún momento.

Hay reticencia a dar información. Por todo ésto, lógicamente los informes que brinda son pocos, incompletos y en muchos momentos poco claros.

No se ve que haya creado liga con la examinadora, más - -

ntiene todo el tiempo una distancia.

Historia familiar

Quando se le pregunta por el padre dice: "Apenas si me -
de él como en un sueño, yo tenía cuatro o cinco años - -
él murió".

Dice que su madre le ha platicado que su padre era muy --
o.

La madre murió hace siete años y de ella dice: "Tenía su-
pero se le pasaba, al ratito ya estaba bien".

No da más informes al respecto y sólo expresa que empe --
abajar desde muy chica y no puedo estudiar porque era - -
a.

Historia del Enlace con el Esposo

Se casó a los 14 y al preguntarle el por qué de este en -
ce: "Porque así quería".

Relata lo siguiente: "Fue un fracaso mi matrimonio, salió
señores borrachos, no, borracho no, mujeriego y jugador.

Antes de que naciera mi hija, cuando tenía seis meses de -
o de ella, me fui. Yo acostumbraba trabajar, fácilmente -

. Antes de casarme vivía bien con mamá, después regresé -
a".

Quando la hija es la paciente, tenía diez años, se --
unión libre con un señor dedicado al comercio. Con él --

tuve dos abortos y dos hijos.

De él dice: "Es un hombre seco pero cumplido con sus hijos".

Cuando se le pregunta por el carácter del señor dice: -- "Si fuera enojón ya lo hubiera mandado lejos, yo ni me dejo tratar mal, hasta en los trabajos si me tratan mal me salgo".

Es interesante anotar aquí que uno de los delirios de la hija es que le dice a la madre que ésta la quiere vender; a continuación la madre dice resentida: "Uno qué va a querer para sus hijos".

En relación al área sexual dice: "sentía satisfacción, -- placer, pero hace más de un año que no me ocupa".

En relación a sus intereses la señora manifiesta que nunca ha tenido ningún interés salvo el de trabajar para mantenerse.

Historia de la Relación con los Hijos

La paciente es la hija mayor y de ella dice: "Fue la que más problemas me dió en la infancia. Ella no quería estar en la escuela y se salía a la calle, era muy desobediente y no quería estudiar: yo la regañaba mucho, le llague a pegar".

Su evolución fue normal, caminó a los nueve meses y habló al año. Controló sus esfínteres a los dos años.

La amamantó hasta el año, no padeció onicofagia ni temores nocturnos según la madre.

resa que con los hermanos se llevaba bien, "nunca decía na -

Fue reservada, no tenía amigas.

De sus otras hijas dice que la mayor de 33 años "tiene ingenio pero es llevadera; la chica de 16 años platicadora le -
tan las amigas".

La hija de 33 años es casada y dice: "Se le metió el ca -
cho de casarse, le va muy mal".

La señora habla de la época del nacimiento de la hija ma -
(la paciente) como la más conflictiva debido a las premu - -
económicas. Ya cuando estaba embarazada padecía con mucha - -
frecuencia de náuseas.

Al preguntarle si quería tener a la niña dice: "Quería - -
er a la niña, pero pues ¿qué hacía yo?"

Papel del Padre en la Educación de los Hijos

(En este caso es el padrastro)

Dice la madre: "Mi esposo no decía nada de la niña, la - -
a como si nada, no se fijaba en nada. Yo nunca dejé que la - -
era nada, como nosotros quedamos huérfanas de chicas y nos - -
trataban tanto que ¡Ay, no. Yo por eso trabajaba, no le pedía
a.

Cuando nosotros quedamos huérfanos teníamos que estar con
una gente, las tías nos maltrataban mucho. Cuando tuve las - -

as dije: que no pasen ésto que yo pasé".

"Con las otras dos hijas si le permito que las corrija --
ro con ésta no permitiría".

Enfermedad de la paciente

Explica la madre que la enfermedad de su hija se inició --
ndo ésta tenía 17 años, a raíz de un susto que se produjo --
ndo la hija echó agua por la ventana y le cayó a un señor, --
a le reclamó y trajo un policía. Desde entonces empezó a ha --
r sola, descuidó en extremo su persona, se volvió agresiva --
palabra con la madre. Dice: Empezó a bailar sola, sin música,
a es muy seria no es muy platicadora ni nada, se metía a ba --
con la ropa y luego ya no nos conocía, decía que yo la quería
der".

Estuvo en tratamiento durante 5 años y después enfermó --
amente. Diez años después volvió a enfermarse pero sin perder --
onocimiento. Dice la madre: "Hace los ojos como borracha".

(Cuando relata ésto es uno de los pocos momentos en que --
modulación afectiva y se le llenan los ojos de lágrimas).

Explicación de la Enfermedad de la paciente

No sabe la madre a que atribuir esta enfermedad.

INTERPRETACION DE LA ENTREVISTACASO # V

Se trata de una señora que en la entrevista se manifiesta --
lejana, distante, reticente.

Esta señora es resultado de una familia en la cual madre --
padre y ella se ve sometida desde chica a la necesidad de tra --
ajar y a la vivencia de rechazo de sus familiares cercanos - --
(sus tíos).

En esta situación se vive como huérfana, desamparada y --
abandonada a las agresiones de estos familiares.

La madre desempeña poco papel como protectora y según los --
casos relatos que ofrece, también parece ser un agresor, aun --
que ella hace todo lo posible por minimizar este aspecto de su --
madre.

El hecho es que la señora parece haber vivido su infancia --
con un sentimiento continuo de estar desamparada y de ser agre --
sada.

Cuando habla de que es huérfana, lo hace con cierto resent --
imiento, por lo que se infiere que indirectamente culpa a su --
padre de haberse muerto y haberla abandonado.

Cuando se casa, de inmediato surge su esposo como perse --
cutor, poseyendo éste todas las características de sus familia -

que no la ampararon; es jugador, mujeriego y borracho. Luego-
borracho no, es decir, como si de antemano estuviera encon-
to en él todas las dificultades de desamparo y de agresión -
vivió en la infancia.

Así cuando apenas tiene seis meses de embarazo deja al --
"con mucha facilidad" puesto que siempre había trabajado.

Este acto de la señora parece deberse a que desde el pri -
momento en que concibió a su hija, la paciente, se identifi-
n ella, la quiso proteger de un padre que abandona como le-
ió a ella, evitándole desde un principio la presencia de --
figura paterna; si no hay figura paterna no hay dolor por el
ono.

Esta identificación protectora la continuó siempre y aún,
segundo matrimonio, en donde no le permitía al esposo de -
ada a esta hija "No decía nada, la veía como si nada, como-
ros quedamos huérfanos de chicos y nos maltrataban tanto que
, por eso yo trabajé, no le pedía nada."

Pero con esta hija no sólo se identificó sino que también-
ctó en ella al persecutor (padre y madre).

La hija era la culpable, como lo fueron el padre y la ma -
de que ella tuviese que trabajar nuevamente. Desde un prin -
la rechazó: "Quería tener una hija pero ¿pues que hacía yo?
e realmente quiso decir con ¿pues qué hacía yo? es: si ya --

embarazé ya ni modo, no podía deshacerme de ella.

Este rechazo se manifiesta en los regañíos de que era objeto la niña, en los golpes que recibió y en las consecuencias, o en su poca socialización.

En resumen, la paciente era para la madre la huérfana que fue, necesitada de amparo, protección, cuidado hasta el extremo de cualquier rechazo, al grado de evitarle relaciones para evitar así el rechazo; y al mismo tiempo era la figura del ejecutor que abandona y por lo cual hay que trabajar para sobrevivir, sintiendo íntimamente una invalidez importante.

Este rechazo que fue posiblemente el primer sentimiento de ella originado, suscitó con una fuerza singular la segunda acción de sobreprotección.

La hija interpreta muy bien este rechazo en su delirio al creer que su madre la quería vender.

PRUEBAS PSICOLOGICASCASO # VWESCHLER

Escala Verbal

Información - 9 - 7

Comprensión -15 - 9

Aritmética - 7 - 7

Semejanzas - 5 - 6

Vocabulario -46 -10

 Dígitos - 7 - 4
 43

Escala Ejecución

Completar figuras - 2 - 2

Cubos - 8 - 3

Ordenar figuras - 4 - 0

 Rompecabezas - 10 - 3
 8 - 10

Escala verbal - 43 - 87 - Normal torpe

Escala ejecución - 10 - 65 - Débil mental

Escala total - 53 - 76 - Subnormal

INTERPRETACION DEL WESCHLER

CASO # V

Esta prueba señala un desarrollo intelectual escaso y aun conserva un juicio lógico formal aparentemente adecuado, en determinadas verbalizaciones deja reflejar una distorsión de ese juicio. Como por ejemplo, al preguntarle en qué se parecen una semilla y el huevo dice: "hay semillas que se parecen porque son blanca o amarilla".

Cuando no puede ante uno de los sub tests del rompecabezas dice: "No lo voy a saber, como yo he tenido muy poco tiempo para jugar".

Además la severa caída que tiene en el test de ordenar palabras (C), corrobora la imposibilidad de emplear su juicio de forma adecuada para realizar anticipaciones y planeaciones sueltas.

La capacidad de atención (Dígitos = 4) de contacto con el mundo exterior (Información = 7, completar figuras = 2) están sustancialmente reducidas, lo cual, unido a los datos anteriores de falla en el juicio, en sus procesos de anticipación y planeamiento, señala la existencia de núcleos psicóticos.

Otro elemento se hace evidente y corresponde a la presencia de una depresión abierta manifestada en la caída sistemática-

ene en la escala de ejecución, en la cual resulta como - -
mental", mientras que la escala verbal alcanza el nivel -
el torpe".

Es posible observar la incapacidad de un planeamiento a -
o en la siguiente respuesta: Cuando se le pregunta qué - -
hacer para encontrar la salida si se perdiera durante el
un bosque, dice: "Pues buscar por donde salir yendo de un
para otro".

ASOCIACION DE PALABRAS

CASO # V

	Traumáticas	No traumáticas
ares	2	5
mas	8	6
nición funcional	6	6
nición múltiple	3	7
e propio	1	
ples	2	1
anamente distantes	1	
iméticas		1
urbaciones del recuerdo	Perturbaciones a	Perturbaciones
De repetición a popular	sociativas a se-	asociativas se-
De repetición a distan-	rias = 20	rias = 20
ce 2 T		
De popular a distante 2	Perturbaciones a	Perturbaciones
De definición funcional	sociativas no se	asociativas no
a repetición	rias = 2	serias = 1
De popular a definición		
múltiple		
De popular a múltiple.		
De popular a repeti -		
ción T		

INTERPRETACION DE ASOCIACION DE PALABRASCASO # V

Esta prueba señala una perturbación importante en el cur
asociativo de la sujeto.

Presenta un total de 40 perturbaciones asociativas se --
s lo cual indica niveles de funcionamiento psicótico en la -
eto.

RORSCHACH

CASO # V

Porcentajes

W = 58%

D = 41%

F = 83%

F+ = 90%

Nuevo F = 91%

Nuevo F+ = 100% (cuando inter -
viene FM y Fc es negativa)

A = 58%

H = 8%

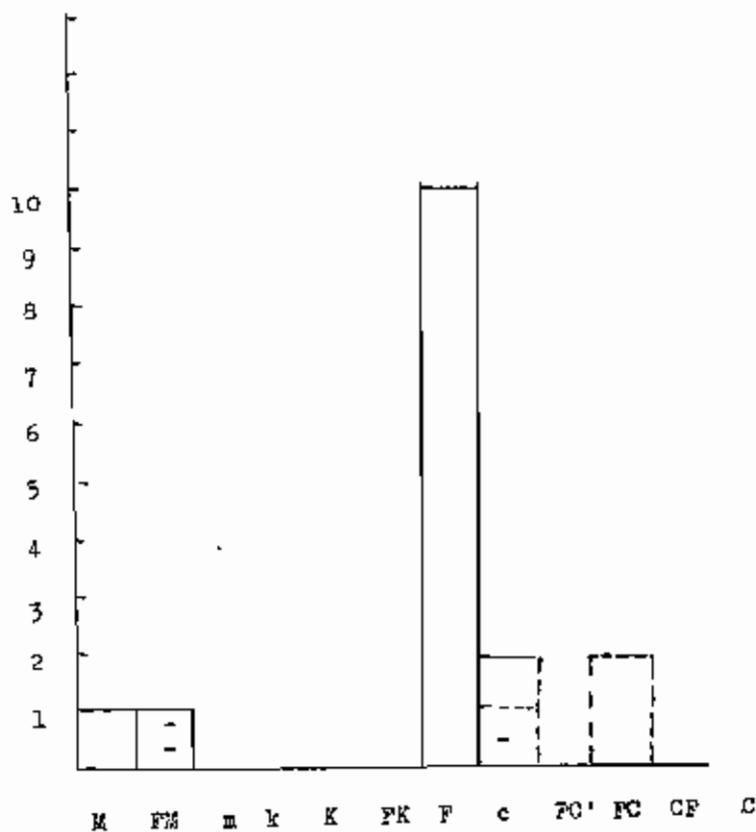
Bot = 25%

P = 41%

O = 8% +

PSICOGRAMA DEL RORSCHACH

CASO # V



INTERPRETACION DEL RORSCHACHCASO # V

El protocolo muestra un proceso asociativo sumamente pobre (R=12) con estereotipia (A= 58), creatividad escasa (M=1) (O =1) y cuando ésta surge no implica productividad y/oica sino distorsión de su juicio lógico (O 7).

Aparentemente el juicio lógico está preservado (F+ =90%), aunque la mayor parte de sus respuestas son poco elaboradas (Fo = 7) y este resultado es debido a una gran coartación de toda su vida afectiva. En base a esta coartación ha logrado una adaptación convencional a su medio ambiente (P = 41%) con muestras secundarias de afecto también de tipo convencional (2FC secundarias); pero cuando surge el impulso o cuando da escasas muestras de una necesidad de cercanía, su juicio lógico se distorsiona (FM- y Fc-).

También da muestras de oposicionismo con distorsión de su juicio lógico (S = 1-).

El contacto humano es evitado (II = 1) y aunque muestra necesidad de cercanía en niveles muy primitivos (Fc = 2), ésta la vive frustrada, ejemplo: "Como si fuera alguna tela y tuviera un hoyo en medio".

Independientemente de que esta respuesta requiera otra - -

interpretación, en un nivel de superficie se observa la cobija - que no puede cubrir suficientemente.

En general este Rorschach ofrece como datos importantes-- la pobreza marcada del yo, una gran coartación que le ha permitido preservar en términos generales su juicio lógico y una adaptación convencional al ambiente, aunque cuando aparece el impulso, el oposicionismo o la necesidad de cercanía, su juicio lógico se distorsiona.

La incidencia de respuestas populares (41%) unida a la alta suma de respuestas Formales (F= 83%) con la aparente preservación de su juicio lógico (F+ = 90%), indica la presencia de núcleos depresivos importantes, hecho que es corroborado por la estereotipia (A= 58%) y la parquedad en la elaboración de sus respuestas.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA ENTREVISTA YLAS TRES PRUEBAS PSICOLOGICASCASO # V

Puntos Básicos Obtenidos en la Entrevista

1.- Se trata de una señora que desde su infancia se vió desamparada y agredida.

Vive con mucha intensidad su orfandad de padre y desarrolla una especial susceptibilidad al rechazo.

2.- Cuando se embaraza de la hija revive con el esposo todo el desamparo y agresión que vivió en su infancia y ella lo abandona para evitar así vivir su rechazo.

3.- Se identifica con la hija sintiéndola huérfana al igual que ella y a partir de ese momento protege a la hija de cualquier posible rechazo.

4.- Al mismo tiempo, la hija se convierte en su persecutor puesto que es la causa de que ella haya tenido que quedarse sola otra vez, teniendo por lo tanto que trabajar y le expresa toda la agresión que ésto le suscita.

5.- En esta forma mantiene durante todo el desarrollo de la hija una doble actitud: la rechaza y al mismo tiempo la sobre protege.

6.- La hija interpreta muy bien este rechazo en su deli -

rio, al decir que su madre quiere venderla.

Puntos Básicos Obtenidos en las Pruebas

Weschler

- 1.- Escaso contacto con el medio externo.
- 2.- Fallas en anticipación, planeación y atención.
- 3.- Distorsión del juicio lógico formal.
- 4.- Elementos depresivos.

Asociación de Palabras

- 1.- Incidencia importante de respuestas próximas y de definición.

Rorschach

- 1.- Pobreza y poca marcada.
- 2.- Coartación elevada.
- 3.- Distorsión de su juicio lógico cuando logra expresar sus impulsos.
- 4.- Elementos depresivos.

Diagnóstico

Caso marginal con elementos depresivos importantes.

CASO # VI

Sexo.- Femenino

Edad.- 53 años

Estado civil.- Casada

Estado actual.- Casada

Número de hijos.- Un hombre de 22 años y una mujer de 21.

Escolaridad.- Segundo de primaria

ENTREVISTA

Conducta General

Se trata de una señora que representa la edad que dice, tener, de clase media baja, presentada adecuadamente.

Es muy comunicativa y espontánea en sus comunicaciones y detallista.

Asiste sólo a la primera entrevista y en ésta aparenta estar muy dispuesta a cooperar y en varias ocasiones expresa que le parece muy bueno hablar con una "doctora".

Cuando terminamos la entrevista expresa que le duele el cerebro y no asiste a las citas siguientes por lo que no se le dieron realizar los estudios psicológicos.

Todas sus comunicaciones las realiza como si estuviera actuando, en forma teatral. Escenifica la enfermedad de su hija

ciendo los mismos gestos que según ella hacía, imita el tono -
su voz y actitudes de las diferentes personas que menciona.

En ningún momento abandona la actitud teatral.

Historia Familiar

En relación al padre informa que no recuerda nada de él, -
primer lugar porque siempre estaba viajando y en segundo lu -
r porque murió cuando ella tenía entre ocho y diez años de -
ad.

La madre murió hace 13 años y de ella dice: "Era muy enérgica, no quería que tuviéramos novios, cuando se enojaba no nos hablaba. Yo trabajé para sostener a mi mamá, llegaba tarde y me trataba mal, no me hablaba y sentía una cosa terrible."

"Mi mamá si era de ley, no quería que ninguno de nosotros nos casáramos, yo me casé cuando tenía 30 años".

"Mi infancia y juventud fue triste, escasa de novios por el control de mi mamá, mis compañeros me llegaron a tratar como si fuera de las otras y el trato íntimo me espantaba".

"Mi soltería en verdad fue triste, tenía una hermana en el extranjero y deseaba salir de mi casa. Sentía de soltera muchas emociones (de tipo sexual) y tenía como manía purgarme cada ocho días".

Historia del Enlace con el Esposo

Se casó a los 30 años de edad, principalmente por el deseo de salir de su casa y porque sentía "temblores" (deseo se --

sexual).

De su esposo dice: "Gilberto, mi esposo, me tenía muy contentada, muy llena de atenciones muy buen hombre. Todos los días cuando estaba embarazada de mi hija (la paciente) le decía que me moría yo y lloraba yo, por eso ya no quiso que tuviéramos más familia. Vivimos como hermanos desde hace diez años.

El tuvo en su vida de soltero muchas mujeres, él estaba gastado, él ya no puede por estar gastado, amanece enfermo del estómago. Yo con los baños me siento mejor, cuando tengo la sensación de deseo se me quita. Claro que por eso estoy nerviosa".

"El se zafaba para que no tuviéramos familia y decía: yo ya no quiero tocarte porque te puedes morir. Lo que yo hacía era satisfacerme a mí misma cuando me bañaba".

(Es interesante anotar que los principales delirios que presenta la hija son de tipo sexual).

Después de referirse nuevamente a su esposo dice: "Primariamente es flojo, su trabajo le choca, es sastre y gana poco, gana 30.00 pesos diarios; esto no se lo digo a nadie porque no quiere que se enteren.

No es atendido, todo me lo da a mí. El es muy raro, si no está terqueando y peleando no está agusto".

"Es bueno porque tiene acciones imborrables. Es demasiado irritable, es tan bueno como terrible. Es muy atento conmigo, le

de decir a sus hijos que ayuden al quehacer, pero en lu -
 de decirles él me ayuda para no molestarlos, él me limpia la
 , me lava los trastes, barre, ningún hombre hace eso.

El no se despega de mí así pierda el trabajo. Cuando me --
 rmé se pasó toda la noche rezándome, prometió ir a la Villa-
 odillas ¿cree usted que yo pueda sentir cariño por otro hom-
 Usted cree que eso lo pueda olvidar, lo quiero.

El siente una muina y se pega a sí mismo, nunca me pega, -
 se agrada. Si estoy enferma no duerme, se va al mandado".

En relación a sus intereses dice la señora que siempre --
 an sido su esposo y sus hijos. No tiene amistades puesto que
 s crean dificultades con sus "chismes".

Historia de la Relación con los Hijos

Dice la señora: "Mi hijo nació por cesárea y yo tenía - -
 o de que me iba a morir.

Cuando él tenía ocho meses nació mi hija (la paciente). Yo
 aba, si yo me muero qué será de mi hijo".

"Mi esposo es muy fiel, muy bueno. Con mi hijo me dió un-
 ue de embolia. Cuando nació mi hija yo sentía como cuando --
 uno con el esposo pero no me dolía nada".

"Desde el principio ésta me ocasionó más problemas, desde
 la trafa acá (se señala el abdomen)".

Después relata que el esposo ya no quería estar con ella-
 miedo a que tuviesen más familia y pudiera morirse, ya que -

durante todo el embarazo de esta hija (la paciente), la señora - decía que se iba a morir, pensaba que seguramente le volverían - a hacer una cesárea y que se moriría.

En relación a su hija dice: "Cuando nació la vi preciosa, divina, gorda gorda, me dió gusto.

Fue creciendo, yo la crié hasta el año, a los dos iguales le di su yemita de huevo. Mi esposo y yo estuvimos muy pobres, - me dolía el pulmón de tanto trabajar. Mis hijos crecieron y - - grandototes".

A mi hija dos veces la sorprendí jugando esas cosas (juegos masturbatorios); yo la distraía de éso teniéndola contenta - con una canastita y un rebozo.

"Yo la sorprendía haciendo esas tonterías, tenía como cin - co años, yo pensaba, como es mi hija mejor me quedo callada, por éso no la reprendí, ya no la dejé salir sola, ya nada, sólo le - decía: siéntate con tu muñeca, con tus juguetes, haz tu comidi - ta". (Esto lo dice con una aparente sonrisa y con enojo al mis - mo tiempo).

Cuando se le pregunta por el desarrollo de la infancia -- de la niña es interesante que primero dice: "No me dió guerra -- de nada, la tenía yo contenta, tuvo una niñez muy feliz y mi es - poso también estuvo feliz y yo también".

Después dice: "De chica no me dió guerra para nada, de la

edad de 13 a 14 años ya no pude con mi hija, nunca le doy gusto a mi hija, siempre me dice cuando voy por ella al trabajo, Ay -- mamá, ya viniste, qué no me tienes confianza?"

"Era muy caprichuda, el papá la quiso mucho, todavía yo le reporcho éso siempre. Le decía -pobrecita, no laves los platos. Es floja, ha sido floja toda la vida, caprichuda, yo le -- ayudé mucho en la secundaria".

"Se hace así el dos, así si puedes, entonces nunca vas a hacer el dos que yo hago. Decía que no y de ahí no la sacaba".

"Era obediente cuando estaba de humor, pero de que ella dice que no, no le hace las cosas, no las hace aunque la medio -- maten.

No quería venir a comer y yo le decía, bueno, no vengas, -- pero por dentro de mí decía -tienes que venir- pero le decía no vengas a comer, bueno comeré yo solita, te haré las chuletitas -- que te gustan pero no vengas".

"Usted cree que yo sea una madre intolerable?"

El doctor dice éso porque no quiero que esté fuera de la casa. Yo le digo a ella -para tenerte segura debería tenerte en la bolsa, pero pórtate bien, tu vida es un fracaso".

Lo último que dijo la madre en la entrevista fue: "¿Verdad que no me van a quitar a mi hija? si yo nunca la he dejado".

En relación a las amistades de su hija dice: "Es muy ami-

guera pero tiene aceptación en donde quiera. No se llevaban con mi hija porque le tenían envidia.

La muchacha no tiene muchas amigas. De chica era muy tramposa en los juegos, ella siempre quería ganar por lo que no tenía amigas".

Expresa que era buena estudiante. A su otro hijo lo describe como muy "seriecito, quieto, correcto, listo en los estudios".

Está bien de salud y nunca ha tenido problemas con él.

Del expediente de la enferma se obtienen los siguientes datos:

Al año y dos meses empezó a andar. Habló a esta edad. No hubo enfermedades importantes.

Papel del Padre en la Educación de los Hijos

Dice la señora: "El intorvenía en la educación de los hijos, nunca me los dejaba a mí, batalló con mis hijos igual que yo".

Como ya se anotó, describe el papel del padre frente a los hijos como muy protector, él estaba dispuesto a barrer, limpiar, etc., con tal de que sus hijos no lo hicieran.

Enfermedad de la Paciente

Se considera de interés la forma en que relata la señora la enfermedad de su hija, por lo que se transcribirá textualmente el relato:

"Mi hija tiene tres veces que se ha enfermado. La primera vez fue en junio de 1965, ahí tengo el papelito de su interimiento, no lo he tirado.

Mi hija empezó con unas rarezas, comenzó -Ay mamá, me duele el estómago.

Cumpliendo los 18 años se enfermó, yo le dije -te voy a llevar con un buen doctor me cueste lo que me cueste.

Se ponía como si estuviera tomada. Todo empezó con su viaje a San Francisco; mis vecinas me decían -ese desgraciado sáquelolo de su casa, no vaya a llorar porque lo tuvo.

Yo le suplicaba a Francisco que la tratara bien, se lo suplicaba.

Una vez yo los sorprendí besándose y les llamé la atención separadamente. Le dije a Francisco -¿Qué le hizo usted a mi hija? y él me dijo -si yo vengo a la casa vengo por las buenas, se lo prometo. Yo le dije -¿Cómo se porta mi hija? si es cierto que la quiere a mi hija, prométame que la llevará por el extranjero, mi hija es muy curiosa; si usted la quiere creo yo que la debe respetar, no vaya a poner la desgracia en mi hogar que es pobre pero muy honrado. Si le pregunta algo desvíemela o avergüenzemela.

Yo no me opongo a que se case, no soy como las de antes, pero que se case bien (refiriéndose a mí dice: "Yo no le digo es

tas cosas al doctor").

Lo único que yo quiero es que se case porque todos queremos a mi hija, todos la queremos.

(Refiriéndose a mí dice: "Qué gusto me da hablar con una doctora").

Yo le prohibí a Francisco que viniera y mi hija se enfermó, entonces mi esposo me dijo -Mira Mago y si se nos queda así mejor que venga.

A los ocho meses se compuso. Todos me dicen que la tengo aquí (cierra el puño), yo la tengo, normalmente pienso yo que -- quiere una libertad que no se pueda.

Mi hija tiene permiso de llegar a la casa a las 7.30.

La segunda vez se enfermó en junio de 1966. Iluminame señor para decir tal y como fue.

Siempre sale temprano, a las seis de la mañana y llega a las 6.30 de la tarde, igualito como si estuviera tomada y le dije -por qué me vienes tomada pero seguro no, quitate y con unos ademanes bastante feos me dijo: -¿Sabes por qué me tardé? vi a unos conocidos y uno era igualito a Francisco y me dio un chocolate. Y le dije: -Hija te he dicho que no comas nada de nadie, - te lo comiste, no hija, qué barbaridad, quién sabe qué te dió.

Duró dos meses en el hospital. Después tuvo otro novio. " Yo le digo: ¿no hizo nada, no abusó de ti? yo ya te he dicho des-

de los 14 años cómo retener a un novio, yo ya tengo el camino andado, no te hagas fácil porque si te dejas manosear luego no te va bien: mira, yo no admití que tu papá me hiciera nada y ya ves, cómo lo traigo, me ayuda a hacer el quehacer, le digo groserías.

Como yo lo he dicho toda la vida, piensa que yo soy muy severa para esas cosas, pienso yo que eso ha de pensar.

Después se enfermó este año (1968) en octubre, estábamos en Guadalajara ella y yo de vacaciones.

Empezó diciendo a la hora de comer -Ya no quiero mamá. Yo le dije ¿no quieres un bistecito?

Se soltó con unos gritos llora y llora, decía -estoy muy feliz, estoy loca de alegría.

Unos modalitos que agarra por su enfermedad muy vulgares - que no me gustan, por eso es que me hace pensar de la juventud - ¿qué hará?

Entonces yo le dije que qué había hecho con su novio y no me quiso decir, me dijo, no te digo, te lo diré cuando salga de blanco te digo. Yo le dije dime, no me enojo, estamos solas. - - (Refiriéndose a mí dice: "Todo esto se lo digo por la salud de - mi hija").

Yo le hablé a un primo de ella para que me ayudara y él vino y tomó un cuarto para nosotras y otro para él allá, hasta allá como un caballero, yo apreté bien la puerta para que mi hi-

ja no se me fuera.

Yo ya estoy vieja pero en la noche no me gusta caminar.

Entonces mi hija me hizo con la mano así (y me lo hace a mí como un intento de ahorcamiento); en esas locuras pueden hasta ahorcar.

Se acostó en el suelo y le dije: mira, vamos a ser felices las dos (refiriéndose a mí dice: "Que se le pase, es muy buena mi hija").

Aventaba los zapatos. Después el primo nos llevó en el coche y ella lo abrazaba y le decía -quiero estrechar tu mano - a quien quiero es a Francisco. ¿Qué creíste buey (refiriéndose a mí dice: "perdone la palabra, en la casa no se dicen esas cosas, mi hija es muy seriecita, nunca dice groserías) y siguió diciendo -a los hombres los traigo así.

(Dirigiéndose de nuevo a mí dice: "Con tal que no hubiera pensado que nos lo íbamos a raptar").

Cuando llegamos a México le dije a mi esposo que no quería estas relaciones con su novio (Jesús, el novio actual).

La mamá de Jesús me dijo -lo que necesita mi hijo es irse con las mujeres, yo vieja nunca supe que los hombres necesitaban irse con las mujeres.

En la casa nunca se hablaba de esas cosas y es mejor. Entonces yo le dije a esta señora -qué insinúa usted, que mi hija -

sea amante de su hijo? yo creo que si usted se lo dijo a ella - ya la influenció para toda la vida, porque si va a venir un poco tarde su esposo, ella va a pensar que se fue por ahí.

Mi esposo ha llegado a las once de la noche y yo nunca he pensado nada malo. Es mejor no saber porque a mi esposo nunca le tengo celo.

Ahora con estas relaciones con Jesús yo espío a mi hija sé que es una cosa fea, pero fea o no yo sin que se den cuenta voy qué hacen, voy a la casa de él y desde la ventana sin que se den cuenta los vigilo".

Explicación de la Enfermedad de la Paciente

Expresa textualmente: "Digo yo que esta juventud, tenga-- manías sensuales, pienso que en los manoseos sienten placeres -- como si estuvieran casados pienso que les llega al cerebro y -- éso fue lo que la enfermó".

INTERPRETACION DE LA ENTREVISTACASO # VI

Se trata de una señora muy comunicativa que parece de --
sear cooperar, pero sin embargo fué la única que no volvió a --
asistir al estudio para realizar los exámenes.

Sus comunicaciones padecen de contradicciones continuas:
"La infancia de mi hija fue feliz, siempre la tenía contenta", --
"Era muy berrinchuda, muy caprichosa", "Era muy amiguera", "NO --
tenía amigas".

Esta misma característica se observa cuando relata algu --
nos aspectos de la relación con su hija: "No quería venir a co --
mer y yo le decía, bueno, no vengas a comer, pero por dentro de --
mí decía: tienes que venir, pero le decía no vengas, bueno co --
meré yo solita, te haré las chuletitas que te gustan, pero no --
vengas".

Este doble mensaje se ve en algunos otros relatos que ha --
ce cuando describe la infancia de su hija y su desarrollo.

Aun cuando el relato de su infancia y juventud no propor --
cionan muchos datos, sí nos da uno de importancia que parece --
haber favorecido la enfermedad de su hija.

La madre de la señora era, según ella la describe, una --
mujer muy rígida y rechazante sobre todo en lo que se refería --

al aspecto sexual. Dice: "Mi mamá sí era de ley, no quería que ninguna de nosotras nos casáramos, yo me casé cuando tenía 30 años".

La señora vivió siempre atemorizada del rechazo de su madre. Este rechazo y prohibición de la madre de la señora sobre el aspecto sexual creó una ambivalencia importante ante el sexo.

De soltera se sentía continuamente excitada y tenía que purgarse para disminuir su nivel de excitación.

Cuando al fin se casa a los treinta años, se sucede el primer embarazo en el cual se ve muy enferma, se lo hace cesárea y cuando viene el segundo embarazo ella revive las dificultades que tuvo en el primero, aunque ahora ya no existen y siente todo el tiempo que va a morir.

Lo más probable es que este sentimiento se encontraba condicionado no sólo por la experiencia de su primer embarazo, sino por la culpa que su previa imagen materna había condicionado ante toda relación que tuviera un matiz sexual.

Al estar embarazada, corrobora la desobediencia a la madre.

A partir de ese segundo embarazo ella se dedica a formar una previa impotencia en su marido. Durante todo este embarazo se quejaba continuamente de que se iba a morir, así pues el marido decidió no continuar su vida sexual con ella por el temor--

de que ésta muriera.

Los contactos sexuales fueron disminuyendo paulatinamente hasta llegar a no tener ninguna vida sexual desde diez años a la fecha.

Con esto la señora logra un sometimiento a la imagen materna (no se debe uno de casar), pero no terminó con la ambivalencia puesto que siguió continuamente excitada y tenía que recurrir a la masturbación para calmar su excitación.

Cuando nace la hija, ve en ésta una imagen de su problema sexual al grado de que en el momento de nacer siente como "cuando uno está con el hombre".

Empieza a utilizar a la hija para proyectar en ella su excitación sexual. Desde la edad de cinco años la descubre masturbándose, le comienza a vigilar en forma sistemática.

Cuando la hija empieza a actuar en esta área teniendo novios, etc, la madre proyecta con más fuerza su delirio sexual en la hija al grado de vivir en la hija todo lo que ella siente o fantasea. La madre proyecta y además se apropia de la conducta de su hija.

Siendo la hija la que actúa los deseos de la madre, éstos ya no le representan ningún peligro.

Esto no sólo se aprecia en el relato de la enfermedad de su hija, sino también en cómo lo relata. La imita perfectamente

adquiere la misma tonalidad y los gestos, inclusive en un momento dado me relata que su hija hizo el intento de ahorcarla y - - ella hace este intento conmigo, con el supuesto fin de demostrar en vivo la escena.

¿Qué es lo que vivía la madre y qué la hija?

Ni para la misma madre llegaba a ser claro en determinados momentos, así por ejemplo, cuando platica de la enfermedad de su hija dice: "Yo le hablé a un primo de ella para que me - - ayudara (cuando se enfermó la hija) y él vino y tomó un cuarto para nosotras y otro para él allá, hasta allá, como un caballero. Yo apreté bien la puerta para que mi hija no se me fuera. Yo ya estoy vieja pero en la noche no me gusta caminar..."

En este relato se observa que primero habla del primo --- como un caballero que escoge un cuarto "hasta allá", Después --- habla del miedo de que la hija se salga del cuarto y luego del miedo de ella a caminar sola por la calle.

Una asociativamente estos tres temas como si el primo hubiese despertado una excitación sexual y ya sea su hija o ella - podrían salirse de su cuarto e ir a buscarlo.

Esta confusión o pérdida de límite entre su hija y ella - misma, se observa también cuando el primo se ofreció a traerlas - en el coche a México. Estando la hija en crisis psicótica dice: - "Contal de que no hubiera pensado que nos lo íbamos a raptar".

Durante todo el desarrollo de la hija, ésta era atormentada con un sinnúmero de preguntas que la señora le hacía y era además vigilada continuamente por ésta.

A los novios les advertía una serie de cosas: "Si es cierto que la quiere a mi hija, prométame que la llevará por el bien mi hija es muy curiosa, si usted la quiere creo yo que la debe respetar, no vaya a poner la desgracia en mi hogar que es pobre pero honrado. Si le pregunta algo, desvíemela o avegúenzemela".

Les impedía que la vieran, los vigilaba a escondidas cuando estaban juntos. Así siguió todo hasta que la hija comenzó a dar muestras de una crisis psicótica en la cual la desinhibición sexual era el síntoma más importante.

Todo esto ayudado con la confusión de los mensajes de la madre para la hija "...no vengas a comer, bueno comeré yo solita, te haré las chuletitas que te gustan pero no vengas".

Y aunando además a la actitud paranoidea de la madre expresada abiertamente a la hija (cuando la hija le cuenta que comió un chocolate que le dieron unos jóvenes y la madre dice: "Hija, te he dicho que no comas nada de nadie, te lo comiste, no hija, qué barbaridad, quién sabe qué te dió").

La entrevista sugiere que la señora tenía un área muy conflictiva centralizada en el aspecto sexual que logró proyectar en la hija, favoreciendo en ella una enfermedad de tipo psi-

cótico en la cual sus principales síntomas son la desinhibición sexual. Mediante la enfermedad de su hija, la señora logró mantener bajo control la suya.

La última observación que hace en la entrevista consistente en decir: "Verdad que no me quitan a mi hija? si yo nunca la he dejado", es entre otros aspectos, un temor a que le quiten -- su pantalla para proyectar y se queda ella sola con su enfermedad.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA ENTREVISTACASO # VI

Como ya se advirtió, esta madre no concluyó el estudio psicológico, pero por considerar esta entrevista como la más - - ejemplificativa, no se excluyó del experimento.

Puntos Básicos Obtenidos en la Entrevista:

1.- Se trata de una señora con conflictos sobre todo del área sexual, área que era sumamente prohibido por su madre, pero que alcanzó en la señora una gran importancia.

2.- Cuando se embaraza de esta hija, todo el tiempo está sujeta a intensa ansiedad. Continuamente siente que se va a morir, debido a que con el primer hijo le tuvieron que practicar cesárea.

3.- A partir del nacimiento de esta hija, los contactos sexuales con su esposo disminuyen hasta desaparecer por completo puesto que el esposo tenía miedo de que la podría embarazar y - - ésto concluir en su muerte.

4.- Con este hecho la madre logra simbólicamente someterse a su propia madre renunciando a la sexualidad.

5.- En este estado, comienza a proyectar en la hija sus inquietudes sexuales y realiza con ella tal identificación que - - en un momento dado es difícil establecer la diferencia entre lo que ella dice que siente la hija y entre lo que ella siente.

6.- Todas estas inquietudes son actuadas por la madre - -

proyectándolas en la hija por lo que continuamente la vigila, la sigue, la recrimina, pone en aviso a sus pretendientes, etc.

7.- Unida a esta problemática, la confusión en los mensajes ofrece a la hija, es evidente y continua.

B.- Cuando la hija se enferma, manifiesta primordialmente -- rios de tipo sexual.

B) Reporte Comparativo de las Seis MadresI. - ENTREVISTAEdades

Caso I - 63 años
 Caso II - 40 años
 Caso III - 50 años
 Caso IV - 67 años
 Caso V - 57 años
 Caso VI - 53 años

Fluctuación entre 40 y --
 67 años

Escolaridad

Caso I - nula
 Caso II - 3o. de primaria
 Caso III - 2o. de primaria
 Caso IV - 3o. de comercio
 Caso V - 2o. de primaria
 Caso VI - 2o. de primaria

Fluctuación con predominio
 de escasa escolaridad. 83%

Estado civil

Caso I - Separación
 Caso II - Separación
 Caso III - Separación
 Caso IV - Viudez
 Caso V - Separación antes
 del nacimiento de
 la hija
 Caso VI - Casada

Fluctuación con predominio
 de separación del esposo -
 66%

Infancia

- Caso I - Niñez sufrida
 Caso II - Niñez sufrida
 Caso III - Niñez sufrida
 Caso IV - Apariencia de infancia feliz
 Caso V - Niñez sufrida
 Caso VI - Niñez sufrida

Predominio de trastornos en la infancia. 83%

Muerte de algún padre en la infancia

- Caso I - Padre muerto
 Caso II - Ninguno
 Caso III - Padre muerto
 Caso IV - Padre muerto
 Caso V - Padre muerto
 Caso VI - Padre muerto

Predominio de la muerte de un padre. 83%

Ajuste marital

- Caso I - Aparente armonía
 Caso II - Conflictual
 Caso III - Conflictual
 Caso IV - Conflictual
 Caso V - Conflictual
 Caso VI - Ambivalente

Fluctuante con predominio de relaciones conflictuales. 66%

Intereses

- Caso I - Estrechez en sus intereses
- Caso II - Estrechez en sus intereses
- Caso III- Es amigable
- Caso IV - Estrechez en sus intereses
- Caso V - Estrechez en sus intereses
- Caso VI - Estrechez en sus intereses

Pradominio de-
estrechez de in-
tereses. 83%

Abortos o Pérdidas antes del
nacimiento de la paciente.

- Caso I - un aborto
- Caso II - un aborto
- Caso III- ninguno
- Caso IV - ninguno
- Caso V - ninguno
- Caso VI - ninguno

No es significa-
tivo en esta --
muestra el ante-
cedente de abor-
to.

Número de Hijos

- Caso I - 9
- Caso II - 3
- Caso III- 8
- Caso IV - 7
- Caso V - 3
- Caso VI - 2

Fluctuante

Lugar que ocupa la paciente

- Caso I - Tercer lugar
- Caso II - Segundo lugar
- Caso III- Segundo lugar
- Caso IV - Sexto lugar
- Caso V - Primer lugar
- Caso VI - Segundo lugar

Fluctuante

Presencia de mayor ansiedad que la común durante el embarazo y desarrollo de la hija.

- Caso I - Aumento de ansiedad porque la hija era mujer.
- Caso II - Aumento de ansiedad porque se agravó la situación económica y la hija era mujer
- Caso III - Aumento de ansiedad porque se agravó la situación económica y el esposo se manifestó muy celoso
- Caso IV - Aumento de ansiedad porque se agravó la situación económica y enfermó el esposo
- Caso V - Aumento de ansiedad porque se agravó la situación económica y por las características del esposo.
- Caso VI - Aumento de ansiedad porque se tenía temor a la muerte frente al embarazo y por la disminución de actividad en el área sexual.

Ansiedad aumentada en el 100% durante el embarazo y desarrollo de la hija

Carácter de la Hija

Caso I - La más obediente y tímida.

Caso II - Muy buena y amorosa pero calladita.

Caso III- La más obediente de ellas - estaba más orgullosa, no era amiguera.

Caso IV - Simpática, cariñosa, obediente, retraída.

Caso V - La más problemática, seria, desobediente, no es plática dora.

Caso VI - Caprichuda, floja, tramposa, no tenía amigos.

Estricta en relaciones 100%

Obediencia fluctuante pero con predominio 66%

Relación de los desajustes de la madre con la enfermedad de la hija.

Caso I - Rechazo a la hija por proyectar en ella su desvalidez, Sobreprotección secundaria.

Caso III - Agresión a la hija aún antes de que ésta naciera. Proyección de su propia debilidad en su hija.

Relación en un 100%

(CONTINUA)

- Caso III- Utiliza a su hija para proyectar su debilidad y para satisfacer sus demandas.
- Caso IV - Rechazo y abandono a la hija imponiéndole desde la infancia una serie de tabús.
- Caso V - Se identifica con la hija sintiéndola débil y la sobreprotege de cualquier rechazo; al mismo tiempo la vive como un persecutor por lo que le muestra agresión.
- Caso VI - Proyección en la hija de toda su problemática sexual. Se identifica con ella ampliamente.

Relación en
un 100%

2.- PRUEBAS PSICOLOGICAS

- Caso I - Caso marginal con características de la esquizofrenia simple.
- Caso II - Caso marginal con características de esquizofrenia-paranoidea.
- Caso III- Caso marginal con defensas de tipo obsesivo
- Caso IV - Caso marginal en el que se reflejan mecanismos de tipo paranoideo. Se observan defensas de tipo obsesivo compulsivo.
- Caso V - Caso marginal con elementos depresivos importantes
- Caso VI - No se aplicaron pruebas.

Núcleos psicóticos en el 100% de los casos, en los que se aplicaron pruebas.

C) Reporte Comparativo con Otros Estudios Realizados

1.- Estudio de Lidz y colaboradores:

Estos autores señalan como característica fundamental -- en las familias del esquizofrénico un estado continuo de infeli- cidad, agravado por situaciones reales tales como enfermedad --- física o pobreza.

En el presente estudio se encontró que el estado de in -- felicidad se presentó en el 100% de los casos estudiados.

El hecho de que se haya agravado este estado, coinci -- diendo con el nacimiento de la hija paciente se presentó en el -- 100% de los casos.

Las causas de esta agravación se debieron a varios fac -- tores, entre ellos a una mala situación económica, sexo de la -- hija, enfermedad de la misma, restricción de la vida sexual en -- la madre y enfermedad del padre.

2.- Estos datos están de acuerdo también con los estudios de Singer, mediante los cuales llega a la conclusión de que el -- sexo, la apariencia, el tiempo de nacimiento en relación a la -- edad de los padres y el nacimiento de otros hermanos, pueden ser el foco de disturbio entre los padres y el hijo.

No resultó significativo en este estudio una previa pér -- dida fetal de la madre. Este dato sólo se encontró en dos casos,

en los demás sólo hubieron pérdidas, pero mucho antes del nacimiento de la hija enferma o después de este nacimiento.

3.- Estos resultados también están de acuerdo con algunos conceptos de Arieti, el cual afirma que lo específico en la familia del esquizofrénico es un ambiente de ansiedad en donde el niño intenta crecer psicológicamente y que por esta causa le será impedido.

Los resultados del presente estudio demostraron que todas las madres estaban sometidas a cantidades importantes de ansiedad durante el nacimiento y crecimiento de la hija.

4.- La liga simbólica encontrada por varios autores (Brenstein, Waring, etc) fue posible observarla en el 83% de los casos.

5.- En este respecto, la afirmación de Lidz en relación de que las madres proyectan su inmadurez (vivencia de estar indefensa y necesidad de ser amparada) en el niño y por lo tanto lo percibe indefenso, se observó en el 83% de los casos.

6.- El rechazo a la hija con una actitud compensatoria de sobre protección, aspecto tratado por varios autores entre ellos Hill, fue posible de observarse en un 83%. Sólo una madre no manifestó claramente la sobreprotección.

Sería importante considerar que de 23 madres citadas, sólo asistieron 6, o sea el 26%, lo cual podría significar una ac-

titud de rechazo hacia la hija que todavía continúa hasta la - -
 fecha actual puesto que aún habiendo mandado citatorios con ca -
 rácter de urgentes, las madres no asistieron.

7.- El papel del padre no pudo ser estudiado con clari -
 dad, por esta razón no se analizará.

Sin embargo es evidente que el enlace del padre con la fa -
 milia es escaso al grado de que de las seis madres, sólo una - -
 conserva a su marido, otra es viuda y el resto se encuentran se -
 paradas de él.

En la mayor parte la separación se llevó a cabo por una -
 iniciativa de la madre, hecho que puede revelar la hostilidad --
 que subyace en su conducta.

Por el relato de la madre, cuando el padre estuvo presen -
 te en la familia, tuvo en tres casos actitudes periféricas pero -
 apoyantes.

En cuatro casos fue rechazante y se puede decir, por el -
 relato de las madres, que la actitud del padre favoreció en - --
 gran medida la patología de la madre, dato que coincide con los -
 obtenidos por autores como Lidz.

8.- En relación a la historia de la madre se obtuvieron -
 muchos puntos semejantes a los obtenidos por Andreu, tales como -
 infancia infeliz de la madre en un 83% de los casos; al menos un
 padre muerto en el 83% de ellas e intereses reducidos en el 83%.

9.- También se presentó coincidencia en los datos relacionados a una posible anomalía de tipo psicótico en la personalidad de la madre. Estos datos obtenidos por autores como Turner Alanen, Andrau, son posibles de observarse en el 100% de los casos.

10.- Con respecto a las características de la hija, se observó que ésta presentaba estrechez en sus relaciones en el 100% de los casos, como lo afirman algunos autores, entre ellos Alanen.

En relación a su obediencia o sumisión, ésta sólo se encontró en 4 casos (66%).

Los demás datos investigados en el estudio, tales como el número de hijos, lugar que ocupa la paciente, no son significativos.

11.- Por último, en nuestro estudio se puede observar que la historia específica de la madre condiciona la reacción enferma pero también específica en la hija en el 100% de los casos.

C) Conclusiones

A través del estudio se pudieron corroborar las hipótesis de este trabajo que en resumen son:

1.- La enfermedad de la madre condiciona la enfermedad de la hija.

2.- El niño que dentro del seno familiar se enferma con -

mayor facilidad es un niño escogido por los padres por varios -- motivos como sexo, apariencia, dificultades económicas, enfermedad, edad de los padres.

En este experimento surgieron como motivos principales -- las dificultades económicas que coincidieron con el nacimiento -- de la hija enferma, el sexo de esta hija y su enfermedad física -- así como problemas sexuales y enfermedad del esposo.

3.- Lo específico en la familia del esquizofrénico es un -- ambiente saturado de ansiedad, en donde el niño intenta crecer -- psicológicamente y que por esta causa le será impedido.

Las madres que fueron estudiadas tenían las característi -- cas descritas por diversos autores:

Rechazo y sobreprotección hacia la hija, simbiosis con -- ella, infelicidad en su infancia, infelicidad conyugal, núcleos -- psicóticos en su personalidad, etc.

Pero tuvieron otros hijos y no produjeron en ellos el gra -- do de enfermedad de la hija paciente.

Este dato señala que no son suficientes estas caracterís -- ticas, sino que es necesario que se agraven por diversas circuns -- tancias durante el crecimiento de los hijos.

Esto puede ser observado en todos los casos estudiados.

CAPITULO IV

CONTRIBUCION DEL CONCEPTO DINAMICO AL
PROGRESO DE LA PSICOTERAPIA EN ESQUI-
ZOFRENICOS.

A.- CONSIDERACIONES GENERALES.

Toda investigación de la etiología de una enfermedad, -- tiene como fin último descubrir los medios para curarla, y en el mejor de los casos, para prevenirla.

Las investigaciones que se han hecho para conocer la --- etiología de la esquizofrenia han repercutido directamente en el desarrollo de técnicas destinadas a curar esta enfermedad.

Por esta razón pensamos que sería de utilidad incluir este capítulo en la tesis, ya que toda ella tiene el propósito de entender la causa de la esquizofrenia para ayudar a estos enfermos.

Los conceptos obtenidos en nuestras conclusiones, que en resumen muestran la íntima relación entre la enfermedad de la madre y el condicionamiento de la enfermedad de la hija, podrían servir además como preceptos de la medicina preventiva.

Si nosotros descubrimos por ejemplo un desajuste importante de la madre, tendencias a establecer ligas simbióticas, a proporcionar dobles mensajes, a rechazar y sobreproteger al hijo, tendencias a proyectar en él su debilidad, podremos suponer que si se encuentra un estado de stress cuando esta madre --

está embarazada y en las primeras etapas de la formación de su hijo, podrá facilitar en él un proceso psicótico. De esta manera, quizá podremos actuar antes de que ésto suceda.

En centros de salud, en clínicas de conducta, en el Seguro Social, en maternidades, podrían funcionar estos principios.

Todas las investigaciones en relación al tema, han servido para ayudar al esquizofrénico, así pues, este capítulo incluirá una revisión somera de los progresos que ha tenido la psicoterapia en la curación de esquizofrénicos.

Se revisaron algunos conceptos y ejemplos de terapia sintomática y se hará una breve revisión de las terapias de insight sin olvidar que en términos generales, estas terapias utilizan como auxiliares a las terapias sintomáticas, así harán uso, en determinadas ocasiones, de drogas, tratamientos convulsivos, etc. para hacer posible el tratamiento psicodinámico; y en otras ocasiones harán uso de la externalización de intereses (terapia ocupacional), manipulación ambiental, etc. para complementar la terapia y a la vez para auxiliar, ya que al activar al enfermo lo ayudan a luchar contra de su regresión.

B.- ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL PRONOSTICO Y LAS METAS DE LA PSICOTERAPIA EN ESQUIZOPRENICOS.

Varios autores, entre ellos Hofling (25) y Noyes (38) explican que un buen pronóstico se debe valorar bajo las siguientes condiciones:

- 1.- Principio agudo.
- 2.- Principio en que pueden distinguirse con facilidad -

conflictos de importancia.

- 3.- Ausencia de antecedentes familiares y enfermedad.
- 4.- Antecedentes de un período durante el cual la persona haya hecho un ajuste razonablemente eficaz en la vida.

Sullivan (47) señala que la terapia tendrá éxito en pacientes pre-esquizofrénicos y en incipientes o esquizofrénicos-agudos.

En relación a las metas, algunos autores como Hofling -- (25) señalan que de ochenta a cien pacientes alcanzan determinado grado de recuperación suficiente como para salir del hospital y efectuar cierto grado de ajuste fuera de él.

Señala que hablar de la posibilidad de una cura, en el sentido de que las dificultades fundamentales de la personalidad, que subyacen en la reacción psicótica, sean notablemente aliviadas, resulta muy pequeña. El único medio de alcanzar este fin, es la psicoterapia intensiva orientada psicoanalíticamente, pero ésta no se puede ofrecer a todos los pacientes y sólo en una minoría de casos es totalmente eficaz.

Slavson (46) expresa que la verdadera esquizofrenia requiere un tratamiento de por vida mediante soporte del yo y reforzamiento. Explica que se le debe conceder soporte al paciente a través de la guía, ya sea por medio de visitas de frecuencia variada, por teléfono o por correspondencia o bien sometiendo a un grupo psicoterapéutico.

Arieti (5) sin embargo explica que mediante la psicoterapia en esquizofrénicos se tiende a remover los conflictos bási-

cos que conducen al desorden, tiende a corregir los patrones psicopatológicos y permite la regeneración de poderes psicológicos del organismo para así poder recuperar el terreno perdido; y que con el refinamiento de la técnica, los casos no susceptibles a tratamiento efectivo serán raros.

Frida Fromm Reichman (18) expresa que los fines, si se trabaja con psicoterapia dinámica intensiva sin tener en cuenta la escuela, son:

a) Se espera que el paciente se libere de los síntomas mentales, especialmente de la ansiedad excesiva y pueda utilizar sus tendencias innatas para el desarrollo y la maduración personal, no estorbadas por la codicia, envidia o los celos.

b) Debería estar libre también para una expresión creadora y para la autorrealización.

c) Debería poder dar y aceptar amor y cariño y establecer relaciones duraderas de intimidad afectiva y física.

d) El tratamiento, si tiene éxito, debería permitir al paciente recuperado disfrutar de los buenos aspectos de la vida y soportar los malos sin una reaparición de la sintomatología neurótica y psicótica y sin suscitar una ansiedad intolerable.

También indica la autora (19) que quizá la más grande amenaza en la terapia con esquizofrénicos es directamente atribuida a la actitud convencional de muchos psicoterapeutas en relación al ajuste social de los pacientes esquizofrénicos.

La recuperación de muchos esquizofrénicos, según la autora, depende de la libertad de las actitudes convencionales y prejuicios del terapeuta. Los estudios de Whitehorn y Retz (53) que

realizaron en catorce analistas y cien enfermos tratados por tales analistas, corroboran las afirmaciones de la autora.

El paciente no puede y no se le debe pedir que acepte una guía o un ajuste convencional a los requerimientos de la cultura.

El terapeuta debe sentir que su rol terapéutico está completado cuando estos pacientes son capaces de encontrar por sí mismos, sin molestar a los que le rodean, sus propias fuentes de satisfacción y seguridad, sin importar la aprobación de los demás familiares o la opinión pública.

Esto es así, puesto que recobrase de la esquizofrenia no incluye el cambio de la personalidad pre mórbida esquizoide.

C.- PSICOTERAPIA DE APOYO O SINTOMÁTICA.

1.- Terapias Físicas.

En relación a estas terapias Arieti (5) explica que sólo producen un mejoramiento sintomático, en tanto que las psicoterapias reconstructivas tienden a remover los conflictos básicos que conducen al desorden y a corregir los patrones psicopatológicos y permiten la regeneración de los poderes psicológicos del organismo para así poder recuperar el terreno perdido; y explica que no por ésto se condena el empleo de las terapias físicas, con excepción de la neurocirugía.

Según el autor, las terapias físicas se deben usar en las siguientes condiciones:

- 1.- Cuando no es posible la psicoterapia para paciente psicóticos.
- 2.- La psicoterapia no es efectiva en todos los casos. Aunque -

en pocos, algunos no mejoran y otros empeoran. El contacto - aún con el terapeuta aumenta su ansiedad a tal punto de estimular la desintegración.

Explica el autor que con el refinamiento de la técnica ta les casos serán raros, pero por lo pronto, si más de dos psicoteapeutas no han tenido éxito y si hay mayor desintegración y no hay contacto en absoluto, se debe abordar al paciente con la terapia física.

Por último expresa que gran número de pacientes son tratados con una combinación de la terapia de drogas y la psicoterapia.

La terapia a base de drogas disminuye la ansiedad y hace más accesibles a los pacientes para el contacto interpersonal - y aunque en opinión de Arieti no acorta la duración del tratamiento, evita en muchos casos la hospitalización.

Existe mucha literatura en relación a este tipo de terapia, sin embargo por no ser nuestra especialización, no se tratará este punto.

2.- Externalización de Intereses.

(Terapia ocupacional, recreativa industrial, etc.)

Estos tipos de terapia se basan en las especulaciones sobre si la imagen del enfermo mental deteriorado está dada en - gran medida por su inactividad.

Lomberdo N. Ma. Elena (31) realizó una extensiva revisión de estos tipos de terapia.

A continuación se anotarán algunas referencias bibliográficas

ficas que ella ofrece:

Hunt (36) el cual opina que la expulsión de la sociedad -- priva al individuo de la oportunidad de ejercer sus aptitudes -- conduciéndolo al atrofiamiento de las mismas.

La terapia ocupacional contrarresta los efectos regresivos de una hospitalización prolongada y disminuye el sentido de inutilidad tan común en los pacientes crónicos.

Geelman (31) indica que muchos pacientes, para reintegrarse a la sociedad, requieren la combinación de relaciones interpersonales con el terapeuta, el cuidado del psiquiatra, la ayuda del trabajador social, los servicios del consultor vocacional y período de entrenamiento del trabajo.

Benedock (31) señala que la salud del adulto es garantizada por el buen funcionamiento del intercambio entre satisfacciones primarias y las que recibe del trabajo; el objeto principal del trabajo en el hospital debe ser el tratamiento.

No obstante el trabajo, siendo un arma muy importante de rehabilitación, si se toma en forma de obligar al paciente a trabajar o a participar en terapias ocupacionales en lugar de desarrollar en ella su capacidad de autodirección, lo lleva a perpetuar la enfermedad.

William Rush (43) piensa que la actividad debe ser prescrita en dosis de acuerdo con las necesidades específicas de cada individuo, coordinada con el tratamiento psiquiátrico.

La cantidad y complejidad deben ser aumentadas paulatinamente y de ser posible deben tomar lugar dentro de un grupo, ya que ésto lleva a una experiencia social que da ejemplo y apoyo.

El paciente debe ser alentado a participar y no forzado.

Casson y Fould (11) en un estudio sobre los métodos usados en Inglaterra, sugieren que la terapia de tipo recreativo puede ser benéfica para los enfermos en fase aguda, ya que lleva a una distracción de síntomas e introduce nuevos patrones de conducta.

La terapia industrial puede ser utilizada para enfermos - convalescientes como reentrenamiento dirigido a aumentar la tolerancia a la frustración del paciente y a la modificación de sus reacciones hacia las figuras autoritarias.

Recomiendan para los enfermos crónicos una actividad continua, tanto recreativa como ocupacional e industrial, para prevenir futuros deterioros.

P. Honey y I.S.B. Lindsay (34) aplicaron un programa de terapia ocupacional a sesenta pacientes sin empleo en un pabellón de 120 mujeres esquizofrénicas crónicas con muchos años de hospitalización.

Consideraron como uno de los problemas principales de las pacientes el hecho de que se encontraran sin ninguna ocupación ni propósitos.

La meta de los investigadores consistía en producir la mayor alteración posible en todo el patrón de vida del enfermo.

El grupo de sesenta enfermos estaba constituido por esquizofrénicos, epilépticos y débiles mentales con 12.1 años de hospitalización promedio.

Edad 48.4 años promedio.

Rango de 20 a 75.

Los otros sesenta estaban empleados en diversas formas -- lavandería del hospital o por sí mismos, etc.).

Así, el grupo de enfermos desocupados fue conducido a un edificio moderno y la meta inmediata era que se dieran cuenta -- del ambiente que les rodeaba y del terapeuta.

Los terapeutas observaban de cerca a los pacientes para-- buscar las habilidades que les quedaban. Para esto fue usada la pintura creativa y los juegos, todo lo cual aportó muchos datos. Fue entonces posible decidir las técnicas subsecuentes.

La terapia de grupo fue considerada básica, independiente mente de que la actividad fuera industrial y social.

Como motivación se usó la de crear un espíritu comunal; -- las metas adyacentes fueron el embellecimiento de los alrededores y el aumento de la comunidad.

El centro siempre estaba abierto. Las actividades iban de las más simples a las más complejas, según la organización del -- sujeto.

Se hacían canastas, sandalias, sombreros, etc. y el traba jo se hacía en grupos, así que un grupo preparaba las tiras, -- otro tejía, otro las cosía y otros más hacían los artículos fina les.

La integración y compatibilidad era lo esencial para el -- progreso.

Se realizaba cuidado de gallinas, engorde de éstas y tra-- bajaban para niños de un orfanatorio cercano, etc.

Después de tres meses, el grupo aumentó a 97 y después a-- 112, habiendo varios cambios de pocos pacientes en esa época.

Los grupos más organizados realizaban discusiones, deportes, excursiones a plantas de tejidos de lana, etc. y organizaron una función en el ofanatorio en navidad, haciendo ellos mismos todo el decorado y la pastelería.

Los resultados fueron los siguientes:

Las metas inmediatas eran:

a) Usar la ocupación para mejorar la habilidad personal y las satisfacciones.

Para lograr ésto deben mejorarse los hábitos de trabajo y la tolerancia, lo cual puede obtenerse con una mejor comprensión, ejecución, retención de las enseñanzas, mejor concentración.

La satisfacción se logra estimulando el interés en la actividad.

b) Usar la ocupación para mejorar las relaciones interpersonales y las satisfacciones de grupo. Reduciendo la hostilidad, agresión y la resistencia, se aumenta la sociabilidad, la independencia y la cooperación.

c) Manejar el centro como un lugar comunal para el pabellón crea sentimiento de pertenencia, responsabilidad e iniciativa.

d) Relacionar el centro con el resto del hospital animando a los pacientes en el centro a prepararse y a participar en otras actividades del hospital.

Los autores llegaron a los siguientes resultados:

Capacidad ocupacional.

A.- Naturaleza práctica.

B.- Standar alto o trabajo complejo.

C.- Imaginativos o con habilidad conceptual.

D.- Actividad espontánea.

E.- Repetitivos o sin habilidad conceptual.

F.- Simple.

Primero	Un año o antes	Aumento	Disminución
A.- 23 -	58 -	35 -	0
B.- 29 -	35 -	6 -	0
C.- 40 -	40 -	0 -	0
D.- 29 -	40 -	11 -	0
E.- 36 -	34 -	0 -	2
F.- 71 -	57 -	0 -	14

Conclusiones:

Mejoría en setenta y siete pacientes de ciento doce que eran, después de un año de terapia ocupacional.

Cuatro pudieron abandonar el hospital después del período de estudio.

Miller y Clancy (36) afirman que gran parte del deterioro de los enfermos crónicos es debida al ambiente deprimente -- que existe en muchos hospitales. Ellos, después de realizar un experimento que evita la desocupación y el ambiente depresor en cien pacientes, encontraron en general que no hubo cambio en el estado psicopático, pero sí un alto grado de adaptación social de los pacientes.

El proyecto realizado en el estado de Vermont (14) con -- la meta de reintegrar al paciente social y vocacionalmente para facilitar el regreso a la comunidad, fue realizado con 298 pa--

C.- Imaginativos o con habilidad conceptual.

D.- Actividad espontánea.

E.- Repetitivos o sin habilidad conceptual.

F.- Simple.

Primero		Un año o antes		Aumento		Disminución
A.- 23	-	58	-	35	-	0
B.- 29	-	35	-	6	-	0
C.- 40	-	40	-	0	-	0
D.- 29	-	40	-	11	-	0
E.- 36	-	34	-	0	-	2
F.- 71	-	57	-	0	-	14

Conclusiones:

Mejoría en setenta y siete pacientes de ciento doce que eran, después de un año de terapia ocupacional.

Cuatro pudieron abandonar el hospital después del período de estudio.

Miller y Clancy (36) afirman que gran parte del deterioro de los enfermos crónicos es debida al ambiente deprimente -- que existe en muchos hospitales. Ellos, después de realizar un experimento que evita la desocupación y el ambiente depresor en cien pacientes, encontraron en general que no hubo cambio en el estado psicopático, pero sí un alto grado de adaptación social de los pacientes.

El proyecto realizado en el estado de Vermont (14) con la meta de reintegrar al paciente social y vocacionalmente para facilitar el regreso a la comunidad, fue realizado con 298 pa--

cientes crónicos.

El programa comprendía distintos tratamientos administrados en orden según la necesidad del paciente.

- 1.- Tratamiento a base de drogas.
- 2.- Tratamiento social en el pabellón, conviviendo con un ambiente relajado y ameno.
- 3.- Terapia de grupo. No analítica.
- 4.- Privilegios de campo. Pases para pasear en el jardín o al exterior.
- 5.- Terapia ocupacional o recreativa.
- 6.- Terapia industrial (facilidades del hospital utilizadas como entrenamiento).
- 7.- Consulta vocacional.
- 8.- Club de pacientes. Actividades educativas y sociales durante los fines de semana.

El 83% de los que participaron fueron dados de alta. De éstos, 53% permanecieron indefinidamente en la comunidad y 47% regresaron al hospital, algunos sólo por corto tiempo.

No obstante, otros autores (50) realizaron un estudio en el cual veinte esquizofrénicos crónicos fueron sometidos a técnicas de resociabilización.

Otro grupo control permaneció por un período similar sin tratamiento.

El resultado fue: Modificación de síntomas accesorios pero no de los básicos. Y considerando el esfuerzo personal y el costo del programa, no creyeron que la técnica era útil.

En relación a la terapia de trabajo se estudia también -

la terapia situacional o taller protegido que comprende lo que Ewualt ha denominado como rehabilitación dentro de una situación protegida fuera del ambiente del hospital. Los pacientes trabajan en el hospital y conforme progresan son trasladados a una situación menos protegida, disminuyendo la supervisión pero conservando el contacto.

Estos talleres protegidos proveen una situación de empleo no competitiva que puede ser la etapa final para aquellos individuos considerados como permanentemente lisiados o bien pueden -- ser considerados como medios de terapia de trabajo en cuyo caso la meta final puede ser el trabajo en el mundo exterior.

3.- Manipulación Ambiental

En relación al esquizofrénico, esta terapia va dirigida a influenciar el ambiente del que proviene. Esta influencia va desde manejos superficiales hasta lograr que los familiares participen en una terapia reconstructiva.

El manejo ambiental se ve dirigido también y principalmente al ambiente hospitalario en el cual se va a encontrar el esquizofrénico.

Louis (32) explica que se debe realizar un examen extenso que incluya el análisis de los aspectos sociopsicológicos para -- referir una porción de pacientes a hospitales de día, a hospitales de noche o a pacientes externos.

Además señala que las instituciones psiquiátricas no deben ofrecer un ambiente muy diferente del que van a encontrar -- los enfermos cuando regresen a la sociedad. Explica que el trata

miento de esquizofrénicos crónicos debe realizarse en pequeños--grupos, la preferencia es para pequeños instituciones (100 a 200 camas).

Este manejo del ambiente es también utilizado como método preliminar por los psicoterapeutas que usan la psicoterapia reconstruktiva, así Sullivan (47) explica que el procedimiento de tratamiento comienza removiendo al paciente de la situación en la que ha desarrollado dificultad, a una situación en la que se le estimula a renovar sus intereses con otros.

Dice que esto puede ser en cualquier lugar que no sea una institución (como se conocen comunmente).

En este nuevo lugar, la terapia toma la forma de proveer una experiencia orientadora. Cuando entra a este nuevo lugar se le debe tratar como una persona entre personas. Según Sullivan - debe ser una técnica que haga sentir al paciente que algo está - mal en él, que es uno del grupo que está enfermo y que a la vez es parte de la gente sana.

Explica que una considerable porción de estos pacientes - en este ambiente humano, logran un grado de mejoramiento social - que permite el análisis.

Más aún, en este proceso el individualismo del paciente - no se estimula ni se critica, pero sí, cuando hay algo mórbido - se le hace notar y probablemente se investiga con el propósito - de descubrir los factores envueltos en este fenómeno (la violencia debe ser desalentada).

Así se van dando cuenta de su necesidad de insight en sus dificultades pasadas y van conociendo la naturaleza de los proce

dimientos que deben ser usados para tal fin. De esta manera están preparados para el tratamiento.

Explica que si el paciente no responde a este ambiente, - el médico debe descubrir las causas.

En algunos casos el sistema de tendencia previamente diso- ciado está condicionando situaciones interpersonales que precipi- tan el pánico.

Cuando sucede ésto se requiere una técnica de reasegura- miento para que el paciente comience a aceptar sus tendencias su- mergidas.

Si ésto no se logra, se puede recurrir a medios químiote- rapéuticos. Después de tres a diez días, se logra un ajuste con- siderable.

Es regla tener algunas entrevistas con el paciente duran- te el periodo de excitación y usar una técnica de reaseguramien- to en la cual se le haga descubrir que el ambiente no es nocivo, etc.

Explica que con el mejoramiento del paciente y la acepta- ción de ser ayudado, el médico puede actuar más directamente.

Recomienda para el ambiente en que se va a curar el esqui- zofrénico lo siguiente:

- 1.- No debe haber muchos pacientes de diversas clases y edades.
- 2.- El personal subprofesional debe ser consciente de la extrema sensibilidad que el paciente vive, ante cualquier engaño.
- 3.- Debe existir un propósito bien integrado de ayudar al pacien- te a desarrollar una nueva auto-estima.
- 4.- El personal debe poseer suficiente insight como para evitar-

sadismo inconsciente.

Deben estar libres de supersticiones o de rígidos conceptos éticos.

(Sus consideraciones sobre la terapia analítica en esquizofrénicos serán revisadas posteriormente).

Slavson (46) estudia también la psicoterapia hospitalaria en la comunidad refiriéndose a los valores que debe poseer la comunidad del hospital.

Explica que la regresión importante en la esquizofrenia requiere tratamiento hospitalario inicialmente para que reciba cuidados especiales quimioterápicos y o terapia convulsiva, así como la supervisión de un personal bien entrenado y con experiencia, además sirve para proteger a la sociedad y proteger al paciente.

La necesidad de segregarlos y el tiempo, dependen de la gravedad de la enfermedad, además de lo adecuado de las condiciones de su vida en la comunidad en general.

El valor principal de una buena comunidad hospitalaria es a través de una guía comprensiva se le puede proporcionar oportunidades reeducativas mediante el contacto con la realidad; se refuerza al yo y se le permite la identificación y status a través del grupo viviente.

Explica que otro valor de un buen hospital es que la realidad se puede graduar de acuerdo con la fuerza del yo, claridad de pensamiento y comprensión de los pacientes.

Añade que mediante la creación de una comunidad dinámica en la cual todos los pacientes están comprometidos en la produc-

ción de fines creativos, el mundo de sueños en el que el paciente se ha refugiado se disipa y emerge a un mundo nuevo, tangible al cual puede influenciar y modelar a través de sus propios esfuerzos.

No se trata de las puertas abiertas donde hay simple libertad de locomoción.

Aquí las ocupaciones y trabajos deben ser significativos para el paciente, porque son de interés para él y de valor para la comunidad de la cual él forma parte.

El sentimiento resultante de pertenecer y ser aceptado engendra un nuevo darse cuenta del propio yo y de la identidad.

Con ésto se le dirige activamente a la realidad y se le motiva a movilizar sus potencialidades. Además ésto lo acerca a la conceptualización racional y a la prueba de la realidad -- que poco a poco va reemplazando a las ideas ilusorias.

En relación al equipo, explica que la mejoría obtenida con lo anterior, necesita forzosamente ser reforzada por un miembro o grupo de miembros con los que el paciente puede establecer una relación afectuosa.

El sentimiento de ser aceptado en vez de rechazado es el alma y la sustancia de esta comunidad. Las rejas abiertas y las actividades son secundarias al clima emocional y social.

Todos los trabajadores, desde el intendente hasta el director, son importantes. Cuando se desea crear un clima terapéuticamente emocional en una institución, cualquier rechazo de cualquier fuente es dañina para el enfermo.

Los asuntos que no aceptan los pacientes deben ser discu

tidos en grupo para que otros pacientes con un mejor contacto -- puedan ayudar a estos miembros.

De hecho, mientras más grupos existan para organizar actividades, la mejoría es mayor y se presenta más rápidamente.

Explica que los pacientes que se curan en otro tipo de hospitales se debe a la "cura espontánea".

El programa de la comunidad se basa en pequeñas discusiones de grupo, así como largos encuentros y terapia de grupo.

Es deseable, según el autor, que todos los asuntos pertenecientes a la vida y conducta del hospital, sean sometidos a -- discusión, planeados por el paciente en pequeños y grandes grupos.

Los asuntos pertenecientes a un pabellón deben ser problemas que solucionen aquéllos que viven en él.

Las decisiones son hechas por el grupo como un todo.

Aún el menú necesita ser planeado por los pacientes.

El hospital deberá proveer de clases académicas y cultura general, induciendo a los pacientes a participar. Esto ayuda a la prueba de la realidad y da fuerza al yo.

Se emplea para el mismo fin cursos de estudio y trabajo -- fuera del hospital.

Señala que para pacientes mejorados es de gran beneficio tener actividades recreativas y de enseñanza como una preparación para entrar a la comunidad.

D.- Terapias de Insight Básicamente de Tipo Reconstructivo.

Este grupo ha estudiado ampliamente las posibilidades de-

terapia en esquizofrénicos y quizá, aunque no esté extensamente mencionado por los autores, no sólo hacen uso de las terapias sintomáticas como medidas auxiliares de acercamiento o complementarias, sino que también utilizan técnicas reeducativas como uno de los estadios de su psicoterapia.

Todas estas psicoterapias asientan su principio terapéutico en que se deben tratar a las enfermedades y no a los síntomas. "Aliviar los síntomas en el esquizofrénico no tiene significación terapéutica" Zilboorg (47).

A continuación se revisará el desarrollo en la psicoterapia del esquizofrénico.

1.- Desarrollo en la Psicoterapia de la Esquizofrenia.

Frida Fromm Reichman (18) expresa que después de que la psicoterapia ha pasado por sus dos etapas evolutivas: la mística y la taxonómica, se pueden plantear las primeras raíces de la psicoterapia racional.

Antes de que se pudiera iniciar el moderno desarrollo de la psicoterapia dinámica de los psicóticos, se tuvieron que refutar dos concepciones psiquiátricas erróneas.

a) La de Kraepelin acerca de la inaccesibilidad terapéutica de las personas esquizofrénicas debida a la ininteligibilidad de sus comunicaciones.

b) Las suposiciones de Freud de que el narcisismo del esquizofrénico le impide establecer una relación médico-paciente-terapéuticamente válida.

En otro artículo, Frida Fromm Reichman (19) señala que -

el obstáculo para tratar a los esquizofrénicos no residía en la naturaleza de su comunicación, sino en lo que Freud denominaba como narcisismo, que según él, le impedía establecer una relación entre el esquizofrénico y el psicoanalista.

Y aunque es cierta su retirada como lo señala Penichel y Abraham (1), ésta no es completa ni tampoco se regresa a la etapa narcisista con la exclusión de su relación con las gentes.

Añade la autora que Sullivan explica que no hay un período de desarrollo en el cual el ser humano esté fuera del campo de las relaciones interpersonales; desde el más temprano período post natal en el cual el niño tiene un sentimiento de aprobación o desaprobación de la persona materna, algún grado de relación interpersonal se mantiene a través de la vida debido a la empatía, independientemente de su salud mental.

Señala que Fairbairn, en sus investigaciones de la preocupación oral del esquizofrénico, la enfatiza más desde el punto de vista de su significación interpersonal que como un medio de gratificación autoerótica; y hace evidente que el esquizofrénico no renuncia completamente a su relación con los otros, - - aún en las retiradas más regresivas.

Más aún, el esquizofrénico ha vivido y desarrollado relaciones interpersonales en sus días pretéritos. No importa qué tan tenues puedan ser estas relaciones, ellas son suficientes para establecer una nueva relación entre doctor y paciente.

Hinsie (24) ha encontrado que la esperanza y tendencia a resumir contactos interpersonales era tan fuerte como su motivación principal para la retirada. La regresión parcial emocional

y su retirada del mundo externo a un mundo privado autista, está motivada por: el miedo al rechazo repetido, la desconfianza en otros y además por su propia hostilidad retaliativa que él mismo aborrece, así como la gran ansiedad que surge debida a su odio.

J.A. Groen (22) realiza una revisión en relación a las posibilidades de la psicoterapia individual en los esquizofrénicos y concluye en relación a la transferencia, que ésta es posible en los psicóticos, pero es diferente que la de los neuróticos.

La diferencia más importante es que el neurótico está siempre capacitado para evaluar los méritos de los sentimientos-transferenciales y manejarlos en cierta manera, mientras que en los esquizofrénicos esto es imposible o posible en un grado mucho menor. Es más, la transferencia en esquizofrénicos puede cambiar más rápidamente, es más violenta y responde a cualquier cambio en la conducta del terapeuta.

Así pues, se puede hablar de una transferencia psicótica.

La contratransferencia es especialmente importante en el tratamiento de los esquizofrénicos.

Este cambio en la técnica es lógico puesto que implica que el terapeuta está más directamente confrontado con lo que le pasa al paciente y puede protegerse mucho menos por la situación analítica básica.

Además de esto, el material psicótico perturba más que el neurótico.

Cuando se revisen las aportaciones de Frída Fromm Reichman, se anotará lo que ella piensa sobre estos problemas.

Así pues, se concluye la posibilidad de acercarse al esquizofrénico e intentar su cura.

No obstante estas conclusiones y las modificaciones de técnica que posteriormente se analizarán, la terapia en esquizofrénicos sigue descansando en postulados básicos de la dinámica, tales como el que la mayoría de las actividades importantes de los seres humanos están motivadas y dirigidas hacia objetivos, en persistentes pautas a largo plazo y que para comprender el sentido inmediato de una acción se requiere tener en cuenta el contexto discernible en el sentido total de la biografía del organismo.

El otro postulado básico de la psicodinamia es que una parte apreciable de las motivaciones humanas queda implícita o quizá inconsciente y esta motivación puede estar en franco y grave conflicto con la motivación consciente.

La investigación sistemática de los procesos inconscientes es uno de los procedimientos más importantes del estudio psicodinámico.

Paul Federn (5) pionero en la psicoterapia con esquizofrénicos, aportó dos conceptos teóricos importantes:

1.- El concepto de ego-feeling, que significa que el yo está dotado con una cierta cantidad de libido que no proviene de otras fuentes sino de sí mismo.

2.- El concepto de los límites del yo, Estos límites son vistos como defectuosos en el esquizofrénico, así el material del mundo externo y del ello se mezcla con el yo.

La meta más importante es establecer límites normales.

Enfatizó el hecho de que es posible establecer transferencia con la parte del paciente que permanece saludable y sugiere con énfasis que el terapeuta tenga un ayudante para estar con el paciente en los intervalos entre dos sesiones.

Fundamentalmente en el método de Federn, el paciente es guiado a entender, que una parte del yo está enferma y que esta parte no es confiable.

Gertrude Schwing (5) describe al esquizofrénico como una persona que ha sido privada de la experiencia de tener una madre real, una persona que ame a su hijo a toda costa.

La enfermera psiquiátrica debe ofrecer ese amor al paciente.

Describe algunas técnicas que establecen continuidad de contacto con el paciente y que enfatizan el punto de que el paciente debe tener el sentimiento de que su nueva madre está ahí y no lo intenta abandonar.

Schwing considera su tratamiento como preliminar para ser continuado con el de Federn.

Hinsie (5) se basó en el método de las libres asociaciones en adolescentes enfermos pero comunicativos y con deseos de seguir las direcciones del terapeuta.

John Rosen (5) instituyó la "terapia directa" (se denomina así debido a que el terapeuta persigue una comunicación directa con el inconsciente del paciente).

Cree también que el esquizofrénico es la víctima de una madre que sufrió una perversión del amor maternal y trata de ofrecerle lo que no ha tenido.

El paciente debe sentir en el terapeuta una persona poderosa, protectora y benevolente, como la hubiera querido tener en su infancia.

El terapeuta, en ocasiones, asume el rol de perseguidor y trata de convencer al paciente de que ésto tendrá un efecto benéfico.

El analista debe emplear mucho tiempo con el paciente, -- cerca de 16 horas al día, y a menudo debe acudir al ayudante.

El paciente es inundado con interpretaciones que siguen el lenguaje del inconsciente. Este tratamiento abrumador, muy a menudo solucionará el episodio agudo en unas cuantas semanas y debe ser continuado por el segundo período del tratamiento que sigue una técnica más similar al psicoanálisis decisivo.

Durante el tratamiento, el analista entra en el mundo psicótico del paciente, quien inmediatamente siente mejoría puesto que es finalmente entendido.

El terapeuta no debe evitar convertirse en uno de sus personajes imaginarios que aparecen en sus delirios.

Rosen cree que no existen muchas enfermedades mentales si no sólo una caracterizada por hebefrenia, catatonía, paranoia -- maniaco depresiva, obsesiva, hipocondría y estados psicósomáticos.

El paciente que se recobra va a través de estos diferentes estados.

Sullivan (48) expresa en relación a la esquizofrenia los siguientes datos:

1.- La cronicidad del modo de vida del esquizofrénico no-

evita que se pueda realizar un trabajo con el paciente, importante para beneficio del paciente y para la investigación clínica.

2.- Un estado esquizofrénico puede probar ser la sustitución de un proceso velado de conflictos entre necesidades y la evasión de ansiedad.

3.- El largo contexto de las relaciones interpersonales arroja luz sobre las dificultades en el vivir, mientras que si el terapeuta se envuelve en el contenido obsesivo no llega a ninguna conclusión.

4.- El acercamiento al largo contexto de las relaciones interpersonales es la función principal del psiquiatra. El tipo de vida del paciente no puede reflejarse fácilmente en las llamadas libres asociaciones.

5.- El paciente se ha negado muchas oportunidades de desarrollo. La dificultad que nace de esto debe ser remediada, al menos inicialmente, por una participación activa del médico.

6.- El éxito en la terapia e investigación, depende básicamente de la habilidad del médico para manejar al paciente.

Sullivan (47) expone que su técnica sociopsiquiátrica, -- parte de esta técnica que fué expuesta cuando hablamos de la manipulación ambiental.

Mediante un ambiente adecuado se prepara al sujeto para que esté disponible al análisis.

Señala que mediante esta mejoría, el paciente puede aceptar ser ayudado y los esfuerzos del médico se convierten en más directos en su aplicación.

La atención se dirige principalmente a reconstruir la cronología actual de la psicosis.

La técnica de la libre asociación se introduce sólo en intervalos para llenar las fallas de la memoria.

El papel de personas significativas y sus actitudes deben ser constantemente enfatizadas y el paciente debe estar bajo la influencia de que no importa qué tan misterioso sea el fenómeno suscitado; todo lo que le ha sucedido tiene relación con su vida actual, entre un número pequeño de personas significativas, en un curso relativamente simple de acontecimiento.

El fenómeno psicótico recordado desde los períodos más molestos, es sujeto a estudio (visto siempre en relación a esas personas significativas).

Los sueños son estudiados con esta guía.

Durante esta fase del trabajo, el paciente puede o no entender sus dificultades dinámicas.

Las interpretaciones nunca deben de ser forzadas y preferiblemente no se le ofrecen, con excepción de los hallazgos estáticos (ejemplo: esto y aquello se encuentra en algunos pacientes y ha sido encontrado que se debe a esto o aquellos).

Expresa que después de once años de experiencia con esta técnica sociopsiquiátrica, ninguna condición del paciente se agravó y sí se obtuvo real recuperación.

El Dr. Silverberg (47) expresa que 15 pacientes que trató con este método, 12 se recobraron o mejoraron y dos de los casos que no mejoraron estaban enfermos desde hacía mucho tiempo y habían sido paranoicos antes de venir al hospital.

Expresa que esta técnica funciona menos con casos que muestran síntomas paranoideos.

Sullivan concluye su exposición recomendando campos de convalecencia e instituciones abiertas. Propone el cuidado no-institucional para el enfermo.

A continuación se describe la técnica de Frieda Fromm - Reichman (5) quien deriva su técnica de las premisas de Freud y las modificaciones que Sullivan hizo a estas premisas.

Llamó a su técnica "terapia psicoanalíticamente orientada" para indicar que algunas modificaciones habían sido hechas al método tradicional.

Estas modificaciones revisadas en su artículo "Notas sobre el desarrollo de los tratamientos para la esquizofrenia por la psicoterapia psicoanalítica" (19) los sintetiza diciendo que los cambios se han visto tanto en lo relativo al establecimiento de la relación entre doctor y paciente, como en lo concerniente al contenido de la comunicación psicótica.

Expresa que se ha cambiado la actitud permisitiva y de aceptación generalizada por una de aceptación y permisividad en relación a la parte infantil regresada de la personalidad total del paciente, manteniendo sin embargo respeto y entendimiento de acuerdo a la edad cronológica de éste.

Después de establecer una relación, se le invita a que sepa la necesidad de tratamiento y a realizar esfuerzos para entender la génesis y dinámica de su disturbio mental.

En relación a los contenidos de las producciones, expresa que antes se prestaba atención a los contenidos en sí de to

das las producciones psicóticas, pero esto no daba gran ayuda debido a que el psicótico sabe el significado de sus producciones psicóticas. Esto se debe a que sufre de la inundación de material inconsciente que surge a través de la disociación. Así pues, interpretar contenidos, en muchos casos es redundante.

No obstante sirven cuando crean un insight dentro de la genética y dinámica de la enfermedad.

No entender todo lo que produce el esquizofrénico ya no es importante si se hace en un ambiente de respeto que no permita que la relación entre médico y paciente se desvíe.

La falta de espontaneidad y sobreprecaución de parte del analista, son más perjudiciales que la ausencia de dirección, -- aunque esta última también es muy importante.

La dirección clara es un consejo necesario en el tratamiento con esquizofrénicos perturbados.

Preguntar en términos de "esto o aquello" tiende a confundir y a producir ansiedad.

En relación a procesos alucinatorios, se debe mostrar desacuerdo, pero evitando discutir con él. Ejemplo: "Yo no veo y oigo lo que usted oye o ve, vamos a investigar las razones de la diferencia de nuestra experiencia".

En ocasiones el acting-out es la única manera de comunicarse del esquizofrénico inarticulado.

El acting-out debe ser aceptado hasta que el paciente progresa en la comunicación verbalizada.

Sólo cuando no se puede uno acercar al psicótico a través de varios esfuerzos en un nivel verbal, se debe penetrar temporalmente en su mundo psicótico hasta que esté listo para investi

gar su dinámica con el psicoanalista.

Acompañando a ésto se presta atención y se investiga muy-de cerca lo siguiente:

Tiempo presente y circunstancias, el ambiente original -- precipitador de hechos y síntomas orgánicos y emocionales anteriores o concomitantes a la manifestación psicótica.

Si el paciente está en contacto, se le incita a unirse al analista en la búsqueda de estas conexiones.

Después de que lo ha aceptado el esquizofrénico, ésto conduce automáticamente a la investigación y entendimiento de la -- sintomatología secundaria que ha estado ligada con las manifestaciones originalmente bajo escrutinio.

En los casos en que el paciente se perturba mucho por participar activamente en este escrutinio genético y dinámico, es útil que el analista dirija su atención terapéutica en esta dirección y trate de comunicar su esfuerzo al paciente hasta que éste emerja suficientemente de su estado psicótico y lo pueda seguir.

Sólo cuando se establece relación con el paciente se pueden realizar estos movimientos terapéuticos.

El hecho de que no esté dispuesto a aceptar las comunicaciones del terapeuta es necesariamente un signo de que el acercamiento ha sido contraindicado.

Puede ser necesario que se repita y elabore muchas veces la misma comunicación.

Sólo hay una razón para ser precavido en estos movimien-

tos activos de terapia y es la estrechez y lentitud de los procesos de pensamiento de muchos esquizofrénicos.

Esto hace necesario dar una sugestión terapéutica a la vez y no ofrecer otra antes de que haya evidencia de que la primera ha sido oída, aunque no necesariamente trabajada o integrada.

Otra razón para ser cauteloso se debe a que la ansiedad se puede convertir en pánico. Por esto es que los movimientos terapéuticos que tienden a producir ansiedades, deben ser ofrecidos en dosis adecuadas para que no produzcan pánico y también deben ser dadas cuando el psicoanalista esté disponible, por si se necesita, ayudar al paciente a manejar su ansiedad.

En relación a la técnica, la autora sugiere no sentarse atrás del esquizofrénico, puesto que de otra manera se está interfiriendo con el restablecimiento de la prueba de la realidad y se impiden las observaciones visuales que hace el psicoanalista, que son de extraordinaria importancia cuando se trata de esquizofrénicos inarticulados.

También están contraindicadas las reglas de rigidez en las horas de entrevista: Más horas, cancelación de ellas, horas extras son indispensables en el trabajo con psicóticos perturbados.

Recomienda que el esquizofrénico sea visto por el analista a través de todos los estados prolongados del disturbio psicótico, sin importar la ganancia inmediata del insight.

Usualmente se ve esta ganancia después que se ha obtenido cierto insight, aunque no se verbalizó en ese tiempo.

El mantenerse en contacto terapéutico durante los períodos de trastorno, es útil para los fines terapéuticos posteriores.

Las libres asociaciones son un error en esta terapia debido a que el pensamiento del esquizofrénico está desorganizado o a punto de estarlo y con las libres asociaciones se incrementa la desorganización.

La única vez que se le puede pedir que exprese en términos de pensamiento asociativo, será en relación a un proceso -- sus orígenes y tiempo, etc. en caso de que las preguntas directas no conduzcan a resultados deseados.

En relación a los sueños parecidos, tanto con el proceso de pensamiento en estado despierto, se considera inadecuado trabajar con ellos y se desanima su exposición; no obstante algunos autores han revisados el problema y creen en su utilidad, - debido a la mejora que obtuvieron con tres esquizofrénicos paranoideos cuando colaboraron a interpretar un sueño significativo con el analista.

Señala también el papel importante de la contra transferencia, la cual se revisará posteriormente.

Señala que sólo existen diferencias cuantitativas entre los pacientes normales, neuróticos y esquizofrénicos.

El esquizofrénico no está feliz con su retirada como algunos psiquiatras creían y está dispuesto a reasumir relaciones interpersonales si encuentra la persona en la que pueda confiar; una persona que sea capaz de remover la suspicacia y la desconfianza que se originó en las primeras relaciones interpersonales.

Para establecer la atmósfera de confianza, el paciente debe ser tratado con amabilidad, entendimiento y consideración pero no con actitudes sofocantes o como a un bebé.

Hay una parte del paciente que ha permanecido en estado adulto y resentirá si es tratado de una manera infantil.

Prodigación de amor o amistad exagerada está también fuera de lugar.

Frieda Fromm se basa menos en el efecto terapéutico de las interpretaciones. Sin embargo hace uso de ellas y enfatiza que la sintomatología es susceptible de muchas interpretaciones, todas correctas y que en ocasiones es útil dar aún interpretaciones parciales.

Subraya que la regla del temor a la cercanía se presenta en la actitud del paciente. En ocasiones la cercanía del terapeuta puede de hecho asustar y provocar la suspicacia del paciente, condicionando la recaída.

Pero aún más importante que el miedo a la cercanía es la hostilidad del paciente, puesto que exagera sus tendencias destructivas. Por esto es que debe ser reasegurado por el terapeuta y enseñado a manejar su potencial de enojo.

Frieda Fromm enfatiza la importancia de la contra transferencia que, de acuerdo con ella, es el factor crucial en el tratamiento de los esquizofrénicos.

Señala que las dificultades en la comunicación o en el manejo de las situaciones se origina a menudo por los problemas del terapeuta.

La ansiedad de éste es el obstáculo más grande y puede detener todo el tratamiento.

Pequeños grados de ansiedad, sin embargo, pueden ayudar al terapeuta a reconocer que problemas del paciente despiertan su propia ansiedad.

En su artículo "Problemas básicos en la psicoterapia de la esquizofrenia" (20) la autora señala que la contratransferencia negativa es motivada por las siguientes condiciones del paciente:

1.- Estados de grave ansiedad del paciente que pueden -- ser contagiosos para algunos psicoterapeutas (soledad esquizofrénica, estupor catatónico, alejamiento hebefrénico).

2.- Intensas necesidades de dependencia esquizofrénica -- por parte del paciente.

3.- Para casi todos los psicoterapeutas el odio, amenaza o violencia real posibles en el paciente.

4.- La ausencia de signos notables de mejoría, no obstante el interés y esfuerzo invertidos por el terapeuta.

5.- La continua vigilancia por parte del paciente. Se -- transforman en espías descubriendo rasgos de personalidad que -- ni el terapeuta conoce en sí mismo.

6.- La desconfianza del esquizofrénico en las comunicaciones verbales del médico. El psicótico tiene que probar la -- veracidad de estas palabras, puesto que ha aprendido que las palabras sirven para disfrazar la verdad.

Estas maniobras de prueba pueden despertar en algunos terapeutas la irritación, impaciencia y lejanía.

7.- Ausencia de convencionalismos debida, entre otros -- factores, a su soledad y aislamiento.

En relación a la contratransferencia de carácter positivo ofrece los siguientes conceptos:

Debido al tiempo invertido y al intenso esfuerzo que realiza el terapeuta, se relaciona más emocionalmente con estos enfermos. Esto puede condicionar un exceso de afecto terapéuticamente no deseable y ser seducido a compartir las desilusiones, antipatías y prejuicios del paciente.

Cuando ésto sucede es necesario el auto análisis, la discusión con otros colegas o bien con el enfermo, simplemente para aclarar la atmósfera terapéutica.

Si el terapeuta se inquieta por la agresividad del paciente, puede verlo con un tercero o colocarlo en sábanas mojadas.

Debería entonces admitir que lo hace con el propósito de contrarrestar su propia ansiedad y liberarse de esta interferencia.

Los grados de ansiedad leves pueden ser un elemento de ayuda para conocer los problemas que despertaron dicha ansiedad.

La ansiedad intensa del médico es interpretada por el paciente como una confirmación de sus propias capacidades destructivas, así la relativa liberación de ansiedad por parte del médico implica para ellos un estímulo y fe en sus propias potencialidades constructivas. La culpa disminuye y hay mayor posibilidad de acercamiento.

Sechehaye (44) desarrolló un nuevo método de la "Realización Simbólica". Acepta muchos métodos tradicionales psicoanalíticos y existenciales y a ellos añade su propio método que consiste en ayudar a sobreponer al paciente del trauma inicial por-

medio de relaciones interpersonales apropiadas y ajustadas al de
bil estado del yo psicótico.

Como Rosen, esta autora entra en el mundo psicótico del -
paciente, acepta su simbolismo e intenta "realizar", o sea mate-
rializar en su nivel simbólico las necesidades fundamentales del
enfermo, las cuales a través de su frustración condujeron al con-
flicto psicótico.

Explica la autora que los procesos de proyección y de imi-
tación por medio de los cuales el yo se descubre del "no yo", --
son utilizados tanto por el enfermo mental como por el niño.

Los esquizofrénicos utilizan los mismos mecanismos de pro-
yección, de participación, de condensación y de imitación para -
expresar su vida psíquica. Y concluye que en lugar de dejar que-
estos mecanismos se pongan al servicio de los impulsos y de las-
construcciones delirantes, se podrían derivar y utilizar para in-
tentar una reconstrucción del yo psicótico.

Señala que mientras en el niño constituye un aspecto nor-
mal y verbal de su evolución afectiva-intelectual, en el enfermo
cumplen la misión primaria de sustraerlo de la realidad frustra-
tes para permitirle satisfacer una necesidad fundamental.

Son estos aspectos los que piensa, se deben estudiar me-
jor para utilizarlos en una nueva psicoterapia basada en la rela-
ción simbólica de las necesidades fundamentales del enfermo.

Expresa que en su terapia realizada con René, los proce-
sos del símbolo y de la imitación jugaron un papel de primer or-
den en la reconstrucción del yo.

El símbolo que constituía un sustituto del objeto se con--

virtió en imagen y luego en concepto. Así, primero el pensamiento de René se caracterizó por imágenes, pero a medida que ella estableció relaciones sociales, primero con la madre analista y luego con otras personas, utilizó cada vez menos el pensamiento por símbolos y por imágenes para servirse cada vez más de conceptos operatorios.

La imitación inicialmente copió del objeto, se liberó -- progresivamente de la percepción y se convirtió en representación.

Poco a poco ésta pasó a ser reflexiva y pudo progresar -- hasta razonar con los instrumentos de los adultos.

Eissler (5) ha enfatizado la importancia de la psicoterapia temprana durante el episodio agudo.

El modo en el cual el caso es manejado en un principio, -- determina todo el curso de la enfermedad.

Distingue la fase aguda de la fase de relativo mutismo.

Wexler(5) reporta el tratamiento exitoso de un paciente -- al que trató asumiendo el rol de un super yo tiránico.

Hill (23) enfatiza el papel crucial de la madre en el desarrollo de la esquizofrenia y de detalles del manejo técnico -- de los pacientes. Entre otras observaciones ,Hill explica que -- la motivación para restablecerse en el esquizofrénico es muy débil debido a:

- 1.- Que desprecia al mundo competitivo hostil que lo rodea.
- 2.- Sabe que no puede tener éxito.
- 3.- Nunca ha sido libre y espontáneo, nunca se ha prestado a la intimidad objetiva con los demás.

No tiene, por consiguiente, recuerdos de normalidad y no comprende lo que esto implica.

Se trata de una experiencia nueva y como tal, se le teme y se le minusvalora.

4.- Además nunca ha vivido la experiencia nueva de la aventura, del compartir maduro de la experiencia.

Es cierto, y lo ha sido para el paciente, que la presencia de la madre, o bien ocasionalmente del padre, ha prohibido toda experiencia nueva, toda relación espontánea y autodirigida con realidad.

Dicho de otra manera, el super yo posesivo y destructivo no tolerará rivales ni escapatorias de la previamente planeada esclavitud donde reina como amo absoluto.

Explica que sin embargo, los pacientes esquizofrénicos experimentan un impulso hacia la búsqueda de comprensión o por lo menos, hacia la identificación con el terapeuta.

Expresa que quizá se pueda seguir el rastro de ese impulso hasta su fuente en la primitiva configuración niño-madre, boca-pecho, esto es, en el impulso del ello hacia una satisfacción en relación con los objetos.

Señala que la incomodidad del paciente llegará al mínimo cuando el terapeuta pueda respetar la devoción del paciente por la presencia de la madre y brindarle apoyo en los pasos hacia la realidad, haciéndolo en forma tal que no se sienta abandonado y condenado ya sea por la madre o por el terapeuta.

El paciente no mejorará hasta que aprenda que al hacerlo, no destruye a la madre que le da vida, ni al terapeuta.

Cuando el paciente se somete a la terapia, lo hace por la creencia de que el terapeuta puede, por medios mágicos, ayudarle a extraer de la presencia materna (por la fuerza) lo que ella le debe, a saber: seguridad para la búsqueda de su propia autorrealización.

Bowers (9) aplica la hipnosis al tratamiento de la esquizofrenia, aunque la opinión general es que tal tratamiento no es útil para la psicosis.

Ella hipotetiza que en la hipnosis el terapeuta establece rápido contacto con el mundo sano reprimido del paciente.

Un esquizofrénico exitosamente hipnotizado se está moviendo hacia la recuperación, puesto que es capaz de reincorporarse a otro (el terapeuta), y de esta manera puede establecer relaciones interpersonales.

Señala además que la esquizofrenia se compara con un perpetuo estado de auto hipnosis.

La hipnosis tiene el valor de enseñar al paciente usos sanos de su propia habilidad para la auto hipnosis.

Conclusiones sobre la Psicoterapia para Esquizofrénicos según Arieti:

Arieti (5) ofrece una técnica que se inspira en todos los estudios anteriores, así como en sus propias experiencias.

Estudia primero las actitudes generales y sentimientos del paciente y del terapeuta.

Explica que más importante que la técnica de la sesión terapéutica, es el establecimiento de una actitud general, un tono emocional e intercambio de sentimientos entre el paciente y el te

rapeuta (transferencia y contratransferencia).

Cuando el paciente va a terapia se siente no aceptado y - no aceptante, suspicaz, desconfiado de cualquier contacto interpersonal.

El contacto con el terapeuta lo tiene que hacer sentir que no está ya solo en el mundo, que es aceptado como un ser humano y que no por esta aceptación será guiado a hacer cosas que no pueda hacer.

De acuerdo con Sullivan, la terapia debe ofrecer al paciente una relación de seguridad mayor que la que siempre ha tenido.

De acuerdo con Frieda Fromm, la terapia debe ofrecer una - forma específica por medio de la cual puedan confiar en el mundo - y en ellos mismos.

La relación de confianza básica debe ser establecida entre el terapeuta y su paciente. No los puede amar como la madre - lo hace, pero sí les puede ofrecer confianza.

La confianza básica es una actitud o atmósfera de esperanza.

El paciente confía en el terapeuta y siente que éste confía en él y así la ansiedad y la desconfianza desaparecen. Las potencialidades básicas del paciente como ser humano se desarrollan y alcanzan su realización.

Es obvio que la contratransferencia es la clave principal - en el tratamiento de la psicosis.

No importa la actitud específica que se adopte (maternal o estricta), lo que importa es que debe coincidir con la personalidad del terapeuta, debe ser capaz de inspirar el sentimiento de -

confianza.

En un principio, el terapeuta debe ser reservado especialmente con aquellos pacientes que reaccionan con desconfianza y miedo a las manifestaciones de afecto.

Pero no importa si es afectuoso o reservado, lo importante es que debe ser convincente, consistente y capaz de comunicar al paciente su fuerza, su honradez y su bondad.

Esto no debe ser abrumador, ya que si lo es, se identifica con la ansiedad maternal que obstaculizó el crecimiento psicológico y estimuló la dependencia.

La hostilidad que presente el paciente (debido a que teme que después de tanta cercanía sobrevendrá el rechazo), debe explicársele cuando se presente. En otras ocasiones se le debe explicar cómo su hostilidad está mal dirigida puesto que no la guía a las fuentes reales sino a lo que representan.

Si la hostilidad persiste, un ayudante o una enfermera pueden ayudar psicológicamente a restringir al paciente.

Si el terapeuta tiene miedo del paciente o no lo puede controlar, no debe tratarlo.

Si el paciente siente que el médico tiene miedo de él, su resentimiento aumentará, además tendrá mas desconfianza de él y del terapeuta y consecuentemente tendrá mayor hostilidad.

Las tendencias simbióticas que tenderán a presentarse, serán muy útiles en un principio como medio de comunicación, pero--dañinas posteriormente si no se examinan.

El paciente debe reconocer que la situación terapéutica no es una liga simbiótica similar a la que solía tener con sus pa--

dres, sino un tipo nuevo de relación que permite crecer sin estar acompañado este crecimiento de culpa y dependencia nociva.

El proceso incorporativo o de indentificación con el terapeuta ocurre en un grado muy alto. Aunque ésto es necesario y - - útil, debe ser gradualmente combatido desde el principio, para luchar contra los hábitos excesivamente imitativos.

En relación a la técnica de sesión, explica que el couch - no se debe usar, puesto que el paciente está necesitado de cercanía, aún en el sentido físico.

El mejor método es sentarse cerca del paciente. Si éste -- rehusa mirar al terapeuta, no se le debe forzar a hacerlo. Si prefiere mirar en dirección opuesta o caminar alrededor del cuarto, - se le debe dejar.

Estas actitudes no deben ser interpretadas como modo de rechazo al tratamiento, sino como caminos para disminuir la intensa ansiedad por la relación interpersonal.

Al iniciarse el tratamiento, las sesiones deben ser numerosas, en algunos casos diarias, si el episodio es agudo; después - deben reducirse a lo usual (tres veces por semana).

Si el paciente está en un hospital debe ser visitado por - el terapeuta en los intervalos entre sesiones.

Si es ambulatorio se le debe insistir en que venga puntual - mente. No se dará tiempo extra si llega tarde.

Aunque el terapeuta debe ser permisivo en muchas formas, - debe ser estricto en la cuestión de la puntualidad.

El paciente quiere que se le impongan limitaciones, en un intento de reorganizar su confundida vida. De esta manera, la - -

insistencia en que llegue a tiempo es importante.

Se les debe dar horas por la tarde, ya que su ritmo está invertido. Es útil también en pacientes agudos hospitalizados.

La duración de la sesión es de un poco menos que la de -- los neuróticos (de cuarenta a cuarenta y cinco minutos). Después pueden ser alargadas.

La técnica de la sesión varía de curso de acuerdo al estado y la condición del paciente.

Si el paciente está en condición aguda, asustado y deseoso de decir sus problemas al terapeuta, lo debe escuchar pacientemente y lo debe reasegurar con afecto.

Si no desea hablar de sí mismo o de nada, no debe ser interrogado. Cada pregunta la experimenta como una intrusión en su vida privada y podrá aumentar su ansiedad y su hostilidad.

No es raro que interprete el pedirle información como un intento de quitarle algo. Aún le parece que el terapeuta la quita algo y no le da y se le debe convencer del deseo de que se le quiere dar, puesto que está necesitado.

El terapeuta no debe hacer el interrogatorio inicial al paciente. Esto evitará los sentimientos negativos que se desarrollan inmediatamente hacia éste.

Se llega a una comprensión total de la constelación familiar cuando se puede tratar a un miembro no psicótico de la familia.

A continuación el autor se pregunta ¿Qué puede hacer el terapeuta? y señala:

1.- Puede ser aconsejable para el terapeuta tomar la iniciativa-

y hablar de temas neutrales para dar al paciente el sentimiento de que se está realizando un esfuerzo sincero para comunicarse con él, sin que haya más en este esfuerzo.

- 2.- Si el paciente es mudo o casi mudo, catatónico, el terapeuta le debe hablar expresando su simpatía y su deseo de romper la incomunicación. Debe decirle al paciente que se de cuenta de cuán asustado está; que lo está tanto que no puede ni hablar, pero el terapeuta sabe que él siente y entiende.

Sin embargo, si se resiste con ésto y se retira más del contacto interpersonal, es mejor no hablar. El terapeuta debe compartir el estado de silencio sin ser perturbado por él.

La proximidad del terapeuta con el paciente, aunque éste no hable, puede llevarlo a descubrir comunicaciones no verbales, imperceptibles que son específicas para cada paciente.

- 3.- Si el paciente está muy trastornado y presenta ensalada de palabras, el terapeuta no debe intentar entenderlo, sino escucharlo pacientemente. Pronto la ensalada de palabras tendrá sentido.

- 4.- En un estado más avanzado de tratamiento podrá hablar más de sí mismo y de su vida.

Las lagunas en relación al conocimiento de la historia de su vida pueden ser llenadas por el conocimiento que el psicoterapeuta tenga en relación a la psicodinamia de la esquizofrenia, pero debe estar alerta a la posibilidad de mecanismos fuera de lo común.

- 5.- Si el paciente es un paranoide que fanáticamente habla de sus delirios, se debe hacer un intento de distraer su atención y-

reestablecer sus intereses en otros aspectos de la vida.

En relación a los delirios, el paciente debe saber que no es que se le acepten tales fenómenos, sino que se le deben explicar las razones por las cuales ve, oye o interpreta las cosas en forma diferente.

Las interpretaciones no son muy benéficas en un principio aunque después puedan serlo.

Si la ansiedad ha disminuído considerablemente al grado de que la aceptación del mundo psicótico no es automática, se le puede explicar cómo concretiza y simboliza.

Si el terapeuta toma vacaciones, se le debe avisar desde mucho antes, sobre todo si está al principio de la terapia.

En relación a la participación general en la vida del paciente y la asignación de metas, explica que:

El tratamiento del esquizofrénico no debe consistir sólo de las sesiones, sino de una participación general en su vida.

Debe sentir que el terapeuta participa en muchos eventos de su vida. Esto no significa tener la iniciativa.

Ahora que el paciente confía en el terapeuta y en sí mismo, se podrá sentir digno de confianza si el terapeuta le asigna trabajos. Esto aumenta su autoestima.

Se les debe animar a muchos de ellos a la pintura, música, baile, etc.

El asistente terapéutico podrá ayudar en esto. Este no sólo deberá crear una atmósfera de afecto general, sino ayudará al paciente a compartir sentimientos y a hacer cosas en comunidad.

Debe estar siempre junto a él como una persona en la cual el paciente pueda depender cuando sea necesario.

No se recomienda un pariente muy ligado al paciente como una persona capacitada y que acepte al paciente.

2. En relación a la psicoterapia de grupo están los estudios de Slavson (46) que ya han sido mencionados anteriormente.

La comunidad terapéutica de la que hace mención, prepara al paciente para ser "externo" y recibir la terapia de grupo psicoanalíticamente orientada.

En relación a esta terapia expresa que no se deben tocar las defensas que sirven en contra de una quiebra psicótica.

La técnica psicoanalíticamente orientada puede amenazar al frágil e inestable yo del paciente.

Sin embargo el paciente gana fuerza e insight cuando se le coloca en un grupo de no psicóticos.

Sin embargo dice el autor que esto depende de muchas cosas, por ejemplo la fuerza actual de las defensas del yo.

Se deben considerar también las condiciones de la familia, del trabajo. Se debe tener en cuenta la posibilidad de que se convierta en chivo expiatorio de los otros miembros del grupo terapéutico y entonces se debe ver el grado de soporte activo que requiera por parte del terapeuta, en situaciones difíciles de grupo. También se debe investigar su capacidad de compartir al terapeuta con otros miembros del grupo.

Explica que no más de uno o dos pacientes pre-psicóticos pueden ser incluidos en un grupo analítico, puesto que de otra manera se crea un clima psicótico y el resto de los miembros se va o comienza a agredirlos.

Para el psicótico existen ventajas en ser una parte del --

1.- Terapia de grupo verbal en la cual el tratamiento utiliza exclusivamente el uso de palabras.

2.- Terapia de grupo de acción, en la cual las acciones - del paciente, así como su verbalización, juega un papel importante y a veces es dirigida como en el caso del psicodrama.

3.- Terapia de grupo que utiliza medidas auxiliares (expresión creativa, literatura y muchas otras actividades adjuntas).

Concluye que la técnica para escoger dependerá del objetivo propuesto.

a) Si es para obtener un cambio intrapsíquico, se debe escoger - métodos que ofrezcan la menor posibilidad de evasión. Estos - métodos son los referentes a la terapia de grupo verbal.

b) Si la resocialización es la meta, se debe utilizar métodos -- que aseguren el contacto entre los miembros del grupo bajo -- cualquier condición (terapias de grupo con métodos auxiliares y otros como la terapia de trabajo).

La terapia de grupo actuada está en una posición intermedia.

Los analistas de la escuela Argentina, entre ellos Grünberg, M. Langer y E. Rodríguez (21) expresan que la modalidad interpretativa se basa esencialmente en la relación transferencial positiva y negativa, pero formulada de acuerdo al lenguaje esquizofrénico que es simbólico y concreto.

En estas afirmaciones se adhieren a Melanie Klein, Susan Isaacs, Frieda Fromm, Sullivan, los cuales sostienen como condición esencial el análisis de la transferencia, teniendo el terapeuta la función de interpretarla haciendo de las ansiedades ma-

Esta postura está en contradicción con las terapias de Federn, Sechehaye y Rose, los cuales afirman que las ansiedades -- del paciente han de ser neutralizadas por actos de tranquilización.

Entonces se tiende a trabajar con la parte sana del enfermo, tratando de establecer una transferencia positiva intensa.

3.- Algunos Conceptos sobre la Psicoterapia en Niños Esquizofrénicos.

Varios autores (46a) consideran que el autismo es una defensa en contra de perder la liga simbiótica.

En un grupo el niño abandona esta defensa y forma un yo -- del grupo que constituye el polo de una nueva simbiosis terapéutica de la cual la separación para la individuación puede ocurrir.

Otros terapeutas (36a) concluyen mejoría mediante la aplicación de grupos en niños y padres y afirman que los padres de niños autistas escondían severos trastornos dentro de un aparente -- ajuste.

Estos trastornos eran de diferentes naturaleza a la de las neurosis ordinarias en los adultos.

Kamp (29) sugiere que en el tratamiento del niño autista -- la introducción de la agresión es siempre el problema central.

Se requiere desarrollar la libertad de la explosión de la -- agresión.

La sobre estimulación puede intensificar el autismo. El te -- rapapeuta debe de estar constantemente dispuesto a las necesidades -- del paciente en cualquier momento.

En muchos casos, cuando el paciente no se atreve a expre--

sar agresión, el analista lo debe hacer por él, es decir, debe funcionar como parte del paciente.

Telma-Roca (42) expresa que con el niño psicótico hay que establecer relaciones de tipo materno evitando frustraciones. El contacto físico es permitido (en los niños neuróticos no se utiliza esto).

Se pueden hacer interpretaciones directas al estilo de Rosen y se puede utilizar la técnica de Sechehaye.

Expresa que el tratamiento es más limitado que en las neurosis. Terminando el proceso terapéutico, ha de formularse un plan educativo y una orientación adecuada para el paciente y sus familiares.

Prall Robert (40) señala que las contratransferencias comunes en el trabajo psicoterapéutico con niños son:

- 1.- La fantasía de salvar al niño y expectación de un rápido mejoramiento conducen a un pesimismo y a disminuir el esfuerzo en el trabajo.
- 2.- Sobreidentificación con la conducta regresiva.
- 3.- Dificultad para manejar el proceso primario.
- 4.- El extenso contacto personal requerido puede ser molesto para el terapeuta.
- 5.- Poca habilidad para tolerar la necesaria relación simbiótica.

La ansiedad masiva del niño puede provocar excesiva ansiedad en el terapeuta.

- 4.- Resumen de los Métodos de Psicoterapia Individual según Groen (22).

En relación a la técnica, Groen explica que si el punto de partida es que existe una diferencia esencial entre neurosis y psicosis, existirán mayores desviaciones de la técnica, que si el punto de partida es que la diferencia no es fundamental.

La mayoría de los investigadores asumen que hay diferencias y han aceptado las consecuencias en términos de técnica.

La escuela de Klein con Rosenfeld, Back, Bion y Segal, refutan una diferencia esencial y por lo tanto sostienen que la técnica clásica debe ser preferida para esquizofrénicos.

Como desviaciones se debe mencionar el hecho de que la mayor parte de los autores prefiere tratar a los esquizofrénicos cara a cara.

Dice el autor que esto parece juicioso puesto que las relaciones objetales con esquizofrénicos son tan frágiles que la invisibilidad del terapeuta muy a menudo les significa la ausencia, de hecho, del terapeuta.

Más aún, las importancias de las expresiones no verbales es tal que no se las debe perder.

En relación al tiempo, la mayoría de los autores tienden a abandonar el sentido estricto de este aspecto.

Frieda Fromm sostiene que cuarenta y cinco minutos es poco tiempo y sesenta debe ser visto como mínimo.

La regla básica no debe ser impuesta a estos pacientes, ciertamente no durante los estados iniciales de la terapia; puede ser posible en estados más avanzados.

La regla del terapeuta de mantener silencio no se sigue y presenta muchas diferencias.

Las preguntas son generalmente contestadas y el por qué -- de la pregunta no se investiga sino hasta después.

En términos generales, esto está basado en la baja tolerancia a la frustración de los pacientes esquizofrénicos.

Muchos investigadores apuntan el alto grado de honestidad de parte del terapeuta debido a la gran susceptibilidad del esquizofrénico hacia cualquier cosa que sea insincera.

Así pues, en muchos casos es mejor admitir que muchas expresiones son ininteligibles para el analista, que asumir la posición de omnipotencia que el paciente inmediatamente resiente.

Explica que también es necesario señalar los cambios de rutina.

En relación a la contratransferencia explica que es mucho más estudiada por los motivos que se explicaron anteriormente -- (El médico se relaciona más intensamente con estos enfermos).

En relación al problema de la transferencia señala que -- existen dos posibles clasificaciones dentro de la terapia psicoanalíticamente orientada:

1.- Terapia en la cual la contratransferencia es actuada, es decir, que el rol tomado por el terapeuta es un factor importante. Estas terapias enfocan principalmente la parte regresada del yo, a la que gratifican más o menos de una manera simbólica (ejemplo Rosen, Sechehaye, Waxler).

2.- Terapias en las cuales la contratransferencia es analizada -- (Ejemplo: Melanie, Klein, Susan, Isaacs, Frieda Fromm, Sullivan).

En general, la terapia en esquizofrénicos muestra una tendencia inequívoca a conceder poca importancia a los contenidos -- y mucha a la contratransferencia y resistencia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abraham Karl,
 "Short Study of the development of the libido viewed in the
 light of mental disorders".
 (1924) in selected papers of Karl Abraham edited by Ernest -
 Jones, Londo, Hogarth Press, 1927 p.p.
 4-850 Referencia de Frieda Fromm Reichman (22). L
- 2.- Alanen, Y.O., Rekala, J.K., Stewen, Anneli, Tahola K, and -
 Tuovinen.
 "On factors influencing the onset of schizophrenia in the -
 light of a family study". R
 Confina Psychiatrica.
 Vol. 8. No. 1, 1965.
- 3.- Andrew Mc. Ghie.
 "A comparative study of the mother-child relationship in--
 schizophrenia". II Psychological testing. L
 Brit. J. Med. Psychol. (1961), 34 209.
- 4.- Andrew Mc. Ghie.
 "A comparative study of the mother child relationship in--
 schizophrenia". L
 Brit. J. Med. Psychol. (1961), 34, 195 a 208.

5.- Arieti Silvano.

"American handbook of Psychiatry".

Pág. 445 a 507.

Editorial Basica Books

1963.

5a.-Arieti Silvano.

"Interpretación de la Esquizofrénia"

Editorial labor, S.A.

1965.

6.- H. H. Beek, J.J. van Bordk, H. Hern Green and D. Van Der-
Most Van Spijk.

"Considerations on electroencephalography in schizophrenic patients, with reference to a survey in 25 Dutch mental - Hospitals".

Psýchiatria, Neurologia, Neurochirurgia.

Vol. 67. 2. March - April, 1964.

7.- Berenstein I., Agué C.,

El Día, E . (Santa Fe 3651, Buenos Aires).

"Observaciones sobre el manejo intragrupal en 4 familias de pacientes esquizofrénicos".

Acta psiquiátrica y psicológica.

América Latina, 1964, 10 (2) 92 - 96.

8.- Berg Morton Il Cohen Bernard B.

(5579 N. Park Ave. Philadelphia, Pa).

"Early separation from the mother in schizophrenia".

J. Nerv. ment. Dis., 1959 (Apr).

128, 365 - 369

8a.- Bleuler Eugen.

"Demencia Precoz".

Pág. 13 a 61.

Ediciones Hormé

Editorial Paidós , Buenos Aires.

9.- Bowers Margaretta K.

"Theoretical considerations in the use of hypnosis in the treatment of schizophrenia".

Int. J. esp. Hypnosis, 1961.

9, 39 - 46.

10.- Brodey Warren M.

(Bethesda Md).

"Some family operation and schizophrenia: A study of five hospitalized families each with a schizophrenic member".

AMA Arch. gen. Psychiat.

1959 (Oct.), 1, 379 - 402. R

11.- Casson, E. y Foulds, E..

"Modern trends in occupational therapy as applied to psychiatric illness".

Britisch Journal of Phical. Medicine. 1953, 16.

Referencia de 31 R

12.- Cheek, Frances E., Ph. D. Princeton N. J.

"The father of the schizophrenic the function of a peripheral role".

Archives of general Psychiatry R

Vol. 13. N - 4, Oct. 65 Pág. 336 - 345.

- 13.- Cheek Frances E.
 (New Jersey Neuropsychiatric Inst., Princeton).
 "The "schizophrenic mother" in word and deed".
 Family Process., 1964, 3 (1), 155 - 177. Z
- 14.- Ewalt, J. R. "National aspects". M. Greenblatt y B. Simon
 (Edits).
 "Rehabilitation of the mental ill. Social and economic -
 aspects".
 Washington D.C. Amer.
 Assoc. for the advancement of Science, 1959, 58
 Referencia de 31. L
- 15.- Fenichel Otto.
 "Teoría Psicoanalítica de las neurosis".
 Capítulo XVIII. "Esquizofrenia".
 Pág. 530 a 577.: L
 Editorial Nova, Buenos Aires.
- 16.- Fessel W.J.
 "Interaction of multiple determinants of schizophrenia; a
 tentative synthesis and review". R
 Arch. Gen. Psychiat. 11; 1 - 18 Jul. 64
- 17.- Freud Sigmund
 "Obras completas" "Introducción al narcisismo" (1914).
 pág 1907 a 1110
 Editorial Biblioteca Nueva. L
 Madrid, 1948.

18.- Fromm Reichman Frieda.

"La psicoterapia y el psicoanálisis".

Ediciones Hormé

Editorial Paidós.

Buenos Aires.

1961. L

19.- Fromm Reichman Frieda

"Notas sobre el desarrollo de los tratamientos por la -
psicoterapia psicoanalítica".

Psychiatry V. XI. Aug. 1948 No. 3.

P. 263 - 273. R

20.- Fromm Reichman Frieda

"Problemas básicos en la psicoterapia de la esquizofrenia".

Revista de psicoanálisis V, XV No. 4., oct. dic. 1958.

Pág. 398 - 406. R

21.- L. Grimberg, M. Langer, E. Rodríguez.

"El grupo psicológico en la terapéutica, enseñanza e inves-
tigación".

Nova, Buenos Aires, 1959. L

22.- J. A. Groen.

"Possibilities of individual psychotherapy in schizophre--
nics".

Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía.

Vol. 67 No. 2, March-April 1964. R

Pág. 130 a 136

23.- Hill B. Lewis.

"Psicoterapia en la esquizofrenia".

Editorial Paidós, 1956

24.- Hinsic E. Leland

"Schizophrenias in Psychoanalysis today".

Sandor Lorand (ed.); N.Y.

International Press, 1944, p.p. 274 - 286.

Referencia de Frieda Fromm Reichman (22). L

25.- Hofling K. Charles.

"Tratado de psiquiatría".

Pág. 293 a 320.

Editorial Interamericana, S.A. 1965. L

26.- Hunt, R.C.

"Rehabilitation potencial of the mentally ill".

Social and economic aspects.

Amer. Assoc. for the Advancement of Science.

Washington D.C.

1959, 58 L

Referencia de 31.

27.- P. Honey, A.A.O.T.J.S.B. Lindsay, M.D., D.P.N.

"Occupational therapy for long-term psychotic patients".

A.J.O.T., XIV, 3, 1960 L

28.- Jackson D. Don

"The etiology of schizophrenia". L

Genetics - Physiology - Psychology - Sociology.

Pág. 323 a 440.

Editorial Basic Books.

Ing. N. Y. 1960.

29.- L.N.J. Kamp.

"Psychotherapy of the psychotic child".

Neurologia y Neurocirugía

Vol. 67 No. 2. March-April, 1964. R

30.- Lane, Ellen. A., Albee, George W.

(Western Reserv V.).

"Early childhood intelectual differences between schizo--
phrenic adults and their sibilings".

Journal of Abnormal e social Psychology, 1964. 68 (2) -

Pág. 193 - 195 L

31.- Lombardo Noriega Ma.Elena.

"La ergoterapia en la rehabilitación del esquizofrénico -
crónico".

Tesis para obtener el grado de maestra en Psicología.

Facultad de Filosofía y Letras. T

U.N.A.M. 1963.

32.- Loos H.R.G. Stein.

"Authority distribution and sociotherapy observation of
the schizophrenic patients in the mental hospital".

Psiquiatría, Neurología, Neurocirugía, 67, 1964. L

33.- Loring Champman F.

"Human Ecology, disease and schizophrenia".

Amer. J. of psychiat. 117; 193 - 204 Sept. 1960. R

34.- Lynn R.

"Russian theory and research on schizophrenia".

Psychol. Bull. 60.

Pág. 486 - 498 Sept. 63. L

35.- W.L. Meyering.

"The place of group therapy in the treatment of schizo-
phrenia".

Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia.

Pág. 137 - 142. L

1964.

36.- Miller y Clancy J.

"An approach to the social rehabilitation of chronic --
psychotic patients".

Psychiatry. Vol. 15. 1952. R

36a.- Moe Maisen, Waal, Nic. Urdahl, Bojtn .

"Group Psychotherapy with parents of psychotic and --
neurotic children".

Acta psychother. psychosom. R

1960, 8 134 - 136.

37.- Nieto G. Dionisio.

"Bioquímica de la esquizofrenia".

Rev. Neurología - Neurocirugía - Psiquiatría.

1 (2), Pág. 19 - 32 1960. L

38.- Noyes P. Arthur.

"Psiquiatría clínica moderna".

Cap. XXVII "Trastornos psicóticos". Reacciones esquizofrénicas".

Pág. 415 - 473.

Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1964.

39.- Paul, N. L., II Grosser, G. H.

"Family resistance to change in schizophrenic patients".

Family Process, 1964. 3 (2).

Pág. 377 - 401.

40.- Prall Robert C., II Dealy, Margaret N.

"Countertransference in therapy of childhood psychosis".

Journal of the Hillside Hospital, 1965.

14 (1 - 2) Pág. 69 - 82.

41.- Speers, Rex. W., II Lausing.

Cornelius (U. North Carolina).

"Group psychotherapy with preschool psychotic children - and collateral group therapy of their parents: A preliminary report of the first two years".

American Journal of Orthopsychiatry, 34 (4).

Pág. 659 - 666.

42.- Reza Telma.

"Psicoterapia en la infancia"

Pág. 71.

Editorial Paidós, 1963.

43.- Rush W.D.

"Prescribing occupational therapy".

(Segunda edición).

(Thomas edit).

Springfield, III .

1945. L

Referencia de Jl.

44.- M.A. Sechehaye

"La realización simbólica. Diario de una esquizofrénica".

Fondo de cultura económica,

México, Buenos Aires, L

45.- M.I. Singer and L.C. Wynn

"Thought disorder and family relations of schizophrenics".

III Methodology using projective techniques.

IV Results and implications.

Archives of General Psychiatry.

V. 12. N. 2. Feb. 1965. R

Pág. 187 - 212.

46.- Slavson R.S.

"A text book in analytic group psychotherapy".

International University Press

Inc. N.Y. L

Pág. 507 - 548.

46a.-Speers, Rex. W., Il Lausing, Cornelius (U. North Carolina.

"Group psychotherapy with preeschool psychotic children -
and collateral group therapy of their parents: A preliminary
report of the first 2 years".

American Journal of Orthopsychiatry.

34 (4) 659 a 666. R

47.- Sullivan Stack Harry

"Schizophrenia as a Human Process".

W.W. Norton & Company Inc.

N. Y. 1962. L

Pág. 272 - 296.

48.- Sullivan Stack Harry.

"Therapeutic investigation in schizophrenia: A study of interpersonal relations".

Mullahy Patric.

1949, Pág. 446 - 454. L

49.- Terris, Mileton, Lapouse, Rema, Il Monk, Mary A.

(N. Y. Med. Coll).

"The relation of prematurity and previous fetal loss to childhood schizophrenia".

American Journal of Psychiatry, 1964, 121 (5).

Pág. 476 - 481. L

50.- M. Tournay, Garfiel, Senf, Rita, Dunham R. Warren, Glen -

Robert S., E. Gotheb, Jacques S.

(Lafayette clinic, Detroit Mich.).

"The effect of resocialization techniques on chronic - schizophrenic patients".

Amer. J. Psychiat., 1960. 116. L

Pág. 993 - 1000

51.- Il Turner, William J.C.

Cent. Islip State Hosp., N.Y.

"Conceptual thinking in schizophrenics and their relatives".

British Journal of Psychiatry 1965, 11 (478). *R*

Pág. 823 - 839.

52.- Waring, Mary, Il Ricks, David.

(Judge Baker Guidance Cent., Boston, Mass.)

"Family patterns of children who become adult schizophrenics".

Journal of Nervous and mental disease, 1965, 140 (5). *R*

Pág. 351 - 364.

53.- Whitehorn (John, M.D., and Barbara J. Betz, M.D.).

"Further studies of the doctor as a crucial variable in the outcome of treatment with schizophrenic patients".

The American Journal of Psychiatry, 1960. *R*

Vol. 117. 1.

Pág. 215 - 223.